



Construindo
uma trajetória
rumo ao futuro.



CONSELHO
NACIONAL DO
MINISTÉRIO PÚBLICO

REVISTA DE
**DIREITO SANITÁRIO DA
COMISSÃO DA SAÚDE**
SAÚDE E MINISTÉRIO PÚBLICO
DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Nº 1, 2020

**CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO
COMISSÃO DA SAÚDE**

**REVISTA DE
DIREITO SANITÁRIO DA
COMISSÃO DA SAÚDE**

**SAÚDE E MINISTÉRIO PÚBLICO
DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

**ORGANIZADORA: SANDRA KRIEGER GONÇALVES
Nº 1, 2020**

EXPEDIENTE

© 2020, Conselho Nacional do Ministério Público
Setor de Administração Federal Sul - SAFS, Quadra 2, Lote 3
Edifício Adail Belmonte - Brasília - DF - CEP: 70070-600

Permitida a reprodução mediante citação da fonte

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Antônio Augusto Brandão de Aras (Presidente)

Rinaldo Reis Lima (Corregedor Nacional)

Fernanda Marinela Sousa Santos

Luciano Nunes Maia Freire

Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho

Oswaldo D'Albuquerque Lima Neto

Otavio Luiz Rodrigues Jr.

Sandra Krieger Gonçalves

Sebastião Vieira Caixeta

Silvio Roberto Oliveira de Amorim Junior

Secretário-Geral

Jaime de Cassio Miranda

Organização

Sandra Krieger Gonçalves

Projeto gráfico e revisão

Secretaria de Comunicação Social do CNMP

Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público.
Revista de direito sanitário da Comissão da Saúde : saúde e Ministério
Público: desafios e perspectivas, n . 1 / Conselho Nacional do
Ministério Público ; Sandra Krieger Gonçalves (org.). - Brasília:
CNMP, 2020.
316 p. il.

ISSN 2675-8903

ISBN 978-65-89260-33-2

1. Ministério Público - atuação. 2. Direito sanitário. 3. Direito à saúde. 4.
Políticas públicas. I. Título. II. Comissão da Saúde.

CDD – 341.413

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
ARTIGOS	12
A PANDEMIA E O PAPEL DO CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO: CENÁRIOS E PERSPECTIVAS <i>Sandra Krieger Gonçalves.....</i>	15
A PANDEMIA, O FASCÍNIO DA PALAVRA E A POLITIZAÇÃO DA CIÊNCIA <i>Jairo Bisol</i>	27
OS DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19 <i>Rafael Meira Luz.....</i>	41
GOVERNANÇA DO SUS E REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA SANITÁRIA <i>Tadahiro Tsubouchi.....</i>	57
A NOVA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE <i>Clenio Jair Schulze</i>	71
SUS: VALOR SOCIAL PARA OS NOVOS TEMPOS! <i>Alethele de Oliveira Santos, Fernando Passos Cupertino de Barros e Heber Dobis Bernarde</i>	83
FILA ÚNICA PARA REGULAÇÃO DE LEITOS DE UTI: UMA ALTERNATIVA PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO EM TEMPOS DE CRISE SANITÁRIA <i>Sandra Mara Campos Alves e Ana Paula Nogueira Rodrigues.....</i>	101
RACIONALIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19 <i>Maria Inez Pordeus Gadelha.....</i>	119
FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA DO TRATAMENTO PRECOCE NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA <i>Hélio Angotti Neto e Mayra Isabel Correia Pinheiro</i>	133
CONFLITOS DE COMPETÊNCIA NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19 <i>Fernanda Marinela Sousa Santos.....</i>	147

O MINISTÉRIO PÚBLICO BRASILEIRO FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19

Isabel Maria Salustiano Arruda Pôrto 161

O MINISTÉRIO PÚBLICO NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 – BOAS PRÁTICAS 169

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO MARANHÃO

Criação de Protocolos Sanitários de Boas Práticas em Tempo de Enfrentamento da Covid-19..... 177

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

Projeto MP Solidário 181

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO AMAPÁ

Boas práticas desenvolvidas no âmbito do Ministério Público brasileiro para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 185

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Painel de Indicadores - Sistema de Regulação de Leitos..... 195

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ

Grupo especial de Combate à Pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no âmbito do MPCE..... 201

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Boa prática no âmbito da defesa do patrimônio público, pelo Grupo de Atuação Especial de Defesa do Patrimônio Público e combate à Criminalidade (GAECRI), em desdobramento dos Trabalhos da Força-Tarefa Covid-19 211

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

O comitê de crise da Procuradoria-Geral de Justiça de SP para o enfrentamento da pandemia: um caso de democracia interna, eficácia na atuação e diálogo com a história..... 215

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE ALAGOAS

Memorial descritivo DA FORÇA-Tarefa – MP/AL – Covid-19..... 231

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Boas práticas no enfrentamento da Covid-19..... 235

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Relato de experiência do CAOP-SAÚDE no contexto da pandemia de Covid-19 no estado 237

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA	
<i>Memorial descritivo.....</i>	<i>241</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
<i>Atuação do Ministério Público no controle preventivo da legalidade dos contratos administrativos emergenciais para enfrentamento da pandemia de Covid-19.....</i>	<i>247</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ACRE	
<i>Gabinete de crise como mecanismo de integração interna e externa e uniformização da atuação</i>	<i>259</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA PARAÍBA	
<i>Fomento à atuação integrada dos setores públicos e privados no enfrentamento da Covid-19.....</i>	<i>265</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE RORAIMA	
<i>Atuação do Ministério Público do Estado de Roraima (MPRR) para viabilizar o funcionamento do Hospital de Campanha da “Operação Acolhida”, com atuação extrajudicial e judicial, como adiante descrito ..</i>	<i>269</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE TOCANTINS	
<i>Caminho Seguro Covid-19/TO.....</i>	<i>273</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL	
<i>Página da Força-tarefa.....</i>	<i>279</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ	
<i>Banco de ideias</i>	<i>285</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	
<i>Relatório de Boas Práticas</i>	<i>287</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA	
<i>Boas Práticas do ministério público de santa catarina durante a situação de emergência de saúde pública provocada pela pandemia de Covid-19.....</i>	<i>291</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA COORDENAÇÃO NACIONAL FINALÍSTICA DO GIAC-COVID	
<i>Memorial Descritivo.....</i>	<i>297</i>
MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO	
<i>Boas práticas desenvolvidas no âmbito do Ministério Público brasileiro para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.....</i>	<i>305</i>

MINISTÉRIO PÚBLICO MILITAR

Memorial descritivo do acompanhamento do 28º Batalhão de caçadores no apoio às práticas e ações de combate ao

novo Coronavírus 313

APRESENTAÇÃO

Esta publicação de Direito Sanitário parte de uma visão de desafios e perspectivas aos nos depararmos com uma linha do tempo cujo marco de facticidade é uma pandemia. Quais os desafios que a Pandemia implicou desde o seu reconhecimento como tal no Brasil e quais são as perspectivas que podem ser vislumbradas?

Ao completar um ano de mandato como conselheira Nacional do Ministério Público e presidente da Comissão da Saúde deste Conselho, partilho aqui da produção acadêmica e científica de vários expoentes do sistema de justiça e de organismos estatais e sociais que muito contribuíram para o enfrentamento de circunstâncias de saúde pública jamais imaginadas, de desafios diários e de muito trabalho em valorosas contribuições que estavam a merecer registro, razão precípua da edição desta revista pelo CNMP.

Registro também que a Comissão da Saúde foi criada no âmbito do Conselho Nacional do Ministério Público pela Resolução do CNMP nº 186, de 5 de março de 2018, e tornada permanente pela Emenda Regimental nº 23, de 18 de dezembro de 2019. Na consecução de seus objetivos, estabeleceu, no seu Plano Diretor para o biênio 2020-2021, dois eixos estratégicos de atuação: o desenvolvimento de uma política continuada de atenção à saúde mental dos integrantes do Ministério Público brasileiro e o desenvolvimento de estratégias para a racionalização da judicialização da saúde.

No decorrer dos meses que se sucederam, passou também a Comissão a elaborar focos emergenciais de atuação: o desenvolvimento de uma cultura institucional de articulação e coordenação de ações, definida por diretrizes gerais que fomentem uma abordagem ampla e totalizadora das questões a serem enfrentadas; a interdisciplinaridade, contida na necessidade de aglutinação da intervenção advinda de diferentes atribuições dos membros; o olhar interinstitucional, voltado para a aproximação com os gestores das políticas públicas de saúde; o agir resolutivo, capaz de perseguir a obtenção de resultados práticos, prescindindo do manejo de instrumentos como ações civis públicas e sua substituição pela composição extrajudicial; e, enfim, o respeito à independência funcional e sua conjugação com a unidade institucional.

Entre as diversas atuações exemplares dos membros do Ministério Público em seus diversos ramos se deu a criação, pelo procurador-geral da República e presidente do CNMP, do Gabinete Integrado de Acompanhamento da Covid-19 (GIAC), com a atuação estratégica de um Gabinete de Crise que atuou diuturnamente em amplo espectro visando ao enfrentamento e solução de toda a sorte de demandas havidas em um tempo cujo dia seguinte continha sempre notas do imponderável e do imprevisível e mesmo um sentimento que assolou a todos de medo do devir.

Inspirada no interesse de trazer ao Ministério Público conhecimento atual e especializado sobre saúde pública, e respeitando profundamente a liberdade dos diversos atores que a promovem direta ou indiretamente, buscamos, com esta publicação, dois objetivos distintos: compilar uma série de artigos focados nos desafios da atuação em saúde pública durante o período pandêmico e divulgar as ações exitosas dos ramos e unidades do Ministério Público neste desafiador ano de 2020.

A coletânea de artigos e a reunião das boas práticas de atuação dos ramos e unidades do Ministério Público estampam o objetivo da Comissão de fortalecer e aprimorar a atuação dos órgãos ministeriais na tutela do direito à saúde, com a finalidade de facilitar a integração e o desenvolvimento do Ministério Público brasileiro.

Na primeira parte da publicação, destacam-se 11 artigos escritos por profissionais de diferentes ramos de atuação na saúde; membros do Ministério Público, da Magistratura, da Advocacia, da gestão em saúde, reafirmando o engajamento da Comissão da Saúde na busca por um diálogo interinstitucional que abra caminhos para uma gestão e um controle mais eficientes e resolutivos.

Inicia-se a publicação com minha abordagem sobre o tema “Direito Fundamental à Saúde e o papel resolutivo do Ministério Público brasileiro no enfrentamento da Pandemia”, no qual visito temas como a atuação coordenada, interdisciplinar e interinstitucional, como meio para alcançar os resultados que a sociedade espera da instituição.

Na sequência, apresenta-se o artigo “A pandemia, o fascínio da palavra e a politização da ciência”, escrito pelo promotor de Justiça Jairo Bisol, do MPDFT. O autor destaca o fenômeno da desconstrução da

verdade no mundo atual, intensificado pelas redes sociais e pela intensa veiculação de *fake news*, seus efeitos deletérios de politização da ciência e atropelo da gestão de políticas públicas, tendo como pano de fundo a questão do enfrentamento da pandemia.

No artigo “Os desafios da atenção primária em tempos de Covid-19”, o promotor de Justiça Rafael Meira Luz estabelece uma relação entre os desafios causados pela pandemia e a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, com foco específico na atuação da atenção básica e nos esforços dos gestores municipais em tempos extraordinários.

A “Governança do SUS e requisição administrativa sanitária”, do advogado Tadahiro Tsobouchi, traz importantes reflexões sobre o instituto da requisição administrativa sanitária, medida prevista historicamente na legislação, mas que adquiriu especial relevância no contexto da pandemia com sua multiplicação por diversos gestores e os impactos percebidos na governança do Sistema Único de Saúde.

Continua a publicação com o artigo do juiz Federal Clenio Jair Schulze, intitulado “A nova judicialização da saúde”, no qual propõe a utilização da medicina baseada em evidências em substituição ao que define como “jurisprudência sentimental”, para a qualificação da judicialização da saúde.

Os integrantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Alethele de Oliveira Santos, Fernando Passos Cupertino de Barros e Heber Dobis Bernarde, lançam em “SUS: valor social para os novos tempos!” um chamado ao conhecimento aprofundado sobre o Sistema Único de Saúde, a identificação de suas virtudes e de suas mazelas, a diferenciação entre as situações de desgoverno e ingovernabilidade, como meio mais eficaz para sua sobrevivência e consolidação.

No artigo intitulado “Fila única para regulação de leitos de UTI: uma alternativa para a desjudicialização em tempos de crise sanitária”, as pesquisadoras da FIOCRUZ Sandra Mara Campos Alves e Ana Paula Nogueira Rodrigues sustentam que uma gestão transparente, fixada em critérios técnicos, por meio de um sistema de regulação unificado para a ocupação de leitos de UTI, é estratégia indispensável para se alcançar maior equidade, especialmente em situações excepcionais como a de pandemia.

A médica e integrante do Ministério da Saúde, dra. Maria Inez Pordeus Gadelha, no artigo “Racionalização da judicialização da saúde em tempos de Covid-19”, enfoca os aspectos biológicos, epidemiológicos e médicos relacionados com a epidemia, apresentando os principais efeitos no planejamento e na execução das ações de saúde.

Com a abordagem “Fundamentação bioética do tratamento precoce no Brasil em tempos de pandemia”, os médicos Hélio Angotti Neto e Mayra Isabel Correia Pinheiro, do Ministério da Saúde, estabelecem uma relação entre os princípios que regem a bioética e a necessidade de adoção de medidas para tratamento precoce de pacientes acometidos de Covid-19 em um cenário mundial de ausência de terapêuticas regularmente aprovadas.

A advogada e conselheira Nacional do Ministério Público Fernanda Marinela descreve o complexo emaranhado das competências administrativas dos entes públicos no enfrentamento da pandemia de Covid-19 e o resultado das intervenções do Poder Judiciário para a fixação dos limites de agir de cada ente em seu artigo “Conflitos de competência na execução das políticas públicas de saúde em tempos de Covid-19”.

A primeira parte da revista encerra-se com a participação da procuradora de Justiça do Ministério Público do Ceará e presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Isabel Pôrto, que tece considerações sobre a atuação do Grupo Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus Covid-19 (GIAC-COVID-19), iniciativa do procurador-geral da República, que contou com a participação da Comissão da Saúde e de diversos ramos e unidades do Ministério Público, como meio de obtenção de uma ação coordenada, articulada, interinstitucional e fundada na capacidade de iniciativa dos membros do primeiro grau.

A segunda parte da revista é formada pela contribuição inestimável dos diversos ramos e unidades do Ministério Público brasileiro no enfrentamento da pandemia de Covid-19. A imposição de limites para a consolidação de uma publicação impede que se divulguem todos os esforços da instituição, desde os servidores até as administrações superiores, no desenvolvimento de estratégias, planos, ações para o enfrentamento do Estado de Emergência em Saúde de Importância Nacional causado pelo coronavírus SARS-CoV-2.

As experiências que se apresentam nesta publicação revelam o espírito que caracteriza o Ministério Público brasileiro, uma instituição vocacionada para a defesa da ordem jurídica e da proteção dos direitos individuais indisponíveis, em especial da vida e da saúde.

Sandra Krieger Gonçalves

Organizadora

ARTIGOS

SOBRE OS AUTORES

Alethele de Oliveira Santos

Doutora e mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão de Políticas Públicas e Direito Sanitário. Advogada. Atua no Sistema Único de Saúde desde 2003. Assessora Técnica para Direito Sanitário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Ana Paula Nogueira Rodrigues

Enfermeira do Hospital Universitário de Brasília. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde. Mestranda do programa de pós-graduação em Política Públicas em Saúde da Fiocruz Brasília.

Clenio Jair Schulze

Doutor e mestre em Ciência Jurídica (Univali). Autor do livro *Judicialização da Saúde no Século XXI* (2018). Coautor do livro *Direito à Saúde* (2 ed., 2019). Juiz federal em Santa Catarina.

Fernanda Marinela

Advogada. Conselheira do CNMP. Conselheira Federal da OAB pelo Estado de Alagoas. Professora do G7 Jurídico. Presidente de Honra da Comissão Nacional da Mulher Advogada. Autora dos livros “Direito Administrativo”, “Lei Anticorrupção” e “*Vade Mecum* da Mulher”.

Fernando Passos Cupertino de Barros

Doutor e mestre em Saúde Coletiva. Mestre em Música. Médico. Atua no Sistema Único de Saúde desde sua criação. Coordenador Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Heber Dobis Bernarde

Especialista MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Farmacêutico. Atua na área de assistência farmacêutica no SUS desde

2005. Assessor Técnico para Assistência Farmacêutica no Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass).

Isabel Maria Salustiano Arruda Pôrto

Procuradora de Justiça do Ministério Público do Estado do Ceará. Presidente da AMPASA. Coordenadora da Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS/GNDH/CNPG). Articuladora Nacional do GIAC-COVID-19.

Hélio Angotti Neto

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo, com especialização em Oftalmologia – Residência – pela Universidade de São Paulo. Mestre em Administração Pública pelo EBAPE/FGV. Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo. Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde do Brasil.

Mayra Isabel Correia Pinheiro

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, com especialização em Pediatria – Residência – pela Universidade Federal do Ceará e especialização em Medicina do Trabalho pela Universidade Estácio de Sá. Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo. Doutoranda em Bioética pela Universidade do Porto. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

Jairo Bisol

Promotor de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Titular da 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde. Membro Auxiliar da Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público. Doutor em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco. Professor Universitário.

Maria Inez Pordeus Gadelha

Médica oncologista clínica. Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde.

Rafael Meira Luz

Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Santa Catarina. Mestre em Direitos Humanos pela Universidad de Navarra (Espanha). Membro Auxiliar da Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público.

Sandra Krieger Gonçalves

Mestre e Doutora em Ciência Jurídica; Advogada; Professora Universitária; Conselheira e Presidente da Comissão de Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público - CNMP.

Sandra Mara Campos Alves

Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília. Docente do Mestrado em Políticas Públicas em Saúde da Fiocruz Brasília. Doutora em Saúde Coletiva.

Tadahiro Tsubouchi

Advogado. Especialista em Sistema em Gestão de Contas Públicas, Fiscalização e Controle Externo e Interno (UNA). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMG). MBA/FGV em Direito Tributário. Presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG.

A PANDEMIA E O PAPEL DO CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO: CENÁRIOS E PERSPECTIVAS

Sandra Krieger Gonçalves¹

INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 deverá constar nos manuais futuros da história recente como uma tragédia de dimensões globais, que atingiu todas as regiões do mundo e todos os países, embora com defasagem de tempo, e também com graus de intensidades diferentes. Se olharmos na história da humanidade desde o início do século XX, o cenário atual se assemelha à gripe espanhola de 1918, que atingiu o mundo no final da primeira guerra mundial e cujo controle, no final de 1919, custou a vida de milhões de pessoas ao redor do globo.

Embora a Covid-19 não se assemelhe à pandemia de 1918 em termos de número de fatalidades e de devastação, ela levanta uma série de questões que merecem ser discutidas à luz dos novos acontecimentos e das implicações que a pandemia estimula na esfera global, como aceleração da digitalização das economias numa dimensão jamais vista na história do capitalismo moderno.

Nesse sentido, entende-se que a pandemia, além de representar uma interrupção radical na oferta e diminuição consequente da demanda em setores-chave das economias, mostra uma perspectiva diferente se comparada à pandemia de 1918. Um dos elementos centrais a nosso ver é o papel central do Estado e as consequências jurídicas e institucionais de suas ações para a sociedade civil.

As decisões tomadas pelos governos foram, em grande medida, determinadas pelos efeitos disruptivos da pandemia que exigiam intervenções rápidas, eficazes e focadas.

1 Mestre e Doutora em Ciência Jurídica. Advogada. Professora Universitária. Conselheira e presidente da Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP).

No campo normativo federal, destaca-se a edição da Lei nº 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. No mesmo sentido, alguns Estados e Municípios editaram decretos restringindo a entrada e saída de pessoas nos seus territórios.

Por sua vez, o Governo Federal, compreendendo que tais medidas não poderiam ser adotadas, alterou a Lei nº 13.979/2020, por meio da MP nº 926/2020, para deixar expresso que somente por ato do Poder Executivo federal seria possível a restrição da locomoção interestadual e intermunicipal por rodovias, portos ou aeroportos.

O cenário normativo de um direito temporário² trouxe um ingrediente a mais ao cipoal de normas jurídicas já existentes e aplicáveis à efetivação do direito à saúde e que, além de tudo, contém uma temporalidade definida pelo ano 2020.

A Constituição – é claro – não foi pensada para vigorar apenas em momentos de bonança. Ao contrário, o seu fiel cumprimento se faz ainda mais necessário em situações de crise, nas quais, na feliz, metáfora de Jon Elster, ela serve como o mastro a que se prendeu Ulisses para que não se perdesse em meio ao canto das sereias, pois representa a derradeira barreira de proteção dos valores básicos da sociedade contra paixões ou interesses de uma maioria ocasional.³

Em outro âmbito, a judicialização que se transformou em tradição na efetivação de direitos fundamentais teve na pandemia um incremento do número de ações, da disparidade de decisões e da atuação do MP de forma desafiadora.

São essas as questões e um breve cenário que ora se pontua nestas anotações.

2 Abordado por FERNANDES, Jorge Ulisses Jacoby et al. **Direito Provisório e a emergência do Coronavírus**. Belo Horizonte: Editora Forum, 2020.

3 LIBERTO, Ulisses. **Estudos sobre racionalidade, pré-compromisso e restrições**. São Paulo: UNESP, 2009, apud Relator Min. Ricardo Lewandowski. Emb. Decl. Na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.363

1. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O PAPEL RESOLUTIVO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA SUA EFETIVAÇÃO

De início, importa acentuar que a Constituição Federal de 1988 dedica especial atenção à saúde, consagrando-a em seu art. 6º como um dos direitos sociais. Trata-se, assim, de um direito que assiste a todos e que se apresenta indissociável do direito à vida.

Nesse diapasão, cumpre destacar que o direito fundamental à saúde dá concretude aos fundamentos da República Federativa do Brasil, em especial a cidadania e a dignidade da pessoa humana, bem como aos objetivos republicanos da construção de uma sociedade livre, justa e solidária e da redução das desigualdades sociais e regionais, inseridos, respectivamente, nos arts. 1º e 3º da Constituição Federal.

Também, de modo a bem evidenciar o especial relevo que assume o direito em tela, denota-se ainda que a Carta Magna, em seu art. 196, prescreve ser a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Aludido preceito é complementado pela Lei nº 8.080/90, que em seu artigo 2º estabelece que *“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*.

Com efeito, nas precisas lições de Uadi Lammêgo Bulos, o art. 196 da CF deve ser interpretado de forma a “garantir o direito à saúde, através da prevenção, tratamento e recuperação do estado de higidez física e espiritual da pessoa humana”⁴.

O art. 197 do texto constitucional, por sua vez, prescreve que as ações e os serviços de saúde foram elevados ao *status* de relevância pública, assim assegurado pelo legislador constituinte, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada e constituindo um sistema único, organizado de acordo com diretrizes, como a da participação da comunidade e do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, conforme art. 198 da Constituição Federal.

4 BULOS, Uadi Lammêgo. **Constituição Federal Anotada**. 10. ed. São Paulo: Saraiva. 2012, p. 1425.

José Cretella Júnior, na obra “Comentários à Constituição de 1988”, citando Zanobini, em que ressalta a importância do direito à saúde, compreendido como pressuposto elementar para o regular exercício dos demais direitos fundamentais, vaticinou que:

nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.⁵

Firmadas essas premissas, que bem evidenciam a relevância do direito em tela, cumpre denotar que a Carta da República atribuiu à instituição ministerial o relevante papel de agente de promoção dos interesses estratégicos da sociedade brasileira, conferindo-lhe funções e mecanismos de promoção dos interesses estratégicos da sociedade brasileira. Nessa esteira, nas palavras de Emerson Garcia, o Ministério Público é visto como “instituição social, voltada, primordialmente, para a salvaguarda dos ideais democráticos e da sociedade como um todo, muitas vezes protegendo-a dos próprios poderes constituídos”⁶.

De fato, não há como desconsiderar que o Ministério Público alcançou destaque como defensor da sociedade, notadamente no âmbito dos direitos transindividuais (difusos, coletivos e individuais homogêneos), que abrangem a saúde, transformando-se em agente político fomentador

5 CRETELLA JÚNIOR, José. **Comentários à Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, p. 4331.

6 GARCIA, Emerson. **Ministério Público: organização, atribuições e regime jurídico**. 4. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 75.

de políticas públicas⁷, e não mais se limitando a atribuições eminentemente persecutórias.

No que concerne às ações e aos serviços públicos de saúde, importa ressaltar que o texto constitucional estabeleceu que ao Ministério Público compete o dever de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos ao direito fundamental à saúde, consoante prescreve o art. 129, II, da Constituição Federal.

Cumpre ressaltar, outrossim, que o Ministério Público, em seu dever de tutelar a saúde, deve buscar a efetivação de medidas que não comprometam a saúde das pessoas, atuando de modo a não sufragar comportamentos prejudiciais ou sem responsabilidade e garantir que a ciência pautar informações e ações relacionadas à saúde.

Oportuna, nesse viés, a explanação contida no seguinte excerto do voto do Ministro Luís Roberto Barroso na ADI 5501:

Em tema de tamanha relevância, que envolve pessoas fragilizadas pela doença e com grande ânsia para obter a cura, não há espaço para especulações. Diante da ausência de informações e conhecimentos científicos acerca de eventuais efeitos adversos de uma substância, a solução nunca deverá ser a liberação para consumo. Mas, sim, o incentivo à realização de estudos científicos, testes e protocolos, capazes de garantir proteção às pessoas que desejam fazer uso desses medicamentos. Trata-se de uma decorrência básica do princípio da precaução, que orienta a atividade de registro e vigilância sanitária, e tem como base o direito à segurança (CF/1988, art. 5º, caput).

Assim sendo, evidencia-se a atribuição do Ministério Público com vistas a defender o direito fundamental à saúde, exercendo o seu papel de fiscalizador da execução dos atos do poder executivo.

Para tanto, os princípios e regras que compõem o sistema jurídico e o microssistema jurídico-sanitário devem ser interpretados e aplicados pelo Ministério Público de maneira sistêmica, articulada, aberta e próxima da

7 Cf. CAMBI, Eduardo. **Neoconstitucionalismo e neoprocessualismo**. Direitos fundamentais, políticas públicas e protagonismo judiciário. 3. ed. São Paulo: Almedina, 2016, p. 643.

realidade social. Dessa, maneira, sua atuação passa a reunir condições de proteger com eficácia a ordem jurídica, mantendo-a revigorada, oxigenada, realmente servindo de instrumento para o alcance de justiça no campo sanitário.

O envolvimento do Ministério Público na defesa da ordem jurídica é amplo.

[...]

Afinal, ao se procurar eficaz e construtivamente proteger a ordem jurídica (geral) e a de caráter sanitário (especial), o Ministério Público contribui para que restem asseguradamente bem observadas, auxiliando a conquista de tutela no nível que a coletividade deseja à saúde, tornando seu dever de defesa igualmente mais preciso e justo.⁸

Impende consignar, nessa toada, que se exige do *Parquet* um comportamento social ativo, de corresponsabilização pelos seus resultados, na perspectiva da consecução prática dos fundamentos e objetivos republicanos. Na espécie, para além do histórico perfil eminentemente demandista, marcado pela positivação e judicialização, o perfil resolutivo passou a caracterizar a sua atuação contemporânea, permitindo-lhe participar de modo efetivo do processo democrático e colaborar com os demais órgãos da sociedade comprometidos com a concretização dos direitos fundamentais. Com efeito,

(...) o direito à saúde escapa aos conceitos tradicionais inerentes ao direito liberal, e para sua materialização são exigidas soluções que extrapolam a ordem jurídica, pois se relacionam a questões políticas, uma vez que constituem interesses de natureza coletiva e pública. O MP tem o potencial de representar o estabelecimento de um tipo diferenciado de interlocução no plano da formulação de políticas públicas. O papel principal desempenhado por essa instituição tem sido a mediação dos conflitos existentes entre a sociedade civil (principalmente a partir dos conselhos de saúde) e a própria gestão dos serviços, tornando-se, desta maneira, um canal de diálogo⁹.

8 MAGGIO, Marcelo Paulo. **Saúde Pública e sua tutela pelo Ministério Público**. Curitiba: Juruá, 2018, p. 126-127

9 MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o

É forçoso reconhecer, assim, que a atuação da instituição ministerial direcionada para o modelo resolutivo, valendo-se sobretudo dos instrumentos extrajudiciais, assegura a interação democrática entre os agentes nos diferentes níveis de atenção do sistema e contribui de forma ainda mais efetiva para a concretização do direito à saúde.

Nesse diapasão, os membros do *Parquet* têm buscado outras estratégias para a resolução de conflitos existentes nessa seara, modificando de forma substancial sua forma de atuação. Por relevante, colaciono as precisas lições de Felipe Asensi:

Os canais de diálogo criados a partir dessa interface têm possibilitado novas formas e mecanismos de negociação e pactuação entre as diferentes esferas dos poderes públicos e sua relação com a sociedade. Com isso, o MP tem sido um grande entusiasta da relativização das formalidades ao compreender a necessidade de que as decisões e problemas em saúde sejam resolvidos de forma célere, eficaz e com participação social. Os relatos apontam a busca, por parte dos membros do MP, de evitar a via judicial para que, por meio do diálogo, se chegue a uma decisão pactuada com o gestor e, muitas vezes, com o Conselho de Saúde. Diante deste cenário e arranjos institucionais específicos de Porto Alegre, a eleição dos instrumentos e formas de atuação para a efetivação do direito à saúde não é trivial, tampouco irrelevante¹⁰.

2. ATUAÇÃO NACIONAL E INTERINSITUCIONAL

Criado em 30 de dezembro de 2004 pela Emenda Constitucional nº 45 e formado por 14 Membros, que representam setores diversos da sociedade, o Conselho Nacional do Ministério Público tem por escopo

papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 47-63.

10 ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização**: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2010, p. 125. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/10313>>. Acesso em: 28 out. 2020.

imprimir uma visão nacional ao MP, orientando e fiscalizando todas as unidades e ramos do Ministério Público brasileiro.

Sempre atuando em prol do cidadão, esse órgão de matriz constitucional executa a fiscalização administrativa, financeira e disciplinar da instituição ministerial e de seus Membros. Busca-se coordenar as ações do Ministério Público, fazendo-o com habilidade e prudência, para não desprestigiar, nem de longe, as autonomias institucionais e a independência funcional.

O amadurecimento do CNMP, em seus quinze anos de existência, tem potencializado o seu relevante papel de indutor de políticas institucionais e desenvolvedor de projetos e ações que visem ao fortalecimento e ao aprimoramento do *Parquet*. O êxito dessas missões, para além de contribuir de forma relevante para o aumento da confiança da sociedade na instituição ministerial, assegura a transformação da realidade social ao firmar balizas de atuação essenciais ao eficiente desempenho das funções do Ministério Público.

Para o desempenho de seu mister constitucional de forma específica em searas estratégicas do *Parquet*, o Regimento Interno do Conselho Nacional do Ministério Público previu a criação de comissões temáticas, dentre as quais se destaca a Comissão da Saúde (CES).

Aludida Comissão, criada pela Resolução CNMP nº 186, de 5 de março de 2018, e tornada permanente pela Emenda Regimental nº 23, de 18 de dezembro de 2019, tem por função realizar estudos e trabalhos voltados ao fortalecimento e ao aprimoramento da atuação dos órgãos do Ministério Público na tutela do direito à saúde, com a finalidade de facilitar a integração e o desenvolvimento do Ministério Público brasileiro nessa área, particularmente buscando: i) auxiliar nas ações do Ministério Público que visem à ampliação e à garantia da oferta de serviços de saúde a toda a população; e ii) colaborar no desenvolvimento de metodologias para a fiscalização das políticas públicas na área da saúde.

Foi com esse desiderato que o trabalho da Comissão se desenvolveu também a partir de março de 2020 de forma ativa, buscando a resolutividade e integração entre os ramos do MP brasileiro e interinstitucionalmente com o Ministério da Saúde, Conass, Conasems com o foco específico de atuação no combate à pandemia.

As linhas adotadas no cenário posto a partir de fevereiro deste ano foram baseadas em uma atuação não linear e transversal, preservação da unidade ministerial composta de diversos ramos e um único organismo e a de forma a não afetar a independência funcional do membro.

De outra senda, releva destacar que, em 15 de março de 2020, o Plenário do Supremo Tribunal Federal, ao deferir, em parte, o pedido de liminar formulado na ADI nº 6341, explicitou que as medidas adotadas pelo Governo Federal na Medida Provisória nº 926/2020 para o enfrentamento do novo coronavírus não afastam a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.

Já em 8 de abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal, ao conceder parcialmente a medida cautelar postulada na ADPF nº 672, expressamente reconheceu e assegurou o exercício da competência concorrente dos governos estaduais e distritais e suplementar dos governos municipais, cada qual no exercício de suas atribuições e no âmbito de seus respectivos territórios:

para a adoção ou manutenção de medidas restritivas legalmente permitidas durante a pandemia, tais como, a imposição de distanciamento/isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outras; independentemente de superveniência de ato federal em sentido contrário, sem prejuízo da competência geral da União para estabelecer medidas restritivas em todo o território nacional, caso entenda necessário.

Nessa esteira, consoante destacou o Ministro Alexandre de Moraes, relator do caso, “a fiel observância à separação de poderes e ao federalismo – cláusulas pétreas de nossa Constituição Federal e limitadoras de eventual exercício arbitrário de poder – é essencial na interpretação da Lei nº 13.979/20”.

Lado outro, revela-se inegável a profusão de recomendações dirigidas pelas autoridades ministeriais a gestores locais e a adoção de medidas judiciais relacionadas ao combate ao novo coronavírus, muitas vezes sem avaliar com profundidade e aparato científico de suporte, as

particularidades locais e, sobretudo, a competência suplementar dos governos estaduais e municipais para a adoção ou manutenção de medidas relacionadas ao combate da pandemia de Covid-19. Tal forma de ação prática, não raras vezes, obstaculiza a efetividade das medidas de saúde impostas pelas autoridades públicas fiscalizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É essencialmente diante dessa situação notoriamente emergencial agravada pela pandemia de Covid-19 que se procura, pelo CNMP e, em especial, por sua Comissão da Saúde, o diálogo e a promoção de diretrizes institucionais claras e convergentes para uma atuação do *Parquet* de forma harmônica, coordenada e interinstitucional para o incremento da eficiência das políticas e ações sanitárias, respeitando-se a autonomia administrativa do gestor, a unidade e indivisibilidade do Ministério Público e a independência funcional.

Assim, com o desiderato de potencializar a atuação conjunta, interinstitucional e voltada às atuações preventiva, extrajudicial e resolutive dos ramos do Ministério Público brasileiro no esforço nacional de contenção do novo coronavírus, bem como garantir a integração harmônica e preservar o Ministério Público frente eventuais dispersões ou contradições, ainda que não intencionais, a Comissão da Saúde do CNMP tem buscado atuar em conjunto e de forma eminentemente resolutive e dialogal.

O período de enfrentamento revelou que o modelo está esgotado, a exemplo dos centros de apoio que revelam uma nova maneira de atuação com a participação nas decisões dos gestores, numa visão não individualizada do direito da saúde.

A busca de soluções hauridas nesse período com a percepção segundo a qual os organismos são institucionais e se entrelaçam em suas missões de atender a sociedade descortina um papel reservado a todos nós, gestores, membros do Ministério Público, advogados que devem atuar de forma colaborativa, coordenada e com respaldo científico capaz de cada qual melhor exercer o seu papel.

REFERÊNCIAS

ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2010, p. 125. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/10313>>. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 28 out. 2020.

_____. Conselho Nacional do Ministério Público. **Regimento Interno**. Disponível em: <<https://cnmp.mp.br/portal/atos-e-normas/norma/46>>. Acesso em: 28 out. 2020.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 6341 Distrito Federal**. Impetrante: Partido Democrático Trabalhista. Impetrado: Presidente da República. Relator: Ministro Marco Aurélio. DJE nº 180, divulgado em 17/07/2020. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5880765>>. Acesso em: 28 out. 2020.

_____. _____. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672 Distrito Federal**. Impetrante: Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Impetrado: Presidente da República. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. DJE nº 89, divulgado em 14/04/2020. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5885755>>. Acesso em: 28 out. 2020.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Constituição Federal Anotada**. 10. ed. São Paulo: Saraiva. 2012, p. 1425.

CAMBI, Eduardo. **Neoconstitucionalismo e neoprocessualismo. Direitos fundamentais, políticas públicas e protagonismo judiciário**. 3. ed. São Paulo: Almedina, 2016, p. 643.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Comentários à Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, p. 4331.

FERNANDES, Jorge Ulisses Jacoby et al. **Direito Provisório e a emergência do Coronavírus**. Belo Horizonte: Editora Forum, 2020.

GARCIA, Emerson. Ministério Público: organização, atribuições e regime jurídico. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 75. In: LIBERTO, Ulisses. **Estudos sobre racionalidade, pré-compromisso e restrições**. São Paulo: UNESP, 2009, apud Relator Min. Ricardo Lewandowski. Emb. Decl. Na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.363.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 47-63.

MAGGIO, Marcelo Paulo. **Saúde Pública e sua tutela pelo Ministério Público**. Curitiba: Juruá, 2018, p. 126-127.

A PANDEMIA, O FASCÍNIO DA PALAVRA E A POLITIZAÇÃO DA CIÊNCIA

Jairo Bisol¹

Os homens brigam com mais
frequência por palavras.
É por palavras que eles matam
e se fazem matar de preferência.
Anatole France (O manequim de vime)

Na Grécia arcaica, antes de a hélade apropriar-se do alfabeto dos fenícios e inventar a razão filosófica e a democracia, os mitos eram transmitidos de geração a geração pela tradição oral. Nessa época remota, as autoridades das narrativas mítico-religiosas exerciam o que os historiadores chamaram de **fascínio da palavra**. Os profetas nos seus vaticínios, os poetas em suas epopeias e os reis de justiça nos julgamentos de ordália, quando proferiam tais discursos, já pelo simples fato de estar falando, diziam a verdade: vinda por meio deles, a palavra era de origem divina e, portanto, carregada de força demiúrgica: não designava; criava mundo! Era “coisa entre as coisas”, realidade que se confundia com o próprio ser físico e natural. Com o advento da escrita alfabética, a laicização da palavra propiciou, de um lado, o florescimento da razão filosófica e, de outro, a invenção da democracia: a palavra leiga, não mais confundida com a realidade, passou a submeter-se aos critérios disjuntivos da verdade e da falsidade impostos pela razão epistêmica. De igual modo, fez vicejar os procedimentos dialógicos e argumentativos pela razão prudencial, atributos típicos das assembleias deliberativas no trato das opiniões. Aprendemos a diferenciar verdades racionais e opiniões, bem como a lidar com ambas. Com a palavra leiga, aprendemos também a estabelecer a diferença entre a função comunicativa e papel ficcionalizante da língua, separando razão e mito. Democratizando-se a palavra, enfim, democratizou-se o poder.

1 Promotor de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, titular da 1º Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, Membro Auxiliar da Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público, Doutor em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco e Professor Universitário.

Parece fantástico, até mesmo inconcebível, à razão científica moderna um mundo regido pelo **fascínio da palavra**, onde as pessoas, no êxtase do encantamento mítico, identificam, imediata e ingenuamente, o discurso com a realidade, a palavra com a verdade. No entanto, os homens científicos, tecnológicos e midiáticos da atualidade, mesmo os mais escolados, não estão muito distantes dessas armadilhas. É como se habitássemos um admirável mundo novo onde se consome, com renitente desvario, tudo o que é divulgado pela mídia tradicional e, de modo mais recente e especialmente intenso, pelas mídias sociais. Derramamos uma estranha fé sobre esses discursos, um ardor semelhante ao dos gregos arcaicos auscultando seus oráculos, confundindo a vida com a palavra pelo simples fato de ela ter sido... publicada. Isso tudo empresta aos oráculos deste mundo marcado pelo triunfo das narrativas sobre os fatos – e daí ter recebido o epíteto de sociedade da pós-verdade – o *status* de verbo dotado de força demiúrgica. Essas narrativas habilmente forjadas fabricam paraísos e trevas conforme a “vontade sagrada” de seus autores, cuja “vocação ética” é quase sempre redutível a um campo minado de interesses políticos e ideológicos.

Numa época em que o termo *pós-verdade*, recém-chegado ao léxico, recebe o título de palavra do ano², parece que da verdade restou apenas um conceito e um compromisso obsoletos e desimportantes. Fatos objetivos e verificáveis são menos formadores de opinião pública do que apelos patéticos dirigidos a valores e crenças pessoais. Em outras palavras, no mundo da pós-verdade, as notícias e informações são veiculadas, assimiladas e espalhadas não conforme um critério de verdade, mas de acordo com identidades afetivas e/ou ideológicas, ou seja, pela sua adequação a crenças e valores do interlocutor. Segundo Boudon, estamos diante de uma nova racionalidade instrumental, pragmatista e utilitarista, uma racionalidade que vem reconfigurando radicalmente a cognição e a retórica dos atores sociais³. Vivemos num mundo deselegante desde suas

2 Em 2016, a Oxford Dictionaries, departamento da Universidade de Oxford responsável pela elaboração de dicionários, elegeu o vocábulo “**pós-verdade**” como a **palavra do ano** na língua inglesa.

3 BOUDON, Raymond. **Crer e saber: pensar o político, o moral e o religioso**. São Paulo: Editora Unesp, 2017.

entranhas mais recônditas. Refiro-me ao conceito de elegância de Honoré de Balzac: “*Elegante é parecer ser o que se é*”⁴.

Por certo o conceito de pós-verdade não é redutível ao fenômeno das *fake news*, mas, entre as suas manifestações, talvez seja a forma mais plena e acabada. O discurso das *fake news* implica, de um modo geral, omitirmos a fonte real da informação e suspendermos a sua devida fundamentação e verificação, visando afetar o interlocutor emotivamente em relação a determinados fatos e leituras do mundo. Ele opera com eficácia máxima quando disseminado em grupos previamente articulados por uma ideologia capaz de programar o agir discursivo de seus integrantes. Sua estratégia, via de regra, consiste em desinformar intencionalmente para obter vantagem política. No entanto, Dunker⁵ observa que, mais do que veicular diretamente a falsa informação, por vezes a pós-verdade consiste em uma combinação calculada de informações e leituras plausíveis da realidade com elementos de tal modo articulados que, no seu efeito final, resulta numa combinação absolutamente falsa e interesseira.

A pós-verdade resulta de uma atitude negacionista da ciência e das instituições públicas, especialmente as democráticas. O amplo acesso a uma fonte e a um veículo de informações altamente tecnológico e inovador bem como o advento das redes sociais na internet são eventos que desenharam o horizonte das pós-verdades. O usuário da rede, diante de um mar de informações muitas vezes desconexas, elege como verdade aquilo que reforça suas crenças e ideologias. É nesse ambiente criado pelas novas tecnologias de comunicação que ele seleciona e faz ecoar as notícias que melhor se ajustam às suas verdades subjetivas preconcebidas. Antes de informação, o que ele busca e pratica nessas redes sociais é um jogo de comprovação de pontos de vista ideológicos, consolidando narrativas que não representam a realidade. Um discurso que busque a objetividade ou apele para os fatos verificáveis ou verificados é menos persuasivo nas redes sociais do que os construídos com argumentos voltados para o emocional e para as paixões ideológicas do auditório. Os usuários das redes sociais parecem mais preocupados em encontrar parceiros que compartilhem suas crenças e opiniões do que propriamente buscar a verificação e o

4 BALZAC, Honoré de. **Tratado da vida elegante**: ensaios sobre a moda e a mesa. São Paulo: Editora Pequin-Companhia, 2016.

5 DUNKER, Christian. Subjetividade em tempos de pós-verdade. In: DUNKER, Christian et al. *Ética e pós-verdade*. Porto Alegre/São Paulo: Dublinense, 2017.

aperfeiçoamento de suas ideias; manifestam aversão por toda opinião contrária e descaso pela pesquisa.

“*As redes sociais deram voz a uma legião de imbecis*”, acusou duramente o escritor, filósofo e semiólogo italiano Umberto Eco, alertando o mundo para as consequências das novas tecnologias de comunicação no processo de difusão do conhecimento e da informação. “*Antes falavam apenas em um bar, depois de uma taça de vinho, sem prejudicar a coletividade*”, selou o pensador num evento na Universidade de Turim, onde foi agraciado com o título de doutor *honoris causa* em comunicação e cultura. Num mundo marcado pelas tecnologias de comunicação de massa e pelo acesso ilimitado a um mar de informações de qualidade e veracidade duvidosas, os argumentos patéticos mostram sua força contra os argumentos lógicos e éticos. A ignorância – por ignorar também a si mesmo – impõe-se sobre o conhecimento, fazendo ecoar às avessas a máxima socrática, metamorfoseada num arrogante “eu sei que tudo sei”!

Esse triunfo do *pathos* sobre o *logos* faz sucumbir o nosso compromisso com a verdade. O mundo resumido quase que exclusivamente a uma insana guerra de narrativas, ora subvertendo e truncando a verdade, ora acrescentando adminículos maldosos, via de regra trabalhando com a mais fulminante e hipócrita arma que um (de)formador de opiniões pode dispor: as meias verdades. ***Verita est indivisa, et quod non est plene verum, non est semiplene verum, sed plene falsum***, diziam os jurisconsultos romanos. Pelo menos desde Roma Antiga sabemos que as meias verdades promovem as maiores mentiras. São mentiras que tomam emprestado o cheiro da verdade dos pedaços que arrancam impunes da realidade por elas mutilada. Os operadores das *fake news* parecem não se incomodar com a imoralidade pestilenta desse estratagema: sua intenção é **fazer política com informação, ao invés de fazer informação política** como exige a ética da informação e da comunicação social. A má-fé, movida por interesses escusos e politiqueiros, não tem limites nem escrúpulos.

AS TENSÕES ENTRE POLÍTICA E CIÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Para além de sua função natural de produzir conhecimento, durante a pandemia da Covid-19, os cientistas vêm se dedicado intensamente em

promover esclarecimentos à população mundial, fornecendo inúmeros dados, estatísticas, análises, informações e descobertas que nos oferecem uma visão geral da pandemia e de como agirmos diante dela. De igual modo, milhares de cientistas têm atuado ao redor do mundo em laboratórios financiados pelos governos e pela indústria farmacêutica, sem medir esforços, para identificar quais remédios são potencialmente eficazes no tratamento da doença, sequenciando o genoma do coronavírus e pesquisando uma vacina em tempo recorde.

Essa busca pelo tratamento da Covid-19 tem exigido uma nova atitude diante do conhecimento adquirido nas pesquisas em curso, impondo sua imediata publicação em veículos abertos e acessíveis a todos, de modo a compartilhar dados e descobertas com a comunidade científica mundial e a acelerar os avanços do conhecimento do vírus e do desenvolvimento de fármacos e de estratégias terapêuticas, bem como disponibilizar todas essas informações para a opinião pública. Mas há uma legião de vozes atuantes atrapalhando sistemática e articuladamente essa dinâmica, valendo-se de linguagens e de estratégias comunicativas que instauram a dúvida e a confusão, na contramão do imenso esforço pela transparência e pela verdade. Tratam-se de disputas ideológicas apaixonadas e de embates político-eleitorais que contestam as informações científicas e embaralham seus dados, confundindo a opinião pública. A manipulação da verdade por interesses econômicos, políticos e ideológicos é a marca registrada da sociedade da pós-verdade.

A toda evidência, os debates em torno da Covid-19, envolvendo origem do agente patógeno, estratégias de confinamento, vacinas, medicamentos e abordagens terapêuticas, deixaram e ainda deixam exalar miasmas característicos dos círculos infernais das manipulações políticas típicas de uma sociedade da pós-verdade, com suas *fake news* e outros abismos dantescos esculpidos pelas novas possibilidades tecnológicas de comunicação em massa, marcadas pela falta de ética na informação e pelo descompromisso com a verdade.

Uma simples descontextualização da verdade científica, ou mesmo a omissão de algum dado ou aspecto relevante, imperceptível ao leigo, é suficiente para distorcer a verdade e colocá-la a serviço de interesses escusos. O uso reiterado de estratégias como essa, via de regra por interesses políticos ou econômicos, coloca a ciência em campos de batalhas

ideológicas que acabam envolvendo setores da própria comunidade científica. De indispensável ferramenta de suporte das decisões, a ciência vai se transformando por vezes num entrave. As disputas internas na própria comunidade científica vai minando a confiança da sociedade nos resultados de suas e pesquisas.

Política e ciência nunca andaram exatamente de mãos dadas. Utilizam procedimentos e perseguem finalidades aparentemente inconciliáveis. A política lança mão das estratégias de poder, cuja lógica apontada desde a filosofia platônica⁶ é a das invisibilidades e da dissimulação; a ciência persegue a verdade objetiva, o esclarecimento, o que pressupõe um caminho de máxima neutralidade política. Mas a política, em face da busca de neutralidade da ciência e de seu caráter instrumental, não apenas se vale das verdades científicas que lhe interessam, como também coopta setores da comunidade científica quando lhe convém.

As relações entre ciência e política variaram intensamente – e ainda têm variado – durante a atual epidemia da Covid-19, especialmente em virtude de muitas variáveis: de país para país, de acordo com maior ou menor avanço cultural, político e científico, de acordo com as estratégias políticas em curso segundo o calendário eleitoral e, por último, de acordo com o avanço mundial dos conhecimentos científicos e dos consensos daí decorrentes, entre outras motivações.

A Alemanha da elogiada primeira-ministra e cientista Merkel, por sua condução da epidemia, hoje amarga críticas e resistência às medidas de contenção social tomadas alegadamente por excessivo apego às determinações da ciência. Manifestantes contra as estratégias de contenção social adotadas pelo governo, em um ato público contra a “tirania dos médicos”, identificaram-se como “pensadores livres” e pediram a saída de Merkel. Ativistas antivacinas, defensores do terraplanismo e simpatizantes de teorias conspiratórias, entre outros grupos e ideologias radicais, reuniram-se dando ao evento o epíteto de “festival de liberdade e paz”. “Verdades” sem o menor fundamento se disseminam e consolidam nas redes sociais com espantosa rapidez. Descompromissada com os critérios de veracidade e objetividade, a opinião pessoal se fantasia de autoridade e a tudo permite.

6 PLATÃO. *A República*. São Paulo: Editora Martin Claret, 2009.

Daí não se estranhar, nos dias de hoje, o surgimento de uma militância contra o conhecimento. Esse movimento parece defender desavergonhadamente a tese de que a verdade se constrói coletivamente com a invenção dos fatos. Uma versão tecnológica e midiática da velha máxima segundo a qual uma mentira repetida mil vezes torna-se uma verdade. Com essas estratégias nada éticas, mas de grande eficácia, o mundo da pós-verdade vem combatendo a ciência. O obscurantismo crescente se manifesta em movimentos mundiais como o citado “terraplanismo”, capaz de negar todo o conhecimento físico e astronômico acumulado por séculos e de tachar de fraudulentas centenas de milhares de imagens fotográficas e de vídeos veiculados a partir do início da corrida espacial. Muito mais grave e com resultados práticos perniciosos são os ataques do movimento contra as vacinas, responsável pelo boicote sistemático de campanhas de imunização e pelo retorno de doenças praticamente erradicadas, como o sarampo e a catapora.

Em que pese o avanço do obscurantismo nesse mundo das pós-verdades, alguns especialistas em políticas públicas de saúde sustentaram que a orientação científica deveria ser priorizada em todas as decisões políticas⁷. Por certo as razões da ciência devem estar em lugar de destaque na tomada das decisões políticas. Mas não devemos esquecer que a ciência se define pelos recortes que promove na realidade e que a política responde pela realidade social praticamente em sua totalidade. Portanto, as verdades científicas oferecem apenas elementos parciais para a tomada de decisão.

Aliás, nos Estados Unidos foram públicas as tensões entre políticos republicanos e cientistas. Essas disputas em torno dos fundamentos para as decisões de confinamento, de um lado, e dos impactos econômicos com o fechamento de empresas e a perda de empregos, de outro, tomaram lugar num embate maior, certamente pautado pelas eleições presidenciais de novembro. Nesse contexto, o presidente Donald Trump foi orientado pelo

7 ESTADO DE MINAS INTERNACIONAL. **O difícil equilíbrio entre ciência e política em tempos de coronavírus**. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2020/05/01/interna_internacional,1143594/o-dificil-equilibrio-entre-ciencia-e-politica-em-tempos-de-coronavirus.shtml>. Acesso em: 25 ago. 2020.

imunologista Anthony Fauci, seu conselheiro científico, a mudar o tom de suas declarações, especialmente suas manifestações anticonfinamento⁸.

Muitos países criaram comitês científicos de assessoramento aos seus governos na gestão da pandemia. Uma decisão acertada. Com o mundo tomado pela incerteza e pela angústia, parecia caber à ciência apontar os caminhos que deveríamos seguir, dando respostas à imensa demanda de tomadas de decisões imediatas que o avanço da pandemia exigia. Mas à política em geral pareceu mais importante manipular os dados que a ciência produzia, os conhecimentos do patógeno que ela foi construindo, cooptando segmentos da comunidade científica para uma guerra de posições ideológicas. Ademais, não devemos olvidar que tais comitês e seus cientistas, quando atuaram de forma livre e neutra, ofereceram apenas um conjunto de verdades verificadas, mais ou menos úteis para a tomada de decisão. Ao fim e ao cabo, são os políticos que respondem pelas decisões. E como bem observou Carvalho, chefe do Departamento de Filosofia da UFRGS, uma sociedade que perde a confiança na capacidade de conhecer a realidade é uma sociedade que se aliena e se torna extremamente vulnerável à fragmentação.⁹

CRÍTICA À UNIVERSALIZAÇÃO DA RAZÃO INSTRUMENTAL

A política, tal como o direito, desde tempos imemoriais foi exercida como atividade prudencial, um labor de natureza decisória cuja qualidade acaba dependendo, em grande medida, das virtudes de quem o pratica. Foi a modernidade que, ao pretender construir um mundo sobre bases de uma racionalidade instrumental, plantou a ideia de uma “ciência política” e uma “ciência do direito”, de modo a retirá-las do âmbito da razão prática (campo da filosofia da ação, do pensamento tópico-retórico e argumentativo, que trabalha com *opinião*, *persuasão* e *decisão*) e submetê-las aos ofícios da razão pura (campo da filosofia do pensamento, em que a ciência se constrói com absoluto rigor lógico e epistemológico, sobre as bases de um pensamento sistemático e analítico que persegue a *verdade objetiva*, a evidência). O declínio do pensamento político clássico,

8 ESTADO DE MINAS INTERNACIONAL. Op. Cit.

9 CARVALHO, Eros Moreira de. **Por que confiar na Ciência**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/jornal/por-que-confiar-na-ciencia/>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

de matriz aristotélica, deu lugar à modernidade e sua “ciência da política”, cujos fundamentos foram firmados por Hobbes.

Por certo, a razão instrumental da ciência produziu – e ainda produzirá por muito tempo – resultados admiráveis no âmbito da evolução tecnológica da civilização humana. Ela articula maravilhosamente as ciências exatas e as ciências empíricas com a *techne*. O problema se inicia com os esforços de extensão dos seus métodos e paradigmas teóricos para o campo das emergentes “ciências humanas”. Do universo conhecido, o humano é o único objeto que não se move pela lógica da causalidade: o homem é dotado de livre arbítrio, o que impõe ao seu estudo o enfrentamento de imprevisibilidades e todo o tipo de complexidades daí decorrentes, mesmo que relativizadas por abordagens como a da antropologia estruturalista, entre outras.

Não se trata de impor limites à razão instrumental por sermos contrários ao desenvolvimento técnico-científico da humanidade. O que não se pode fazer impunemente é tentar reduzir a práxis à *techne*, retê-la no interior dos sistemas conceituais e domesticá-la nos limites tautológicos do raciocínio silogístico, como pretenderam, a título de exemplo, os juristas modernos com a figura do silogismo judicial como natureza do raciocínio jurídico-decisório, da decisão judicial. Uma decisão silogística, bem observado, é uma contradição em termos: ou é decisão, e não é silogismo, ou é silogismo e não há decisão alguma. *Tercius non datur*. Em outras palavras, é impossível decidir por atos de mera cognição.

Sem dúvida é necessário delimitar o espaço legítimo para o pensamento conduzido pela razão instrumental, estratégico para a reprodução material e para evolução tecnológica da sociedade, mas impotente para construir isoladamente decisões políticas e judiciais. O excessivo apego à filosofia da consciência e à razão instrumental, estendendo a ação racional teleológica das ciências empíricas às esferas de decisão jurídica, política e econômica, nos conduz aos caminhos da tecnocracia e suas estruturas burocráticas infernais, na contramão das lutas emancipatórias da humanidade. Isso não quer dizer que a razão instrumental da ciência não tem nenhuma relação com a *práxis*, ou seja, nenhuma contribuição a dar para a razão prática e suas atividades decisórias. De toda sorte, não devemos cair no extremo de propor

uma sociedade governada por cientistas, ou mesmo a condução do enfrentamento de uma pandemia por um governo de médicos.

O enfrentamento de uma pandemia provocada por um patógeno até então desconhecido certamente requer o suporte da ciência, único meio capaz de oferecer respostas seguras indispensáveis ao controle da epidemia, tais como a dinâmica da doença e de sua transmissão, visando diminuir os impactos na saúde da população e minimizar os efeitos negativos na economia. Mas é preciso ter em conta que tais respostas servirão apenas como suporte para a tomada de decisão.

CIÊNCIA E DECISÃO

Toda decisão pressupõe a capacidade de julgar a realidade para se poder mapear as possibilidades comportamentais e proceder a escolha ao fim e ao cabo. Em certa medida, a razão instrumental precede a razão prática no exercício do livre arbítrio. O problema surge quando analisamos qual realidade estamos julgando para tomar a decisão: a atividade humana ou os fenômenos naturais? A razão instrumental das ciências empírico-indutivas está preparada para julgar o mundo natural regido pela causalidade e pela previsibilidade daí decorrente, sendo capaz de produzir verdades verificáveis. O mundo humano pressupõe uma atitude compreensiva da razão para ser desvendado, e as verdades reveladas acabam sempre carregando elementos subjetivos do observador, afastando-se de noções como as de evidência e de indiscutibilidade. Portanto, a resposta a essa pergunta irá determinar em grande medida o peso das verdades científicas nas decisões tomadas pelas autoridades públicas, sejam elas políticas, jurídicas ou econômicas.

De qualquer modo, ainda que a razão instrumental das ciências empíricas e a razão compreensiva das ciências humanas deitem luzes para a tomada de decisão ao esclarecer a realidade sobre a qual a decisão será tomada, trata-se de um procedimento prévio, certamente importante para a qualidade da decisão, mas não determinante da decisão em si. Esta ainda terá de ser tomada e pressupõe um ato de vontade. Essa responsabilidade é titularizada pelos políticos, pelos juristas e pelos economistas.

Ademais, há um instigante paradoxo por trás de uma teoria da decisão que nunca deve ser desprezado: bem observado, toda decisão

pressupõe a indecidibilidade. A tomada de decisão é uma espécie de vetor oposto à especulação filosófica. Esta última amplia progressivamente as possibilidades hermenêuticas da realidade, multiplicando dúvidas apesar de qualificar o olhar e a compreensão do mundo. A capacitação do nosso olhar sobre o mundo nos torna conscientes dos nossos limites e da nossa ignorância. Em certa medida, conhecer é multiplicar dúvidas, e não certezas. A certeza é um atributo da ignorância. A tomada de decisão segue o caminho oposto, afastando progressivamente as dúvidas, eliminando-as por escolhas de risco até restar em nosso horizonte apenas um caminho possível. Por isso decidir implica assumir riscos. Sua lógica, como aponta a sabedoria popular, consiste em não olhar para trás.

A ciência não cumpre o papel de tomada de decisões, mas seus conhecimentos não apenas são estratégicos para os que detêm essa atribuição como também servem de importante critério de medida e definição das responsabilidades do órgão decisor pelas instâncias de controle. A decisão pressupõe mais do que dados, estatísticas e outras verdades objetivas do conhecimento científico. Implica em operar escolhas entre valores e interesses distintos e por vezes conflitantes, conduzir negociações e mediações, promover articulações de consensos, acordos e outras estratégias de natureza política.

Ademais, a suposta neutralidade da ciência deve ser relativizada, não se traduzindo num árbitro neutro um tipo de conhecimento que também é produzido em cima de certas escolhas e de certos valores. Além do que, a ciência ainda é muito determinada por rigoroso recorte do objeto, o que lhe empresta um perfil excessivamente disciplinar. O mundo, especialmente o humano, é complexo e exige um olhar multidisciplinar, ou mesmo transdisciplinar. Exige também o uso do saber prático, de toda experiência colhida e acumulada. Decidir exige prudência.

Não por outro motivo, o jurista também trabalha com a força demiúrgica das palavras, inventando destinos em suas decisões judiciais, urdindo mundos. O poder das redes sociais e da mídia consiste em imiscuir as funções ficcionalizante e informativa da língua para manipular a opinião pública e consolidar posições ideológicas. Assim, reconstrói verbalmente a realidade, descontextualizando fatos, omitindo aspectos importantes, inserindo detalhes, distorcendo a verdade. Nessa manipulação discursiva do mundo, modela consciências. O jurista, ao revés, trabalha com a

palavra já publicada sob a forma da lei. Seu poder consiste em fazer crer que as palavras da lei possuem um sentido único, apofântico, capaz de ser explicitado pelo manejo adequado do instrumental científico da hermenêutica jurídica que ele aprende nos bancos escolares. Reconstruindo o sentido das palavras da lei diante dos fatos judicializados, o jurista manipula seu poder discricionário inventando destinos e vida futura – muitas vezes embalado por motivos pouco transparentes, tais como os oráculos da mídia moderna. Se o poder da mídia reside na transformação da vida passada em palavras publicadas, o poder judicial consiste em transformar palavras publicadas em vida futura.

Supor que os dados e as informações da ciência resolvem os elementos necessários para a tomada de decisão traduz um ingênuo desconhecimento do jurídico, do econômico e do político. Não é aconselhável, nem eticamente sustentável, o decididor politizar ciência, escondendo-se por trás dela ao colocar sobre suas costas o peso da responsabilidade pela decisão. De igual modo, a ciência não tem o direito de arvorar-se como instância decididora. Sua atividade é meramente cognitiva. Esses equívocos têm nos levado à politização da ciência e à cientificização da política. Bem observado, as duas faces desse fenômeno implicam-se mutuamente. Os políticos buscam se livrar de suas responsabilidades sobre os conflitos de valores e interesses que agitam o tecido social ora manipulando as verdades científicas ao seu favor, ora cooptando setores da comunidade científica, ora vendendo a ciência como um árbitro neutro e capaz de decidir definitivamente o conflito. A ciência é conhecimento humano, limitada não apenas nas suas capacidades instrumentais como na própria possibilidade de articular o real na linguagem, ou seja, de produzir verdades socialmente neutras e objetivas.

Bem observado, os órgãos de controle também exercem o seu fascínio da palavra e politizam a ciência, sustentando sua retórica procedimental em cima de posições parciais e preliminares da ciência, especialmente as que melhor se ajustam à sua visão ideológica de mundo e a seus interesses processuais. Não se pode afirmar consenso onde ele não existe. E, quando não há consenso na ciência, não se pode também simplesmente pinçar de forma seletiva as posições que reforçam a narrativa ideológica que defendemos, como fazem os adeptos da pós-verdade em suas cruzadas ideológicas. Ademais, a existência de questões pendentes na investigação científica acaba alimentando dissensos entre especialistas e pesquisadores

e politizando mais ainda a ciência, numa espiral de irracionalidades. É o caso da Covid-19. Por se tratar de uma doença até então desconhecida, as lacunas de conhecimento e de verificação das conclusões ainda são imensas. Lidamos em grande parte com informações preliminares. A verdade científica se constrói com o tempo, pelo acúmulo de conhecimento. Toda pesquisa científica tem limitações, mas a gestão da pandemia exige a imediata tomada de decisões e cometimento de escolhas, ainda que com base nas poucas informações de que se dispõe.

Mesmo que o cidadão comum ainda exerça uma confiança habitual na ciência, a ocorrência de dissensos, especialmente quando o tema foi indevidamente politizado, confunde a opinião pública, desgasta a imagem da ciência e impede que a sociedade usufrua de possibilidades tecnológicas parcialmente desenvolvidas em questões urgentes e específicas.

Enfrentar esses desafios requer atuação em várias frentes de batalha. A comunidade científica precisa estar mais presente nos debates públicos para poder desmascarar estratégias de manipulação de suas pesquisas e descobertas. A política, por seu turno, deve concentrar-se em promover os debates democráticos e garantir legitimidade aos pactos e consensos em torno de prioridades e objetivos.

É preciso multiplicar as parcerias entre a comunidade científica e os tomadores de decisão, a partir de bases mais sólidas e mais transparentes. Para alcançarmos maior efetividade e êxito no enfrentamentos de desafios futuros, tal como o da atual pandemia de Covid-19, precisamos impedir os avanços da pós-verdade e seus apelos ao fascínio da palavra. Abraçar a luta pela transparência e pela verdade, que em termos de atividade pública é consagrada no princípio da publicidade. Afinal, a dissimulação é a lógica do poder e não da gestão. Definir com clareza o papel da ciência e protegê-la das manipulações politiqueras e dos interesses econômicos, fazendo-a atuar com o máximo rigor e neutralidade na produção do conhecimento. Enfim, lutarmos contra uma grande fonte de falsidades, de dissimulações e de mentiras da sociedade atual: a politização da verdade, cujo corolário mais danoso é a politização da ciência, em particular. Saber é poder; o que falta a este mundo é sabedoria. Se a verdadeira ciência ilumina os caminhos permitindo qualificar as nossas escolhas, é a sabedoria que aponta o caminho da luz na tomada de decisão.

OS DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Rafael Meira Luz¹

I – O CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)

O ano de 2020 seguramente estará entre aqueles que marcarão o século XXI, sob o ponto de vista epidemiológico, assim como o ano de 1918 marcou o século XX em razão da pandemia de gripe espanhola. Informações prestadas oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS-WHO) revelam que já se detectavam indícios, no final de 2019 e início de 2020, de uma nova “pneumonia viral”, de causas desconhecidas, na Província de Wuhan, China². Essa pneumonia viral, que aparentemente seria corriqueira (uma entre tantas outras pneumonias virais que acometem variadas regiões do planeta, quase que sazonalmente), desdobrou-se rapidamente em um incidente que motivou a OMS a adotar rápidas providências. Já no dia 1º de janeiro de 2020, a OMS ativou a Equipe de Suporte ao Gerenciamento de Incidentes (Incident Management Support Team – IMST) para que as dimensões do surto fossem mapeadas. O resultado do ingresso da OMS na análise do cenário chinês resultou no imediato comunicado, já no dia 2 de janeiro, às instituições e países integrantes da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (Global Outbreak Alert and Response Network – GOARN), reportando a pluralidade (*cluster*) de casos da referida pneumonia de causas desconhecidas.

Avançando na análise do cenário presenciado na Província de Wuhan, a OMS divulgou, em 9 de janeiro de 2020, um relatório oficial, contendo a primeira referência à origem da doença (um novo coronavírus). Registre-se, não para imputar à OMS qualquer espécie de responsabilidade, mas como meio de demonstrar a dificuldade de enfrentamento da questão, que consta desse relatório a indicação de que alguns pacientes foram

1 Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Santa Catarina. Mestre em Direitos Humanos pela Universidad de Navarra (Espanha). Membro Auxiliar da Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público.

2 Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtime-line>>. Acesso em: 9 jul. 2020.

localizados em aeroportos internacionais, originários de Wuhan/China, com sintomas de pneumonia, mas que não eram recomendadas medidas específicas em relação a esses viajantes³. Também desaconselhava a OMS, naquele momento, à adoção de medidas de restrição de fluxo de viajantes internacionais originários e com destino à China⁴. Houvesse sido adotada essa precaução, certamente a disseminação do vírus seria diversa.

Desse ponto em diante, o cenário de expansão da doença parece ser mais ou menos de conhecimento geral. O coronavírus causador da Covid-19, taxonomicamente denominado SARS-COV-2, rapidamente se espalhou pela Ásia e Europa. O dia 11 de janeiro de 2020 é conhecido como aquele no qual se divulgou, oficialmente, o primeiro óbito, em território Chinês. O primeiro caso registrado de um paciente com o SARS-COV-2 fora do território chinês foi registrado em 13 de janeiro, na Tailândia⁵, enquanto o primeiro óbito fora do território chinês veio a ocorrer em 2 de fevereiro, nas Filipinas⁶. Esses dados, aparentemente desnecessários em um artigo jurídico, demonstram que a capacidade de dispersão da doença, suas características de transmissão e letalidade, até então desconhecidos, poriam à prova a capacidade de resposta das autoridades sanitárias.

No Brasil, autoridades confirmaram o primeiro caso de Covid-19 em 4 de março⁷, ao passo que o primeiro óbito deu-se em 17 de março⁸. As curvas de expansão de contaminação, de óbitos e de pacientes recuperados no Brasil indicam que já se alcançou a marca de 3.600.000 pessoas contaminadas, 2.700.000 pessoas recuperadas e 114.000 óbitos⁹. A

3 Por medidas em relação a esses viajantes, entendam-se medidas de contenção e de restrição de locomoção. De qualquer modo, a adoção de medidas de restrição naquele momento poderia resultar num grau de contenção mais eficaz.

4 Relatório disponível, em seu original, em: <<https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>>. Acesso em: 9 jul. 2020.

5 Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtime-line>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

6 Segundo dados publicados em: <<https://veja.abril.com.br/mundo/primeira-morte-por-coronavirus-e-registrada-fora-da-china/>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

7 Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2020.

8 Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/en/saude/noticia/2020-03/brazil-reports-first-death-covid-19>>.

9 Dados oficiais do Ministério da Saúde, disponíveis em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

Covid-19 revelou-se rapidamente um desafio a mais, entre tantos desafios existentes no território brasileiro na área da saúde, para as autoridades sanitárias federal, estaduais e municipais.

Em um período de intensas polarizações e divergências acerca dos caminhos para o enfrentamento dessa pandemia, nenhum outro tema reúne tamanho consenso quanto a ideia de que a Covid-19 testou, e ainda testa, os sistemas sanitários tanto dos países, dos mais pobres aos mais desenvolvidos, quanto dos estados e municípios. Todos se encontram ameaçados por um inimigo ainda desconhecido e, por isso, muito mais perigoso. Não se pode negar que a comunidade científica prontamente debruçou-se sobre o tema na esperança de encontrar respostas para a ameaça, lançando-se em teorias e propostas de enfrentamento.

As respostas que se produziram, desde o início da divulgação dos casos de Covid-19, variaram à medida que os casos se disseminaram, dentro e fora do território chinês, no decorrer de 2020. No Brasil recorda-se, por exemplo, a iniciativa de resgate do primeiro grupo de 34 brasileiros que se encontravam impossibilitados de sair da China, em 9 de fevereiro de 2020¹⁰. A novidade logo se transformou em rotina, tendo o país repatriado mais de 25 mil brasileiros nesse período¹¹. Destacam-se também as discussões havidas em torno do fechamento das fronteiras dos países da América do Sul, no mês de março, como medida de contenção da disseminação da doença¹², a discussão e aprovação da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e sua posterior regulamentação (considerados como o marco legislativo específico para o enfrentamento nacional da Covid-19).

As medidas relacionadas à primeira fase da Covid-19 basearam-se no reconhecimento, pela autoridade sanitária federal, à simetria do que havia ocorrido em âmbito internacional, do Estado de Emergência em Saúde

10 Disponível em: <<https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/brasileiros-resgata-dos-em-wuhan-chegam-a-base-aerea-de-anapolis,d3c33cbab72e5f35f400dbb90bf3ef69z4m5t08j.html>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

11 Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/06/mais-de-25-mil-brasileiros-ja-foram-repatriados-durante-pandemia>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

12 Disponível em: <<https://radioagencianacional.ebc.com.br/saude/audio/2020-03/alguns-paises-da-america-do-sul-fecham-fronteiras-para-conter-o-covid-19>>. Acesso em: 27 de jul. 2020.

Pública de Importância Nacional (ESPIN)¹³, inserindo o país na fase de mitigação, momento em que a doença se encontrava em fase de introdução no território nacional. Nesse período, no qual ainda não se detectava a transmissão comunitária, as medidas e ações a cargo das autoridades buscavam minimizar a dispersão do vírus. Destaca-se, pela importância do tema para os fins deste artigo, que, desde o Boletim Epidemiológico nº 1, de 4 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde já orientava que “os casos leves devem ser acompanhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) e instituídas medidas de precaução domiciliar”¹⁴.

Logo em seguida, com a gradual dispersão do vírus em território nacional, as autoridades viram-se compelidas a uma modificação de estratégias. Os desafios alteraram-se, de modo que se presenciaram problemas na aquisição de álcool em gel, máscaras de proteção, equipamentos de proteção individual. A notoriedade da escassez desses produtos e insumos revelou a fragilidade dos sistemas produtivos, com a consequente elevação dos preços, a deserção de procedimentos de compras públicas. Requisições administrativas sucessivas para a obtenção emergencial de insumos e produtos se iniciaram, causando uma verdadeira batalha administrativa.

Apenas a título de exemplificação acerca das dificuldades de enfrentamento desse vírus, e que impactou na percepção e no planejamento pelos gestores, um estudo divulgado por pesquisadores do *Leverhulme Centre for Demographic Science da Universidade de Oxford* indicava, em 14 de março de 2020, que o Brasil chegaria a um total de aproximadamente 478 mil óbitos por Covid-19¹⁵. O biólogo Atila Iamarino, por sua vez, teceu previsões, em 21 de março de 2020, que chegaríamos à incrível marca de 1 milhão de óbitos por Covid-19, caso não adotadas as

13 O reconhecimento, pela OMS, do Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) ocorreu em 30 de janeiro de 2020, ao passo que o reconhecimento do Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) foi reconhecido em 3 de fevereiro, por meio da Portaria MS nº 188, conforme <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COECorona-SVS-13fev20.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

14 Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>>.

15 Pesquisa disponível em: <https://osf.io/fd4rh/?view_only=c2f00dfe3677493faa421fc2ea38e295>. Acesso em: 4 ago. 2020.

medidas de segregação verificadas na China¹⁶. Os dados, alarmantes para os momentos em que foram divulgados, não chegaram perto de serem concretizados.

Viu-se, em seguida, sucessivas medidas destinadas à diminuição dos efeitos da doença. Acessos a municípios foram fechados por barricadas¹⁷, autoridades estaduais bloquearam rodovias federais¹⁸, atividades econômicas foram fechadas ora por determinações do Executivo, ora por decisões do Judiciário.

O crescimento da doença levou à mudança das discussões, de modo que pronto se ingressou no tema da eventual insuficiência da rede, sobretudo no cuidado intensivo, o que motivou a habilitação agilizada de leitos¹⁹, o repasse antecipado de recursos para a formação das equipes de UTI e a criação (e posterior desativação) dos hospitais de campanha²⁰. Não se pode esquecer os problemas tanto para a produção quanto para a importação de respiradores para uso em casos graves de Covid-19, as estratégias de distanciamento e isolamento sociais, entre tantos outros desafios.

Cada um desses passos adotados para diminuir a magnitude da enfermidade testou à exaustão os limites e a capacidade dos sistemas sanitários. Em determinados locais, sob o pretexto de diminuir a taxa de

16 Conforme noticiado em: <<https://revistaforum.com.br/coronavirus/biologo-atilamarino-faz-previsao-de-1-milhao-de-mortos-por-coronavirus-em-live/>>. Acesso em: 2 ago. 2020. A China adotou o *lockdown* absoluto nas regiões atingidas pela Covid-19, isolando por completo diversas cidades e seus moradores.

17 Em vários municípios essa postura de impedir o acesso de “não moradores” foi adotada. Em alguns casos o Ministério Público adotou medidas dada a alegação de ilegalidade. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/coronavirus-servico/noticia/2020/03/mp-alerta-para-ilegalidade-do-fechamento-de-acessos-a-municipios-em-razao-do-coronavirus-ck8ou5ki20ocy01rzhzmm6oa9.html>>. Acesso em: 5 ago. 2020.

18 Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/coronavirus-pontos-de-acesso-a-rodovias-federais-no-rj-sao-bloqueados/>>. Acesso em: 5 ago. 2020.

19 Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/sem-categoria/2501-ministerio-da-saude-investiu-r-1-bi-em-leitos-exclusivos-de-uti-para-pacientes-covid-19>>. Acesso em: 28 jul. 2020.

20 Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/rj-vai-desmontar-3-hospitais-de-campanha-que-sequer-abriram-as-portas-na-pandemia,27504618d1164d7a900b936642e545aekoju2lg.html>>. Acesso em: 29 jul. 2020.

contágio, determinou-se a diminuição ou mesmo a suspensão do transporte coletivo. A medida, inicialmente pensada para desmotivar as pessoas a saírem de suas casas, causou justamente efeito diverso, a concentração de pessoas em ônibus, metrô, etc. Modificações em sistemas de rodízios de veículos em grandes capitais, pensados com as melhores intenções, mostraram-se inócuos e logo foram abandonados.

Com o tempo, a luta passou a concentrar-se no achatamento das curvas de contágio e, enfim, luta-se para que as previsões iniciais de mortos não sejam atingidas. Medidas como a corrida mundial pelo desenvolvimento de uma vacina e a busca por um tratamento precoce e eficiente mobilizam pesquisadores. O conflito entre as liberdades individuais e a necessidade de adoção de cuidados para se evitar mais contágios deixaram marcas, a ponto de os sinais das medidas prolongadas de isolamento serem uma nova preocupação²¹.

Conclui-se, com essa rápida chamada para a evolução dos problemas ocasionados pela Covid-19, que praticamente todos os sistemas organizados de saúde enfrentaram, enfrentam e enfrentarão dificuldades extraordinárias.

II – A COVID-19 ESTÁ NOS MUNICÍPIOS

Estabelecido um breve panorama dos problemas gerados pela pandemia de Covid-19, um segundo passo consiste em perceber os seus reflexos no âmbito dos municípios, já que, por mais que se esteja diante de uma enfermidade de proporções mundiais, os reflexos deságuam onde vivem as pessoas.

Parece adequado concluir que os impactos individuais, sofridos pelo cidadão, são percebidos no âmbito dos municípios. É nas cidades que se revelam as mazelas decorrentes do isolamento social, da carência de produtos, da limitação do mercado de trabalho e da diminuição da capacidade de investimentos do Poder Público. Soma-se a essa realidade a circunstância de que é o município que se encontra (ainda que por ficção)

21 É o resultado da revisão literária realizada por Pereira *et al.*, presente em PEREIRA, MD; OLIVEIRA, LC; COSTA, CFT; BEZERRA, CMO; PEREIRA, MD; SANTOS, CKA; DANTAS, EHM (2020). The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. **Research, Society and Development**, 9(7): 1-35, e652974548.

mais próximo das vítimas diretas e indiretas da Covid-19. É o município o ente que absorve, ou deveria absorver, a grande maioria dos atendimentos em saúde, por se tratar da porta de entrada no sistema.

É também no município que se observam, em primeiro lugar, as consequências das medidas de distanciamento e isolamento social, em especial a diminuição da atividade econômica e da arrecadação de tributos, a perda de poder aquisitivo das pessoas e a diminuição da movimentação das pessoas.

Não se pode ignorar que outros reflexos indiretos operam-se sobre a municipalidade por conta da Covid-19, como o eventual contingenciamento de transferência de recursos, a dificuldade na execução do orçamento em saúde e o aumento dos custos para a operacionalização de um sistema cujas balizas orçamentárias já haviam sido outrora fixadas.

A própria organização do estado de direito mostra-se insuficiente para suprir as necessidades em tempos de pandemia, situação que pressiona os gestores entre os limites da proibidade administrativa e o peso da omissão. O gestor municipal da saúde, nomeado diretamente pelo chefe do Executivo e, portanto, ocupante de posto político, vê-se premido por escolhas éticas complexas; essas escolhas revelam-se ainda mais difíceis diante de um cenário no qual se lida com uma nova doença sobre a qual o consenso científico mostra-se distante. Uma escolha que atualmente mostra-se acertada poderá, em breve período de tempo, ser desmentida por novas luzes; o gestor, que optou por um determinado rumo caminha em terreno pantanoso, não sabendo se e quando afundará, apesar de decidir baseado no que entende como o melhor caminho possível.

Essa linha tênue, essa estreita margem de apreciação do gestor, mostrou-se clara no caso dos hospitais de campanha. Seguindo a linha dos percentuais de contágio, dos índices de casos leves, moderados e graves e o período relativamente longo de permanência em UTI para os pacientes graves, imaginou-se precocemente que o SUS não comportaria a demanda por internações. Prontamente, e aqui não se discute as intenções de um ou outro gestor, buscou-se uma estratégia para o rápido incremento do número de leitos de UTI, sendo definida a estratégia dos “hospitais de campanha”. Posteriormente, com o avanço dos dias e meses, viu-se que a maioria desses leitos não necessitou ser utilizada, de modo que esses locais foram e encontram-se em fase de desinstalação.

Seria lícito concluir que, pela não utilização desses leitos, obrou o gestor em irregularidade? Obviamente não, já que seria preciso coligir uma infinidade de outros elementos, em especial o volitivo, para definir se, no momento daquela escolha, possuía ou não o gestor as informações que agora (no momento do julgamento da medida adotada) detêm.

O rol de dificuldades parece interminável. Uma das características essenciais do SUS, consagrada há anos, consiste no seu formato não hierárquico, fragmentado, no qual compete a cada ente um rol determinado de atribuições. No âmbito de uma pandemia era de se aguardar que a autoridade sanitária federal concentrasse diversas competências e atribuições, o que acabou não se consolidando. Embora a União, no âmbito de suas competências, tenha legislado sobre o tema da pandemia, com a criação de instrumentos para o enfrentamento da doença, o Judiciário acabou reconhecendo, no julgamento da ADI 6341, a competência concorrente entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, na definição das estratégias de enfrentamento, tais como isolamento, quarentena, etc. Baseados nessa decisão do STF, alguns municípios editaram decretos contendo medidas de isolamento e distanciamento menos restritivas que aquelas definidas na legislação estadual, o que gerou novas discussões judiciais. A tendência jurisprudencial caminha para o reconhecimento da impossibilidade de os municípios decretarem medidas menos restritivas que aquelas decretadas pelos Estados, de acordo com o que já se encontrava decidido na Suspensão de Segurança 5369/SP²².

A todas essas dificuldades já reportadas nas linhas anteriores, soma-se a aproximação das eleições municipais (ainda que prorrogadas pela aprovação da PEC nº 107), com o agravante da necessidade de os atuais gestores realizarem os balanços de encerramento de gestão. As fricções ordinariamente existentes no exercício da gestão municipal, e neste caso, da gestão municipal da saúde, potencializam-se pela aproximação do pleito. Corre-se o risco de que determinadas estratégias de saúde sejam adotadas, ou ignoradas, por razões menos elevadas do que a preservação da saúde e da vida da população.

22 Pedido formulado em razão de Decreto expedido pelo Município de Jundiaí, menos restritivo que a legislação do Estado de São Paulo no que se refere às atividades econômicas liberadas. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15342934132&ext=.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

É nesse apanhado de dificuldades que se pode destacar que um dos elementos que talvez mais contribua para o sucesso das medidas adotadas no âmbito municipal é a transparência. A pandemia trouxe à luz a necessidade de manutenção de um sistema eficiente de saúde. A adoção, pelo gestor, de critérios claros, transparentes, públicos, acessíveis à população e facilmente auditáveis, se não o isenta de problemas e preocupações futuros, possui o condão de conduzir a interpretações favoráveis às suas escolhas. O período de pandemia, como todo período de guerra, castiga fortemente tanto o gestor não transparente quanto o gestor reticente, que não decide com a velocidade exigida naquele momento.

O gestor municipal não pode esquecer que as decisões adotadas nestes tempos de excepcionalidade serão auditadas, analisadas, julgadas, em tempos de pós-pandemia. Os órgãos de controle, para concluírem favoravelmente acerca da escolha adotada pelo gestor, necessitarão compreender claramente as razões que motivaram a escolha de um entre tantos caminhos. Exemplifica-se: se determinado gestor municipal, aplicando as normas vigentes, buscou no mercado o álcool em gel 70° para o distribuir às unidades básicas de saúde e não o encontrou para fins de compras baseadas na aplicação da Lei de Licitações, terá que tomar uma decisão, afinal a UBS não pode funcionar sem esse produto. Nesse caso hipotético, o gestor decide realizar a contratação direta mediante a aplicação da Lei nº 13.979/2020 e enfim adquire um lote com preço de mercado dez vezes superior ao praticado nas últimas aquisições. Quanto mais transparente, quanto mais zeloso for o gestor, reunindo informações aptas a demonstrar a evolução histórica dos preços, as dificuldades para compras públicas mediante modelos tradicionais, a idoneidade dos participantes nos processos de compras, a escolha de parceiros comerciais probos, menores as probabilidades de essa aquisição ser considerada ilegal.

Outro fator de pressão sobre os gestores municipais refere-se aos municípios sem estrutura, aqui se destacando aqueles em isolamento geográfico, por exemplo. Na região Norte, dificuldades de transporte terrestre e fluvial potencializam a dificuldade de enfrentamento da pandemia. Se por um lado a suspensão do transporte fluvial contribuiu para a diminuição do índice de dispersão do vírus, por outro lado prejudicou a distribuição de equipamentos, produtos e insumos, bem como a remoção de pacientes, já que as unidades de referência para tratamento de casos

graves situam-se nas cidades maiores, especialmente nas capitais, distantes centenas de quilômetros. Soma-se a esse desafio a escassez de profissionais de saúde nos municípios menores, que levou à urgente implantação de um sistema de cadastramento pela União de profissionais, que já somou mais de um milhão de profissionais cadastrados.

A organização do sistema de saúde, sua principiologia, a capacidade de articulação e mesmo o modelo de financiamento (ou de subfinanciamento), encontram-se profundamente abalados, devendo o gestor da atenção primária de saúde a adoção de medidas criativas para a multiplicação dos recursos orçamentários e pessoais.

III – ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TEMPOS DE COVID-19

É sabido que o enfrentamento da pandemia não se dá exclusivamente no plano sanitário. Questões políticas, jurídicas, econômicas, mercadológicas, todas se somam para aliviar ou dificultar a atuação do gestor municipal. Assim, poder-se-ia afirmar que a carência de recursos para a oferta regular de ações e serviços de saúde não seria a maior dificuldade para o enfrentamento da pandemia. As experiências vividas desde o surgimento da doença na China indicam que as polarizações ideológicas situam-se entre as questões que mais causaram prejuízos para o enfrentamento da Covid-19.

Um dos temas que mais suscitou (e ainda suscita) polêmicas talvez seja o tratamento precoce contra o vírus. A medicina não dispõe de tratamentos regularmente registrados para o enfrentamento da Covid-19²³. Diversos conjuntos de medicações já foram apresentadas por um número incontável de profissionais, ainda que se reconheça que todos esses tratamentos devam ser considerados *off label*²⁴.

23 De acordo com a Fiocruz, “Até o mês de maio de 2020, mais de 200 ensaios clínicos estavam sendo realizados ao redor do mundo e, pelo menos, 25 medicamentos investigados para a COVID-19. Contudo, até então, nenhuma droga com função curativa nem profilática teve eficácia identificada para a infecção” (Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/cartilha_psicofarmacos.pdf>, p. 6, acesso em: 10 ago. 2020).

24 Por uso *off label* entende-se o uso de medicamento aprovado pelo órgão regulamentador para o tratamento de enfermidade não constante da bula. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=

Nesse cenário de ausência de tratamento específico, destacam-se algumas iniciativas adotadas tanto por profissionais da área da saúde como por gestores, como o Fosfato de Oseltamivir²⁵ (AMIFLU®), REMDESIVIR®²⁶, Azitromicina²⁷, Dexametasona²⁸, Difosfato de Cloroquina²⁹, Sulfato de Hidroxicloroquina³⁰, Sulfato de Zinco³¹,

-
- o&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=352702&_101_type=content&_101_groupId=33836&_101_urlTitle=como-a-anvisa-ve-o-uso-off-label-de-medicamentos>. Acesso em: 18 ago. 2020.sui indicações diferentes daquelas que constam na bula do medicame
- 25 De acordo com o Parecer Técnico nº 67/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, de 15 de maio de 2020, o Ministério da Saúde sugeria o uso do TAMIFLU para os casos de tratamento precoce, nas primeiras 48 horas do surgimento dos sintomas da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Disponível em: <<https://cremers.org.br/wp-content/uploads/2020/06/15.05.2020-Parecer-Técnico-672020-MINISTERIO-DA-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- 26 No âmbito europeu, por exemplo, o REMDESIVIR teve seu uso autorizado pela Comissão Europeia, em procedimento acelerado e condicional, para o combate à Covid-19. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/comissão-europeia-autoriza-remdesivir-para-tratar-covid-19/a-54040436>>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- 27 Apesar de ser um antibiótico, o Ministério da Saúde sugeriu a sua combinação com outras drogas no manejo de pacientes com Covid-19. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/orientacoes-manuseio-medicamentosos-covid19.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- 28 Acerca do uso do corticoide dexametasona, vide a Nota Técnica emitida pelo Conselho Regional de Farmácia do Espírito Santo, em: <<https://www.crfes.org.br/7517-2/>>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- 29 A Fundação Oswaldo Cruz, em estudo multidisciplinar, emitiu Nota Técnica que concluiu que, a par da ausência de comprovação da eficácia da cloroquina para o enfrentamento da Covid-19, “a cloroquina pode ser uma alternativa terapêutica, pois é um medicamento usado há mais de 70 anos e relativamente seguro”. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/orientacoes_sobre_a_cloroquina_nota_tecnica_.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- 30 Além das orientações para manuseio medicamentoso para pacientes com Covid-19, publicado pelo Ministério da Saúde e indicado acima, veja-se o estudo realizado no âmbito da UFSCar. Disponível em: <<https://www.informasus.ufscar.br/cloroquina-e-covid-19-uma-abordagem-academica/>>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- 31 O uso do Sulfato de Zinco é recomendado em associação com outros medicamentos listados acima.

Ivermectina³², LOPINAVIR associado com ROTONAVIR³³, Ozônio, corticoides diversos, plasma, entre tantos outros.

Conforme o tempo demonstrou, cada gestor e cada profissional envolvido no tema Covid-19 acabou se posicionando a favor ou contra uma dessas (e de outras) alternativas, vez que a ausência de uma solução medicamentosa consensual não os desobrigava, sobretudo os gestores da atenção primária, ao oferecimento de medicamentos aos pacientes que se somavam (e que ainda se somam) diariamente.

Esse choque ideológico revelou uma situação inusitada no cenário jurídico. Se em tempos ordinários é possível constatar que diversos membros do Ministério Público, das Defensorias Públicas e mesmo advogados recorrem ao Poder Judiciário para obrigar o estado ao fornecimento de medicações e tratamentos *off label* a pacientes de determinadas enfermidades, o que se viu foi um movimento inverso. Baseando-se na ausência de comprovação para um ou outro conjunto de medicamentos, diversas demandas, judiciais e extrajudiciais, questionavam essa modalidade de prescrição para pacientes de Covid-19. Recomendações foram dirigidas a gestores, ações foram promovidas, para que as soluções precárias encontradas naquele momento não fossem aplicadas. Em outros casos, procedimentos eram movidos para que se preferisse um tratamento (não comprovado) em detrimento de outro, retirando a escolha do gestor e transferindo-a ao Poder Judiciário.

A eleição das melhores estratégias de enfrentamento da Covid-19, no que se refere especificamente aos casos de tratamento precoce e em casos leves, são atribuições, em um âmbito de atuação, dos gestores da saúde (que deverão disponibilizar uma variedade de tratamentos possíveis), assim como as responsabilidades decorrentes dessas escolhas. Num cenário de ausência de posições científicas definitivas, um segundo

32 Para exemplificar, as Secretarias Municipais de Saúde de Natal/RN e de Paranaíba/PR, entre outras tantas, teriam divulgado a utilização da Ivermectina para o enfrentamento da Covid-19. Disponível em: <<http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/sms-natal-adota-uso-da-ivermectina-contra-a-covid-19/481745>> e <<https://paranaportal.uol.com.br/cidades/covid-19-paranagua-ivermectina/>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

33 Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/05/14/conheca-os-principais-remedios-em-testes-contra-a-covid-19.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 16 ago. 2020.

nível de atribuições surge para os profissionais da saúde que atendem os pacientes, e portanto responsáveis pelas prescrições, e merece especial proteção por parte das instituições de controle. A pretensão de um órgão de controle em se sobrepor à escolha desses profissionais equivale a restringir o direito do paciente de, devidamente esclarecido, optar pelos caminhos que existem, por mais que não definitivamente validados. A escolha entre um tratamento precoce e a espera pela evolução do quadro parece pender em favor do direito de escolha do paciente.

Um outro tipo de desafio imposto ao gestor da APS refere-se à utilização das redes de atenção em tempos de pandemia. Partindo-se do pressuposto de que este artigo não questionará se as medidas de isolamento social e, conseqüentemente, de utilização dos sistemas de transporte coletivo foram acertadas ou não, mas são uma realidade, o fato é que muitos usuários do sistema de saúde foram alijados do adequado suporte pela ausência de capacidade de locomoção ou pelos riscos advindos da utilização de transportes coletivos. Já desde fevereiro de 2020, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) já recomendava “evitar o transporte público para a unidade de saúde, se possível”³⁴. Em sua continuação, a OPAS questionava que a atenção primária à saúde apenas se concretizaria com o funcionamento adequado dos Serviços de Atenção Domiciliar, mediante o contato permanente entre os profissionais e os pacientes suspeitos ou confirmados³⁵. Essas recomendações abrem aos gestores o horizonte para o necessário fortalecimento do SAD, bem como evidenciam a importância das ferramentas de teleatendimento em saúde³⁶.

34 Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51934/OPASBRANCOV20006_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 5 ago. 2020.

35 Defendia a OPAS que “um link de comunicação com um profissional de saúde/equipe de saúde pública deve ser estabelecido por toda a duração do período de atendimento domiciliar até que o paciente complete a resolução dos sintomas” (p. 2) e que “o pessoal da área da saúde deve estar envolvido no acompanhamento do estado de saúde atual dos contatos através de ligações telefônicas e, idealmente e se possível, por visitas presenciais regulares (por exemplo, diariamente), realizando testes de diagnóstico específicos, conforme necessário” (p. 3). Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51934/OPASBRANCOV20006_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 5 ago. 2020.

36 A telemedicina, sobretudo em tempos de pandemia, permite a harmonização entre a necessidade de distanciamento social e a preservação da saúde dos profissionais da saúde com acesso aos cuidados de saúde. Ainda que não se encontre totalmente

Aliás, o manejo da telemedicina atende a outra demanda especialmente delicada para os gestores, que é a reposição dos profissionais afetados direta ou indiretamente pela Covid-19. Aqui poderia-se listar aqueles efetivamente contaminados, os casos suspeitos que resultam na imposição de quarentenas, os que convivem proximamente com pessoas suspeitas ou contaminadas, os que se inserem em grupos de risco ou mesmo os que sofrem abalos de ordem mental por conta da crise do vírus. Essa reposição, muitas vezes temporária, deve ser priorizada pelos gestores mediante planos articulados e céleres, a fim de não causar solução de continuidade aos serviços prestados.

Especial atenção também deverá ser conferida à Rede de Atenção Psicossocial, já que se presencia uma verdadeira crise de saúde mental, provocada pelo isolamento prolongado, pelo medo da contração do vírus, entre outras razões. A regularização dos atendimentos aos pacientes já inseridos na rede e ao novo contingente que se integrará desafiará as estruturas existentes. Igualmente, em relação à dispensação dos fármacos, há que se estabelecer formas de entrega de medicamentos capazes de evitar os deslocamentos e a concentração de pessoas nas farmácias.

Em outra senda de dificuldades, há que se observar que o período da pandemia ocasionou um aumento da demanda por recursos por todos os gestores de saúde, destacando-se aqui as iniciativas que dependem dos repasses da União para Estados e Municípios. Não se ingressando, neste artigo, na discussão reiterada da inexecução dos orçamentos de saúde³⁷, o fato é que o incremento do repasse de recursos neste período de pandemia, o chamado regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia³⁸

amadurecida a discussão dessa ferramenta no Brasil, a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, admitiu a sua utilização durante o período de decretação da pandemia. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm>. Acesso em: 3 ago. 2020.

37 Cuida-se de situação reiterada na gestão da saúde brasileira a não execução completa do orçamentos.

38 Estima-se que o incremento de recursos para o enfrentamento da Covid-19, com a promulgação da PEC nº 106, alcance R\$ 700 bilhões em 2020, ainda que se reconheça que esse montante não se destina exclusivamente a ações e estratégias de saúde. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/politica/covid-19-gastos-para-combater-a-pandemia-chegam-a-r-700-bilhoes-1.2369732>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

resulta em aumento casuístico e temporário dos recursos destinados aos gestores municipais e estaduais, de modo que não integrarão os repasses ordinários quando do fim do enfrentamento da pandemia.

A configuração do gasto público decorrente da aplicação da PEC do “orçamento de guerra”, limitado até o final do exercício de 2020, resulta em dois especiais desafios para os gestores da atenção primária. O primeiro cenário desafiador refere-se à necessidade de rediscussão das atribuições e das responsabilidades financeiras e orçamentárias de cada ente. O segundo guarda relação com as ações e estratégias adotadas no período de pós-pandemia, quando a população voltar a afluir em massa aos serviços de saúde.

O primeiro ponto, isto é, a necessidade de redimensionamento da divisão das responsabilidades pelas ações (e também pelo custeio), merece ser amplamente discutido tanto no âmbito do Executivo, pela atuação da Comissão Intergestores Tripartite³⁹, quanto no Legislativo, com o incremento da atuação da Frente Parlamentar da Saúde e o amadurecimento quanto às restrições causadas pela Emenda Constitucional n^o 29.

O período de pandemia aponta inexoravelmente para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), medida capaz de atender ao princípio da resolutividade com menor custo-benefício possível. O momento é indubitavelmente de crise, e as crises reiteradamente revelam ocasiões de superação de paradigmas e de melhoria das instituições. É chegado o momento para que União, Estados, Distrito Federal e Municípios concretizem uma ideia debatida no pleito eleitoral de 2018. O cumprimento do *slogan* “mais Brasil e menos Brasília”⁴⁰ mostrou-se extremamente necessário e, passada quase metade do mandato presidencial, sua efetivação é urgente, não se admitindo delongas. Outras pandemias e situações excepcionais virão, cabendo às instituições aprender com a experiência vivida para que, na próxima onda, os alicerces do melhor sistema público de saúde do mundo estejam mais fortes.

39 Como é sabido, é na CIT que se pactuam os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS – art. 32, I do Decreto n^o 7.508, de 28 de junho de 2011.

40 Essa expressão, atribuída à campanha política do então candidato Jair Bolsonaro, prometia uma divisão mais justa dos recursos da União com Estados e Municípios, diminuindo os recursos que permaneceriam com a União e fortalecendo os orçamentos de Estados e Municípios.

GOVERNANÇA DO SUS E REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA SANITÁRIA

*Tadahiro Tsubouchi*¹

RESUMO: O presente artigo aborda a utilização do desenho institucional da Governança do Sistema Único de Saúde (SUS), no caso de Requisição Administrativa, como forma de racionalização da Judicialização da Saúde em tempos de Covid-19.

INTRODUÇÃO

A pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19) ou coronavírus está impondo ao mundo, à sociedade e aos gestores de saúde desafios jamais imaginados.

A voracidade e a velocidade da pandemia exigem soluções imediatas para problemas que crescem em proporções exponenciais.

A epidemiologia nunca se viu tão perto da estatística e das projeções e, o mais aflitivo, no maior cenário de incertezas, dado o ineditismo da doença.

É premissa básica de resolução dos problemas que, para se buscar uma solução, primeiro há que se entender de forma holística o problema. Mas o que se esperar no caso da pandemia, que a despeito de todo o mundo correr para “entender o vírus”, se quase nada ou muito pouco ainda se sabe? Sem entender o problema, não há solução viável!

Diante desse cenário quase dantesco, os Poderes Públicos se municiam de opções que minimizam, mas não eliminam, os efeitos nefastos da pandemia nas suas populações.

Não é exagero dizer que o vírus parou o mundo, as populações, as pessoas e como conseqüência parou a economia, o comércio e as bases normais de qualquer relação.

1 Advogado. Especialista em Sistema em Gestão de Contas Públicas, Fiscalização e Controle Externo e Interno (UNA). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMG). MBA/FGV em Direito Tributário. Presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG.

A escassez de bens e produtos, bem como sua alta de preços, decorre de relação econômica entre oferta e demanda, só que pautada agora pelo viés sanitário.

Muito se viu, em termos de Brasil, que vários Poderes Públicos, das diferentes esferas (União Federal, Estados e Municípios), mesmo dispondo de recursos financeiros, não só orçamentários, não obtinham êxito em adquirir equipamentos simples como Equipamento de Proteção Individual – EPI (máscaras, luvas, aventais) ou os mais complexos (ventiladores artificiais, respiradores mecânicos).

Nesse contexto, o instituto da requisição administrativa surgiu, apesar de não ser novo na área da saúde, como uma opção do gestor público em obter os bens e produtos necessários ao enfrentamento da Covid-19.

Ocorre que a solução gerou outro problema quando nos deparamos com a superposição de requisições administrativas lançadas sobre um mesmo bem pelos mesmos atores da gestão da saúde nas suas diferentes esferas, o ministro da Saúde, o secretário Estadual da Saúde e o secretário Municipal de Saúde, quando atuando num mesmo território, exercendo a requisição no mesmo Estado e sobre os mesmos bens.

A possível solução do impasse está desenhada dentro do próprio Sistema Único de Saúde no arquétipo de sua Governança.

1. REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA

1.1 O direito à inviolabilidade do direito à propriedade

De início, cabe fazer breve incursão sobre o instituto da Requisição Administrativa.

Nesse contexto, registre-se que o Estado brasileiro repousa sobre certas garantias e princípios eleitos na Constituição Brasileira, entre essas a inviolabilidade do direito à propriedade, *ex vi* do Art. 5º, *caput*, inciso XXII, e do Art. 170, II, da Carta Magna².

2 Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, **garantindo-se** aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade

Não obstante os dispositivos citados, com o *status* constitucional, a própria Carta Magna excepciona o referido direito à propriedade, permitindo ao Estado brasileiro a requisição de bens, em determinadas situações envolvendo o interesse público e a preservação e a tutela de bens maiores, como o direito à vida.

Como representativos dessa exceção temos no plano constitucional o Art. 5º XXV (*no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano*), e o Art. 139, VII (*Na vigência do estado de sítio decretado com fundamento no art. 137, I, só poderão ser tomadas contra as pessoas as seguintes medidas: VII - requisição de bens.*)

Com efeito, o instituto de Requisição Administrativa é uma medida extrema de intervenção do Poder Público na seara privada, sendo situação *sui generis*, excepcionalíssima, mas sempre legal e legítima quando a sua finalidade é o resguardo e a preservação do interesse público, mais especificamente, *in casu*, a saúde pública.

A requisição administrativa tem o escopo maior de resguardo do interesse público da comunidade, podendo ser traduzida em força cogente e compulsória para o bem comum.

1.2 Requisição Administrativa e Lei Orgânica da Saúde

Ciente da importância do papel da saúde pública na sociedade e prevendo eventuais situações de perigo à saúde da população, o Legislador Ordinário já previu no corpo da Lei nº 8.080/90, nominada de Lei Orgânica da Saúde, o instituto da Requisição Administrativa *ex vi* do Art. 15, XIII, *verbis*:

do **direito** à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à **propriedade**, nos termos seguintes:

XXII - é garantido o **direito de propriedade**;

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os **seguintes princípios**:

I - ...;

II - **propriedade privada**;

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

Como visto, diante da situação caracterizada de calamidade pública ou de epidemias, faculta-se ao Poder Público lançar mão da intervenção, *in casu*, da Requisição Administrativa Sanitária, visando ao resguardo do interesse público.

Destaque-se que a legislação da saúde é uma das poucas a dispor de forma taxativa e explícita sob a possibilidade da requisição, por força do dispositivo retrotranscrito.

Portanto, com base no princípio da legalidade que baliza os atos do Poder Público, isento de dúvida que existe norma explícita sobre a possibilidade de se decretar a requisição administrativa com finalidade sanitária.

Cabe aqui o registro que a requisição na seara da saúde não surgiu com a entrada em vigor da Lei nº 13.979/20, especificamente previsto em seu Art. 3º, VII (*Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas: VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa;*), mas lhe é antecedente, posto que já previsto na Lei Orgânica da Saúde³, há quase 30 anos.

3 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

2. COMPETÊNCIA SANITÁRIA DOS ENTES PÚBLICOS

Uma vez apresentado o instituto da requisição, cabe a análise da competência sanitária dos entes públicos para a sua aplicação.

Sob o olhar da trina Federação brasileira, cujo ineditismo difere de todo o mundo, a identificação da capacidade de cada um dos entes (União Federal, Estados/DF e municípios) na seara sanitária é de suma importância para o exercício do ato em tela.

Com certeza, é papel do nível central (UF) estabelecer diretrizes sanitárias de âmbito nacional.

A partir da conformação do Estado brasileiro, municípios e estados têm autonomia administrativa/sanitária que devem se alinhar à esfera federal, mas isso não significa a mitigação ou a negativa da autonomia federativa, inclusive no viés sanitário.

No caso da saúde pública, a lógica epidemiológica de uma epidemia ou pandemia decorre de uma situação condicional fática exercida dentro da discricionariedade que a autonomia federativa reserva ao ente público.

Assim cabe a reflexão, a declaração de emergência ou a decretação de calamidade pela União Federal, e o reconhecimento dessa situação pelo Congresso Nacional importa, *ipso facto*, na mesma condição sanitária dos outros entes (estados ou municípios)?

Buscando respaldo nas características da Federação brasileira, e partindo da premissa que a condição fática é elemento da situação sanitária, a resposta é enfaticamente negativa, cabendo então a cada ente, *de per se*, identificar a sua condição epidemiológica, entender, analisar e declarar/decretar sua condição (emergência ou calamidade).

Aqui cabe relevante observação na lógica jurídica sanitária. Somente caberia a decretação de calamidade quando uma comunidade (p. ex. um município, uma cidade) estivesse com níveis alarmantes de infectados, de internados em leitos clínicos de UTI/CTI e cujo nível de morte atingisse percentuais avassaladores? A resposta é negativa.

Não obstante a declaração de emergência ou decretação de calamidade pública deva se dar de forma particularizada pelos entes públicos, e considerando a situação fática, não é *conditio sine qua non* a

instalação da grave condição epidemiológica sanitária da pandemia para tanto. Explica-se.

O legislador constitucional (CF)⁴ e o ordinário (Lei nº 8.080/90)⁵, na lógica técnica de saúde pública, elegeram três vetores de atuação, a saber promoção, proteção e recuperação, *que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos*.

Sendo assim, é atitude correta sanitária atuar de forma preventiva, reduzindo ou minimizando riscos, evitando o agravo ou até mesmo a ocorrência de adoecimento da comunidade, priorizando as ações de promoção e de proteção para que a atuação na recuperação seja a última das opções, sabidamente mais dispendiosa, e, no caso da pandemia de Covid-19, com grande probabilidade de letalidade em determinados grupos de risco.

Vale lembrar também em relação à condição de calamidade nacional que a Federação brasileira não foi esculpida na submissão dos entes (v.g. Estados à União Federal, nem municípios aos seus Estados), mas sim moldado na base principiológica constitucional republicana de cooperação entre esses entes.

Diante desse contexto, o município ganha especial destaque, visto que no desenho sistêmico do SUS, emoldurado na CF e pintado na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica na Saúde – LOS), esse Ente (município) tem papel preponderante na **execução** das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

4 Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas **que visem à redução do risco de doença e de outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua **promoção, proteção e recuperação**.

5 Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que **visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos** e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua **promoção, proteção e recuperação**.

O motivo é simples: apercebeu-se desde a Reforma Sanitária⁶ a premissa que é o município a esfera de poder mais próxima da população, e, sendo a saúde pública uma lógica assistencial de prestação de serviços, nada mais acertado do que dotar o município dessa função.

Sobre a competência sanitária dos entes públicos, centrada na base da nossa federação, mas respeitando o desenho institucional do SUS, foram eleitas as esferas/autoridades sanitárias da seguinte forma:

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º ...

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

*I – no âmbito da **União**, pelo Ministério da Saúde;*

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

*III – no âmbito dos **Municípios**, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (g.n.)*

Sendo assim, cada esfera (UF/E-DF/M) tem sua autoridade sanitária, com atribuições comuns e próprias. Comuns:

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. *A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:*

XXI – fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. (g.n.)

6 *A Reforma Sanitária, desde essa posição política, foi por mim definida como referindo-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado. FLEURY, Sonia (organizadora). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.*

Específicas:

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

III – definir e coordenar os sistemas:

*c) de **vigilância epidemiológica**; e*

*d) **vigilância sanitária**;*

*VI – coordenar e participar na execução das ações de **vigilância epidemiológica**;*

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

IV – coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

*Art. 18. À direção **municipal** do Sistema de Saúde (SUS) compete:*

*IV – **executar serviços**:*

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária (g.n.)

Assim, na legislação sanitária existe uma distribuição nas esferas das competências/atribuições relativas à vigilância epidemiológica e sanitária, às vezes concorrentes, mas nunca excludentes.

Essa solidariedade desagua inclusive nos problemas da judicialização da saúde, quando se faz a leitura equivocada que os entes (UF/E-DF/M) são responsáveis de forma solidária e integral pela saúde pautando-se sempre pela extensividade do Art. 196 da CF.

No caso da pandemia, existem entendimentos para justificar a questão do protagonismo da esfera federal, inclusive para as limitações nos Estados e municípios como decorrência do parágrafo único do Art. 16 da LOS:

Seção II

Da Competência

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

(...)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados

*à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou **que representem risco de disseminação nacional.** (g.n.)*

A leitura mais pertinente é que, nesse caso, em decorrência de situação fática e devido à extensão do risco (no país/nacional), o legislador ordinário permitiu **também** (mas não concentrou nas mãos da União Federal) a possibilidade de ela (UF) executar (ações de vigilância epidemiológica e sanitária) como forma de privilegiar a própria federação.

Assim o *mens legem* foi de permitir que a UF execute ações de vigilância epidemiológica e sanitária, as quais não se encontram no rol de suas atribuições (Arts. 16, III, “c” e “d”, da LOS – definir e coordenar).

Portanto, em momentos específicos, a UF pode executar também essas ações (vigilância epidemiológica e sanitária), mas sem excluir dos demais entes atribuições ou competências.

Gize-se que na excepcional Lei nº 13.979/20 há o resguardo da competência aos entes incluindo, por certo, a requisição:

*Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, **as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas:** (Redação dada pela Medida Provisória nº 926, de 2020)*

VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa

Diante da prerrogativa da requisição posta à disposição do gestor, cabe agora a indagação: como resolver quando os gestores das três esferas resolvem requisitar administrativamente o mesmo bem, produto ou serviço?

O início da resposta está na governança estabelecida pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS)!

3. GOVERNANÇA NO SUS

Sobre o tema Governança na Saúde, vale trazer à colação laborioso trabalho do Tribunal de Contas da União, realizado em 2018, com o título Guia de Governança e Gestão em Saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde.

Extraí-se da obra o seguinte conceito, inicialmente, de governança, *verbis*⁷:

1.2 CONCEITOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO

O termo governança somente vem sendo debatido no campo teórico ao redor do mundo nas últimas três décadas (BRASIL, 2014). Entretanto, sua prática é adotada desde que o homem passou a delegar tarefas a terceiros (NARDES; ALTOUNIAN; VIEIRA, 2016), sendo aperfeiçoada ao longo de toda a história. À medida que se amplia a complexidade das tarefas delegadas, instrumentos mais robustos de governança são desenvolvidos, com o intuito de se reduzir os riscos dessa delegação.

De Acordo com o Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública, publicado pelo TCU:

Governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

A partir do conceito de governança retrotranscrito, compreende-se a amplitude e o seu alcance na resolução holística, integrada e direcionada das possíveis soluções.

No âmbito da governança do SUS, existem instâncias próprias, nas quais se discutem e deliberam questões comuns dos gestores das três

7 TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Guia de Governança e Gestão em Saúde**: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. p. 15.

esferas e decorrem da Lei nº 12.466/11⁸, apesar de já preexistirem desde a instituição do próprio sistema público de saúde.

No caso, essa governança deliberativa é representada por duas instâncias. A primeira, por envolver a União Federal, os estados e o Distrito Federal e os municípios, chamada de Comissão Intergestora **Tripartite** (CIT), e a segunda, por envolver os Estados e seus respectivos municípios, chamada de Comissão Intergestora **Bipartite** (CIB):

Art. 1º O Capítulo III do Título II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 14-A e 14-B:

*Art. 14-A. As Comissões Intergestores **Bipartite** e **Tripartite** são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).*

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.”

3.1. Comissão Intergestora Tripartite

Depreende-se ainda do site do Ministério da Saúde⁹:

8 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 21 ago. 2020

9 Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite>>. Acesso em: 24 ago. 2020

Comissão Intergestores Tripartite

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é reconhecida como uma inovação gerencial na política pública de saúde. Constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, fortalece a governança nestes espaços e prioriza a responsabilização dos entes de modo que a tomada de decisão na gestão tenha transparência, buscando o acesso integral a assistência à Saúde.

Essa forma de governança potencializa a atuação conjunta, visto que as deliberações das três esferas são por consenso, homenageiam o princípio cooperativo e fortalece a própria Federação com a chancela da atuação integrada e coordenada.

Por esse motivo, no caso da requisição, em tempos de pandemia não se deve propugnar por atuação de um ente, de forma isolada, dissociada de todo um contexto da gestão interfederativa da saúde pública, principalmente quando o texto constitucional delineou como comum (Art. 23, II, da CF) *cuidar da saúde*.

Vale trazer à colação, ilustrando a competência concorrente em matéria de saúde, no **momento pandemia**, decisão do Plenário do colendo Supremo Tribunal Federal, ao julgar, referendando a Medida Cautelar na ADI 6341¹⁰, sob a relatoria do min. Marco Aurélio, que decidiu:

O Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF), por unanimidade, confirmou o entendimento de que as medidas adotadas pelo Governo Federal na Medida Provisória (MP) 926/2020 para o enfrentamento do novo coronavírus não afastam a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. A decisão foi tomada nesta quarta-feira (15), em sessão realizada por videoconferência, no referendo da medida cautelar deferida em março

10 Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&caixaBusca=N>>. Acesso em: 21 ago. 2020

pelo ministro Marco Aurélio na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341.

Em seu voto, o ministro Marco Aurélio reafirmou seu entendimento de que não há na norma transgressão a preceito da Constituição Federal. Para o ministro, a MP não afasta os atos a serem praticados pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, que têm competência concorrente para legislar sobre saúde pública (artigo 23, inciso II, da Constituição). A seu ver, a norma apenas trata das atribuições das autoridades em relação às medidas a serem implementadas em razão da pandemia.

O *decisum* do Pretório Excelso, com o devido respeito, só veio ratificar o que está expresso na Carta Política de 88 há quase 32 anos, reforçando a fala que o problema não é o que está escrito, mas sim a interpretação que cada um dá à escrita.

Inegável que a Requisição Administrativa, no âmbito sanitário (Art. 15, XIII, da Lei nº 8.080/90 ou Art. 3º, VII, da Lei nº 13.979) pode ser utilizada pelos três entes federados (UF/E-DF/M) como forma alternativa e compulsória de atender casos específicos de restrição de oferta, com elevação de demanda, visando sempre ao interesse público nas bases sistêmicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, o ideal, ou pelo menos o desejável, é que a atuação seja coordenada, conjunta e colaborativa dos próprios entes públicos nas requisições administrativas evitando a perversa situação de competitividade, ainda mais nesse momento de inominável necessidade e extrema carência, fruto da pandemia da Covid-19.

4. CONCLUSÃO

O desenho institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) não permite a atuação isolada das diferentes direções sanitárias (federal, estaduais ou municipais).

A matriz constitucional brasileira delineou um quadro de atuação colaborativa e cooperativa dos entes públicos como forma de preservação da própria federação.

O liame institucional que sedimenta e mantém hígida a atuação do Estado na área da saúde pública se corporifica nas pactuações em instâncias deliberativas dentro da sua governança, especificamente para fins desse artigo, na Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

Os gestores de saúde, nas suas diferentes direções, já possuem série histórica de atuação conjunta na CIT, sendo esse o foro de deliberação natural das questões interfederativas, tal qual a requisição administrativa em tempos de pandemia.

Nesse contexto, a CIT seria e é o *locus* prévio deliberativo, coordenado e institucional para que todas as requisições administrativas, em função da Covid-19, fossem objeto de análise, avaliação e pactuação pelos gestores de saúde, evitando uma superposição de atitudes desnecessária, inócua e sem a menor *ratio*.

Essa simples opção evitaria o dissenso entre ser a nossa República cooperativa ou competitiva. Eis que a pactuação é elo e a simples disputa uma ruptura institucional federativa.

A NOVA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Clenio Jair Schulze¹

RESUMO: O texto apresenta pontos sobre questões que vinculam o direito à saúde à atuação do Poder Judiciário. São avaliados aspectos relacionados a critérios de julgamentos. Conclui-se que o direito à saúde baseado em evidências é um instrumento para qualificar a judicialização da saúde, superar a jurisprudência sentimental a adotar métodos que se aproximem da sistemática de avaliação de tecnologias em saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Direito à Saúde. Critérios de Julgamento. Judicialização da Saúde.

SUMÁRIO: 1. Introdução. 2. Judicialização sentimental. 3. A nova fase da judicialização da saúde. 4. Reserva de ciência. 5. Direito à saúde baseado em evidências. 6. Um novo cenário. Considerações finais. Referências.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Poder Judiciário assumiu um papel de protagonismo em várias questões do cotidiano, inclusive em relação à interpretação da legislação relativa ao direito à saúde.

O período da normalidade, contudo, é superado quando acontece uma epidemia ou uma pandemia, tal qual se verifica com a Covid-19.

Para situações extraordinárias, fala-se em judicialização da crise. É a expressão utilizada para explicar como se comporta o Poder Judiciário durante momentos de calamidade ou de extremas dificuldades (financeiras, sociais, sanitárias, entre outras) e que permitiria, em tese, a alteração total ou parcial do entendimento jurídico em razão da excepcionalidade.

Assim, não se sabe exatamente qual será a dimensão e o impacto da Covid-19, mas seus efeitos ficarão presentes por vários anos, por décadas.

De outro lado, é preciso avançar para criar novas possibilidades decisórias na área da Saúde.

1 Doutor e Mestre em Ciência Jurídica (Univali). Autor do livro *Judicialização da Saúde no Século XXI* (2018). Coautor do livro *Direito à Saúde* (2ª ed., 2019). Juiz federal em Santa Catarina.

Com essa finalidade, o presente texto pretende apresentar algumas reflexões sobre questões que vinculam o direito à saúde, a judicialização da saúde e a atuação do Poder Judiciário. São avaliados aspectos relacionados a critérios de julgamento nos processos sobre saúde e a ênfase nas Ciências da Saúde.

2. JUDICIALIZAÇÃO SENTIMENTAL

A judicialização da saúde exige a discussão sobre um ponto importante: os critérios de julgamento dos processos judiciais. Nesse sentido, a tradição brasileira indica que há dois caminhos a seguir.

O primeiro deles é aquele em que o magistrado adota critérios técnicos, ou seja, expõe os fundamentos e conclui sua decisão com base em evidências científicas na área da saúde ou a partir da indicação clara e objetiva de razões admitidas por grande parte dos profissionais da saúde. Adotar tal posição significa seguir uma linha denominada jurisprudência técnica.

O segundo modelo existente é aquele em que o juiz supera os argumentos das Ciências da Saúde e invoca fundamento geralmente genérico e abstrato, de natureza principiológica, geralmente com a aplicação inadequada da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade, da razoabilidade, da Justiça. Nesse caso, tem-se a jurisprudência sentimental.

No âmbito da judicialização da saúde, o emprego do sentimentalismo é muito comum em razão da natureza social e da importância da intervenção na parte autora do processo judicial. E com base nos argumentos abstratos, como já citados, superam-se os contratos celebrados na saúde suplementar e também são desconsideradas normas estabelecidas em políticas públicas de saúde.

Segundo Costa:

A 'jurisprudência sentimental', isto é, a prática crescente de juízes que ignoram os termos de um acordo para beneficiarem a parte mais fraca, muito embora o consumidor tenha aderido ao contrato devidamente informado sobre o seu conteúdo. Um levantamento do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (Ipea), que ouviu 741 magistrados em 12 Estados, informa que

79% deles decidiriam pela quebra de um contrato para favorecer pessoas de baixa renda.²

Na judicialização da saúde suplementar, Sperandio assenta que:

Diante da mitigação da autonomia da vontade, houve a consolidação de uma jurisprudência sentimental nos tribunais pátrios, no sentido de que praticamente toda cláusula de exclusão de cobertura é tida como abusiva. Este primado do sentimentalismo ignora os reflexos econômicos a serem suportados pelas operadoras de saúde — as quais, como era inevitável, reduziram a oferta e aumentaram os preços.³

Assim, é preciso superar a judicialização sentimental com a finalidade de evitar erros e criar expectativas na sociedade incompatíveis com a realidade.

3. A NOVA FASE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A judicialização da saúde pode ser analisada a partir de diferentes momentos.

A **primeira fase** da judicialização da saúde indicou que os magistrados davam tudo a todos. Consideravam apenas a prescrição médica como requisito para a concessão dos tratamentos. A frase “se o médico prescreveu, eu não posso contrariar, pois sou juiz”, retrata a postura do julgador. É uma versão da jurisprudência sentimental acima mencionada.

Essa fase foi superada, inclusive nos Tribunais Superiores, como se observa no Superior Tribunal de Justiça (em razão do Tema 106) e também no Supremo Tribunal Federal (em razão dos Temas 500, 793 e 6).

A **segunda fase** decorre da aplicação da saúde baseada em evidências nas decisões judiciais.

2 MARTINS-COSTA, Judith. **Sobre o princípio da insolidariedade**: os cumes das montanhas e os universos submersos. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/letras/article/viewFile/11916/7337>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

3 SPERANDIO, Luan. **Como o intervencionismo estatal está destruindo o mercado de saúde privado brasileiro**. Disponível em: <https://www.mises.org.br/Article.aspx?id=2699#_ftn11>. Acesso em: 10 ago. 2020.

O Conselho Nacional de Justiça contribuiu sensivelmente para tal desiderato, pois recomendou aos Tribunais a criação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus) voltados a apresentar notas técnicas e pareceres para permitir que os magistrados tenham acesso a informações de natureza mais científica sobre os tratamentos judicializados.

Essa fase ainda não chegou ao fim, pois muitos magistrados ainda adotam fundamentos genéricos para acolher os pedidos (tais como: aplicação de uma cobertura universal de saúde – que não existe no SUS; adoção da saúde como direito absoluto; ou julgamento com base apenas em valores sentimentais, conforme já anotado).

A **terceira fase** é um novo momento que se espera e reside no maior controle do desfecho clínico (*outcome*). Ou seja, é preciso avaliar se o processo judicial trouxe algum benefício ao seu autor.

A doença involuiu? O quadro melhorou? Há efeitos colaterais indesejáveis? Melhorou a qualidade de vida? Aumentou a expectativa de sobrevida?

Além disso, também é necessário sempre aumentar a investigação sobre as evidências em saúde, principalmente em relação à busca de melhores repostas para as perguntas que são inerentes a decisões em incorporação de tecnologias em saúde (eficácia – funciona?; efetividade – o quão bom?; eficiência – qual custo?; equidade – para quantos?).

Tais questões são importantes e devem ser apresentadas e comprovadas pelas partes ao magistrado que conduz o processo, a fim de avaliar se há algum benefício (juridicamente conhecido como interesse processual) clínico ao paciente e também para permitir a equalização da relação de direito individual e a política pública de saúde.

Tratamentos para doenças crônicas e que apenas estabilizam a progressão do quadro também devem ser considerados.

Diante da escassez de recursos, a qualificação do processo judicial é indispensável para a melhoria da prestação jurisdicional.

4. RESERVA DE CIÊNCIA

A Constituição brasileira consagra o princípio da universalidade de jurisdição ao prever que nada pode ser afastado da apreciação do Poder Judiciário (artigo 5º, inciso XXXV).

Contudo, existe um espaço específico do conhecimento chamado Reserva de Ciência. Significa que há fatos que não podem ser alterados pelo Judiciário, em razão da impossibilidade fática e material.

Portanto, muitos temas das Ciências da Saúde (Medicina, Farmácia, entre outras) não podem ser transformados pelo magistrado. Tal proposta é apresentada por Davide Servetti, ao afirmar que existe a incidência de uma valoração técnico-científica de natureza sanitária sobre as atividades legislativa e judicial⁴.

Vale dizer, Judiciário – e também o Legislativo – não possui capacidade de transformar a natureza das Ciências da Saúde.

Por exemplo, a fosfoetilonamina foi criada para curar câncer. Vários magistrados determinaram seu fornecimento com base nessa premissa. E o Legislativo aprovou uma lei autorizando o uso da pílula do câncer. Entretanto, cientificamente ficou comprovado que a substância não tinha eficácia. Logo, a decisão judicial e o ato legislativo não conseguem criar a evidência científica em um produto, pois isso é impossível no plano das Ciências da Saúde.

Assim, é importante trazer para o debate a sistemática de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). Significa estudar os critérios para permitir a possibilidade de oferecer à população determinados produtos e serviços em Saúde.

A ATS envolve, portanto, inúmeras questões, tais como:

- eficácia, acurácia, eficiência e segurança do produto;
- custo do produto;
- impacto do produto nos Sistemas de Saúde (SUS e Saúde Suplementar – ANS).

4 SERVETTI, Davide. **Riserva di scienza e tutela della salute**. *L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislative e giurisdizionale*. Pisa: Pacini Editore Srl, 2019.

De outro lado, a judicialização da saúde tem desconsiderado, em muitos casos, a análise de questões inerentes aos estudos de Avaliação de Tecnologias.

Nesse ponto, geralmente há uma limitação da percepção dos atores do Sistema de Justiça apenas às questões jurídicas (qual é a previsão da Constituição?), inexistindo uma abordagem mais ampla do tema.

Dessa forma, tal importante reflexão deve ser levada à judicialização da saúde, pois há questões das Ciências da Saúde que fogem da capacidade de regulação pelo Judiciário, em razão da impossibilidade fática e científica. Nesse caso, o magistrado não possui capacidade de regular, especialmente quando implica em alterar a natureza das coisas.

Portanto, a Reserva de Ciência é uma teoria necessária para aplicação na judicialização da saúde, principalmente quando existir dúvida hermenêutica para a resolução dos casos.

5. DIREITO À SAÚDE BASEADO EM EVIDÊNCIAS

A saúde baseada em evidências foi um grande destaque das discussões durante a pandemia da Covid-19.

Teses médicas foram defendidas por economistas, empresários e celebridades. Muitas vezes apresentadas com falta de propriedade e sem qualquer receio de contestação. As *lives* na internet e em aplicativos foram o ápice da atuação dos alpinistas em saúde pública. Todos tinham uma opinião.

Da mesma forma, os políticos também ocuparam o seu espaço, colocando o seu ingrediente nas Ciências da Saúde. Alguns, em poucas palavras, já tinham a resposta para os problemas da humanidade.

Isso se alinha ao discurso jurídico brasileiro e à produção doutrinária pátria, que também produziram nos últimos anos o equivocado entendimento de que o Direito é autossuficiente. Nessa ideia, a teoria jurídica seria capaz de resolver, por si só, todos os dilemas da vida em sociedade.

Entretanto já advertiu Posner que “boa parte da produção teórica em matéria de direito é vazia de conteúdo”⁵. E que por isso não possui condições de dirimir os conflitos de interesse.

Manuel Atienza fez a seguinte crítica sobre a produção jurídica e sobre os doutrinadores brasileiros:

Posso estar equivocado, mas creio que esses pesquisadores (que compartilham as mesmas preocupações) muitas vezes não se conhecem entre si, ou se conhecem muito pouco. Os trabalhos que escrevem parecem estar, com frequência, orientados mais a um auditório de alemães ou de norte-americanos do que a juristas brasileiros. Há uma tendência a assumir posições excessivamente abstratas que não me parecem adequadas para dar resposta aos problemas que realmente importam.⁶

É exatamente essa percepção que se tem em relação ao direito à saúde. Ou seja, o isolacionismo da teoria jurídica (e dos doutrinadores) seria capaz de resolver todas as demandas causadoras da judicialização da saúde.

Isso se observou, em regra, pelas decisões judiciais dos tribunais pátrios, inclusive das Cortes Superiores. O Supremo Tribunal Federal, por exemplo, já baseou muitas de suas decisões sobre o direito à saúde apenas com base na teoria dos direitos fundamentais. Decisões proferidas com base em silogismos (esquecendo-se de que os conflitos sobre direito à saúde são policêntricos e se assentam em vários fatores – jurídicos e extrajurídicos).

Segue exemplo disso: “O Supremo Tribunal Federal entende que, na colisão entre o direito à vida e à saúde e interesses secundários do Estado, o juízo de ponderação impõe que a solução do conflito seja no sentido da preservação do direito à vida”.⁷

5 POSNER, Richard A. **Fronteiras de teoria do direito**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. VIII. Tradução Evandro Ferreira e Silva, Jefferson Camargo, Paulo Salles e Pedro Sette-Câmara.

6 ATIENZA, Manuel. **Entrevista ao Consultor Jurídico**. 05 Set. 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-set-05/entrevista-manuel-atienza-professor-universidade-alicante>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

7 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ARE 801676 AgR/PE**, Relator Ministro ROBERTO BARROSO, julgado em 19/08/2014.

Por isso, a pandemia da Covid-19 trouxe uma nova reflexão sobre a importância da Saúde Baseada em Evidências (SBE), que auxilia na produção de decisão com observância na eficácia, na efetividade, na eficiência e na segurança do produto, da tecnologia ou do medicamento postulado na via judicial.

A pandemia, portanto, permite propor a seguinte tese: não é possível resolver uma questão sobre direito à saúde com a abordagem isolada da teoria dos direitos fundamentais. É indispensável, por conseguinte, a construção de uma dogmática jurídica assentada na perspectiva do direito à saúde baseado em evidências.

O direito à saúde baseado em evidências tem como base não apenas a teoria dos direitos fundamentais, mas também a Medicina Baseada em Evidências (bem)⁸, que:

é técnica específica para atestar com o maior grau de certeza a eficiência, efetividades e segurança de produtos, tratamentos, medicamentos e exames que foram objeto de diversos estudos científicos, de modo que os verdadeiros progressos das pesquisas médicas sejam transpostos para a prática.⁹

Vale dizer, é preciso superar a arrogância jurídica, política e econômica segundo a qual as outras Ciências (Jurídica, Política, Econômica), por si só, contêm elementos suficientes para resolver todos os problemas levados ao Judiciário.

E o Direito não é autossuficiente porque é baseado em evidências!

6. UM NOVO CENÁRIO

A discussão sobre o conteúdo do direito à saúde está sempre presente durante o período da normalidade. E, na pandemia (como a Covid-19), o tema se agiganta.

8 SCHULZE, Clenio Jair. Medicina Baseada em Evidências. **Revista Empório do Direito**. Florianópolis, 23 Nov. 2015. Disponível em: <<http://emporiiodireito.com.br/medicina-baseada-em-evidencias-por-clenio-jair-schulze/>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

9 GEBRAN NETO, João Pedro; SCHULZE, Clenio Jair. **Direito à Saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019.

O ponto central para a superação da pandemia é a adoção de medidas adequadas pelo Estado e pelas pessoas. Em resumo, podem ser apontadas algumas questões para reflexão em razão da Covid-19: a) liberação da maior quantidade de recursos para investimento em Saúde, inclusive com o afastamento dos efeitos da Emenda Constitucional 95; b) priorização dos casos decorrentes do vírus; c) tratamento e proteção adequados aos profissionais da área da saúde; d) atuação coordenada do Estado com a indústria farmacêutica, para evitar o desabastecimento de fármacos; e) atenção redobrada do sistema de justiça, para evitar a intervenção judicial de medidas inadequadas – não se recomenda, salvo situações excepcionais e justificadas, invadir a atuação dos profissionais de saúde, dos reguladores de leitos de UTI, dos gestores em saúde; f) adoção ampliada da telemedicina; g) definição de critérios de priorização no cuidado das pessoas; h) controle rigoroso das medidas de confinamento; i) atuação coordenada das polícias para evitar atividades não essenciais e aglomerado desnecessário de pessoas; j) isolamento absoluto de pessoas infectadas; k) prestação social para pessoas de baixa renda, com doação de cestas básicas, produtos de higiene e habitação.

De qualquer forma, sempre são esperadas posturas éticas e responsáveis com a finalidade de proteger na maior extensão possível o direito à saúde das pessoas. Diante da Covid-19 tem-se um novo cenário. Por isso, algumas dúvidas surgem em razão da situação de crise.

No Sistema Único de Saúde, por exemplo: a) como será a judicialização da saúde durante e após a pandemia?; b) haverá autocontenção ou ativismo judicial?; c) quais serão os limites para as requisições administrativas (artigo 3º, inciso VII, da Lei nº 13.979/2020)?; d) como se dará a atuação entre União, Estados e Municípios: coordenada ou desordenada?; e) poderão ser utilizados judicialmente tratamentos experimentais para o combate à pandemia, superando a limitação fixada no Tema 500 do STF?; f) será respeitado o federalismo no SUS?; g) haverá tutela adequada dos profissionais de saúde?

E na saúde suplementar também há inúmeras questões, tais como: a) haverá aumento do valor das mensalidades de contratos de planos de saúde?; b) é possível a resolução (rescisão) do contrato em razão de inadimplência contratual, nos termos da Lei nº 9.656/1998?; c) como ficará a sustentabilidade das operadoras de plano de saúde?; d) como será

a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?; e) é possível moratória nos débitos?; f) a compra de bens e serviços das operadoras, da indústria farmacêutica e dos hospitais será substituída livremente pela requisição administrativa?

Como se observa, são vários os problemas trazidos pela Covid-19. E a jurisprudência da crise pode ser uma solução temporária para solucionar tais questões. Contudo, é importante ter presente que a Constituição sempre será a bússola a orientar a conduta das pessoas e das instituições. E a missão do Poder Judiciário é exatamente evitar que haja violações às normas jurídicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O texto indicou claramente que é preciso superar a jurisprudência sentimental em direito à saúde, pois isso é incompatível com a melhor interpretação da Constituição e das Ciências da Saúde.

Ou seja, o direito à saúde não pode ser tratado sem a discussão séria relativa à atuação do Poder Judiciário, que precisa observar e respeitar as conclusões apresentadas pelas Ciências Médica e Farmacêutica, principalmente.

Vale dizer, o sucesso da judicialização da crise depende da aplicação equilibrada do direito à saúde baseado em evidências.

Trata-se de proposta para levar a sério a judicialização da saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ATIENZA, Manuel. **Revista Consultor Jurídico**. 05 Set. 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-set-05/entrevista-manuel-atienza-professor-universidade-alicante>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BOSELLI, André; SANTOS, Rafa. Epidemia da Covid-19 obriga Justiça a mediar batalha por respiradores. **Revista Consultor Jurídico**. 30 Mar. 2020. Disponível em: <[80](https://www.conjur.com.br/2020-</p></div><div data-bbox=)

mar-30/pandemia-obriga-justica-mediatar-batalha-respiradores>. Acesso em: 9 ago. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 9 ago. 2020.

_____. **Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina.** Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>. Acesso em: 9 ago. 2020.

_____. **Lei 11.105, de 24 de março de 2005.** Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS), reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança (PNB), revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. **Supremo Tribunal Federal. ARE 801676 AgR/PE,** Relator Ministro ROBERTO BARROSO, julgado em 19/08/2014.

DALLARI, Sueli Gandolfi; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. O princípio da precaução: dever do Estado ou protecionismo disfarçado? **São Paulo Perspec.** v.16. n. 2. São Paulo abr./jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 ago. 2020.

GEBRAN NETO, João Pedro; SCHULZE, Clenio Jair. **Direito à Saúde.** 2 ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019.

MARTINS-COSTA, Judith. **Sobre o princípio da insolidariedade: os cumes das montanhas e os universos submersos.** Disponível em:

<<https://periodicos.ufsm.br/letras/article/viewFile/11916/7337>>.
Acesso em: 10 ago. 2020.

POSNER, Richard A. **Fronteiras de teoria do direito**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. VIII. Tradução Evandro Ferreira e Silva, Jefferson Camargo, Paulo Salles e Pedro Sette-Câmara.

SERVETTI, Davide. **Riserva di scienza e tutela della salute**. *L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislativa e giurisdizionale*. Pisa: Pacini Editore Srl, 2019.

SCHULZE, Clenio Jair. **Judicialização da saúde no Século XXI**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018.

_____. Medicina Baseada em Evidências. **Revista Empório do Direito**. Florianópolis, 23 Nov. 2015. Disponível em: <<http://emporioidireito.com.br/medicina-baseada-em-evidencias-por-clenio-jair-schulze/>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

SPERANDIO, Luan. **Como o intervencionismo estatal está destruindo o mercado de saúde privado brasileiro**. Disponível em: <https://www.mises.org.br/Article.aspx?id=2699#_ftn11>. Acesso: 10 ago. 2020.

SUS: VALOR SOCIAL PARA OS NOVOS TEMPOS!

Alethele de Oliveira Santos¹

Fernando Passos Cupertino de Barros²

Heber Dobis Bernarde³

Nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs...

Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar!

Fé na vida Fé no homem, fé no que virá!

Nós podemos tudo,

Nós podemos mais.

Vamos lá fazer o que será!

(Semente do Amanhã - Gonzaguinha)

PARA COMEÇAR

Entender um sistema de saúde requer conhecer origens e conceitos que nem sempre são próprios a quem compõe o sistema de justiça. Não é possível dizer que se compreende um sistema de saúde sem saber do que se trata o “processo saúde-doença” e, sobre isso, não há qualquer referência nos códigos de processo civil ou penal, e sim na teoria dos miasmas e nas transições epidemiológicas.

Enquanto a saúde é um conceito impreciso, abstrato e que se utiliza de “atratores e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado

1 Doutora e mestrado em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão de Políticas Públicas e Direito Sanitário. Advogada. Atua no Sistema Único de Saúde desde 2003. Assessora Técnica para Direito Sanitário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Lattes em: <<http://lattes.cnpq.br/1088658062546711>>.

2 Doutor e mestrado em Saúde Coletiva. Mestre em Música. Médico. Atua no Sistema Único de Saúde desde sua criação. Coordenador Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lattes em: <<http://lattes.cnpq.br/4821446904229513>>.

3 Especialista MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Farmacêutico. Atua na área de assistência farmacêutica no SUS desde 2005. Assessor Técnico para Assistência Farmacêutica no Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass). Lattes em: <<http://lattes.cnpq.br/9829043429893266>>.

período histórico”⁴, a doença impõe “um saber técnico, que pressupõe divisão de trabalho e transferência de poder”⁵. Num exercício criativo, seria crer que, enquanto a saúde habita o campo constitucional, a doença tem domicílio no código penal, tipificada e com dosimetria da pena.

O profissional do direito que se dispõe a lidar com a saúde deve ter clareza que os diferentes arranjos das concepções de saúde e doença coexistem e que, mesmo dada a impossibilidade de alcançar as necessidades atuais, permanecem no contexto social.

A “fase mágica” própria do ambiente tribal, em que um “curandeiro”, um “iluminado” detinha alto poder de manipulação, vez ou outra acompanhada de uma erva medicinal, persiste, em graus variados, de geração em geração.

Admitida a agregação majoritária dos humanos em uma organização urbanista, a denominada “fase mística” delegou a um “procurador”, um “representante das divindades” o poder de explicar e, em tese, controlar as doenças. A doença era o castigo aos que desobedeceram, aos impuros, aos culpados e desde aqui se percebe, muito evidentemente, a relação entre saúde, doença e poder.

Desse período é preciso apreender que a natureza cobra seus preços. Ao alterar o ambiente social, utilizar meios intensivos para a produção agrícola e elevar os graus de urbanização, alterou-se o cenário endêmico e, desde então, os humanos vivem ciclos de cores diferentes, porém de figuras idênticas: quarentenas, máscaras e mãos lavadas⁶.

4 A definição clássica da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença foi construída no contexto de rechaçar a barbárie exposta pela Segunda Guerra Mundial, a partir de padrões de coesão e convivência, minimamente adequados. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Genebra: WHO, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

5 SABROZA, PC. **Concepções de saúde e doença**. 2004. [internet]. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/concepcoes_saude_doenca_paulo_sabroza.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

6 PASSOS, E.; WALTER, MTMT. **Pandemias do passado, lições para o futuro e um pouco de legislação**. 2020. Disponível em: <<https://www.cajur.com.br/index.php/cajur/article/view/264/341>>. Acesso em 19 ago. 2020.

E aí entraram Hipócrates e a sua escola. O equilíbrio demandou observações distintas e harmônicas entre o ambiente e o ser. Se a escuridão precede a luz, o estudo do corpo, das doenças, da cultura e da natureza privilegiados pelo renascimento foi capaz de deslocar a magia e o misticismo para a ciência e a racionalidade.

A teoria dos miasmas abriu espaço para a dos micróbios, cada vez mais evidente com o aumento da circulação de pessoas, de mercadores de especiarias e de riquezas. O poder relacionado ao processo de saúde e doença atinge seu primeiro movimento globalizado na medida em que colonizadores europeus entraram em contato com os povos autóctones, distribuindo-lhes vírus, para além dos presentes e do uso da força.

Naqueles notórios cenários de adoecimento, os métodos tradicionais não eram suficientes para conter a disseminação dos parasitas, menos ainda os prejuízos dos comerciantes. Vieram os Estados Nacionais com suas crescentes funções reguladoras, em prol do sistema econômico, que, mesmo contrariando parte dos proprietários e industriais, determinaram medidas sanitárias para alavancar e proteger a acumulação de capital sob o pretexto do desenvolvimento.

Dessa época, a estatística sobre as mortes, a identificação de seus lugares e de grupos sociais denotou a importância da observação sistemática do ambiente. Desde então, não é possível compreender saúde sem pôr os olhos sobre os determinantes e condicionantes sociais. Quem assim não procede incide numa observação restritiva da realidade e minimiza, por óbvio, o alcance de seus resultados. Quem toma a saúde como expressão de autossuficiência presume serem governáveis inúmeras ingovernabilidades e atua, certamente, de forma descontextualizada e injusta, contribuindo para que o sistema “morra da cura”.

Os sistemas de saúde nascem como componente essencial e estratégico ao controle de grupos sociais, oferecendo-lhes saneamento e mudando-lhes hábitos e padrões. Observar a sociedade como um corpo (técnica que se repete ao longo dos séculos e dá guarida a diferentes teorias), uma estrutura orgânica que relaciona o indivíduo e o coletivo, faz com que um não exista sem o outro e que as causas de adoecimento estejam atreladas.

Não é entendível um sistema de saúde sem o alcance e a importância da epidemiologia, assim como não é admissível um sistema de justiça que não se utiliza das teorias de Hobbes, Rousseau, Locke ou Montesquieu. Sistemas de Saúde sem a epidemiologia, ou sistema de justiça sem o contrato social, constituir-se-iam apenas em argumento de autoridade sem qualquer fundamento ou força científica que lhes sustentasse.

Esses sistemas não admitem “fase mágica ou mística”. Eles precisam da ciência para o seu ciclo de desenvolvimento, para o qual o relatório Flexner revelou-se como *input* para a reavaliação dos fundamentos científicos de modo a reforçar a organização entre individual e coletivo, biológico e social, curativo e preventivo.

E justamente porque “o mundo gira”⁷ é que os sistemas de saúde, sabiamente, valem-se das transições. Numa analogia, apenas para fins didáticos, é como se Bobbio⁸, em sua obra “A Era dos Direitos”, tivesse se inspirado nas ciências da saúde. A saúde considera a transição epidemiológica que tem, como principal causa de morte, no primeiro ciclo: as doenças parasitárias; no segundo: as causas externas; e, no terceiro: as doenças crônicas.

Enquanto o continente dos colonizadores viveu as “eras” epidemiológicas espaçadamente em séculos, no Brasil elas ocorrem cumulativamente e em décadas. Somente a articulação entre políticas públicas será capaz de minorar os efeitos indesejados do quadro epidemiológico nacional porque não há antiparasitários que combatam esgotos a céu aberto.

As demandas que incidem sobre a política pública de saúde devem ser precedidas de avaliação *ex-ante*, evitando-se a imposição de se atuar um a um e sobre as consequências, enquanto as causas permanecem e produzem mais e mais casos.

A sugestão de regra não é uma novidade na medida em que, há quase um século, após o término da segunda grande guerra, tal análise culminou na busca pelo bem-estar da sociedade, e o “Estado passou a ofertar aos cidadãos, mais fortemente, direitos sociais – em suma constituídos de

7 “Não brinque com os outros, o mundo gira. Hoje você brinca, amanhã é brinquedo!”
- Caio Fernando Abreu.

8 BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

padrões mínimos de saúde, renda, educação e trabalho – e que por sua vez propiciaram transformação considerável no papel do Estado em si [...]”.⁹

Há mais. Enquanto a transição epidemiológica preocupa-se com as etapas do “viver”, a transição demográfica propiciou identificar, conforme as etapas de desenvolvimento, as relações entre a estrutura e o crescimento das populações, seus padrões de “nascer” e “morrer” e a inexorável relação entre os economicamente ativos e os que não o são. Se o século passado registrou a migração das populações que saíram do campo e foram às cidades na busca por empregos, o século atual observa o fluxo migratório dos colonizados aos colonizadores em busca da sobrevivência. Mesmo admitido o paradoxo, é como se “Vidas Secas”¹⁰ atravessasse oceanos.

Essa análise impõe conhecer conceitos como população, território, natalidade e mortalidade. Sem eles não adianta conhecer os dilemas originados do direito individual *versus* direito coletivo, menos ainda o ângulo da reserva do possível e da finitude de todas as coisas. A precisão do alvo impõe que os sistemas de saúde e de justiça levem em conta a precisão conceitual, não incorra nos riscos da interpretação equivocada das taxas de letalidade e mortalidade, concentre-se na magnitude do problema e da população atingida², na incidência e na prevalência, isso porque a ausência da triagem e da priorização dos problemas pode levar à maior demanda e ao menor resultado.

Há ainda a chamada transição tecnológica, que produziu incontestáveis vantagens, em especial no campo da comunicação, na mesma velocidade em que tirou centenas de cortadores de cana de açúcar da lavoura e colocou uma colheitadeira dirigida por um jovem conhecedor de um painel com botões e um manche. Também substituiu os cálculos que fizeram a notoriedade de Lúcio Costa por um *software* denominado TQS. No campo da saúde, substituiu (será mesmo?) o bom e velho exame clínico e ausculta por tomografias, densitometrias e demais incrementos da medicina laboratorial e de imagem, além dos tradicionais medicamentos derivados das substâncias químicas ativas pelos de terapia genética. Trouxe

9 SANTOS, A.O.; BARROS, F.P.C.; SILVA, J.F. **O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde**: o debate promovido pela gestão estadual do SUS. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/CONASSDebateN8%20(8).pdf>, p. 106 e ss. Acesso em: 23 ago. 2020.

10 RAMOS, G. **Vidas Secas**. 23. ed. São Paulo: Martins, 1969.

imensurável agregação de preço, favorecendo os detentores privados dos processos produtivos, e fabricou, em série, *lupens*, onerando sobremaneira o Estado dos países periféricos, sem cumprir a promessa de aumentar a qualidade de vida¹¹.

A fotografia exposta na descrição da transição tecnológica faz retroagir aos tempos da guerra fria, em que a dependência dos Estados periféricos em relação aos países desenvolvidos foi efetivamente ampliada. Na análise genealógica da dependência dos países periféricos das substâncias base para a fabricação de medicamentos, dos equipamentos, das pesquisas sobre uma ou outra vacina, até mesmo das máscaras em tecido não tecido (TNT), tão em voga nesses dias, possivelmente apareceriam Truman, Nixon, Mao Zedong, Stalin, Gorbachev, Mao Tsé-Tung, De Gaulle e outros tantos líderes das atuais nações economicamente mais desenvolvidas. Saúde Pública é uma questão política e não há que se confundir com partidos.

As lições de Leavell e Clark¹² abriram caminho para debater os verbos que mais adiante passariam a compor a Carta Política do Brasil¹³. Dessa Carta, chamada Constituição Cidadã, cabe destacar seus precedentes. O primeiro, e talvez o mais significativo deles, é a busca pelo Estado de Direito, democrático e social, que “tem seus alicerces na participação, no pluralismo político e no dever de proteger seus cidadãos quanto ao retrocesso ou à supressão dos seus meios de sobrevivência”. O fio lógico atrai o princípio da dignidade humana, que busca a “promoção da justiça social na dinâmica das relações econômicas, com a finalidade de minorar as desigualdades sociais e assegurar – o quanto mais – igualdade de oportunidades”. Também atrai o princípio da solidariedade, “ultrapassando a ideia de caridade para ganhar o status de tutela socialmente aceita, tanto que exigível e garantida pelo Estado”.

Essa corrente de pensamento, que associa Estado, bem-estar social e solidariedade, deu vida ao Sistema Único de Saúde (SUS), público,

11 WANG, D. **O Dilema da Medicina Moderna**. 2020. Disponível em: <<http://medicinabaseadaemevidencias.blogspot.com/2020/08/o-dilema-da-medicina-moderna-zolgensma.html>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

12 LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

13 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

universal, financiado a partir da contribuição dos cidadãos e ainda com os esforços de gestão e de financiamento dos entes federados. Entretanto, assim como outros sistemas de saúde do mundo, o SUS está submetido a crises e desafios¹⁴.

Os desafios estão na simultaneidade das transições epidemiológica, demográfica e tecnológica, nos arranjos organizacionais e legislativos, nas crises de financiamento, liderança e ideológicas¹⁵. E, se há desafios, há que enfrentá-los sob o fundamento de que saúde pública é uma questão política, e os enfrentamentos – ainda que assim não pareça – dar-se-ão sempre nessa arena.

A questão central é como os Estados proverão a política pública de saúde. Admitirão que seus cidadãos ou parte deles tenham encargos financeiros diretos? Essa assunção de encargos pelos indivíduos e suas famílias representa retrocesso ou avanço nas condições sociais? Portanto, aquele que pretende compreender e atuar na saúde, enquanto profissional do direito e/ou da saúde deve deter conhecimentos sobre os debates acerca da cobertura universal e da universalidade¹⁶, assim como deve entender sobre a tipologia dos sistemas de saúde: universais, privados ou mistos.¹⁷ A compreensão desses conceitos permite atuar num cenário já constituído e, mais ainda, permite a observação dos movimentos políticos que podem vir a alterar o *status quo* – na ordem da normatividade e da prática.

É nesse sentido, do âmbito das competências, que a compreensão e a execução dos direitos sociais prestacionais relacionam-se com a salvaguarda constitucional, com planejamentos estatais e sua correspondência orçamentária/financeira, na medida em que impõem

-
- 14 PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; DEMO, Pedro. **Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar**: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- 15 SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 286.
- 16 SANTOS, A.O.; BARROS, F.C.P.; DELDUQUE, M.C. **O Direito à Saúde e a Proposta de Cobertura Universal**. 2018. Disponível em: <<https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/106>>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- 17 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). 2018. Disponível em: <[file:///C:/Users/PC/Downloads/CONASSDebateN8%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/CONASSDebateN8%20(8).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2020.

aos poderes obrigações que podem, pela responsabilidade e efetivação, esgarçar ou qualificar o tecido social¹⁸.

O século XXI tem apresentado alterações políticas e legislativas significativas acerca da constante luta travada entre os resultados pretendidos pelo Produto Interno Bruto (PIB)¹⁹ e aqueles defendidos pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)²⁰. As alterações nas políticas de salário, emprego, renda e dos direitos sociais havidas nas duas primeiras décadas, com o retorno da austeridade fiscal²¹ no cenário brasileiro e no mundial, ainda não foram suficientemente deglutidas, em especial pela força dos efeitos da pandemia de Covid-19²².

Até aqui são essenciais: epidemiologia, demografia, tecnologia, tipologia dos sistemas de saúde, conformação legal, modelo de atenção à saúde, planejamento e execução estatal e, principalmente, a observação dos cenários políticos dos países para a determinação e exequibilidade dos direitos – ontem, hoje e amanhã. Sem isso não se avança no campo da saúde.

Ao reconhecer que não existem respostas simples para problemas complexos, reconhece-se *pari passu* que a busca do conhecimento vem da contradição, da diversidade, da convergência, até que sejam capazes de formatar uma tessitura social que dê as respostas necessárias, em determinado tempo histórico. Portanto, entender saúde é admitir a complexidade, é pretender a multissetorialidade, é ampliar a ausculta. É querer a ciência, é ouvir quem sabe, é entender quem precisa, é construir pontes.

18 CANOTILHO, Jose Joaquim Gomes. **Estudos sobre direitos fundamentais**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

19 MOYO, D. **A Corrida por Recursos da China e o que isso significa para o mundo**. Nova Iorque: Basic Books. 2012.

20 PIKKET, K.; WILKILSON, R. **O Espírito da Igualdade**. Lisboa: Presença. 2020.

21 VIEIRA, F.S.; SANTOS, I.S.; OCKÉ-REIS, C.; RODRIGUES, P.H.A. **Políticas Sociais e Austeridade Fiscal**. Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/06/Publicac%C3%A7%C3%A3o-Austeridade_rev19_07_18.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

22 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). **O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/coronavirus/>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

O SUS NÃO É UMA ILHA

A influência para a América Latina veio, desde os anos 1970, dos sistemas universais de saúde conformados nos países do hemisfério norte (Inglaterra, Canadá, entre outros), em especial no que diz respeito à adoção da estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), notória desde a Conferência Internacional para os Cuidados Primários em Saúde, de Alma-Ata.²³ Mesmo num cenário de crise política e fiscal, nos anos 1980, a saúde ocupou posto de prioridade na medida em que efetivada na Carta Constitucional.

Sobre o comando constitucional, “o que se pode dizer e já foi exaustivamente publicado, é que a legislação brasileira fez permitir a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais, a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância)”²⁴. Em que pese o avanço incontestado, na medida em que a Carta Política brasileira acomoda os meios de oferta às ações e serviços de saúde pelo público (incluído o complementar) e pelo privado (saúde suplementar e desembolso direto), ela *per se* estabelece a segmentação (sistema misto) e o mercado concorrencial entre um e outro²⁵, e que pode responder, em parte, pelos vazios assistenciais.

Ainda nessa seara, cumpre relacionar a multiplicidade dos perfis dos municípios e o acesso a ações e serviços de saúde, o que impede uma leitura uníssona sobre competências dos entes, como pretenderam a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde. Nesse pensamento é que cabe o destaque para o modelo de governança do SUS.

23 PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

24 SANTOS, AO; DELDUQUE, MC; ALVES, SMC. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. [internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=pt. Epub 12-Fev-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194815>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

25 SANTOS, A.O.; DELDUQUE, M.C.; REY FILHO, M. **O Novo Constitucionalismo na América Latina e Caribe, e a construção do direito à saúde**. 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/PC/Downloads/6056-26153-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

Ao considerar que “o SUS não é um problema sem solução, mas uma solução com problemas”²⁶, parte das possibilidades de enfrentamento está no modelo de governança. As comissões intergestores²⁷ são estruturadas de forma democrática, consideram as competências dos entes, as realidades locais e atuam pelo consenso. Para fins de organizar as possibilidades de oferta num conjunto harmônico, assim como otimizar a utilização dos recursos orçamentários e financeiros do SUS, na efetivação do direito à saúde, as comissões intergestores, historicamente, já pactuaram diferentes formas de atuação. Não é possível atuar em saúde sem conhecer as comissões intergestores, compreender seu *modus operandi*, as normativas delas decorrentes, seus conflitos e sua capacidade resolutiva. Reforçar a competência das comissões intergestores e a solução concertada para os problemas regionais deve ser o desígnio dos entes e dos sistemas sanitário, Executivo, Legislativo e de Justiça.

Ainda que haja um modelo de governança e de sua atuação pelo consenso, as soluções não se materializam no ar. Elas dependem de incontáveis atividades operacionais, de recursos humanos, de financiamento e outras tantas peças. O financiamento da política pública de saúde exige raciocínio elaborado, e não é suficiente decorar a tabela de aplicação financeira dos entes federados. O financiamento do SUS requer compromisso social, em que pese a lei não ter tratado os entes de forma isonômica ao impor-lhes obrigação de financiar o SUS, conforme se lê na Lei Complementar nº 141, de 2011²⁸.

Tal debate vai muito além dos orçamentos públicos, na medida em que relaciona: (i) análises generalistas que podem revelar aumentos dos orçamentos destinados à saúde, contudo sem referir o que é estatal e o que é privado; (ii) em geral o incremento financeiro está no setor privado; (iii) a regulação do mercado de serviços de saúde; (iv) a regulação do complexo médico industrial; (v) a justificativa para o subsídio estatal nos planos privados de saúde; (vi) a equidade na renúncia fiscal; (vii) as patentes; (viii) a atuação dos profissionais de saúde; (ix) a incorporação tecnológica; (x) a judicialização; e muitas outras questões.

26 Frase do Professor Eugênio Vilaça Mendes.

27 BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Comissões Intergestores**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

28 BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 23 ago. 2020.

Mas os orçamentos também têm origens, e o problema, conhecido como “subfinanciamento” e “desfinanciamento”, também se revela quando da elaboração dos instrumentos de planejamento dos governos e, por conseguinte, das pastas da saúde. Fala-se do Plano Plurianual (PPA) e do que sua estrutura e possibilidades impõem ao Plano de Saúde; da mesma forma a Lei Orçamentária Anual e sua força sobre a Programação Anual de Saúde (PAS). O Brasil é pródigo em regramentos fiscais, mas o que permanece é um financiamento insuficiente, irregular e em curva descendente revelando nítida contradição entre a missão que foi dada ao sistema e os meios financeiros que lhe foram disponibilizados²⁹.

O sistema público de saúde brasileiro é subfinanciado, o que também dá causa aos tempos de espera indesejados para o acesso às ações e serviços de saúde. Aqui o destaque está para a economia da saúde, o realinhamento de dispositivos orçamentários à realidade, a análise econômica do direito³⁰ e o “consequencialismo” imposto pela Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB)³¹.

Ao ter como exemplo a insuficiência quantitativa de neurocirurgias pediátricas para suprir as necessidades do país, ela faz com que os existentes atuem para o segmento que melhor os remunere e estejam em grandes centros. Assim, a solução não está no caso a caso, não está nas ações de obrigação de fazer, não está nas liminares, não está nos ofícios de questionamento ao setor das cirurgias ou ao gestor. Enquanto atua-se nas consequências, vê-se um sistema cada vez mais alicerçado num modelo de atenção voltado para doenças não crônicas, o que no jargão chamam de “hospitalocêntrico” e, portanto, é cada vez menos resolutivo porque não consegue se planejar face à realidade das transições epidemiológica,

29 SANTOS, A.O. **Teses da saúde no relatório final da VII Conferência Nacional de saúde e na Legislação Federal no período compreendido entre 1986 e 2016: uma análise comparada.** 2019. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/37705>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

30 SCHULZE, C.J. **Análise Econômica do Direito na Judicialização da Saúde.** 2017. Disponível em: <<https://emporiiodireito.com.br/leitura/analise-economica-do-direito-na-judicializacao-da-saude-por-clenio-jair-schulze>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

31 SCHULZE, C.J. **LINDB e a nova judicialização da saúde.** 2018. Disponível em: <<https://emporiiodireito.com.br/leitura/lindb-e-a-nova-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

demográfica e tecnológica³² e impõe à gestão e aos gestores “um eterno apagar de incêndios”.

A diferença positiva para os resultados pode estar numa atenção primária à saúde qualificada e ordenadora do cuidado, em programas de vigilância que alcancem níveis desejados de vacinação, de controle de vetores, acesso a medicamentos, entre outros. Pode estar em processos regulatórios de acesso, remuneração e carreiras profissionais adequadas e na conformação de redes de atenção à saúde. Aqui é essencial a atuação do sistema de justiça para colaborar com os gestores locais numa alavanca positiva dos atuais indicadores, de modo a não impor falência estrutural e financeira ao SUS. É preciso que os poderes atuem nas origens dos *deficits* acerca da estruturação de redes de atenção no SUS e seus respectivos processos de regionalização.

É no campo do planejar, fazer e pagar que reside a avaliação. Ainda que nos últimos anos tenha havido relevante incremento dos meios de controle, monitoramento e avaliação, é preciso debater questão ascendente. A primazia da “eficiência” (mais ações por menos custo) não corresponde à necessidade de um modelo de avaliação e controle coeso socialmente e que demonstre os resultados no campo da saúde. E o custo da omissão? E o comprometimento na saúde das pessoas derivado de ações tardias? E o ganho econômico e em qualidade de vida proporcionado pela promoção da saúde e prevenção às doenças?

É preciso incrementar a métrica avaliativa, com ênfase na efetividade, que valorize a inovação na gestão e as respostas para a sociedade. Nesse fio, quer-se crer que uma atuação do sistema de justiça que leve em conta a resposta para a sociedade, sob os fundamentos do SUS e seu consequente fortalecimento, pautada na colaboração, nos consensos, nas parcerias, será geradora de valor e de assunção de direito – no campo da saúde e de outros –, além de propiciar racionalidade de custos para os poderes.

Conforme se lê até aqui, a atuação do SUS é sempre sistêmica, e ações em contrário geram descompasso às suas engrenagens. Nessa toada, cabe pontuar elementos acerca da evidência científica. É com fundamento em seus resultados que o SUS elabora protocolos, fluxos, incorporações. A

32 BRASIL. Lei nº. 8.080/1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 23 ago. 2020.

ciência deve ser base da ação e do discurso do SUS em todas as instâncias e poderes, na medida em que é a sustentação dos sistemas de saúde (aspecto coletivo), da segurança do paciente (aspecto individual) e da melhor informação e transparência para a sociedade (saúde como valor).

SOBRE JUDICIALIZAÇÃO E MINISTÉRIO PÚBLICO

Numa tentativa de condensar a análise, é razoável afirmar que o ponto comum das ações judiciais é a integralidade no SUS. Isso porque os debates – dos autos de processo, dos trabalhos acadêmicos ou do púlpito dos eventos – buscam responder “como” e “em que medida” o Estado deve fornecer obrigações prestacionais positivas de saúde. É daí que vêm teses contrárias: “tudo para todos” *versus* um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde³³.

Com a integralidade vêm a descentralização, as competências dos entes, os consensos sobre a regionalização e as redes de atenção à saúde. Também vêm o registro nacional de tecnologias em saúde, as pesquisas clínicas, a incorporação de tecnologias no SUS, a segurança do paciente, a ética.

A integralidade é a oferta do SUS que compatibiliza as necessidades sanitárias da população com os orçamentos limitados, públicos, no caso brasileiro insuficientes, a partir de regras racionais, seguras, claras e transparentes. Sua ampliação requer o fortalecimento e o financiamento do sistema público numa atuação responsável dos poderes³⁴ que muito dificilmente será originada de processos judiciais.

Nesse ponto do debate, que relaciona ação, resultado e despesa para prover a integralidade, ainda que pareça um ponto fora da reta, cabe colocar luzes sobre a responsabilização dos profissionais médicos, por dever de ofício, submetidos à ciência. Eles estão relacionados em toda a cadeia produtiva do SUS e são motrizes do fenômeno da judicialização. Atuam, em última instância, como os verdadeiros ordenadores da despesa

33 VILELA, L.M.; MOLITERNO, M.P.; SANTOS, A.O. **Judicialização da Saúde: um fenômeno a ser compreendido**. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42007/2/ve_Alethele_Oliveira.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

34 VEIGA, L. **A Ilusão da Integralidade**. 2020. Disponível em: <<https://direitoemcomprimidos.com.br/a-ilusao-da-integralidade/>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

pública, não obstante os benefícios e doações providos pela indústria farmacêutica^{35,36}.

Ainda que a atuação do SUS no cenário da Covid-19 restitua-lhe algum apoio social, no decorrer dos anos sofreu decréscimo de sustentação política, não se constituiu prioridade dos governos, nem dos poderes nem da mídia. Não há o devido enaltecimento das capacidades do SUS, de sua capilaridade, de sua atuação na macro e micropolítica sanitárias. Sua importância não é conhecida pelos brasileiros e foi resumida, tristemente, às filas nos hospitais e disputas judiciais.

O SUS não aparece nos uniformes dos times de futebol, não é o mote publicitário de eventos de massa, não estampa *outdoors*, não é tema de escola de samba e, “enquanto outros sistemas universais do mundo lutam pela consolidação (Canadá, Reino Unido, Portugal), o SUS luta pela sobrevivência”.

Os desafios estão em muitas frentes: (i) no combate ao histórico desfinanciamento do SUS; (ii) no aprimoramento da gestão; (iii) nos esforços que impeçam retrocessos sociais; (iv) na proteção quando das crises econômicas; (v) na busca pelo desenvolvimento sustentável; (vi) na racionalização da judicialização; (vii) na relação com os profissionais da saúde, seus sindicatos e conselhos de classe e, principalmente, (viii) na repolitização, em âmbito comunitário e social, como estratégia, inclusive, de incremento à participação da comunidade, entre outros.

Já estaria o SUS sem possibilidade de cura, tratamento e recuperação? Avizinha-se uma reforma que lhe retirará as essências e que lhe devolverá aos anos 1970? “Um sistema pobre para pobres?”³⁷. Ou seria uma reforma discreta, mas que em breves anos torne o sistema público de saúde desacreditado e indefensável? E mais uma vez, saúde é uma questão política.

35 MENDES, E. **Desafios do SUS**. 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

36 BRASIL. ESTADO DE MINAS GERAIS. **DeclaraSUS**. 2019. Disponível em: <<http://declarasus.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

37 PAIM, J. **Entrevista**. 2016. Disponível: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-36379869>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

É preciso ter a consciência de que a junção de esforços em prol do SUS é benéfica para a sociedade. Nesse âmbito, é desarrazoado e falso arguir qualquer antagonismo entre “controle” e “gestão”, visto que os integrantes desses segmentos pretendem o sucesso da política de saúde.

Na última gestão de governadores 2015/2018, a média de permanência do gestor estadual de saúde foi inferior a um ano. No governo atual, já houve a alteração de 22 gestores estaduais. O mesmo – em maior ou menor medida – se repete na esfera federal e na esfera municipal. Não se pretende fazer a defesa de qualquer desvio ou má conduta, entretanto alguns fatores para a ocorrência dessa instabilidade devem ser observados: (i) a coalizção partidária dos governos, exacerbada a cada dois anos em face dos períodos eleitorais; (ii) o imediatismo, que aliena problemas estruturais; (iii) as dificuldades orçamentárias e financeiras, que engessam a atuação das pastas sociais e se refletem nas pastas fazendárias; (iv) a aplicação de penalidades pessoais aos gestores – com sequestro de verbas alimentares e determinação de prisão; e (v) a exposição na mídia e abalo da sua imagem pública e privada, além de que “a percepção dominante é a de que não vale a pena”³⁸. A persistência desse quadro fará com que restem: os de má-fé, os inexperientes e os aventureiros.

Esse estado de coisas faz com que “gestores qualificados deixem de assumir a gestão ou, se já a assumiram, pensem em deixá-la, o que reflexamente pode levar ao desinteresse da nova geração em compreender, lutar e gerir a política pública de saúde”. O SUS precisa da excelência em gestão, da inovação e da formação de novos líderes, e é adequado contar com o Ministério Público do Brasil (MP) para esse fim.

O MP é uma instituição importantíssima para o Estado, para o Estado Democrático de Direito e para a garantia, consecução e fiscalização das políticas públicas. É nesse sentido que, conforme já registrado no corpo do texto, cabe ao MP defender o SUS, buscando minorar a sua realidade de escassez de recursos orçamentários, financeiros, humanos, logísticos, estruturais e administrativos – incompatíveis com sua missão constitucional.

38 GAETANI, F. **A governabilidade da administração em jogo**. 2018. Disponível em: <<http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2018/4/20/presidente-da-enap-eppgg-francisco-gaetani-publica-artigo-a-governabilidade-da-administrao-em-jogo-no-valor-economico>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

A compreensão da realidade, que envolve questões estruturais relacionadas à (in)governabilidade, resulta da ampliação de esforços que visem à entrega de resultados efetivos para a sociedade. É preciso atuar sobre o subfinanciamento, o controle de preços no mercado de aquisições, o controle do mercado concorrencial para as tecnologias da saúde e outras tantas frentes.

É preciso atuar junto ao Poder Legislativo, no controle de normas desfavoráveis ao SUS, na melhor compreensão pelo Poder Judiciário acerca do sistema, nos meios para que a sociedade conheça/defenda o sistema público de saúde – e isso, por óbvio, não afasta as funções precípuas do MP, relativas ao controle de normas, a coibição dos desvios e punibilidade dos crimes.

É preciso atuar sobre cenários em que se vislumbra a solução de continuidade nas políticas e programas, com o fito de evitá-la ou de minimizar seus efeitos. É preciso fortalecer as comissões intergestores e sua atuação local e estimular a troca de informações entre entes para a solução ou inovação nas respostas sanitárias.

A intersecção dos pontos comuns provavelmente esteja alocada na ampliação dos diálogos institucionais. Assim como a gestão da política de saúde deve ser avaliada pelos resultados produzidos para a sociedade, sendo creditada como valor social, o Ministério Público deve ser avaliado pelas medidas protetivas à Constituição, reveladas a partir de uma atuação em prol da efetivação de direitos e desenvolvimento social, o que, por certo, não deve significar quantitativos de ações judiciais ou recomendações.

NENHUMA CONCLUSÃO É DEFINITIVA

Mesmo que muitos dos posicionamentos e das provocações colocados neste texto tenham sido formados no correr dos anos, num momento em que a certeza prevalente é que o futuro já não é mais o mesmo, revela-se a necessidade de se conformarem novas estratégias, atuações e atores. As métricas anteriores não têm mais lugar, e a defesa de interesses sociais estará atrelada à percepção do seu valor, que ultrapassa, em muito, o conceito de preço.

A resignificação impõe que o valor social da defesa do SUS seja a bússola para as instituições. Sem o SUS é a barbárie³⁹!

39 Frase do Professor Gonzalo Vecina.

FILA ÚNICA PARA REGULAÇÃO DE LEITOS DE UTI: UMA ALTERNATIVA PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO EM TEMPOS DE CRISE SANITÁRIA

Sandra Mara Campos Alves¹

Ana Paula Nogueira Rodrigues²

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma doença respiratória nova e que teve seus primeiros casos identificados em pessoas vivendo na cidade de *Wuhan*, província de *Hubei*, na República Popular da China, ainda no ano de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), acompanhando o aumento dos casos e o avanço da doença em outros territórios, declara o surto de coronavírus como emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), que é o alerta de grau máximo emitido pela organização, conforme estabelecido no Regulamento Sanitário Internacional. E, em 11 de março de 2020, a OMS reconhece a Covid-19 como uma pandemia, dado o seu alastramento em inúmeros países.

Dados confirmam que a pandemia ainda não se estabilizou. Em 21 de agosto de 2020, foram registrados 22.536.278 casos de Covid-19 no mundo, com 668.910 mortes³.

No Brasil, a doença também deixa suas marcas. Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde brasileiro declarou, por meio da Portaria nº 188, emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN)

1 Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília. Docente do Mestrado em Políticas Públicas em Saúde da Fiocruz Brasília. Doutora em Saúde Coletiva. E-mail: smcalves@gmail.com ORCID: 0001-6171-4558.

2 Enfermeira do Hospital Universitário de Brasília. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde da Fiocruz Brasília. E-mail: apnr.enf@gmail.com ORCID: 0000-0001-9049-3387.

3 OPAS. Organização Pan-Americana Da Saúde. **Folha informativa – COVID-19. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.** Atualizado em 21 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

em decorrência de infecção humana pelo novo Coronavírus, tendo seu primeiro caso confirmado na cidade de São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020. Dados recentes disponibilizados pelo Painel Coronavírus do Ministério da Saúde registram, na data de 23 de agosto de 2020, 3.605.783 casos confirmados e 114.744 óbitos⁴.

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos⁵. Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoV) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e, o mais recente, SARS-CoV-2⁶.

A Covid-19 apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves⁷. Cerca de 80% dos infectados se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar, contudo uma em cada seis pessoas infectadas fica gravemente doente e desenvolve dificuldade respiratória⁸, o que pode gerar a necessidade de suporte avançado de cuidados, incluindo leitos de unidade de terapia intensiva (UTI).

Tais fatos têm provocado, no Brasil, uma série de ações judiciais em busca de garantias de internação em leitos de UTI para pacientes diagnosticados com Covid-19, o que remete à necessidade de discutir alternativas para a reorganização e o compartilhamento de recursos assistenciais da saúde, em especial os leitos de UTI, a serem utilizados não apenas no âmbito da pandemia de coronavírus, mas em emergências de saúde pública futuras.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus. Painel Geral**. Atualizado em 23 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

6 OPAS. Organização Pan-Americana Da Saúde. **Folha Informativa Covid-19. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. Histórico. Atualizado em 25 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>.

7 BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

8 OPAS. Organização Pan-Americana Da Saúde. **Folha Informativa Covid-19. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. Histórico. Atualizado em 25 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>.

A DESIGUALDADE CRÔNICA NA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE UTI NO BRASIL

A oferta de leitos de terapia intensiva no Brasil configura-se como um dos principais nós críticos do Sistema Único de Saúde (SUS). O aumento na demanda por esse tipo de serviço vem desafiando gestores, profissionais de saúde e pesquisadores a buscarem estratégias concretas que otimizem recursos e viabilizem a prestação desse complexo serviço de saúde.

Os pacientes gravemente enfermos, também denominados pacientes críticos, cursam com instabilidade vital e elevado risco de morte, necessitando de assistência de saúde em unidade de terapia intensiva (UTI)⁹.

A UTI é definida como área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e tratamento¹⁰, podendo ser classificada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-a), Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), Unidade de Terapia Intensiva Queimados (UTI-q), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-ped) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)¹¹.

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto, objeto deste estudo, pode ser habilitada em Tipo II ou Tipo III, a depender do nível de complexidade do

9 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União, 22 abr. 2020; Seção 1.

10 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Consolidação nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 fev 2010; Seção 1.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre as consolidações das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 3 out 2017; Seção 1.

cuidado, dispondo de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipe multiprofissional legalmente habilitada, com competências definidas¹².

O arsenal tecnológico que permeia a UTI é capaz de substituir funções orgânicas vitais como respirar, pulsar e filtrar impurezas sanguíneas, tornando-se necessário para restabelecer a saúde de pacientes críticos. Em caso de falência pulmonar, os ventiladores substituem os pulmões; a insuficiência cardíaca pode ser tratada com o apoio de cardiostimulantes, antiarrítmicos e fármacos vasoativos, que conseguem manter o funcionamento cardiocirculatório; e os dialisadores fazem o trabalho renal¹³. No entanto, não basta apenas aparato tecnológico moderno para uma UTI funcionar. É necessário que haja equipe multiprofissional habilitada e adequadamente capacitada em terapia intensiva, que ofereça aos pacientes críticos atendimento especializado e vigilância constante, promovendo condições de recuperação.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza equipe mínima composta por: um médico responsável técnico (que poderá acumular o papel de médico rotineiro), um médico rotineiro, um médico plantonista para cada dez leitos ou fração, um enfermeiro coordenador (que poderá acumular o papel de enfermeiro rotineiro), um enfermeiro rotineiro, um enfermeiro plantonista para cada dez leitos ou fração, um fisioterapeuta responsável técnico, um fisioterapeuta plantonista para cada dez leitos ou fração, um fonoaudiólogo e um psicólogo disponível para a unidade, técnicos de enfermagem (no mínimo um para cada dois leitos), auxiliares administrativos e funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, no mínimo um exclusivo da unidade¹⁴.

12 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União, 22 abr. 2020; Seção 1.

13 SILVA, M.J.P.; ARAÚJO, M.M.T.; PUGGINA, A.C.G. Humanização em UTI. In: PADILHA, K.G.; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S.C.; KIMURA, M. (orgs). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Barueri: Manole, 2010.

14 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e

As filas para admissão na UTI são influenciadas por diferentes fatores, como epidemiológicos (envelhecimento populacional) técnicos (vidência médica e tecnologias) éticos (ritérios de prioridade) organizacionais (egulação) e educacionais (uidados pré-hospitalares)¹⁵.

A congestão, ou ainda superlotação, dos serviços de urgência, entre eles os de terapia intensiva, reflete não apenas a insuficiência quantitativa de estabelecimentos, como também a gestão deficiente dos processos assistenciais, afetando todos os estados brasileiros de forma sistêmica e rotineira, tanto no SUS como na saúde suplementar¹⁶.

Para a OMS, a relação ideal de leitos de UTI é de um a três leitos para cada dez mil habitantes. No entanto, ao analisar a distribuição dos leitos de UTI no Brasil, observa-se que a maior parte pertence à rede privada, sendo identificadas disparidades importantes quanto à sua distribuição regional¹⁷, sendo esse um problema recorrente.

Relatório elaborado pelo Tribunal de Contas da União (TCU)¹⁸, analisando a situação da saúde no Brasil, apontou que a maioria dos estados brasileiros não possui a quantidade mínima de leitos de UTI por habitante recomendada pela OMS, ainda que somados os leitos públicos

atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União, 22 abr. 2020; Seção 1.

- 15 GOLDWASSER, R.S.; LOBO, M.S.; ARRUDA, E.F.; ANGELO, S.A.; RIBEIRO, E.C.; SILVA, J.R. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Rev. bras. ter. intensiva**. 30 (3): 347-357. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So103-507X2018000300347&lng=en> e <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180053>>. Acesso em: 17 ago. 2020.
- 16 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências**. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087695/13sintesecongestaosuperlotacaofinal31mar2020.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- 17 ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA [homepage na internet] **AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil**. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- 18 TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório Sistêmico de Fiscalização 2014**. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/relatorio-sistêmico-de-fiscalizacao-saude.htm>>. Acesso em: 9 ago. 2020.

e privados. Conforme o documento, em agosto de 2013 havia 38.118 leitos de UTI, dos quais menos da metade, 18.993, estavam disponíveis para utilização no âmbito do SUS. Na época, foram levantados alguns desafios, como bloqueio de leitos por insuficiência de recursos humanos, dificuldades em referenciar pacientes e taxas de ocupação fora dos parâmetros recomendados em diversas regiões¹⁹, o que, em 2020, ainda é uma realidade que acarreta a diminuição da qualidade na prestação do atendimento e que leva ao aumento da morbidade e da mortalidade.

Em janeiro de 2020, antes da disseminação do coronavírus em território nacional, o Brasil contava com 45.848 leitos de UTI, sendo 22.844 leitos do SUS e 23.004 do sistema de saúde privado, apresentando uma relação de aproximadamente 2,2 leitos para cada dez mil habitantes, portanto dentro dos parâmetros preconizados pela OMS²⁰. Contudo, apesar do registro do aumento de leitos de UTI em números absolutos, persistem os desafios ligados à gestão das vagas disponíveis^{21,22,23}.

Em relação às disparidades regionais, em janeiro de 2020, a região Sudeste contava com 2,7 leitos para cada dez mil habitantes, enquanto a região Norte apresentava a menor relação de leitos por habitantes: 0,9 leitos por dez mil habitantes. O Distrito Federal liderava a melhor relação de leitos por habitante do país, com 4,5 leitos por dez mil habitantes no consolidado, sendo 1,6 na rede pública contra 11,6 na privada. Já Roraima apresentava a menor proporção de leitos: 0,8 leito para cada dez mil habitantes, sendo 0,6 leito no SUS e 4,6 leitos para cada dez mil habitantes no sistema privado, reforçando as disparidades não só entre os estados,

19 *Ibidem*.

20 ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA [homepage na internet]. **AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil**. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

21 *Ibidem*.

22 TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório Sistemico de Fiscalização 2014**. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/relatorio-sistemico-de-fiscalizacao-saude.htm>>. Acesso em: 9 ago. 2020.

23 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências** Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087695/13sintesecongestaosuperlotacaofinal31mar2020.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

mas também entre sistemas público e privado de uma mesma unidade federativa²⁴.

Com a declaração de emergência em saúde pública de importância nacional pelo MS em fevereiro de 2020 e o crescente aumento de casos de coronavírus em território brasileiro, ações tiveram que ser tomadas pelos gestores sanitários buscando a mitigação desses problemas, pois o recurso “leito de UTI” passou a ser determinante para redução e controle dos casos mais graves, incluindo a redução de óbitos.

O Ministério da Saúde, em 18 de março de 2020, publicou Portaria GM nº 414²⁵, que autoriza a habilitação de até 2.540 (dois mil quinhentos e quarenta) leitos de unidade de terapia intensiva, adulto e pediátrico, fornecido pelo próprio MS, para atendimento exclusivo aos pacientes com Covid-19²⁶.

Segundo o painel de monitoramento de habilitações de leitos de UTI Covid-19, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)²⁷ para acompanhar as novas habilitações realizadas pelo MS nos termos da referida Portaria, os leitos são classificados segundo seu *status* em leitos operacionais e leitos não operacionais. Os leitos operacionais referem-se àqueles que tiveram sua habilitação aprovada pelo MS por período de 90 dias, acrescidos daqueles que tiveram sua habilitação prorrogada. Já os leitos não operacionais são aqueles que tiveram sua habilitação vencida, ou seja, não foram renovados após o período de 90

24 ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA [homepage na internet]. **AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil.** Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

25 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 414, de 18 de março de 2020.** Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes com Covid-19. DOU nº 55, 20 mar 2020; Seção: 1, p. 149. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/04/2020&jornal=515&pagina=48>> Acesso em: 24 ago. 2020.

26 A Portaria GM/MS nº 414 foi republicada no DOU nº 69, de 9 de abril de 2020, para alterar o valor de custeio para a diária de leito de UTI específico de Covid-19, estabelecendo o valor de R\$ 1.600,00 (hum mil e seiscentos reais).

27 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Painel Leitos SRAG/UTI COVID-19/Monitoramento de Habilitações.** Disponível em: <<https://www.conass.org.br/leitossrag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

dias, acrescido daqueles que, por algum motivo, tiveram sua habilitação cancelada.

Nesse contexto, a classificação em leitos não operacionais não significa, necessariamente, que o leito está inativo, e sim que não conta mais com o aporte financeiro do Ministério da Saúde para repasse do custeio, nos termos da Portaria GM/MS nº 414/2020.

Informação disponibilizada no referido Portal, em 25 de agosto de 2020, apontava que o Brasil contava com 7.812 leitos operacionais (6.095 habilitados e 1.717 prorrogados) e 4.817 leitos de UTI não operacionais (4.377 vencidos e 440 desabilitados)²⁸. Todos inseridos na rede pública.

Também foi observado um incremento na quantidade de leitos de UTI do setor privado e suplementar decorrente da pandemia de coronavírus. O Conselho Federal de Medicina, por meio de um levantamento realizado em junho de 2020, destacou a criação de 11.601 novos leitos de UTI Covid-19 (sendo 10.600 leitos adultos e 461 pediátricos) para atender a demanda do setor privado e suplementar²⁹.

Sem embargo do incremento no número de leitos de UTI, o Brasil segue observando uma nova onda de ações judiciais que demandam esse recurso, causada em parte pela insuficiência e/ou má distribuição desses leitos no território e em parte pela gestão ineficiente do recurso disponível.

A JUDICIALIZAÇÃO DE LEITOS DE UTI E A PROPOSTA DE FILA ÚNICA DE REGULAÇÃO DE LEITOS DE UTI COVID-19

O Poder Judiciário tem sido demandado para resolução de questões de saúde em dimensões diversas, desde a implementação de políticas públicas até intervenções em temas mais controversos e polêmicos como interrupção de gravidez em casos de anencefalia. A esse processo de intervenção do Poder Judiciário, mediante determinações encaminhadas à Administração Pública, para o deslinde de casos que envolvem o direito

28 *Ibidem*.

29 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA [homepage na internet]. **Levantamento de leitos de UTI por Estados**. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/leitospode%20uti%20junho%202020%20-%20estados.pdf>>. Acesso em: 9 ago 2020.

à saúde é que se conformou o fenômeno cunhado como “judicialização da saúde”.

Dados do INSPER³⁰ apontam que, no período de 2009-2017, o número de demandas envolvendo questões de saúde sofreu acréscimo de 198% em primeira instância e 85% na segunda instância. E, com a pandemia de coronavírus, essa situação se aviva. Observa-se diariamente nos noticiários nacionais que o Poder Judiciário tem sido demandado para solucionar lides relacionadas à Covid-19, entre elas a demanda por leito de UTI.

Estudos demonstram que a demanda judicial por esse recurso não é recente, corroborando os dados sobre falta de equidade no acesso. Diniz, Machado e Penalva³¹, em estudo que analisou o fenômeno da judicialização no Distrito Federal, concluíram que o principal bem judicializado era leito de UTI. Pesquisa empreendida por Delduque³² que abrangeu os 27 estados da federação aponta que a demanda por leitos de UTI também se encontra entre as principais prestações de saúde solicitadas.

Se, por um lado, a judicialização da saúde representa um avanço no processo de construção da cidadania e participação cívica por meio da afirmação de direitos, por outro lado acarreta impactos na gestão dos sistemas de saúde, especialmente no que concerne à organização dos serviços e recursos voltados a atender a coletividade. Pandolfo, Delduque e Amaral³³ reconhecem a ausência de consensualidade na discussão sobre

30 INSPER. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%CC%81DE-NO-BRASIL.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2020.

31 DINIZ, D.; MACHADO, T.R.C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** 19 (02) Fev 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n2/591-598/pt/#>>. Acesso em: 1º ago. 2020.

32 DELDUQUE, M.C. **Relatórios de pesquisa**: o arcabouço infralegal da política pública de saúde e sua observância pelo Poder Judiciário: interação entre o sistema político e o sistema jurídico: a judicialização da política pública de saúde nos municípios brasileiros: um retrato nacional. Brasília, 2018.

33 PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; AMARAL, Rita Goreti. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 14, n. 2abr. 2012, p. 340-349. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rsap/2012.v14n2/340-349/pt/>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

o tema e o envolvimento de aspectos diversos, que superam as questões jurídicas-sanitárias estritas, o que dificulta inclusive a racionalização do problema.

Nesse sentido, a busca por soluções que não perpassem pela efetivação judicial tem sido um dos grandes desafios dos atores envolvidos com esse fenômeno. A proposta de criação de uma fila única para regulação de leitos de terapia intensiva durante a pandemia de coronavírus se insere nesse contexto, pois advoga a inserção de um modelo alternativo de regulação de recursos de saúde escassos, a ser utilizado durante momento de crise sanitária.

Em termos gerais, a proposta de fila única de leitos de UTI consiste em centralizar, na gestão pública, a regulação de todos os leitos de UTI do país, sejam eles públicos ou privados, independentemente de a clientela ter ou não planos e seguros de saúde, ou ainda da capacidade de pagamento no momento da internação (out-of-pocket)³⁴.

No meio científico, essa proposta foi divulgada por meio de nota técnica produzida pelo Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde da Universidade de São Paulo (GEPS/USP) e pelo Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GPDES/UFRJ), que propôs um Sistema Nacional de Vagas para casos graves de coronavírus³⁵, espelhado no modelo do Sistema Nacional de Transplantes, em que se tem um cadastro único de pacientes, hierarquizados pela gravidade e necessidade de atenção hospitalar.

34 MARINHO, Alexandre. **Proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil**: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis (nota técnica nº 65). Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10011/1/NT_65_Diset_%20Proposta%20de%20Adocao%20de%20Fila%20unica%20nas%20Unidades%20de%20Terapia%20Intensiva.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2020.

35 GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, GRUPO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE EMPRESARIAMENTO NA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus**: entre a omissão e o oportunismo. Nota Técnica 1º abr 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Nota-T%C3%A9cnica_Coronavirus_PlanosDeSaude_GEPS_GPDES.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

A partir desse cadastro único, a regulação dos pacientes para os leitos de UTI disponíveis, em rede pública ou privada, ficaria sob o encargo de uma central reguladora estadual, responsável pela articulação entre prestadores de serviços e órgãos municipais e estaduais. Ao Ministério da Saúde caberia a normatização e a regulamentação da fila única³⁶.

Segundo as entidades, esse arranjo estrutural incidiria não apenas na melhoria do acesso, mas também na redução de iniquidades sociais e disparidades regionais, além de otimizar o uso de recursos assistenciais no sistema de saúde em tempos de emergência sanitária.

A proposta recebeu apoio dos movimentos sociais e de profissionais de saúde por meio de documento intitulado “Manifesto Leitos para todos + Vidas iguais”, que pugna por mecanismos que viabilizem o acesso universal a ações e serviços de saúde a todos os pacientes com casos graves de Covid-19 que necessitem de leitos de internação e terapia intensiva, independentemente da natureza do estabelecimento, se público ou privado³⁷.

Para tanto, defendem que o controle e a coordenação desse estoque de leitos sejam feitos por meio de um sistema de regulação unificado, gerenciado pelas secretarias estaduais, e que o acesso a esse bem não seja obstaculizado pela falta de capacidade de pagamento individual, mas fundamentado em critérios clínicos e epidemiológicos³⁸.

A proposta não apresenta algo completamente inusitado. Países como Austrália, Irlanda, Espanha e Reino Unido, diante da atual pandemia, reorganizaram seus recursos assistenciais de modo a permitir o compartilhamento de insumos estratégicos, seja por meio de medidas cooperativas ou prescritivas³⁹.

36 *Ibidem*.

37 Manifesto Leitos para Todos + Vidas Iguais. 2020. Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe_JGVuXVU75Tt3A9gxDEhYp66ajvxWnwthPyB33V7QNhdqA/viewform>. Acesso em: 8 de ago. 2020.

38 *Ibidem*.

39 BAHIA, Lígia. O Brasil deveria criar uma regulação única de leitos públicos e privados no combate ao coronavírus? SIM. Folha de São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2020/04/o-brasil-deveria-criar-uma-regulacao-unica-de-leitos-publicos-e-privados-no-combate-ao-coronavirus-sim.shtml>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

A gestão única de leitos – com tempo definido, baseada na combinação de critérios de gravidade dos casos, proximidade geográfica e garantias previstas nos contratos dos planos -, é factível e assegura a priorização das necessidades dos doentes. Compatibilizar direito à saúde com os de propriedade é uma tarefa urgente e exigente de sincera disposição para o diálogo; se bem executada, salvará vidas e nos tornará menos desiguais⁴⁰.

Críticas à proposta também foram feitas, seja porque excluem estabelecimentos de saúde com clientela fechada, mas que eventualmente recebem recursos públicos⁴¹, seja porque não abordam questões estruturantes como a revitalização de leitos públicos fechados, abertura de editais públicos para contratação de leitos e serviços, entre outros⁴².

A discussão reverberou na Câmara dos Deputados, e, até o presente momento, tramitam oito projetos de lei que versam sobre o tema (PL 1254/2020, PL 2333/2020, PL 2176/2020, PL 2301/2020, PL 2548/2020, PL 1316/2020, PL 2674/2020, PL 2161/2020), sendo a primeira proposição, PL 1254/2020, protocolada em 30 de março de 2020 pelo deputado Arlindo Chinaglia (PT/SP)⁴³.

Todos os projetos de lei mencionados abordam a requisição de leitos hospitalares privados por parte do Poder Público, porém apenas os projetos nº 2176/20, 2548/20, 2333/20, 2301/20 especificam a formação de fila única para os leitos de UTI e ainda definem a responsabilidade da regulação por parte de Estados, Distrito Federal e Municípios. Os demais não trazem, de forma específica, como essa governança se daria.

40 *Ibidem*.

41 MARINHO, Alexandre. **Proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil**: Considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis (nota técnica nº 65). Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10011/1/NT_65_Diset_%20Proposta%20de%20Adocao%20de%20Fila%20unica%20nas%20Unidades%20de%20Terapia%20Intensiva.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2020.

42 KOIKE, Beth. Fila única de pacientes gera polêmica. **Valor Econômico**. 30 abr. 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/04/30/fila-unica-de-pacientes-gera-polemica.ghtml>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

43 BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Atividade Legislativa – Projetos de Leis**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/busca-portal/proposicoes/pesquisa-simplificada>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

Importante destacar o Projeto de Lei 1316/2020, do deputado Alexandre Padilha (PT/SP), apresentado em 31 de março de 2020, que propõe uma normatização para enfrentamento de situações de emergências de saúde pública que vão para além da crise sanitária provocada pelo coronavírus, abrangendo situações futuras que podem ocorrer com o surgimento de novas emergências⁴⁴. E, uma vez que o Brasil vivenciou nas últimas duas décadas uma série de emergências sanitárias decorrentes de epidemias de doenças infecciosas – influenza H5N1; SARS, influenza H1N1⁴⁵ –, importante pensar em uma legislação que possa ser mais perene.

Registra-se a ausência de proposição legislativa apresentada pelo Poder Executivo nesse sentido.

Apesar da mobilização inicial, a tramitação das proposições caminha a passos lentos, não sendo observados indícios de priorização da discussão dentro da Câmara dos Deputados. Uma das proposições, PL 1254/2020, do deputado Arlindo Chinaglia (PT/SP), segue com solicitação de tramitação em caráter de urgência protocolada em 18 de maio de 2020 pelos deputados Enio Verri (PT/PR) e Arthur Lira (PP/AL), porém sem deferimento da mesa diretora até o momento.

Romero⁴⁶, em estudo desenvolvido em 2013, já apontava para a deficiência do aparato jurídico-normativo capaz de enfrentar emergências sanitárias causadas por epidemias de doenças infecciosas, e da dificuldade do Parlamento Federal em suprir essa lacuna legislativa mesmo diante de repetidas epidemias ocorridas em território brasileiro. A resposta do Poder Legislativo Federal observa um padrão de comportamento caracterizado

44 BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 1316/2020**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1871983&filename=Tramitacao-PL+1316/2020>. Acesso em: 15 ago. 2020.

45 ROMERO, Luis Carlos Pelizari. **O Congresso Nacional e as emergências sanitárias**: a resposta do Poder Legislativo às necessidades da saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www.repositorio.unb.br/handle/10482/15040>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

46 ROMERO, Luis Carlos Pelizari. **O Congresso Nacional e as emergências sanitárias**: a resposta do Poder Legislativo às necessidades da saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www.repositorio.unb.br/handle/10482/15040>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

por uma concentração de esforços nos momentos iniciais da crise, mas de pequena intensidade no seguimento do processo, inclusive, com baixa produção legislativa.

Imperativo, portanto, acompanhar a evolução da tramitação dessas proposições nas Casas Legislativas, de modo que não se perca a oportunidade, mais uma vez, de atualizar o arco normativo brasileiro em tema tão relevante e que garantirá, em casos de epidemias futuras, uma ação estatal mais rápida, reduzindo assim a necessidade de intervenção do Poder Judiciário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de equidade no acesso ao leito de UTI é questão crônica observada no sistema de saúde brasileiro que, por sua vez, se intensificou durante a pandemia de coronavírus. Medidas administrativas e judiciais são tomadas pontualmente, sem, contudo, enfrentar questões estruturantes.

Há necessidade de atualização do ordenamento jurídico de modo a prever mecanismos capazes de gerir recursos e insumos essenciais no caso de uma emergência em saúde pública, e a proposta de fila única de leito de UTI se apresenta como um arranjo capaz de otimizar recursos, viabilizar assistência adequada ao maior número de pacientes e propiciar igualdade de acesso aos insumos de saúde em tempos de crise.

É necessário que o tema seja amplamente debatido e que tenha o devido encaminhamento do seu processo legislativo, de modo a não cair no esquecimento que só será percebido quando uma nova epidemia se instalar.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA [homepage na internet]. **AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil**. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BAHIA, Lígia. O Brasil deveria criar uma regulação única de leitos públicos e privados no combate ao coronavírus? **SIM. Folha de São Paulo**. 18 abr. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2020/04/o-brasil-deveria-criar-uma-regulacao-unica-de-leitos-publicos-e-privados-no-combate-ao-coronavirus-sim.shtml>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus. Painel Geral**. Atualizado em 25 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>> Acesso em: 25 ago. 2020.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências** Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087695/13sintesecongestoesuperlotacaofinal31mar2020.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Painel Leitos SRAG/UTI COVID-19/Monitoramento de Habilitações**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/leitos-srag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

DELDUQUE, Maria Célia. **Relatórios de pesquisa: o arcabouço infralegal da política pública de saúde e sua observância pelo Poder Judiciário: interação entre o sistema político e o sistema jurídico: a judicialização da política pública de saúde nos municípios brasileiros: um retrato nacional**. Brasília, 2018.

DINIZ, D.; MACHADO, T.R.C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** 19 (02) Fev 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/591-598/pt/#>>. Acesso em: 1º ago. 2020.

GOLDWASSER, R.S.; LOBO, M.S.; ARRUDA, E.F.; ANGELO, S.A.; RIBEIRO, E.C.; SILVA, J.R. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Rev. bras. ter. intensiva**. 30 (3): 347-357. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000300347&lng=en> e <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180053>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, GRUPO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE EMPRESARIAMENTO NA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e o oportunismo.** Nota Técnica 1º abr 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Nota-T%C3%A9cnica_Coronavirus_PlanosDeSaude_GEPS_GPDES.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

INSPER. **Judicialização da saúde no Brasil:** perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%CC%81DE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

KOIKE, Beth. **Fila única de pacientes gera polêmica. Valor Econômico.** 30 abr. 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/04/30/fila-unica-de-pacientes-gera-polemica.ghtml>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MANIFESTO LEITOS PARA TODOS + VIDAS IGUAIS. 2020. Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe_JG VuXVU75Tt3A9gxDEhYp66ajvxWnwthPyB33V7QNhdqda/viewform>. Acesso em: 8 ago. 2020.

MARINHO, Alexandre. **Proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de covid-19 no Brasil:** Considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis (nota técnica nº 65). Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10011/1/NT_65_Diset_%20Proposta%20de%20Adocao%20de%20Fila%20unica%20nas%20Unidades%20de%20Terapia%20Intensiva.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2020.

OPAS. **Folha informativa – COVID-19. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.** Atualizado em 21 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; AMARAL, Rita Goreti. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 14, n. 2abr. 2012, p. 340-349. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rsap/2012.v14n2/340-349/pt/>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ROMERO, Luis Carlos Pelizari. **O Congresso Nacional e as emergências sanitárias**: a resposta do Poder Legislativo às necessidades da saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www.repositorio.unb.br/handle/10482/15040>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SILVA, M.J.P.; ARAÚJO, M.M.T.; PUGGINA, A.C.G. Humanização em UTI. In: PADILHA, K.G.; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S.C.; KIMURA, M. (orgs). **Enfermagem em UTI**: cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório Sistemico de Fiscalização 2014**. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/relatorio-sistematico-de-fiscalizacao-saude.htm>>. Acesso em: 9 ago. 2020.

RACIONALIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

Maria Inez Pordeus Gadelha¹

INTRODUÇÃO

A participação dos micro-organismos (vírus, bactérias, fungos e protozoários)² na história da humanidade se caracteriza por aspectos positivos e negativos. De positivo, um exemplo é a atividade de um fungo, o *Penicillium notatum*, descoberta em 1928 e a partir da qual resultaria a penicilina. De negativos, os exemplos são mais numerosos e de graves consequências para a vida humana, pelas doenças epidêmicas e endêmicas que provocam.

O estudo do genoma de micro-organismos patogênicos tem ajudado a entender sua interação com os seres humanos desde os tempos imemoriais, não só do ponto de vista patológico e arqueológico, mas também da história da dominação entre povos e países (UJVARI, 2012). É inegável como, associados a armas e a avanços tecnológicos, os micróbios participaram da dizimação ou conquista de sociedades inteiras, em todo o mundo (DIAMOND, 2001), inclusive tendo passado a ser utilizados como arma biológica.

É inevitável concluir, frente ao que assistimos e vivemos hoje, que os micro-organismos não só causam doenças e matam, mas também desorganizam os países e o mundo, em termos sociais e econômicos.

O presente trabalho objetiva resumir os aspectos biológicos, epidemiológicos e médicos relacionados com a epidemia causada por um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que, desde o segundo semestre de 2019, espalhou-se pelo mundo a partir de sua aparição na província chinesa de

1 Médica oncologista clínica. Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Endereço para correspondência: Maria Inez Pordeus Gadelha. Esplanada dos Ministérios – Bloco G. Sede. 9º Andar. Sala 900. Brasília-DF. CEP: 70058-900. Telefone: (61) 3315-2049. E-mail: maria.gadelha@saude.gov.br.

2 Micro-organismos ou micróbios são seres vivos tão minúsculos que só podem ser vistos por meio de lentes de grande aumento (microscópio).

Wuhan. Objetiva também comentar aspectos que tangenciam o mundo do Direito.

O SARS-COV-2 E A COVID-19

Os vírus são seres acelulares, compostos apenas de material genético coberto por uma cápsula proteica, composição capsular esta que lhe dá o caráter de antigenicidade (ou seja, a capacidade de induzir no hospedeiro uma reação imunitária que é específica contra o antígeno que a provocou) e também de nele criar memória imunitária. Embora nem todo antígeno induza imunogenicidade, a reação imunitária a um antígeno, viral ou não, manifesta-se pela produção, pelo hospedeiro, de substâncias chamadas anticorpos, que são proteínas conhecidas como imunoglobulinas (Ig). Os tipos de imunoglobulina produzidos variam em tempos diversos a partir da contaminação: IgA e IgM (produzidas na fase inicial da infecção) e IgG (que expressa a memória imunitária, podendo ser temporária ou duradoura).

É essa reação que torna as viroses (ou seja, as doenças causadas por vírus, que são inúmeras) autolimitantes, que, dependendo de características próprias e da memória imunitária desenvolvida no hospedeiro, poderão, ou não, se repetir ou se tornarem crônicas.

Outra forma de provocar a reação imunitária e ganhar imunidade para evitar a infecção por algumas bactérias (como a da tuberculose, por exemplo) e vírus é pelo uso de vacinas que contenham o antígeno específico do micróbio, vivo (atenuado) ou morto (inativado), ou parte dele.

No organismo humano, praticamente todos os tecidos e órgãos são afetados por alguma infecção viral. As viroses mais frequentes na nossa espécie são: resfriado comum, parotidite epidêmica (caxumba), hidrofobia (raiva), rubéola, sarampo, hepatites virais, arboviroses (transmitidas por insetos, como o são a dengue e a febre amarela pelo *Aedes aegypti*), poliomielite (paralisia infantil), varicela (catapora), varíola (bexiga), meningite viral, mononucleose infecciosa, herpes (simples e zoster), condiloma (lesão causada pelo vírus do papiloma humano – HPV, sigla em inglês), hantaviroses (cujos vírus são transmitidos por roedores) e a síndrome da imunodeficiência humana (Aids/HIV). Inexistem vacinas para algumas dessas viroses.

Conforme o seu material genético, os vírus podem ser classificados como: a) de ácido ribonucleico – RNA (retrovírus); b) de ácido desoxirribonucleico – DNA (adenovírus); e c) mistos (citomegalovírus).

Os coronavírus são um grupo de vírus de RNA, cuja infecção cursa com infecção respiratória. A maioria dos casos apresenta sintomas gripais e infecção respiratória de curta duração.³

Em 2019, foi identificado um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, cuja infecção pode, em torno de 5% dos casos, provocar a chamada “tempestade inflamatória” (*cytokine storm* – tempestade de citocinas), com acometimento pulmonar intenso, resultando na Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG, ou SARS, em inglês). Com o seu surgimento, denominou-se uma nova doença, a Covid-19, com quadro clínico variável (leve, moderado e grave) e que pode se manifestar com acometimento pulmonar, cardíaco, renal, do sistema nervoso central, inclusive por conta de distúrbio da coagulação sanguínea.

O que tem diferenciado o SARS-CoV-2 dos demais coronavírus é o seu alto poder de contaminação, o que leva à maior rapidez de contaminação.

O surgimento do novo coronavírus e a pandemia da Covid-19 ocorrem em um contexto de globalização, informação excessiva sem qualidade, desinformação deliberada e incerteza que fragilizam as decisões em todos os setores de interesse da vida pública, como são a Saúde, o Direito e o Mercado.

O DIAGNÓSTICO

Infectar-se pelo SARS-CoV-2 não significa obrigatoriamente ter Covid-19. Os portadores dos vírus podem ser assintomáticos (portadores sãos) ou sintomáticos (doentes leves, moderados ou graves).

Por sua vez, o diagnóstico de Covid-19, assim como de qualquer outra doença, crônica ou aguda, infecciosa ou não, é clínico e se faz com base

3 O SARS-CoV-2 é uma variante mutacional do SARS-CoV, que também surgiu na China e provocou o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) em 2002/2003 e a MERS (Síndrome Respiratória do Oriente Médio) na Arábia Saudita em 2012. Outros vírus que cursam com Síndrome Respiratória Aguda Grave são o H1N1 (da gripe suína em 2009/2010, iniciada no México) e o H5N1 (da gripe aviária em 1997 em Hong Kong e em 2003/2004 na Ásia, África e Europa).

em anamnese, exame físico e exames complementares (laboratoriais e de imagem). Em caso de doença aguda e epidêmica, a história epidemiológica deve ser considerada e orientar o diagnóstico etiológico da doença. (BRASIL, 2020; PETRAMALE, 2020)

É mister ressaltar que, no geral, as viroses são doenças que atingem qualquer órgão, com especificidades que dependem das características do vírus e do hospedeiro, e se manifestam agudamente e com sintomas intensos, mas com poucos sinais clínicos e de imagem. A radiografia simples de tórax, como em outras viroses, não mostra alterações patológicas primárias, sendo a tomografia computadorizada o exame de imagem mais acurado para detectá-las. As complicações são moderadas e graves na minoria dos casos, pois a replicação viral, como já mencionado, é autolimitante, por conta da reação imunitária do hospedeiro, resultante do contato com a proteína (ou parte dela) do vírus.

Os exames laboratoriais têm três finalidades: a) identificação de portador são (para isolá-lo, antes da infecção comunitária); b) complementação diagnóstica (casos individuais); e c) complementação epidemiológica (infecção comunitária), para notificação de “caso confirmado”. (BRASIL, 2020; PETRAMALE, 2020; ANS, 2020)

O exame laboratorial que faz a identificação direta do SARS-CoV-2, por meio de uma técnica de biologia molecular, chamada reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real (RT-PCR, sigla em inglês), detecta a presença do material genético do vírus em amostras biológicas, preferencialmente do trato respiratório (PETRAMALE, 2020). Ressalta-se que o exame RT-PCR pode também identificar partes do material genético, assim resultando positivo, porém não sendo mais o vírus viável.

Dada a reação imunitária com a produção de anticorpos específicos contra o SARS-CoV-2, os exames laboratoriais dosam no sangue as IgA (reação imunitária para bloqueio do vírus nas mucosas), IgM e IgG.

As IgA e IgM são anticorpos produzidos nas fases iniciais da doença, e a IgG, na fase de convalescença, podendo, ou não, perdurar além dela por meses ou anos. Todas são anticorpos produzidos por contaminados assintomáticos (portadores sãos) e também por doentes de Covid-19. Assim, são registros da infecção pelo SARS-CoV-2 que podem auxiliar

na confirmação do diagnóstico etiológico nos casos clínicos suspeitos de Covid-19 que tiveram o exame de RT-PCR negativo ou em que esse exame não pôde ser procedido por estar fora da fase de infecção (PETRAMALE, 2020). Os exames para a detecção de IgA e IgM são mais acurados após os sete dias de infecção, e o de IgG a partir do 15º dia, alcançando o pico no 28º dia. Em amostras bem estabelecidas, o exame para detecção de IgG pode ser utilizado para a estimativa da abrangência da contaminação de uma dada população.

Os chamados “testes rápidos” foram desenvolvidos tanto para identificar o antígeno viral como para detectar anticorpos específicos (anti-SARS-CoV-2), porém não apresentam acurácia suficiente para torná-los relevantes, do ponto de vista diagnóstico e epidemiológico, dado seus altos percentuais de resultados falsos-positivos e falsos-negativos. Tanto que lhes falta a validação necessária para inferir a sua utilização na prática médica e epidemiológica.

Embora singelas e resumidas, as considerações sobre o diagnóstico da infecção pelo SARS-CoV-2 e da Covid-19 mostram a sua complexidade e que, definitivamente, esse diagnóstico e seus métodos não se dão no âmbito do Direito nem se podem constituir em decisão judicial.

O TRATAMENTO

Raros são os tratamentos específicos das viroses, como há para a Aids/HIV e hepatites B e C.

Como os vírus se utilizam da estrutura celular do hospedeiro para se replicar, são difíceis de exterminar. Por isso, a melhor solução para o seu controle é a vacinação em massa⁴, que, para ser efetiva, deve cobrir 80% da população.

As condutas terapêuticas gerais são descanso, hidratação, antitérmico e proteção dos contatos. Condutas específicas, inclusive intensivas, são

4 O HIV é um vírus que passa a integrar o próprio material das células do hospedeiro, daí sua impossibilidade de cura ou prevenção por vacina. No caso da hepatite C, a proteína viral identificada como capaz de induzir a produção de anticorpos é muito flexível, podendo produzir uma grande variedade de anticorpos, o que tem dificultado, até o momento, o desenvolvimento de uma vacina.

adotadas conforme o(s) órgão(s) atingido(s), as condições dos doentes e as complicações apresentadas.

Utilizam-se medicamentos, quando há, para tratar precocemente os doentes, reduzindo a transmissão viral e a evolução da doença. Em caso de viroses, os antibióticos são reservados para o tratamento de infecção bacteriana secundária. Assim, deve-se evitar seu uso irracional, pois, além de não atuarem sobre os vírus, levam à resistência bacteriana, hoje um problema de saúde pública em todo o mundo.

Há publicações científicas que evidenciam o tratamento medicamentoso da Covid-19 em diversos graus de qualidade nas diferentes fases da doença e em diferentes níveis de gravidade de suas manifestações (DECIT, 2020).

O tratamento deve ser iniciado logo após o diagnóstico clínico, a critério do médico assistente, que também poderá solicitar exames complementares conforme o caso específico de cada paciente (BRASIL, 2020).

Pacientes com Covid-19 sob ventilação mecânica ou que necessitaram de oxigenioterapia fora da UTI e que usaram corticoterapia (dexametasona) por via oral ou intravenosa tiveram benefício relacionado à redução de óbitos (CRF/RJ, 2020).

Vale lembrar que, para evitar mais perdas de vidas em situação de epidemia de uma doença emergente, aguda e letal, ainda não inteiramente conhecida, aplica-se a Declaração de Helsinque e utilizam-se tratamentos como compassivos ou mesmo como estudo ou série de casos, sob avaliação e prescrição médicas.⁵

Embora resumidas, as considerações sobre o tratamento da Covid-19 mostram a sua complexidade e que, definitivamente, esse tratamento não se dá no âmbito do Direito nem se pode constituir em decisão judicial.

5 Na Declaração de Helsinque, são princípios adicionais para pesquisa clínica combinada a cuidados médicos: “No tratamento de um paciente, quando métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos comprovados não existem ou foram ineficazes, o médico, com o consentimento informado do paciente, deve ser livre para utilizar medidas profiláticas, diagnósticas e terapêuticas não comprovados ou inovadores, se no seu julgamento, esta ofereça esperança de salvar vida, restabelecimento da saúde e alívio do sofrimento. Quando possível, estas medidas devem ser objeto de pesquisa, desenhada para avaliar sua segurança ou eficácia.”

O ATESTADO DE ÓBITO

Nenhum exame, nem mesmo o RT-PCR, é requisito obrigatório para atestar-se a causa da morte como Covid-19, que, nesse caso, deverá ser descrita como provável.

O formulário para a Declaração de Óbito (DO) traz um bloco de campos em que o médico informa se o diagnóstico contou com meio complementar: exame, cirurgia ou necropsia (estes, em ordem crescente do grau de certeza). É também muito importante que se inclua na DO o período de tempo em que tal enfermidade ou condição clínica se estabeleceu (BRASIL, 2009).

Tomando-se como exemplo um caso de Covid-19 sem confirmação laboratorial da presença do vírus por RT-PCR, seja pela indisponibilidade deste exame ou por seu resultado negativo, a sequência de informações na DO poderia ser:

- a) Causa direta da morte: insuficiência respiratória aguda;
- b) Devido a: pneumonite intersticial;
- c) Devido a: provável Covid-19.

Assim, o médico, da mesma forma que em qualquer outra doença, pode atestar o óbito por Covid-19 com ou sem exame confirmatório laboratorial específico. Quando sem, a Covid-19 como a causa básica deve ser informada como provável.

Há ainda campos na DO para que o médico registre qualquer doença e lesão que, a seu juízo, tenham influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionadas com o estado patológico que provocou diretamente o óbito. Nesse caso, podem ser incluídas na Parte II da DO.

Há de se ficar claro, portanto, se a Covid-19 foi causa básica ou agravante da morte.

OS NÚMEROS E AS ESTATÍSTICAS

Evidências e estatísticas, inclusive em tempos de epidemia, são desenvolvidas para resolver problemas, não para os criar. Evitar vieses

técnicos e interpretativos e exercícios matemáticos a partir de premissas equivocadas deve ser um imperativo para que sejam mantidos os objetivos de obtenção e utilização de dados consistentes.

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) apresenta-se como um agente de alto potencial de contaminação entre humanos e alta taxa de letalidade (número de mortes/número de casos de uma doença x 100 em um dado período de tempo). A taxa de mortalidade (número de mortes/1.000 habitantes em período de um ano) é especialmente alta entre pessoas que integram grupos de risco, muito mais vulneráveis.

Taxas são medidas utilizadas para permitir comparações, sem vieses nem julgamentos.⁶

Só os denominadores das taxas de letalidade (número de casos) e de mortalidade (número de habitantes) já demonstram que números absolutos não podem nem devem ser comparados entre países.

Como já mencionado, o número de casos, para efeito de cálculos epidemiológicos, é aquele que se refere a casos confirmados por exames, fossem os indivíduos sintomáticos ou não, graves ou não. Quanto maior o número desses casos, menor a taxa de letalidade. Por outro lado, quanto maior a população de um país, menor a sua taxa de mortalidade.

Ademais, em uma população, qualquer que seja, o número de portadores ativos é menor do que o de portadores sãos, e a chamada imunidade de rebanho, quando obtida, também é uma variável que se deve considerar quando se comparam diferentes populações e em diferentes tempos de uma epidemia.

O caráter pandêmico e a progressão da gravidade do quadro clínico obrigam a tomada de decisões rápidas e consistentes que impactarão na vida de todos. Para tais decisões, quanto menos enviesados e interpretativos os dados, melhor a qualidade das decisões tomadas.

De novo, incluir ou excluir variáveis para calcular taxas não diz respeito ao Direito e tampouco se pode constituir em decisão judicial.

6 Um viés cognitivo (ou tendência cognitiva) é um padrão de distorção de julgamento que ocorre em situações particulares, levando à distorção perceptual, julgamento pouco acurado, interpretação ilógica, ou o que é amplamente chamado de irracionalidade. Ver em HASELTON, 2005 e em TEIXEIRA, 2020.

AS REPERCUSSÕES

Muitas são as repercussões que a epidemia de Covid-19 tem trazido aos sistemas de saúde, à economia e aos cidadãos.

Considerando-se a assistência à saúde estritamente no SUS, observaram-se, de janeiro a junho de 2020, reduções e aumentos da produção hospitalar e ambulatorial, resumidas a seguir:

Descrição	Variação JAN-JUN
Consultas especializadas	-35,58%
Exames	-21,67%
UTI pediátrica e adulto	-1,46%
UTI pediátrica	-7,88%
UTI adulto	-0,52%
Internações (clínicas + cirúrgicas)	-14,44%
Internações clínicas	-12,23%
Internações cirúrgicas	-17,76%
Cirurgia de câncer	-8,83%
Radioterapia	5,14%
Quimioterapia	3,22%
Terapia Renal Substitutiva – TRS (HD + DP)	5,32%
Hemodiálise (HD)	5,37%
Diálise Peritoneal (DP)	0,34%

Fonte: Tabnet/DATASUS_agosto de 2020.

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

As alterações observadas, umas progressivas, outras regressivas, têm sido mais causadas pelas escolhas dos cidadãos do que pela redução da oferta de serviços.

Consta que, no âmbito da Saúde Suplementar, a capacidade ociosa dos serviços chegou a ser de 65%.

O DIREITO E A ÉTICA EM TEMPOS DE COVID-19

Oliveira e Douglas (2020) publicaram um instigante texto com a intenção de “suscitar o debate sobre a escassez de recursos na área de saúde e os critérios distributivos, notadamente em momentos de crise”. Esses autores, em linguagem bastante comunicativa e exemplificativa, enfocam escolhas trágicas que se apresentam em situações críticas, do ponto de vista do Direito e do julgador, resumindo o conceito de trágico como “estar-se diante de uma situação onde, ou não há escolha nenhuma, ou não há uma escolha sem significativa perda”.

Do ponto de vista assistencial, tais situações têm suas soluções desenhadas em protocolos técnicos e operacionais.

Recomendações para uma justa alocação de recursos em tempo de Covid-19 (EMANUEL et al, 2020) são aqui resumidas:

1 - Maximizar os benefícios, buscando salvar as vidas de indivíduos com maior expectativa de vida pós-tratamento.

2 - Priorizar os profissionais da saúde, para que cuidem dos demais indivíduos.

3 - Organizar fila por tempo de entrada para doentes com prognósticos similares.

4 - Priorizar condutas e protocolos que possam responder pela evidência científica: idosos > jovens, para vacina; jovens > idosos, se os primeiros põem a sociedade em maior risco; jovens > idosos, para os cuidados intensivos (sabe-se que os jovens reagem melhor e mais rapidamente).

5 - Incentivar a pesquisa que desempate dúvidas entre doentes de prognósticos similares.

6 - Alocar recursos considerando todos os casos graves, de Covid-19 ou não (como de infarto agudo do miocárdio, choque anafilático, insuficiência cardíaca e câncer).

Desenvolver a experimentação e o aprendizado em plena epidemia de uma doença nova requer o esforço de todos e bases éticas inconfundíveis. Afinal, em termos de Saúde Pública, são a utilidade e a abrangência social que definem a moralidade de um ato.

As reflexões trazidas ao final deste texto exigem um desfecho que só pode ser dado com o suporte da chamada bioética das escolhas, resumida na frase lapidar de Kligerman (2020):

Numa condição em que a humanidade tivesse tudo o que deseja e precisa, em que o homem não devesse se preocupar com qualquer de suas necessidades, a justiça seria um conceito inútil e, possivelmente, jamais existiria como princípio ou virtude moral. Da mesma forma, se alguém consumisse um bem disponível em quantidades ilimitadas, jamais poderia ser acusado de injusto, pois, certamente, não entraria em conflito com outros humanos. As regras da justiça servem, portanto, para definir limites precisos à distribuição e ao uso de bens, e se justificam pela sua utilidade para a vida social. Elas tampouco existiriam, se o homem fosse autossuficiente e pudesse viver completamente isolado dos demais seres humanos.

Declaração de conflito de interesses:

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. DUT nº 132. SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19). Pesquisa de anticorpos IgG ou anticorpos totais. Diretriz de Utilização (DUT) nº 132, a ser submetida à Diretoria Colegiada. Agosto de 2020. 2p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para manejo de pacientes com Covid-19**. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-OrientacoesManejoPacientes.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

_____. _____. **A declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina, 2009. 42p. (3ª Edição). Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

CRF/RJ – CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA/RJ. **Nota Técnica sobre a Dexametasona no tratamento da Covid-19.** Rio de Janeiro, 23 de junho de 2020. Disponível em: <<http://crf-rj.org.br/portal/download/Nota%20T%C3%A9cnica%20sobre%20a%20Dexametasona%20no%20tratamento%20da%20COVID-19.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

DECIT/SCTIE/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe Diário de Evidências / COVID-19. Nº 91.** Busca realizada em 11 de agosto de 2020. Disponível em: <<http://saude.gov.br/images/pdf/2020/August/13/N91-InformeDiario-referente-12-08.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

DIAMOND, J. **Armas, Germes e Aço: os destinos das sociedades humanas.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001. 472p.

EMANUEL, E.J. *et al.* **Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19.** The New England Journal of Medicine. (Sounding Board) Downloaded from nejm.org on March 24, 2020.

HASELTON, M.G.; NETTLE, D.; ANDREWS, P.W. The evolution of cognitive bias. In: BUSS, D.M. (Editor). **The handbook of evolutionary psychology.** Hoboken NJ, US: John Wiley & Sons; 2005 Inc. p. 724-46.

KLIGERMAN, J. Bioética e Política de Saúde Pública. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Volume 45 nº1. (Editorial), 1999.

OLIVEIRA, E.P.; DOUGLAS, W. **Direito à saúde x pandemia.** Judicialização em tempos de pandemia: Quando as políticas de fé encontram a realidade. \u2013 1. ed. \u2013 Rio de Janeiro: Impetus, 2020. 62 p. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/77241333/direito-a-saude-x-pandemia-judicializacao-em-tempos-de-coronavirus>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

PETRAMALE, C.A. **Testes diagnósticos para a identificação do vírus SARS-CoV-2 para o diagnóstico da Covid-19.** Nota Técnica elaborada para o Fórum de Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Brasília/DF, 08 de maio de 2020. 19p.

TEIXEIRA, C.; ROSA, R.G.; RODRIGUES FILHO, E.M.; FERNANDES, E.O. The medical decision-making process in the time of the coronavirus pandemic. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2020;32(2):308-311.

JVARI, S. **A História da Humanidade Contada pelos Vírus: Bactérias, Parasitas e Outros Microrganismos**. Editora Contexto, 2012.

FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA DO TRATAMENTO PRECOCE NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA

Hélio Angotti Neto¹

Mayra Isabel Correia Pinheiro²

INTRODUÇÃO

A crise global relacionada à doença pelo novo coronavírus (Covid-19) revelou uma forte entonação política no debate da saúde pública brasileira a respeito das melhores opções terapêuticas e medidas não farmacológicas contra a doença. Um foco de grande discussão e polarização foi justamente a publicação da Nota Informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS (NI9)³, na qual consta um esquema terapêutico para intervenção precoce contra a Covid-19 amplamente utilizado em diversos serviços privados de saúde dentro e fora do Brasil (Hidroxicloroquina + Azitromicina ou Cloroquina + Azitromicina). Ao analisar os motivos da publicação dessa NI9 e de suas atualizações, inevitavelmente se incorre na discussão dos elementos bioéticos que a motivaram. O objetivo deste trabalho é discutir as bases bioéticas da NI9 e, conseqüentemente, algumas de suas bases científicas

- 1 Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo, com especialização em Oftalmologia – Residência – pela Universidade de São Paulo. Mestrando em Administração Pública pelo EBAPE/FGV. Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo. Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde do Brasil.
- 2 Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, com especialização em Pediatria – Residência – pela Universidade Federal do Ceará e especialização em Medicina do Trabalho pela Universidade Estácio de Sá. Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo. Doutoranda em Bioética pela Universidade do Porto. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.
- 3 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Informativa Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS.** Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico de Covid-19, 20 de maio de 2020. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=0014934763&codigo_crc=9DF7CA1E&hash_download=4d41794470cc484995b1b996c63ef3816fc01fe919dd8e383e1268562ebbfdboba288641fd358d848698ac1fba5c18516da7890acd1bcef1b47b1001b74f7f4&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0>.

e administrativas, pertinentes a qualquer decisão em termos de saúde pública.

O INSTRUMENTO ADMINISTRATIVO

Na publicação da NI9, contendo as “Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico de COVID-19”, foram contemplados os diversos princípios bioéticos. Antes de detalhar como tais princípios foram atendidos, é importante destacar que, na qualidade de nota informativa, o instrumento não configura um protocolo formal na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, não tem a força de recomendação desse outro instrumento, mas guarda um aspecto de orientação genérica para quem deseja exercer sua autonomia com maior segurança e utilizar tais medicações, assim como é feito em diversos locais do Brasil e do mundo, incluindo alguns municípios e serviços privados à época do lançamento da NI9. O instrumento informativo também é compatível com as orientações fornecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sobre o uso dessas medicações em caráter *off-label*.⁴

No Manual de Redação da Secretaria de Vigilância em Saúde⁵, a nota informativa é descrita como um documento no qual é feita a exposição de um assunto específico contendo dados e análises relevantes do ponto de vista da administração pública, técnico-científico ou jurídico. Pode ser elaborada por iniciativa do profissional encarregado ou de seus superiores hierárquicos para o esclarecimento de gestores da área de saúde, da imprensa ou do público em geral. Outros instrumentos administrativos diversos seriam os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) em oncologia, os Protocolos de Uso, as Diretrizes Nacionais/Brasileiras e as Linhas de Cuidado.

4 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo-Consulta CFM Nº 8/2020 – Parecer CFM Nº 4/2020**. Tratamento de Pacientes portadores de Covid-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Corona/CFM/6.pdf>>.

5 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Redação da Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/04/Manual-Redacao-Completo.pdf>>.

Portanto, a NI9 é uma forma administrativa de expressar a garantia dos cidadãos brasileiros em exercer sua autonomia e, enfim, seu acesso aos Direitos Humanos, garantindo o respeito à sua dignidade em um contexto de princípios do SUS que incluem universalidade, integralidade e equidade, tão caros à administração pública em saúde do Brasil.

NÃO-MALEFICÊNCIA

O primeiro princípio a ser exposto é o de que não se deve infligir dano intencionalmente. Na esfera da saúde pública, tal princípio visa assegurar que medidas adotadas sejam seguras para a população. Quando considera-se que todos os serviços de saúde são parte do SUS, direta ou indiretamente, e que diversos esquemas terapêuticos e protocolos de pesquisa utilizaram as medicações presentes na NI9, é esperado por parte do Ministério da Saúde um posicionamento em relação a doses seguras com vistas à promoção de um uso o mais responsável possível, o que inclui a prevenção contra a dose exagerada e a automedicação.

Ao se analisar a NI9, os seguintes trechos remetem diretamente ao princípio da Não-Maleficência:

5. Considerando a necessidade de uniformização da informação para os profissionais da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;
7. Considerando a larga experiência do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento de outras doenças infecciosas e de doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, e que não existe, até o momento, outro tratamento eficaz disponível para a COVID-19;
8. Considerando a necessidade de orientar o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no âmbito do Sistema Único de Saúde pelos profissionais médicos;
9. Considerando a necessidade de orientar o uso de fármacos no tratamento precoce da COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde pelos médicos;
10. Considerando a necessidade de reforçar que a auto prescrição dos medicamentos aqui orientados pode resultar em prejuízos à saúde e/ou redução da oferta para pessoas com indicação precisa para o seu uso;
11. Considerando a necessidade de avaliação dos pacientes através de anamnese, exame físico e exames

complementares nos equipamentos de saúde do Sistema Único de Saúde.

A padronização de informação é um elemento essencial para garantir o mínimo desejável de segurança para a população brasileira. Tal padronização é necessária em um contexto emergencial ou quando ocorre automedicação, o que nos leva ao risco aumentado de efeitos colaterais devido ao uso de doses equivocadas.

Dessa forma, garantir uma orientação mínima adequada sobre a dose segura a ser prescrita é muito mais do que uma precaução. É, de fato, uma obrigação governamental que demonstra a preocupação com a vida, o bem-estar e a segurança dos cidadãos.

Deixar de lançar uma nota informativa seria, no presente contexto, prevaricar e permitir que a população permanecesse imersa em insuportável estado de insegurança, destituída do mínimo em termos de padronização de uso da medicação.

A experiência de décadas com o uso seguro de cloroquina e hidroxicloroquina por milhares de pessoas em todo o mundo, não somente para condições inflamatórias mas, em alguns casos, também para condições virais, mesmo que com níveis de evidência que não sejam o máximo – como também ocorre com a maior parte das terapêuticas farmacológicas utilizadas em medicina –, torna o uso adequado das medicações constantes da NI9 plenamente compatível com o princípio da não maleficência. Essa experiência segura de décadas também permitiu ao Ministério da Saúde expedir informativos similares em tempos anteriores, como o ocorrido com a prescrição de hidroxicloroquina contra o vírus da Chikungunya com o intuito de realizar proteção neuronal do feto.

Apesar de inexistência de estudos de comparação de eficácia entre metotrexato e hidroxicloroquina em chikungunya, optamos por recomendar no tratamento desta fase a hidroxicloroquina como primeira escolha, por seus conhecidos efeitos anti-inflamatórios no controle da artrite e da dor musculoesquelética. Também há potencial ação antiviral, mas principalmente por ser uma droga mais segura quando comparada ao uso de metotrexato a ser prescrita por não especialistas.⁶

6 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Chikungunya. Manejo Clínico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Considerando o fato cristalino de que milhares de pacientes no Brasil e em todo o mundo já utilizaram tais medicações durante a fase inicial da doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) e que, no SUS, tal possibilidade ainda não foi adequadamente endereçada, mesmo após a utilização em massa de tais medicações por diversos serviços privados e em alguns municípios, obtém-se reforço ao princípio da não-maleficência ao informar a população e os profissionais da saúde sobre doses seguras dessas medicações.

Tal preocupação com a segurança do paciente só é reforçada quando se observa na NI9 a clara exposição da necessidade de um exame clínico adequado, incluindo anamnese, exame físico e, conforme juízo clínico, a realização de exames laboratoriais.

BENEFICÊNCIA

Ao princípio de não-maleficência é imediatamente adicionado o da beneficência, que se traduz pela obrigação de ajudar o próximo ao promover seus legítimos e importantes interesses.⁷ Também é inquestionável que um tratamento precoce na presente circunstância, caso se prove benéfico, promoverá um prognóstico muito melhor para o cidadão brasileiro, favorecendo a vida e a qualidade de vida ao promover uma situação com grande potencial de reduzir mortes e hospitalização, uma situação claramente associada com maior morbimortalidade. Evitar a morte e o sofrimento e promover autonomia são atitudes que expressam objetivos essenciais do esforço terapêutico realizado pelos profissionais da saúde.⁸

Embora as evidências estejam em constante evolução, o pleito de incontáveis cidadãos brasileiros – entre eles muitos profissionais da saúde – não pode ser ignorado, e tal clamor também compõe a percepção do que se encontra no melhor interesse dos cidadãos e do que é, de fato, promover o bem maior do paciente em um contexto de dignidade, englobando inclusive elementos de autodeterminação.⁹

7 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

8 CASSEL, Eric J. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. New York: Oxford University Press, 2004.

9 PELLEGRINO, Edmund D.; THOMASMA, David C. **Para o Bem do Paciente: A Restauração da Beneficência nos Cuidados da Saúde**. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

Esse entendimento maior do que seja o bem do paciente em nada colabora para menosprezar a necessidade de evidências científicas que se encontram em constante produção, revisão e análise, tanto em fases iniciais da doença quanto em fases mais tardias.

Na realidade, um entendimento maior do que é o bem do paciente é compatível com a dignidade da pessoa humana e qualifica o esforço científico, agora adicionado à rica esfera dos valores morais que amparam nossa civilização e permitem a expressão de elementos capazes de aplicar a beneficência à saúde de forma muito mais rica e compatível com a rica experiência que caracteriza a realidade dos seres humanos e de suas necessidades e valores.¹⁰

Os seguintes elementos da NI9 exemplificam o princípio da beneficência:

6. Considerando a existência de diversos estudos sobre o uso da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19;
9. Considerando a necessidade de orientar o uso de fármacos no tratamento precoce da COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde pelos médicos;

Em relação às evidências, há diversos estudos produzidos em vários países que demonstram, com vários graus de qualidade, benefício no uso precoce de medicações como cloroquina, hidroxicloroquina e azitromicina com o intuito de reduzir internações hospitalares e risco de morte. Ademais, há muitos protocolos de pesquisa em andamento com o objetivo de verificar a eficácia e a efetividade de terapia farmacológica com essas e muitas outras medicações em diferentes estágios da doença.

No contexto descrito pela NI9, em face das terapias farmacológicas utilizadas em doses seguras conhecidas há décadas e em condições clínicas mais favoráveis, isto é, em fase precoce, o benefício potencial é um elemento que não pode ser negligenciado, ainda mais quando configura-se como a escolha do paciente junto ao profissional da saúde que o assiste (médico assistente).

10 LÓPEZ-QUINTÁS, Alfonso. **O Conhecimento dos Valores: Introdução Metodológica**. São Paulo: É Realizações, 2016.

AUTONOMIA

O fato de que expressiva fração da população brasileira clama pela liberdade de utilizar determinadas medicações e que pode fazê-lo dentro de recomendações seguras, no tocante à dose e ao seguimento clínico, reforça o elemento de respeito à autonomia do paciente e, portanto, o direito de liberdade expresso na NI9; direito este inalienável e indisponível que caracteriza parte do amplo significado de dignidade humana, conceito tão caro aos Direitos Humanos.

O princípio de respeito pelo paciente, formalizado pelo princípio bioético da autonomia, é um elemento essencial da ética médica, expressado pela liberdade do médico em prescrever a terapia que julgar apropriada desde que amparado pelo aceite do paciente e pelas melhores evidências disponíveis no momento do ato médico.¹¹ A autonomia pode ser entendida como o governo de si mesmo que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros ou de limitações pessoais que impedem a expressão de suas escolhas.¹²

A NI9 revela uma especial deferência pelo princípio da autonomia quando expõe em seu anexo um Termo de Ciência e Consentimento, elemento indispensável para expressar a compreensão do paciente acerca de sua condição e da possibilidade terapêutica disponível, além de sua concordância em ingerir a medicação prescrita pelo médico, que também exerce sua autonomia dentro do escopo da relação médico-paciente. Tal deferência expressa-se conforme abaixo:

12. Considerando que a prescrição de todo e qualquer medicamento é prerrogativa do médico, e que o tratamento do paciente portador de COVID-19 deve ser baseado na autonomia do médico e na valorização da relação médico-paciente que deve ser a mais próxima possível, com o objetivo de oferecer o melhor tratamento disponível no momento; e

13. Considerando que o Conselho Federal de Medicina recentemente propôs a consideração da prescrição

11 DANTAS, Eduardo; COLTRI, Marcos. **Comentários ao Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 1.917 de setembro de 2009. 2ª Edição atualizada até julho de 2012. São Paulo: GZ Editora, 2012.

12 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

de cloroquina e hidroxicloroquina pelos médicos, em condições excepcionais, mediante o livre consentimento esclarecido do paciente, para o tratamento da COVID-19 (PROCESSO-CONSULTA CFM nº 8/2020 – PARECER CFM Nº 4/2020).

14. O Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso dos pacientes a tratamento medicamentoso no âmbito do SUS, publica as seguintes orientações para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

O princípio da autonomia foi especialmente enfatizado desde a metade do século XX, quando o mundo testemunhou os horrores dos regimes totalitários como o comunismo e o nazismo, e os governos entenderam que fazia parte de sua missão a proteção das liberdades individuais de seus cidadãos e a liberdade de escolha dentro do cenário mais equilibrado e seguro possível. O cenário atual é, de fato, extremamente complexo e problemático em termos sanitários, econômicos e políticos; todavia, em face das evidências provisórias, não é recomendado de forma nenhuma a proibição arbitrária da prescrição das medicações contidas na NI9 pelas autoridades democraticamente eleitas e constituídas pelo povo brasileiro.

JUSTIÇA

Ao lado do princípio da não-maleficência, a justiça é um dos mais proeminentes princípios na esfera pública¹³, englobando expressões e conceitos como equidade, mérito (o que é merecido) e prerrogativa (o que é devido). Seu oposto, a injustiça, envolve um ato injusto ou de omissão que nega às pessoas um benefício ao qual elas deveriam ter acesso ou a falha em distribuir algo de forma equânime.¹⁴

Considerando o cenário atualmente vivido pela sociedade e brasileira, no qual cidadãos com maiores recursos têm acesso aos tratamentos contidos na NI9, e cidadãos que dependem completamente dos cuidados do SUS não o têm, o fato de não permitir a prescrição e a dispensação de tais medicações consistiria em um grave atentado contra princípios de

13 GRACIA, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela, 2008.

14 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

equidade e integralidade, por meio de uma falha no que se convencionou chamar de justiça distributiva, que:

(...) se refere a uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos de cooperação social. Seu domínio inclui políticas que repartem diversos benefícios e encargos, como propriedades, recursos, taxas, privilégios e oportunidades.¹⁵

RESPONSABILIDADE

Da perspectiva da responsabilidade – um princípio que advoga certo conservadorismo frente a inovações de todos os tipos, considerando em particular a impossibilidade de prever completamente os resultados de ações em um contexto de incerteza¹⁶ –, a NI9 possui fortes elementos éticos.

As medicações descritas nas orientações, ao contrário de medicações mais recentes e ainda em estudos para o manejo farmacológico da Covid-19 ou outras condições, já se encontram em uso por décadas e demonstram segurança quando administradas em doses adequadas, como aquelas descritas na publicação do Ministério da Saúde.

Em vista da incerteza dos reais resultados de qualquer forma de terapia para Covid-19, da possibilidade de benefício terapêutico, da baixíssima probabilidade de efeitos colaterais danosos ao paciente¹⁷, da necessidade de equidade na sociedade brasileira e da necessidade de respeitar os Direitos Humanos e, conseqüentemente, respeitar a autonomia dos pacientes e dos profissionais da saúde, a NI9 demonstra ser extremamente responsável

15 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2011, p. 352.

16 JONAS, Hans. **O Princípio Responsabilidade**: Ensaio de uma Ética para a Civilização Tecnológica. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio; Contraponto, 2011; JONAS, Hans. **Técnica, Medicina e Ética**: Sobre a Prática do Princípio Responsabilidade. Tradução do grupo Hans Jonas da ANPOF. São Paulo: Paulus, 2013.

17 BAKHSHALIYEV, Nijad; ULUGANYAN, Mahmut; ENHOS, Assim; KARACOP, Erdem; OZDEMIR, Ramazan. The Effect of 5-day course of hydroxychloroquine and azithromycin combination on QT interval in non-ICU COVID-19(+) patients. **Journal of Eletrocardiology**, Vol. 62, 2020, p. 59-64.

ao esclarecer pontos necessários sobre medicações já bem conhecidas no ambiente profissional da saúde e entre leigos em geral ou pacientes que os utilizam há anos sem maiores complicações.

O fato de utilizar doses bem conhecidas e recomendadas, o fato de orientar um uso breve – somente cinco dias – e o fato de preconizar o uso em fase inicial da doença, quando a probabilidade de dano sistêmico inflamatório grave ainda é pequena e o corpo está mais propenso a responder à terapia de forma eficaz, reforçam o elemento de responsabilidade contido na publicação do Ministério da Saúde.

Da perspectiva da Saúde Pública e das políticas públicas de saúde, a NI9 não contém realmente nada de novo em termos administrativos, como já descrito acima, ao se abordar o instrumento em si. Esse é mais um elemento que reforça o princípio da responsabilidade, avocando para si a continuidade em termos de ação política, já que uma dessas medicações já foi recomendada previamente em âmbito informativo, para combater um agente viral.

Logo, considerando que (1) nenhuma instituição legal foi radicalmente alterada, (2) a economia não foi impactada pela recomendação como foi por outras medidas (como o isolamento social e a restrição radical à mobilidade) e (3) não houve impacto à cultura de ética em pesquisa brasileira, já que recomendações similares foram realizadas pelo Ministério da Saúde em situações análogas, conclui-se que o risco de consequências encontra-se dentro de expectativas responsáveis, com baixa probabilidade de impactos negativos imprevistos.¹⁸

PRINCÍPIOS E RESPONSABILIDADE EM TEMPOS DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA

Diante da necessidade de um posicionamento público em caráter emergencial, diante do clamor de pacientes e médicos pela liberdade de utilizar determinadas medicações na fase inicial da doença, diante das evidências que evoluem diariamente, diante de um contexto político problemático e complexo e de um cenário de grande ansiedade por todo o território nacional e diante do risco de desemprego e colapso da

18 ALLENBY, Braden R.; SAREWITZ, Daniel. **The Techno-Human Condition**. Cambridge, Massachusetts; London, England: The MIT Press, 2011.

economia brasileira com impactos desastrosos para as próximas gerações, a necessária reflexão deve incluir elementos científicos, éticos e das mais diversas áreas do conhecimento humano capazes de colaborar no entendimento do problema que se apresenta hoje.

Em uma situação de pandemia, na qual se declarou o estado internacional de emergência em saúde pública, as evidências científicas ideais podem demorar um tempo que custará muito em vidas humanas. Se há esperança em obter uma solução de baixo custo e risco mínimo quando utilizada de forma apropriada, é uma grande irresponsabilidade e até mesmo uma crueldade não permitir o exercício da autonomia do paciente e de seu médico em promover tal solução, mesmo que de forma provisória. É na certeza de que a boa medicina não é feita somente com ciência, mas com os mais elevados e nobres valores em um contexto de responsabilidade e proteção da vida humana, digna por natureza, que o Ministério da Saúde publicou a Nota Informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS.

Assim, o Ministério da Saúde sentiu-se compelido a agir e informar, pois considerou que não emitir tal nota consistiria em um crime contra a humanidade e contra o país, potencialmente gerando grande sofrimento à população e potencialmente causando o extermínio de incontáveis brasileiros por omissão.

Aqueles que não desejam utilizar tais medicações ou que se recusam a prescrevê-las podem assim fazê-lo com completa liberdade. No entanto, não têm eles o direito de suprimir a liberdade alheia em buscar tratamento nas fases iniciais da doença, mesmo que com evidências que não sejam as de grau máximo. Tais evidências ganham ainda mais destaque ao se considerar a potencial evolução clínica catastrófica e muitas vezes fatal da doença. A liberdade de cada pessoa, como elemento contingente, é limitada pela liberdade dos demais e pela necessidade de se evitar dano ao próximo. A esperança de pacientes e profissionais em exercitar sua liberdade, que em nada viola a liberdade dos demais e que responde a um potencial benefício terapêutico, não pode ser suplantada pelo desejo tirânico de distorcer a ciência e utilizá-la como pretexto para uma disputa política e para a opressão profissional.

Se a efetividade de tais medicações contra a Covid-19 for comprovada, aqueles que lutaram para banir o uso da medicação contida na NI9 serão responsáveis por um verdadeiro genocídio de milhares de brasileiros caso

obtenham sucesso em seus intentos de censurar a informação ofertada pelo Ministério da Saúde. Se não for comprovada, as doses demonstradas na NI9 são seguras, utilizadas há décadas para diversas condições e de custo relativamente pequeno que não prejudica outras medidas de enfrentamento da Covid-19.

Se for comprovado que as orientações devem mudar, conforme surjam novas evidências científicas, outras notas informativas poderão ser publicadas, com orientações melhores e atualizadas, sempre objetivando o maior bem possível para a população do Brasil em um contexto ético e científico.

REFERÊNCIAS

ALLENBY, Braden R.; SAREWITZ, Daniel. **The Techno-Human Condition**. Cambridge, Massachusetts; London, England: The MIT Press, 2011.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

_____; _____. **Principles of Biomedical Ethics**. 7th edition. New York; Oxford: Oxford University Press, 2013.

BAKSHALIYEV, Nijad; ULUGANYAN, Mahmut; ENHOS, Assim; KARACOP, Erdem; OZDEMIR, Ramazan. The Effect of 5-day course of hydroxychloroquine and azithromycin combination on QT interval in non-ICU COVID-19(+) patients. **Journal of Eletrocardiology**, Vol. 62, 2020, p. 59-64.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Chikungunya. Manejo Clínico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. Recomendação Nº 007/2020 – PRM – IUA – MG. Recomendação de imediato cumprimento das orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA DA REPÚBLICA DO MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES. **Portaria nº 40, de 20 de abril de 2020.**

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

CASSEL, Eric J. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine.** New York: Oxford University Press, 2004.

COLSON, Philippe; ROLAIN, Jean-Marc; LAGIER, Jean-Christophe; et al. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19. **International Journal of Antimicrobial Agents**, vol. 55 (4), 2020, 105932. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105932>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo-Consulta CFM nº 8/2020 – Parecer CFM nº 4/2020.** Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Corona/CFM/6.pdf>>.

DANTAS, Eduardo; COLTRI, Marcos. **Comentários ao Código de Ética Médica:** Resolução CFM nº 1.917 de setembro de 2009. 2ª Edição atualizada até julho de 2012. São Paulo: GZ Editora, 2012.

FREITAS, Daniella Cabral de; GODOY, Henrique; SILVEIRA, Sergio Antônio Dias da. **Protocolo Manejo Clínico Covid-19.** Material de Apresentação da Prevent Senior. Disponível em: <<https://static.poder360.com.br/2020/04/protocolo-Prevent-Senior-tratamento-covid-19.pdf>>.

FRIE, Kerstin & GBINIGIE, Kome. **Chloroquine and hydroxychloroquine:** Current evidence for their effectiveness in treating Covid-19. The Centre for Evidence-Based Medicine. University of Oxford, 2020. Disponível em: <<https://www.cebm.net/covid-19/chloroquine-and-hydroxychloroquine-current-evidence-for-their-effectiveness-in-treating-covid-19/>>.

GRACIA, Diego. **Fundamentos de bioética.** Madrid: Triacastela, 2008.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Manejo Novo Coronavírus (COVID- 19)**. Material de Apresentação do Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Documentos%20Doencas%20Epidemicas/Manejo-de-casos-suspeitos-de-sindrome-respiratoria-pelo-COVID-19.pdf>>.

JONAS, Hans. **O Princípio Responsabilidade: Ensaio de uma Ética para a Civilização Tecnológica**. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio; Contraponto, 2011.

_____. **Técnica, Medicina e Ética: Sobre a Prática do Princípio Responsabilidade**. Tradução do grupo Hans Jonas da ANPOF. São Paulo: Paulus, 2013.

JONSEN, Albert R; SIEGLER, Mark; WINSLADE, William J. **Ética Clínica: Abordagem Prática para Decisões Éticas na Medicina Clínica**. 7ª edição. Porto Alegre: AMGH Editora LTDA, 2012.

LÓPEZ-QUINTÁS, Alfonso. **O Conhecimento dos Valores: Introdução Metodológica**. São Paulo: É Realizações, 2016.

MEMBRILLO DE NOVALES, Francisco Javier; RAMÍREZ-OLIVENCIA, Germán; ESTÉBANEZ, Miriam; et al. **Early hydroxychloroquine is associated with an increase of survival in COVID-19 patients: an observational study**. Preprints, 2020. Disponível em: <<https://www.preprints.org/manuscript/202005.0057/v1>>.

MILLION, Mathieu; LAGIER, Jean-Christophe; GAUTRET, Philippe; et al. **Early treatment of COVID-19 patients with hydroxychloroquine and azithromycin: A retrospective analysis of 1061 cases in Marseille, France**. *Travel Medicine and Infectious Disease*, publicado em maio – online, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387409/>>.

PELLEGRINO, Edmund D.; THOMASMA, David C. **Para o Bem do Paciente: A Restauração da Beneficência nos Cuidados da Saúde**. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

CONFLITOS DE COMPETÊNCIA NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

Fernanda Marinela Sousa Santos¹

1. INTRODUÇÃO

O Direito Administrativo, não obstante as discussões doutrinárias acerca da sua conceituação, pode ser sintetizado na figura do Estado em movimento, na busca dos legítimos operadores da máquina administrativa visando à efetivação do interesse público por meio da criação de mecanismos de execução de políticas públicas.

Extraí-se essa figura da clássica conceituação construída por Hely Lopes Meirelles, o qual descreveu o Direito Administrativo brasileiro como o “conjunto harmônico de princípios jurídicos que regem os órgãos, os agentes e as atividades públicas tendentes a realizar concreta, direta e imediatamente os fins desejados pelo Estado”².

Como bem apontado pelo eminente administrativista, essa resposta da Administração à coletividade precisa ser concreta, direta e imediata, é dizer, atingindo diretamente a realidade dos indivíduos, independentemente de provocação – haja vista os deveres-poderes assentados na Lei – e de quaisquer mediações, primando pela supremacia e indisponibilidade do interesse público.

Diante da compreensão do seu papel estatal, é evidente a relevância do Direito Administrativo no contexto da pandemia de Covid-19, mundialmente reconhecida a partir do dia 11 de março de 2020, pela declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS). A pandemia causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) marca a história contemporânea

1 Advogada. Conselheira do CNMP. Conselheira Federal da OAB pelo Estado de Alagoas. Professora do G7 Jurídico. Presidente de Honra da Comissão Nacional da Mulher Advogada. Autora dos livros “Direito Administrativo”, “Lei Anticorrupção” e “Vade Mecum da Mulher”.

2 MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**, 28. ed., São Paulo: Malheiros, 2003, p. 38.

mundial, visto que desencadeou severa crise econômica, epidemiológica, biomédica, sanitária, política, cultural e humanitária.

No Brasil, cujo histórico de prestação do mínimo existencial já é deficitário, o sistema de saúde público e privado foi colapsado, e a ordem econômica amargamente afetada, pontos altos dos efeitos negativos da pandemia. Prova disso é que, no dia 20 de março de 2020, por meio do Decreto Legislativo nº 06, o Congresso Nacional fixou normativamente a ocorrência de Estado de Calamidade no país – primeira vez que a medida é tomada após a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (L.C. nº 101/00).

Em que pese o reconhecimento de que no ordenamento pátrio há ferramentas excepcionais para o enfrentamento de crises, o Direito, enquanto ciência social aplicada, viu-se desafiado, de modo que as autoridades estatais passaram a adotar, junto aos cidadãos, medidas preventivas e repressivas para superação das dificuldades emergenciais e suprimento das necessidades cotidianas.

No âmbito das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da pandemia, cabe destaque para o estabelecimento da quarentena e o isolamento social, medidas preventivas mais utilizadas e de maior eficácia segundo os órgãos especializados de saúde pública, haja vista que, sem a remediação efetiva da doença, a redução de contágio é medida necessária. Em razão de tais medidas afetarem em demasiado liberdades individuais básicas – como o direito de ir e vir, livre iniciativa, direito ao lazer, liberdade religiosa, entre outros – e afetarem massivamente os mais variados setores da sociedade como um todo, os óbices legais presentes no ordenamento pátrio sofreram flexibilizações, e novas ferramentas foram criadas.

Ocorre que, diante da profusão dos novos poderes/deveres postos à Administração Pública – implicando a devida execução, sob pena de responsabilização –, inúmeros atos normativos federais, estaduais e municipais que dispõem sobre quarentena, isolamento social, e demais medidas restritivas foram alvo de ações judiciais, gerando um estado de insegurança jurídica.

A discussão acerca do conflito de competência chegou ao Supremo Tribunal Federal, e firmou-se entendimento que será alvo de debate do presente trabalho, bem como a construção das medidas jurídicas de

combate à pandemia, sob a ótica do Direito Administrativo, sem pretender resvalar em ideologias políticas. Essa reflexão é indispensável para dirimir as questões decorrentes desse cenário e para fins de experiências futuras em face de situações análogas.

2. DIVISÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A EXECUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ORDENAMENTO VIGENTE E EM TEMPOS DE COVID-19

A saúde é um direito que assiste a todo ser humano, conforme previsão dos artigos 6^o³ e 196⁴ da Carta Magna, e é dever do Estado, competindo-lhe, especificamente, disponibilizar o acesso e concretizar a prestação, bem como regulamentar, fiscalizar e controlar as ações de saúde por ele prestadas e pelos particulares (artigo 197 da CF/88⁵).

Em razão da essencialidade, o legislador constitucional, no artigo 23, inciso II, da Lei maior⁶, estabeleceu que a prestação do serviço de saúde é de competência comum, ou seja, todos os entes políticos federados – União, Estados e Municípios – estão incumbidos do dever de garantir o acesso à saúde a toda sociedade.

O rol de ações a serem executadas de forma solidária pelos entes federados na prestação desse serviço essencial está descrito no artigo 15⁷

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

4 Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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

6 Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: (...) II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; (...).

7 I – definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III – acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV –

da Lei Federal nº 8.080/90, diploma legal referencial que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde e a promoção das políticas públicas inerentes.

organização e coordenação do sistema de informação de saúde; V – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VI – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; VII – participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; VIII – elaboração e atualização periódica do plano de saúde; IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; X – elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde § US) de conformidade com o plano de saúde; XI – elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; XII – realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal; XIII – para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; XIV – implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XV – propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente; XVI – elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; XVII – promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde; XVIII – promover a articulação da política e dos planos de saúde; XIX – realizar pesquisas e estudos na área de saúde; XX – definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; XXI – fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Ainda nessa Lei, o legislador delineou as competências específicas da União Federal⁸,

8 I – formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II – participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho; III – definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária; IV – participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; V – participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; VI – coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; VII – estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; VIII – estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; IX – promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; X – formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; XI – identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; XII – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; XIII – prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; XIV – elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; XV – promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; XVI – normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XVII – acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; XVIII – elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; XIX – estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

dos Estados-membros⁹ e dos Municípios¹⁰.

Da leitura dos dispositivos citados, infere-se que, sinteticamente, a União Federal foi incumbida de planejar e controlar a execução das políticas públicas voltadas à saúde, enquanto que aos Estados-membros compete a complementação das atribuições federais, a articulação e descentralização das tarefas entre suas municipalidades e a execução do serviço de saúde mais especializado e de alto nível. Os Municípios, por sua

-
- 9 I – promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II – acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III – prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV – coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador; V – participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI – participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; VII – participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; VIII – em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; IX – identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; X – coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; XI – estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; XII – formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; XIII – colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; XIV – o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.
- 10 I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; III – participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV – executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador; V – dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; VI – colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII – formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII – gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; IX – colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; X – observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; XI – controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; XII – normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

vez, foram dotados da tarefa de executar e gerenciar o serviço de forma direta, mormente a assistência básica de saúde.

Essa estrutura organizacional se justifica pelo porte continental do Brasil, país com diversas regiões ricas em pluralidades, e é de bom tom que a Administração dos entes políticos esteja atenta à divisão de competências estabelecidas a fim de que se preste o serviço de saúde com a devida eficácia. É exatamente esse o ponto caótico no contexto de enfrentamento da pandemia no Brasil: o não atendimento às regras de competências estabelecidas.

Apesar da regulação existente no ordenamento pátrio, as novas medidas criadas para o enfrentamento da pandemia e a adequação das existentes foram concentradas em legislação específica: a Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que sofreu alterações decorrentes de quatro medidas provisórias (n^{os} 926, 927, 928 e 951), decisões judiciais e, mais recentemente, pela Lei nº 14.035/2020.

Nesse regramento legal da pandemia, alocaram-se disposições temporárias acerca de limitações às liberdades individuais, como a quarentena e o isolamento social, além de outras ferramentas que conferiram aos administradores maior discricionariedade para exercer o seu *múnus* público ante a crise existente.

Tais medidas são expressão do poder de polícia, poder conferido ao administrador de condicionar, restringir e frenar o exercício de atividade, o uso e gozo de bens e direitos pelos particulares, em nome do interesse da coletividade, como previsto no artigo 78¹¹ do Código Tributário Nacional.

11 Art. 78. Considera-se poder de polícia atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranqüilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos. (Redação dada pelo Ato Complementar nº 31, de 1966) Parágrafo único. Considera-se regular o exercício do poder de polícia quando desempenhado pelo órgão competente nos limites da lei aplicável, com observância do processo legal e, tratando-se de atividade que a lei tenha como discricionária, sem abuso ou desvio de poder.

O caráter temporal e de exceção da “Lei da Pandemia” (Lei nº 13.979/2020) foi expresso já nos parágrafos 2º e 3º do artigo 1º¹² e no artigo 8º¹³. E a definição do tempo da situação de emergência é de competência do Ministro de Estado da Saúde, ou seja, do Governo Federal.

Realce para a previsão de que o Governo Federal está adstrito aos prazos declarados pela Organização Mundial da Saúde, e as medidas tomadas devem lastrear-se em informações estratégicas. Excelente colocação, tendo em conta a especialidade, a capacidade técnica e o compromisso dessa entidade de direito internacional nos contextos de pandemia.

Apesar da aparente soberania da União Federal, o artigo 3º do citado diploma legal, em também aparente atenção às disposições constitucionais, como também as presentes na Lei Federal nº 8.080/90, permite que todas as autoridades, no âmbito de sua competência, adotem todas as medidas restritivas. Mas essas orientações não foram o bastante.

Ante as incertezas científicas da doença, a proliferação do vírus e as diferentes realidades de cada região do país, diversos chefes do Executivo de estados e municípios passaram a adotar as medidas restritivas e, considerando o amargor destas – por afetarem diretamente o cotidiano dos administrados, a iniciativa privada, etc. –, o Judiciário foi chamado para avaliar a proporcionalidade e a razoabilidade do exercício das medidas restritivas adotadas.

Como bem anotaram Fernandes e Marchioni¹⁴, apesar de todos os poderes concedidos, não houve a exata definição das competências, em atenção à distribuição legal, e a necessária união de forças de todos os

12 1º (...) § 2º Ato do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre a duração da situação de emergência de saúde pública de que trata esta Lei. § 3º O prazo de que trata o § 2º deste artigo não poderá ser superior ao declarado pela Organização Mundial de Saúde.

13 Art. 8º Esta Lei vigorará enquanto perdurar o estado de emergência de saúde internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, exceto quanto aos contratos de que trata o art. 4º-H, que obedecerão ao prazo de vigência neles estabelecidos (Redação dada pela Medida Provisória nº 926, de 2020).

14 FERNANDES, Fernando Augusto; MARCHIONI, Guilherme Lobo. Vírus do autoritarismo na pandemia do coronavírus. **Revista Consultor Jurídico**, 11 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-abr-11/opiniaovirus-autoritarismo-pandemiado-coronavirus>>. Acesso em: jun. 2020.

níveis da federação, tendo em conta que cada um conhece de forma mais estratégica as peculiaridades da sua porção desse grande país continental.

Esse conflito de competências, como dito alhures, chegou ao Supremo Tribunal Federal por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.343 e da Arguição de Descumprimento de Direito Fundamental nº 672.

3. ADI Nº 6.343 E ADPF Nº 672

A Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.343, ajuizada pelo Partido Rede Sustentabilidade, e a Arguição de Descumprimento de Direito Fundamental nº 672, promovida pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, têm objetos bastante semelhantes.

Na ADI nº 6.343, buscou-se a suspensão parcial da eficácia de dispositivos das Medidas Provisórias nºs 926/2020 e 927/2020, as quais alteraram artigos da lei geral de pandemia (Lei Federal nº 13.979/2020).

Por maioria e em sede de cautelar, os Ministros fixaram que é da alçada dos estados e municípios, no âmbito de suas competências e em seu território, adotar as medidas de restrição à locomoção intermunicipal e local durante a pandemia de Covid-19, sem a necessidade de autorização do Ministério da Saúde para a decretação de isolamento, quarentena e demais providências. Não obstante isso, reservou-se à União competência para a decretação das mesmas medidas, contudo, no âmbito de suas atribuições e quando houver interesse nacional.

Além disso, tendo em vista que o exercício do poder de polícia é essencialmente negativo e deve perseguir e não obstaculizar o interesse público, os ministros salientaram que a adoção das medidas restritivas relativas à locomoção e ao transporte, por qualquer dos entes federativos, deve estar embasada em recomendação técnica fundamentada de órgãos da vigilância sanitária e tem de preservar o transporte de produtos e serviços essenciais, assim definidos nos decretos da autoridade federativa competente.

Posicionamento que se coaduna com a devida cautela da Administração na utilização de meios coativos que interferem individualmente na liberdade e propriedade do particular, jamais aplicando meios mais

enérgicos que os necessários à obtenção do resultado pretendido pela lei, sob pena de vício que acarretará a invalidação do ato.

A ADPF n° 672, por sua vez, questionava atos omissivos e comissivos do Poder Executivo federal, praticados durante a crise de saúde pública, e, de forma monocrática e em sede de cautelar, o ministro Alexandre de Moraes entendeu que compete aos governos estaduais, distrital e municipal, no exercício de suas atribuições e nos limites de seus territórios, a adoção de medidas restritivas no combate da pandemia.

Nessa esteira, merece destaque as seguintes palavras do ministro proferidas na decisão:

A gravidade da emergência causada pela pandemia do novo coronavírus exige das autoridades brasileiras, em todos os níveis de governo, a efetivação concreta da proteção à saúde pública, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para o apoio e manutenção das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS). (...) nesses momentos de crise o fortalecimento da união e a ampliação de cooperação entre os Três Poderes, no âmbito de todos os entes federativos, são instrumentos essenciais e imprescindíveis a serem utilizados pelas diversas lideranças em defesa do interesse público. (...) as autoridades devem atuar sempre com o absoluto respeito aos mecanismos constitucionais de equilíbrio institucional e manutenção da harmonia e independência entre os poderes, evitando-se o exacerbamento de quaisquer personalismos prejudiciais à condução das políticas públicas essenciais ao combate da pandemia de Covid-19. (...) não compete ao Poder Executivo federal afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais e no âmbito de seus territórios, adotaram ou venham a adotar importantes medidas restritivas que são reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, como demonstram a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e vários estudos técnicos científicos.

Nas citadas palavras do ministro, observa-se a reafirmação da competência comum constitucionalmente estabelecida na disponibilização do acesso à saúde, contudo, harmonizada com o dever e o reconhecimento da efetividade expressos no respeito ao entendimento da Administração dos Estados-membros e dos Municípios.

Há que se falar ainda acerca do seguinte ponto frisado pelo ministro Alexandre de Moraes:

Não compete ao Poder Judiciário substituir o juízo de conveniência e oportunidade realizado pelo Presidente da República no exercício de suas competências constitucionais, porém é seu dever constitucional exercer o juízo de verificação da exatidão do exercício dessa discricionariedade executiva perante a constitucionalidade das medidas tomadas.

Ao consignar isso na decisão, o ministro ressalta a relevância do poder discricionário da Administração na execução de políticas públicas e o devido papel do Judiciário.

No coerente exercício do poder discricionário, compete ao gestor público, diante de uma norma que indique diversas alternativas, a definição da melhor opção. Opção esta que representa o efetivo cumprimento do interesse público, tendo em conta que está legitimada pela lei – visto que seja uma alternativa legal, criada pelos representativos legislativos eleitos pelo povo – e pela figura democrática do gestor – pessoa cuja proposta de governo foi eleita pela maioria do povo.

Assim, volvendo o entendimento exposto na presente discussão e considerando que a gravidade e evolução da pandemia são diferentes em cada região do país, é mais do que eficaz que seja da competência dos governos locais a definição da medida que será tomada entre as legalmente postas.

E, ressalta-se, a competência é do gestor – ou seja, Chefe do Executivo, munido de todo o arcabouço teórico e técnico para execução do seu *múnus* público –, não devendo o Judiciário imiscuir-se nesse papel, cabendo, tão somente, a controle de legalidade, proporcionalidade e razoabilidade das medidas adotadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caos decorrente da crise de Covid-19 desafiou a Administração Pública de forma extrema no que se refere à sua habilidade de atender às demandas do interesse público, exercitando suas prerrogativas e limitações, e respeitando as garantias fundamentais dos indivíduos.

É de se observar que, embora o estado de exceção instalado clame por decisões pragmaticamente eficazes, medidas que foram tomadas ao alvedrio das normas basilares do Estado de Direito serão cobradas. E, pretendendo não criticar posicionamentos políticos, como bem observou o Supremo e a doutrina especializada, a edição da lei geral pecou na delimitação efetiva das competências.

A ausência da fixação da competência normativa, principalmente em um país tão grande e complexo como o Brasil, é falha que desestrutura a máquina administrativa, dificulta a prestação do serviço, o controle e a responsabilização por ações e omissões estatais.

Contudo, como observado do cotejo entre as normas de exceção decorrentes da pandemia e as previsões ordinárias de competência, observa-se que não houve anulação ou incoerências diretas, mas ausência de estruturação das ações de forma mais minuciosa, a fim de orientar os esforços de cada ente da federação para os fins específicos.

A solidariedade generalizada das competências deu margem para interpretação e atuação caótica, de modo que a atuação dos gestores dos entes federativos não se deu de forma coordenada e devidamente motivada, haja vista as diferenças políticas que, apesar de serem inerentes e enriquecerem o Estado democrático, devem ser exercidas com racionalidade.

A crítica se estende não só aos Poderes Políticos (Legislativo e Executivo), mas também ao judiciário, detentor de relevante papel nas resoluções de controvérsias, que, por vezes, imiscui-se em deveres inerentes ao gestor público. Destaca-se que atuação deveria ocorrer de forma a evitar a insegurança jurídica e o estado de incerteza, pois, quando combinados, esses são ingredientes que podem agravar a crise já vivenciada.

Discussão demonstrada, é evidente que não há como os entes federados, como também o Poder Judiciário, escaparem de decisões

árduas, em razão do tempo presente. Todavia, o diálogo entre esses protagonistas, responsáveis pelas probabilidades de sucesso do país no enfrentamento da pandemia, é ferramenta apta a amenizar os impactos que serão ainda observados. Para tanto, basta que os legítimos operadores da máquina administrativa visem à efetivação do interesse público pela criação de mecanismos de execução de políticas públicas, sendo guiados pelos preceitos constitucionais, racionalidade e a priorização dos direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

FERNANDES, Fernando Augusto; MARCHIONI, Guilherme Lobo. Vírus do autoritarismo na pandemia do coronavírus. **Revista Consultor Jurídico**, 11 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-abr-11/opiniao-virus-autoritarismo-pandemiado-coronavirus>>. Acesso em: jun. 2020.

MARINELA, Fernanda. Atualidades na seara das contratações públicas. **Revista advocacia hj**, n. 4, jul. 2020. Disponível em: <<https://www.oab.org.br/revistas/revista-adv-hj-4a-edicao.pdf>>. Acesso em: ago. 2020.

_____. Covid-19 e o direito administrativo de exceção. In. CUNHA, Rogério Sanches. (Org.). **Atualidades do direito** – obra em homenagem ao professor Luiz Flávio Gomes. 1. ed. Salvador: Editora JusPodvim, 2020, p. 149-169.

_____. **Direito Administrativo**. 14. ed., São Paulo: SaraivaJur, 2020.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**, 28. ed., São Paulo: Malheiros, 2003, p. 38.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. **Direito Administrativo e coronavírus**. 2020. Disponível em: <<http://genjuridico.com.br/2020/03/16/direito-administrativo-e-coronavirus/>>. Acesso em: jun. de 2020.

O MINISTÉRIO PÚBLICO BRASILEIRO FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19

Isabel Maria Salustiano Arruda Pôrto¹

Não há só a rede de relações sociais. Existem as pessoas concretas, homens e mulheres. Como humanos, as pessoas são seres falantes; pela fala constroem o mundo com suas relações. Por isso, o ser humano é, na essência, alguém de relações ilimitadas. O eu somente se constitui mediante a dialogação com o tu, como o viram psicólogos modernos e, anteriormente, filósofos personalistas. O tu possui uma anterioridade sobre o eu. O tu é o parceiro do eu.

Mas o tu não é qualquer coisa indefinida. É concretamente um rosto com olhar e fisionomia. O rosto do outro torna impossível a indiferença. O rosto do outro me obriga a tomar posição porque fala, pro-voca, e-voca e com-voca. Especialmente o rosto do empobrecido, marginalizado e excluído.

O rosto possui um olhar e uma irradiação da qual ninguém pode subtrair-se. O rosto e o olhar lançam sempre uma pro-posta em busca de uma res-posta. Nasce assim a res-ponsabilidade, a obrigatoriedade de dar respostas. Aqui encontramos o lugar do nascimento da ética que reside nesta relação de responsabilidade diante do rosto do outro e particularmente do mais outro que é o oprimido. É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação.

Cuidar do outro é zelar para que esta dialogação, esta ação de diálogo eu-tu, seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amorização. (BOFF, 1999:139)

De primordial valia é, preliminarmente, definir que, juridicamente, a Constituição

1 Procuradora de Justiça do Ministério Público do Estado do Ceará. Presidente da AMPASA. Coordenadora da Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDES/GNDH/CNPG). Articuladora Nacional do GIAC-COVID-19.

deve ser entendida como a lei fundamental e suprema de um Estado, que contém normas referentes à estruturação do Estado, à formação dos Poderes Públicos, forma de governo e aquisição do poder de governar, distribuição de competências, direitos, garantias e deveres dos cidadãos. (MORAES, 1998:32)

Dessarte, a Constituição Federal de 1988 não reflete mera carta de intenções ou mero estatuto organizatório do Estado, com suas repartições de competências, mas apresenta-se num plano normativo que determina e estabelece programas e define fins, de conteúdo pleno, em que não há letras mortas ou palavras inúteis e em que todos os preceitos constitucionais estão vinculados à realidade social e, por isso, plenamente aplicáveis.

Com efeito, com a validação da CF/88, estabeleceu-se o Estado Democrático de Direito, constitucionalizando-se, pois, os valores fundamentais de um povo e subordinando a atuação dos poderes públicos a princípios (constitucionais) inderrogáveis, o que representa a força vinculante das normas e princípios dessa Carta Política.

Relativamente ao direito fundamental à saúde, a Constituição Federal, em seu arts. 196 e 197, assim dispõe:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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

Registre-se que referidos dispositivos legais não necessitam de regulamentação, tendo densidade normativa suficiente para serem aplicados imediatamente, não se tratando de normas de conteúdo meramente programático.

Por outro lado, o art. 198, II, da CF/88, ao dispor que o atendimento à saúde deve ser integral, pretende tornar possível o pleno exercício do direito à saúde, promovendo o acesso de todos aos meios disponíveis

na medicina, não apenas para a obtenção da cura das moléstias, mas, também, para amenizar desconfortos e dores decorrentes e prevenir que a situação se agrave, preservando a saúde e a vida. Nesse sentido, deve ser compreendido o termo “atendimento integral” utilizado no dispositivo.

No plano infraconstitucional, destaca-se a Lei nº 8.080/1990, que prevê em seu art. 2º, *caput*, § 1º, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, *in verbis*:

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Dentro desse contexto, a Constituição Federal de 1988 define o Ministério Público como 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 (art.127), tendo como função institucional “*zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia*” (art.129, II).

O Ministério Público brasileiro, com essa preocupação das questões afetas à saúde pública – como direito fundamental de grande relevância social, previsto, como de conhecimento, no Título II, art. 6º, da Constituição Federal, e considerando que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) exige, para atendimento de suas diretrizes, efetivo cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8080/90, Regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11 e Lei nº 8.142/90) –, conseguiu, por meio da **Carta de Palmas - TO²**, que o Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça do Brasil, na cidade de Palmas, Tocantins, em 7 de agosto de 1998, instituisse a “**Comissão Permanente da Defesa da Saúde**” (grifo nosso), a tão

2 Disponível em: <<https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=8>>.

conhecida **COPEDS**. Um marco para o Ministério Público! Um marco para nós defensores do SUS! Um marco para o cidadão brasileiro!

A emoção é muito grande! Percorre as entranhas de quem milita para que o nosso cidadão tenha o SUS Constitucional!!!

Em outro momento, continuando nossa caminhada, tivemos outro momento de glória, em Salvador³, em 27 de agosto de 2004. Aí tudo já estava mais sedimentado, mais consolidado e queríamos até muito mais: lutar pela implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001) e criar uma Associação Nacional de Membros do Ministério Público de Defesa da Saúde, para melhor conhecermos o sistema e melhor nos qualificarmos, para atuar em prol do cidadão e, por que não dizer?, da própria gestão. Nasce, então, a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA)⁴.

Depois de tantos anos de luta discutindo, aprendendo, trocando experiências com o controle social, com a gestão e com os usuários do SUS, chegamos ao imponderável 2020, ano em que a função ministerial constitucional de defesa do direito à saúde ganhou especial destaque, com o reconhecimento da pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, em razão da amplitude mundial das infecções causadas pelo novo agente do coronavírus (Covid-19).

Em seguida, o Ministério da Saúde, em 3 de fevereiro de 2020, por meio da Portaria MS/GM nº 188, declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus.

Traçava-se um novo cenário de atuação do Ministério Público, que exigia providências integradas ao esforço nacional de controle e prevenção da epidemia, em articulação com o Ministério da Saúde e as demais autoridades sanitárias que integram o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

Quem diria que chegaríamos a enfrentar um inimigo invisível, sem ter o menor conhecimento de sua astúcia e de seu poder de alcance

3 Disponível em: <<https://saude.mppr.mp.br/pagina-9.html>>.

4 Disponível em: <<http://www.ampasa.org.br/estatuto.php>>.

destruidor? Mas foi nesse momento que o Ministério Público brasileiro soube se reinventar!

Restou, então, instituído o Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (GIAC-COVID-19)⁵, por meio da Portaria PGR/MPU nº 59, de 16 de março de 2020, tendo como atribuições:

- Promover a articulação no âmbito do Ministério Público brasileiro com a cooperação do Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério Público da União e dos Estados;

- Promover a articulação interinstitucional e intersetorial, para fomentar a cooperação e a integração com os órgãos do Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário, da Defensoria Pública, a Ordem dos Advogados do Brasil, as entidades da sociedade civil e do setor privado, as instituições científicas, nacionais e estrangeiras, os organismos e entidades internacionais, entre outras;

- Auxiliar na definição e execução do plano institucional de contingência e de atos normativos específicos, para assegurar a continuidade e o funcionamento dos órgãos e entes do Ministério Público da União;

- Promover a articulação com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância Sanitária, com o acompanhamento sistemático das medidas e orientações do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para a Covid-19, para integração da resposta eficiente à epidemia em território nacional; e

- Coordenar a integração de sistemas, bases de conhecimento e canais de comunicação, para facilitar o trabalho articulado dos membros do Ministério Público.

A estrutura desse órgão ímpar conta com uma Coordenação Nacional Finalística, exercida pela coordenadora da 1ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, Dra. Célia Regina Delgado, em articulação com a presidente da Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público-CES/CNMP, conselheira Sandra Krieger.

5 Disponível em: <<http://www.conexao.mp.br/covid19>>.

E eu, procuradora de Justiça do Ministério Público do Estado do Ceará, auxiliando o Centro de Apoio da Cidadania do MP Cearense, coordenadora da COPEDS/GNDH/CNPG e presidente da AMPASA, recebi a incumbência, por meio da CES/CNMP, coordenada pela competentíssima e queridíssima conselheira Sandra Krieger Gonçalves e auxiliada pelos meus amados colegas Jairo Bisol e Rafael Meira, de atuar como articuladora nacional do GIAC-COVID-19, organizando um Grupo de Focalizadores, formado pelos membros da COPEDS, para trabalhar os problemas decorrentes da pandemia.

Juro que fiquei sem fôlego! Mas, para quem me conhece, não caio fora de trabalho! Só se não for do Ministério Público! E certa de que não daria conta sozinha, trouxe comigo uma pessoa muito especial, que os colegas da COPEDS/GNDH/CNPG também já conheciam: Michele de Souza Santana Nascimento, minha assessora jurídica de gabinete há longa data.

Desde então, os membros focalizadores nos Estados, todos representantes do *Parquet* com atuação reconhecida na defesa da saúde pública, têm atuado com o intuito de promover a interlocução dos membros do Ministério Público brasileiro com as secretarias de saúde estaduais e municipais, bem como com outros órgãos ligados à temática.

Tais promotores e procuradores de Justiça (num total de 27, representando os Ministérios Públicos dos Estados e do Distrito Federal e territórios) têm realizado constantes discussões em grupo, por meio das ferramentas tecnológicas de conexão virtual a distância, debatendo temas relevantes do atual cenário de pandemia, compartilhando experiências e levantando questionamentos.

As dúvidas não solucionadas restam direcionadas ao Gabinete do Giac-Covid-19, que realiza diligente interlocução com Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Associação Médica Brasileira e outras entidades sanitárias, a fim de solucionar as problemáticas propostas. Até o momento, já foram encaminhadas diversas demandas ao Giac, envolvendo assuntos diversos, tais como:

- Bloqueios e barreiras sanitárias;

- Estratégia para monitoramento da aplicação dos recursos disponibilizados aos Estados e ao Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do coronavírus;
- Tratamento precoce da Covid-19, com os medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina;
- Plano de contingência com relação ao recolhimento e sepultamento de corpos;
- Critérios orientativos acerca da necessidade do fechamento de estruturas;
- Protocolos bioéticos de decisão quanto à internação de pacientes em leitos de Unidade de Terapia Intensiva;
- Critérios de distribuição e cronograma de entrega aos Estados da Federação de respiradores e equipamentos de proteção individual;
- Divulgação, pelos órgãos oficiais, dos casos de Covid-19 confirmados e suspeitos;
- Falta de medicamentos sedativos e relaxantes musculares que compõem a relação de fármacos essenciais ao processo de intubação de pacientes;
- Realização de perícias por meio eletrônico em processos judiciais que versem sobre benefícios previdenciários por incapacidade ou assistenciais.

As respostas aos questionamentos direcionados pelos membros do MP brasileiro ao gabinete do GIAC-COVID-19 são apresentadas por INFORMATIVOS, que já contam com 66 edições, contendo informações diversas acerca das ações de enfrentamento da Covid-19.⁶

Ademais, o Gabinete do GIAC-COVID-19 elabora Boletins de Comunicação, tendo sido publicadas 72 edições, com informações acerca das principais providências e encaminhamentos adotados pelo Ministério Público brasileiro no contexto da pandemia.

6 Disponível em: <<http://www.conexao.mp.br/covid19/documentos>>.

Trata-se, sem dúvida, de iniciativa ímpar de atuação do *Parquet*. Em toda minha experiência de Ministério Público, nunca havia visto interação tão dedicada e perfeita. Ao final, resta-me o orgulho e a gratidão por fazer parte de tão honrosa equipe, além da certeza de que, mesmo diante do caos de uma pandemia e da tristeza pelas inúmeras vidas perdidas, guardarei boas e eternas lembranças desse momento singular, em que representantes ministeriais de todos os entes da federação atuaram juntos e integrados, sem medir esforços, trabalhando incansavelmente em prol de um objetivo principal: salvar vidas!

REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. Saber Cuidar. Ética do Humano. **Compaixão pela Terra**. 3ª ed., Petrópolis: Ed.Vozes, 1999.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 9ª edição, São Paulo: Ed. Atlas, 2001.

O MINISTÉRIO PÚBLICO NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 – BOAS PRÁTICAS

O enfrentamento da pandemia do novo coronavírus tem sido um imenso desafio para as instituições públicas e privadas que trabalham no campo da saúde, responsáveis direta ou indiretamente pela gestão de uma crise sem precedentes para os sistemas sanitários atuais.

Esse vírus desconhecido provocou – e ainda provoca – uma onda de internações por síndromes respiratórias e milhares de mortes por dia. Populações inteiras ao redor do planeta são por vezes arrancadas do seu cotidiano normal e submetidas a inúmeras regras restritivas do direito de ir e vir, num processo de isolamento social sem precedentes que visa combater e controlar a expansão da pandemia.

Tensões entre as liberdades individuais e a necessidade de adoção de medidas restritivas à coletividade para se evitar o avanço do contágio deixam marcas sensíveis, criando novos reveses sanitários. Causa preocupação às autoridades sanitárias o impacto das medidas prolongadas de isolamento na saúde da população, especialmente a mental.

Os imensos desafios se expandem a outros campos de atuação, e a crise decorrente da quebra da normalidade das relações sociais, políticas e econômicas acabou atingindo em cheio os órgãos de controle. O Ministério Público brasileiro teve de se adaptar urgentemente a essa nova realidade, buscando uma atuação articulada, coordenada e interinstitucional como meio mais eficaz para o enfrentamento da pandemia.

A estratégia defendida e implantada pela Comissão da Saúde no enfrentamento da Covid-19 foi a busca do equilíbrio entre as demandas de uma atuação articulada e coordenada e o respeito às prerrogativas de função, inerentes à atuação dos membros individualmente considerados.

Nunca havia sido tão importante na história da instituição pensar o MP enquanto unidade, desafiando outros princípios arraigados e manifestos nas práticas cotidianas como o da autonomia funcional. Mas situações extremas exigem, para o êxito de seu enfrentamento, respostas

criativas e inovadoras, bem como um certo grau de sacrifício das iniciativas individuais em prol de planejamentos coletivos mais amplos.

É exatamente dessa busca de novos e mais céleres e eficazes caminhos de atuação que trata essa coleção de boas práticas institucionais. Ela é exemplificativa, perfazendo apenas um retrato parcial das práticas ministeriais, mas o suficiente para mostrar a capacidade do Ministério Público, por meio de suas estruturas administrativas de gestão, seus membros e servidores, que oferecerem respostas rápidas, inovadoras e efetivas contra os desafios emergentes da pandemia da Covid-19.

O Ministério Público do Maranhão nos trouxe a criação e a aplicação de um protocolo sanitário de boas práticas sanitárias internas da instituição. De igual modo, apresentou um trabalho desenvolvido pelo Setor de Saúde Funcional, com o acompanhamento de servidores e membros, para o desempenho adequado de suas funções neste período de anormalidade.

Já o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios apresentou o projeto “MP Solidário”, que buscou a conscientização da população acerca de necessidade de autocomposição, especificamente nos conflitos gerados durante o contexto da Covid-19. Esse projeto explorou conceitos como a comunicação não violenta, o reforço da cidadania e o reforço da confiança da sociedade no Ministério Público.

Coube ao Ministério Público do Amapá compartilhar as iniciativas desenvolvidas por meio da criação do gabinete de enfrentamento da crise, divididas entre as ações de natureza administrativa e as de natureza finalística, além de questões como a criação de canais de comunicação direta. No eixo finalístico, destacam-se medidas voltadas principalmente para as áreas do fortalecimento da rede de saúde, assistência social, direitos do consumidor, fiscalização dos contratos firmados durante o período de emergência e combate às *fake news*.

Em terras capixabas, o Ministério Público do Espírito Santo trabalhou fortemente para o fortalecimento do sistema de regulação de leitos pela Secretaria de Estado da Saúde, criando ambiente virtual disponível a todos os membros para o conhecimento, em tempo real, da situação de cada município.

O Ministério Público do Ceará apresentou os resultados de um esforço de aproximação com a comunidade, estabelecendo canais rápidos e de fácil acesso para o envio de denúncias de irregularidade. Também atuou de modo articulado e coordenado, permitindo o intercâmbio entre os membros de informações capazes de garantir respostas rápidas na área de atuação do órgão.

Em Rondônia, o Ministério Público local atuou intensamente na fiscalização das contratações realizadas em tempos de emergência, buscando o acesso direto a ferramentas de gestão disponibilizadas pelo Governo do Estado (sistema de tramitação interna de processos eletrônicos – SEI), de modo que foi possível acompanhar, em tempo real, a íntegra dos atos administrativos de contratação pelo Estado.

Já o Ministério Público paulista trouxe a lume o modo com que se articulou a formação do gabinete de crise para o enfrentamento da pandemia, com a participação de membros de diversas áreas de atuação, garantindo a transversalidade do enfrentamento do tema, assessorados por um grupo de especialistas na saúde pública. Temas como a utilização ampliada da telemedicina e a utilização de leitos privados pelo SUS ocuparam as discussões, com a participação dos gestores. Importante debate ocorreu sobre o exercício do direito de reunião em tempos de pandemia.

O Ministério Público de Alagoas destacou a importância e o aumento na capacidade de obtenção de soluções, na atuação conjunta de membros, conferindo ao princípio da unidade grande repercussão social. A atuação conjunta de membros de diversas atribuições, magistrados, gestores e representantes da sociedade civil permitiu a construção conjunta, harmônica e resolutiva em temas como a implantação das medidas de isolamento e as cautelas necessárias para a retomada das atividades econômicas, sociais etc.

Do Rio Grande do Norte, o Ministério Público local trouxe uma coletânea de boletins (assemelhados ao que a CES) que contêm uma grande reunião da atuação dos membros do estado. Atuaram fortemente na criação de novos leitos para pacientes médios e graves acometidos de Covid-19, ora com a composição com os gestores, ora mediante o manejo de ações judiciais.

O Ministério Público pernambucano apresentou os resultados dos esforços concentrados na implementação dos planos de contingência dos municípios por meio do formulário eletrônico e, na sequência, subsidiou a atuação das Promotorias de Justiça na fiscalização das ações e serviços implantados em nível local e estadual, em consonância com as resoluções CIB/PE.

Já o Ministério Público da Bahia optou por compartilhar uma atuação específica, relacionada à implementação de Unidades Interligadas, da identificação digital e plantar do recém-nascido e digital de sua genitora e da vinculação do registro biométrico, objetivando a erradicação do sub-registro de nascimento no Estado da Bahia. Em tempos de Covid-19, foram detectados vários casos de violação de direitos pela falta de registro, provocada pelo não comparecimento aos locais de registro.

O Ministério Público carioca atuou em seis eixos principais: 1. Fiscalização da eficiência na prestação dos serviços na área de saúde pública, eventualmente com transversalidade para outras áreas; 2. Controle da legalidade dos contratos emergenciais firmados com dispensa de licitação; 3. Fiscalização da legalidade da instituição, recrudescimento e flexibilização de medidas restritivas de isolamento social; 4. Fiscalização da necessidade de instituição de medidas, na área de Assistência Social, que assegurem condições de sobrevivência à população em situação de vulnerabilidade; 5. Cobrança da elaboração, por parte do Poder Público, de Planos de Gestão de Óbitos que contemplem o conjunto de ações e matrizes de responsabilidades referentes a toda a cadeia dos óbitos, em razão do aumento de mortes relacionadas à Covid-19; e 6. Instituição de medidas para minimizar os efeitos da pandemia para a economia estadual e municipais.

No Acre, os membros do Ministério Público oficiantes na área da saúde pública de todo o Estado, no total de 33 colegas, subscreveram em conjunto recomendação dirigida aos municípios dessa unidade federativa para que obedecessem ao Pacto Acre Sem Covid, fundamentando-se no art. 17, IV, 'a' e 'b', da Lei nº 8.080/90, por meio do qual se dispõe que cabe ao ente estadual "coordenar" (e, em caráter complementar, "executar") ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, e nas decisões do STF que sustentavam essa mesma posição, assim como da que abriu horizonte

para responsabilização por “erro grosseiro”. Por meio desse poderoso instrumento, 95% dos municípios acataram a manifestação ministerial.

O Ministério Público da Paraíba sublinhou a necessidade de diálogo e atuação integrada dos diversos atores envolvidos no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Estado. Atuou focado em quatro pontos: falta de respiradores não só no Brasil, mas no mundo todo; falta de EPIs necessários aos profissionais de saúde que trabalham em hospitais e outras unidades de saúde; falta de álcool 70 em unidades de saúde; e, por último, na situação crítica da população mais vulnerável.

O Ministério Público do Estado de Roraima nos brindou com a sua importante atuação para viabilizar o funcionamento do Hospital de Campanha, na chamada “Operação Acolhida”, em que desempenhou sua atividade fiscalizatória da política de saúde pelas vias extrajudicial e judicial.

Em Tocantins, o Ministério Público apresentou o projeto “Caminho Seguro Covid-19/TO”, abrangendo medidas para a proteção da saúde dos motoristas do transporte rodoviário de cargas, diante da pandemia de Covid-19; envolveu acolhida, testagem e encaminhamentos de saúde, quando necessário. O projeto resultou de uma parceria realizada com o MPT local.

O Ministério Público de Mato Grosso do Sul optou por desenvolver o “Painel da Situação dos Leitos Disponíveis para Covid-19 no MS”, voltado ao acompanhamento da doença no Estado e à situação dos leitos clínicos e de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) disponíveis para o tratamento do novo Coronavírus. Desenvolvido pela Secretaria de Planejamento e Gestão (Seplange) em parceria com a Força-Tarefa contra a pandemia da Covid-19, a ferramenta foi posta à disposição na página do Ministério Público Estadual. Também relatou a experiência da 25ª Promotoria de Justiça de Defesa do Consumidor da Capital que, juntamente aos órgãos de defesa do consumidor do Estado (Procon e Defensoria Pública), firmou acordo no dia 22 de maio de 2020 com escolas particulares de Campo Grande para desconto nas mensalidades escolares durante o período pandêmico.

No Paraná, o Ministério Público local compartilhou a ferramenta “banco de ideias”, formado pela reunião de experiências exitosas, em tempo de pandemia, não apenas da atuação dos membros do MP paranaense,

mas de outros ramos e unidades, bem como outros atores do sistema de justiça.

O Ministério Público gaúcho criou um painel de acompanhamento das contratações emergenciais, formando um quadro comparativo dos valores transferidos pela União a cada município juntamente aos dados das contratações voltadas ao enfrentamento da pandemia de Covid-19. Instituiu a Força-Tarefa Covid-19 para apurar, prevenir e reprimir a prática de preço abusivo e outras infrações à ordem econômica, em todo o Estado, nas compras públicas de insumos laboratoriais e produtos médico-hospitalares.

Em Santa Catarina, o Ministério Público local apresentou dois painéis, sendo o primeiro uma quantificação dos procedimentos instaurados sobre a Covid-19. O segundo promoveu o acompanhamento das internações de idosos de longa permanência, buscando o desenvolvimento de estratégias e ações para garantir os direitos e a segurança desse grupo de risco no contexto de pandemia.

O Ministério Público Federal optou por condensar a intensa atuação do GIAC-COVID-19, dando ênfase ao trabalho de articulação e coordenação do Ministério Público Brasileiro que resultou na criação de núcleos de focalizadores em todas as unidades federativas compostos por gestores e controladores, usando o diálogo interinstitucional como estratégia central de combate à epidemia, fortalecendo os caminhos da desjudicialização da saúde.

O Ministério Público do Trabalho atuou em várias frentes. O primeiro eixo de atuação foi a articulação institucional por medidas legislativas que afetam as relações trabalhistas. A referida articulação deu-se por meio de reuniões em videoconferência e trocas de informações oficiais com Ministérios, órgãos de atuação político-sanitária e Gabinetes de Crise dos Governos dos Estados, a exemplo do Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Casa Civil do Governo Federal, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), bem como agências reguladoras (ANP, ANVIS, ANATE, ANTAQ). Também instituíram o Grupo Nacional GT COVID-19, que realizou a operação acolhida, consistindo na realização de reuniões e na formação de uma rede apoio aos membros do MPT com o objetivo de prestar suporte multidisciplinar durante o período de pandemia de

Covid-19. Foram realizadas reuniões por videoconferência com as chefias e todo o colegiado das 24 Procuradorias Regionais do Trabalho.

Por fim, o relatório do Ministério Público Militar, que trouxe a lume a atuação resolutiva na fiscalização do contágio de militares e civis lotados em unidade de Salvador/BA, com o acompanhamento das medidas adotadas pelo comando, realizações de inspeções, ouvida do comando e estabelecimento de diálogo interinstitucional produtivo.

Mas, sem maiores rodeios, vamos aos fatos: seguem as exposições dessa imensa gama de atuações inovadoras e resolutivas do Ministério Público brasileiro no combate à pandemia de Covid-19.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO MARANHÃO

CRIAÇÃO DE PROTOCOLOS SANITÁRIOS DE BOAS PRÁTICAS EM TEMPO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19

1. CRIAÇÃO DE “PROTOCOLO SANITÁRIO DE BOAS PRÁTICAS ADOTADO PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO MARANHÃO EM TEMPO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19”.

Considerando todo o contexto e os impactos do novo Coronavírus (SARS-COV- 2), doença denominada Covid-19, o Ministério Público do Estado do Maranhão vem realizando adequações quanto à prevenção e ao acompanhamento das condições de saúde dos seus usuários, durante o período de pandemia.

Foram estabelecidos protocolos mínimos para a retomada das atividades presenciais no âmbito do Ministério Público do Estado do Maranhão, como:

- Horário reduzido com turno único de trabalho, no horário das 8h às 13h;
- Suspensão do ponto eletrônico;
- Adequação do *layout* das estações de trabalho ou mesas de maneira a obedecer ao distanciamento obrigatório de no mínimo dois metros entre os servidores;
- Com a finalidade de evitar aglomeração, com sobreposição de horários de entrada e saída, e no intuito de possibilitar que as Promotorias de Justiça e setores administrativos reordenem os seus respectivos locais de trabalho, é permitida a presença física

dos profissionais da área jurídica no horário das 9h às 11h, e o atendimento ao público, quando necessário, das 10 às 12h;

- O atendimento ao público é realizado preferencialmente por meios alternativos, como telefone, *e-mails* ou outro recurso tecnológico que o substitua, tal como videoconferência, desde que não haja prejuízo ao atendimento dos casos considerados urgentes, cuja presença do interessado seja indispensável;
- Disponibilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), como máscaras e álcool em gel 70% (setenta por cento), para membros, servidores, estagiários e colaboradores;
- Aferição de temperatura por meio de termômetro digital infravermelho;
- Sanitização de ambientes e uso de tapetes sanitários;
- Realização de testes rápidos sorológicos para auxílio no diagnóstico da infecção pelo SARS-COV-2;
- Obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção, descartáveis ou reutilizáveis, inclusive pelo público externo, no âmbito das instalações do MPMA e durante a utilização dos veículos oficiais;
- Distanciamento mínimo de dois metros entre as pessoas nas dependências do Ministério Público;
- Demarcação entre cadeiras e filas de atendimento, de modo a respeitar o distanciamento mínimo recomendado entre os usuários;
- Disponibilização, na área externa, em local visível, do número de contato telefônico, endereço eletrônico (*e-mail*) e demais canais de atendimento remoto, pelos quais o cidadão terá acesso ao atendimento;
- Realização de reuniões de trabalho, cursos, eventos em geral e demais atividades que exijam o encontro de pessoas, preferencialmente, em ambiente virtual;
- Os ambientes, sempre que possível, devem manter suas portas e janelas abertas, a fim de propiciar melhor circulação de ar;

- Funcionamento dos elevadores com, no máximo, um terço de sua capacidade original;
- O uso das copas restrito aos funcionários que desempenhem suas funções em suas dependências;
- Trabalho remoto aos promotores, servidores, estagiários e colaboradores que estejam classificados como pertencentes a grupos de maior risco, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, pneumopatas, cardiopatas, hipertensos, imunodeprimidos, doentes renais crônicos, diabéticos, obesidade mórbida, gestantes e portadores de outras comorbidades passíveis de agravamento pela Covid-19 ou que convivam, na mesma residência, com pessoas do grupo de risco ou que tenham sido diagnosticadas com a Covid-19.

Agentes Envolvidos

- Membros, servidores, estagiários, terceirizados e visitantes do Ministério Público do Estado do Maranhão.

Área de Atuação

- Todas as unidades do Ministério Público do Estado do Maranhão.

2. CRIAÇÃO DE “PROTOKOLO SANITÁRIO DE BOAS PRÁTICAS ADOTADO PELA SEÇÃO DE SAÚDE FUNCIONAL EM TEMPO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19”.

As primeiras práticas adotadas na Seção de Saúde Funcional (SSF) visaram à elaboração de um Protocolo Sanitário para o atendimento do público que frequenta o local, como a presença de tapetes sanitizantes, aferição de temperatura corporal, uso obrigatório de máscaras, disponibilização de álcool em gel, distanciamento entre pessoas, sanitização periódica em todo o local de atendimento e imunização contra a H1N1.

Do mesmo modo, a SSF disponibiliza a realização de testes rápidos sorológicos para auxílio no diagnóstico da infecção pelo SARS-COV-2 aos

membros, servidores e colaboradores do MPMA, com acompanhamento médico por meio de atendimento presencial e de Teleconsulta.

Nesse protocolo adotado pela SSF, os atendimentos médicos, odontológicos, psicológicos e de enfermagem passaram por uma readequação. Em linhas gerais, as principais alterações realizadas seguiram protocolos internacionais e nacionais nas áreas acima citadas, como: Resolução CFM nº 56/2020; Resolução CFP nº 4/2020; Resolução CFO nº 226/2020; Recomendações e orientações da “Associação Dentária Americana”; “Nota Técnica nº 04/2020 da ANVISA”; “Manual de boas práticas em Biossegurança para ambientes odontológicos”, publicado pelo Conselho Federal de Odontologia; e Portaria nº 34, de 28 de maio de 2020, da Casa Civil do Governo do Estado do Maranhão. Todas essas medidas visam a uma reestruturação no atendimento que promova mais segurança e conforto aos pacientes, de modo a não deixar o público desassistido.

Ainda, cita-se como exemplo da readequação na Seção de Saúde, o treinamento da equipe de cirurgiões-dentistas, de auxiliares em saúde bucal e de enfermagem para atualizar e padronizar condutas; a otimização das rotinas de biossegurança (desinfecção e esterilização); a readequação dos ambientes de atendimento para reduzir a quantidade de superfícies expostas ao aerossol gerado em atendimentos odontológicos; a reorganização do fluxo de atendimento, priorizando os atendimentos de urgência e reduzindo a quantidade de pacientes na sala de espera para evitar aglomeração; a realização de uma triagem prévia e organização de um protocolo de segurança desde quando o paciente adentra a Seção até o momento de sua saída.

Agentes Envolvidos

- Servidores e usuários da Seção de Saúde Funcional.

Área de Atuação

- Seção de Saúde Funcional do Ministério Público do Estado do Maranhão.

Por fim, cabe destacar que essas boas práticas obedecem um protocolo sanitário com acompanhamento sistemático para a atuação no enfrentamento da disseminação do novo Coronavírus (SARS-COV-2), a fim de promover mais segurança e acolhimento para membros, servidores, colaboradores e usuários do Ministério Público do Estado do Maranhão.



Ministério Público
do Distrito Federal
e Territórios

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

PROJETO MP SOLIDÁRIO

Área de atuação: Autocomposição.

Objetivo: conscientizar a sociedade sobre a importância da solidariedade e da cidadania para o gerenciamento dos conflitos surgidos durante e após a pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), com ênfase na adoção de práticas autocompositivas para a resolução desses conflitos.

Gestora: Selma Leite do Nascimento Sauerbronn de Souza – vice-procuradora-geral de Justiça Jurídico Administrativa e coordenadora-geral do Programa Permanente de Incentivo à Política de Autocomposição (PPIPA).

Coordenadora: Leila Duarte Lima – Secretária Executiva de Autocomposição/VPGJ.

DESCRIÇÃO DO PROJETO

Em atenção à Política Nacional de Incentivo à Autocomposição – Resolução 118/204/CNMP, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), instituiu, pela Portaria 509/2017/PGJ/MPDFT, o Programa Permanente de Incentivo à Política de Autocomposição (PPIPA)¹.

Na 1ª Reunião Ordinária de 2020 do Programa Permanente de Incentivo à Política de Autocomposição, por videoconferência, com 22 participantes, entre membros e servidores do MPDFT, foi deliberado, à unanimidade, sobre a necessidade de implementar ações que incentivem

1 O Programa tem o objetivo de assegurar a promoção da justiça, a disseminação da cultura de pacificação, a redução da litigiosidade, o fortalecimento da cidadania e o estímulo às soluções consensuais, por meio dos mecanismos de negociação, mediação, conciliação, processo restaurativo e convenções processuais.

a autocomposição e que levem informações para a sociedade durante das ações de enfrentamento da Covid-19.

Um dos princípios basilares da mediação de conflitos é o da decisão informada, ou seja, deve-se manter o usuário plenamente informado quanto aos seus direitos e ao contexto fático no qual está inserido. Nessa perspectiva, o MP Solidário desenvolve ações de educação para os direitos, cidadania e difusão dos princípios dialógicos e autocompositivos para a resolução dos conflitos, com ênfase na conscientização da sociedade sobre seus direitos, serviços e atuação no MPDFT no contexto da pandemia de Covid-19.

O nome MP Solidário procura evidenciar o valor da solidariedade observada como uma oferta permanente àquele que necessita, de tal forma que não gere dependência, por meio de ações emancipadoras e capazes de estabelecer um vínculo perene de confiança entre o cidadão e o MPDFT.

A primeira fase do projeto foi estabelecer parcerias externas e internas. No âmbito interno, foram estabelecidas parcerias com a Secretaria de Comunicação (SECOM) para a elaboração de material audiovisual e jornalístico, com Secretaria de Educação e Desenvolvimento Corporativo (SECOR) para criação da comunidade virtual e disponibilização de ações educativas, via EAD e com a Secretaria de Planejamento (SECPLAN) para o desenvolvimento e o acompanhamento do projeto.

No que tange às parceiras externas, encontra-se em fase de formalização o convênio entre o MPDFT e o Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), com objetivo oferecer oficinas de introdução à comunicação não violenta, facilitadas pela equipe da Coordenadoria Executiva de Autocomposição (CAUTO), para os alunos universitários, em especial aqueles do projeto de extensão Violência contra Crianças, Adolescentes e Jovens (VicaJ) do UniCEUB.

O MP Solidário tem duas frentes de trabalho principais: a primeira é a publicação de vídeos nos canais oficiais do MPDFT na internet, em que integrantes do MPDFT orientam a população sobre direitos e transmitem informações que podem ajudar os cidadãos neste período de pandemia. A segunda frente de ação trata do estímulo para gestão positiva de conflitos por meio da comunidade virtual aberta do “MP Solidário”, do Curso

Gestão de Conflitos, na plataforma Moodle e de oficina de introdução à comunicação não violenta para alunos universitários.

O projeto MP Solidário foi instituído pela Portaria nº 309/PGJ/MPDFT e lançado no dia 15 de junho de 2020² com ampla divulgação nas redes sociais. Insere-se no objetivo estratégico de cidadania fortalecida e aprimoramento do relacionamento do MPDFT com a sociedade. Suas metas são o lançamento de uma comunidade virtual sobre gestão de conflitos e um material produzido e divulgado semanalmente, no primeiro semestre, e quinzenalmente no restante do período do projeto.

RESULTADOS

Oficina de introdução à comunicação não violenta

Com o objetivo de desenvolver habilidades comunicacionais para a disseminação da cultura de paz, a promoção da cidadania e o estímulo das soluções consensuais de conflitos, foi realizada oficina de introdução à comunicação não violenta, via on-line, para os alunos do projeto de extensão Violência contra Crianças, Adolescentes e Jovens (Vicaaj), do UniCEUB³.

Me ajudou a compreender muito mais sobre um assunto que eu não tinha muito conhecimento! Foi incrível. Ana Beatriz Gontijo – 5º semestre

O curso é interessante no sentido de despertar uma nova perspectiva quanto à forma de nos comunicarmos, principalmente quando desejamos obter mais resultados a partir da comunicação. Antonio Matheus - 8º semestre.

Gestão de conflitos

2 Cf. <<https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2020/noticias-covid/11996-mpdft-lanca-projeto-para-reduzir-a-judicializacao-de-conflitos-durante-a-pandemia>>.

3 Cf. <<https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2020/11997-universitarios-participam-de-oficina-de-comunicacao-nao-violenta-promovida-pelo-mpdft>>.

No dia 18 de junho de 2020, foi lançada a Comunidade virtual aberta⁴. Por meio da comunidade, os cidadãos podem trocar experiências, informações e contar suas histórias relacionadas ao tema gestão de conflitos, com a ajuda dos facilitadores da Coordenadoria Executiva de Autocomposição (Cauto) e da Secretaria de Educação e Desenvolvimento Corporativo (Secor) do MPDFT.

Na mesma data, foi aberto o curso “Gestão de conflitos”, também na plataforma Moodle. A ideia é que os participantes identifiquem os fatores que geram conflitos, pensem estratégias de gestão positiva e conheçam as etapas da negociação e da mediação. O curso é autoinstrucional e gratuito, e ficará disponível na plataforma até 19 de dezembro de 2020. A carga horária é de 10h. Ao final, o participante poderá emitir certificado. Não há limite de participantes, e, até o momento, foram realizadas 164 inscrições.

Cumprе explicar que o projeto MP Solidário está voltado para o bem-estar dos cidadãos, em especial o bem-estar social, e se enquadra em ação de promoção de saúde, se considerarmos o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”.

Por fim, registramos que o presente documento traz dados dos primeiros 60 dias do projeto MP Solidário. O modelo proposto pelo MP Solidário, que acreditamos ser de fácil replicação, proporciona aproximação com população por meio das plataformas digitais, destacando a importância de levar solidariedade e a vantagem da prática do diálogo e bem-estar, no contexto da Covid-19.

4 Cf. <<https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2020/12054-mpdft-lanca-comunidade-virtual-sobre-gestao-de-conflitos>>.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO AMAPÁ

**BOAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NO
ÂMBITO DO MINISTÉRIO PÚBLICO
BRASILEIRO PARA O ENFRENTAMENTO
DA PANDEMIA DA COVID-19**

O Decreto nº 6, de 20 de março de 2020, do Congresso Nacional reconheceu a ocorrência do Estado de Calamidade Pública.

No estado do Amapá, o Decreto nº 1375, de 17 de março de 2020, decretou

situação anormal caracterizada como Situação de Emergência em todo território do Estado do Amapá, visando à prevenção, mitigação, preparação e resposta ao risco de Desastre Natural – Biológico – Epidemia – Doença infecciosa viral causada pelo novo Coronavírus – COVID – 19.

Também o Decreto nº 1413, de 19 de março de 2020, declarou

estado de calamidade pública, para fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, em razão da grave crise de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19 (novo Coronavírus), e suas repercussões nas finanças públicas do Estado do Amapá.

Em ato contínuo, no Ministério Público do Estado do Amapá, foi instituído, pela Portaria nº 194/2020-GAB/PGJ, de 23 de março de 2020, o Gabinete de Enfrentamento de Crise (GAB-MPAP/COVID-19), destinado a coordenar e articular as medidas em resposta às demandas relacionadas à emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Covid-19, em conformidade com a Nota Técnica Conjunta nº 1/2020-CES/

CNMP/1^aCCR, de 26 de fevereiro de 2020, e a Recomendação Conjunta PRESI-CN n^o 01, de 20 de março de 2020.

Por meio do Gabinete de Enfrentamento de Crise, dividido em eixos temáticos administrativo e finalístico, foram desenvolvidas as demais ações necessárias para a atuação do Ministério Público do Estado do Amapá no combate à Covid-19.

De acordo com a mencionada Portaria,

Incumbe ao Eixo Administrativo, sob a coordenação executiva do Secretário-Geral do Ministério Público, articular as medidas administrativas necessárias ao funcionamento do MPAP durante a referida emergência de saúde pública, estabelecendo a forma de trabalho de membros, servidores, estagiários, aprendizes e terceirizados, os eventos necessários do programa qualidade de vida, forma de atendimento dos profissionais de saúde, vacinações, datas etc.

(...)

Incumbe ao Eixo Finalístico, sob a coordenação executiva do Chefe de Gabinete da Procuradora-Geral de Justiça, conferir suporte operacional às ações que visem à articulação e integração entre órgãos internos e externos e o apoio necessário aos órgãos de execução investidos de atribuição para o enfrentamento das demandas decorrentes da situação de emergência relacionada a COVID-19, assim como direcionar a comunicação do órgão para produzir esclarecimentos, campanhas educativas e posicionamentos da administração superior sobre o COVID-19.

- Eixo Administrativo

No site do Ministério Público do Estado do Amapá, desde o dia 17 de abril de 2020, foi estabelecido link específico para divulgação de todas as informações da atuação do MP/AP no combate à Covid-19 (<http://www.mpap.mp.br/covid19/>), no qual pode-se ter conhecimento inclusive das ações judiciais já protocoladas.

Em razão de suspensão do atendimento presencial ao público no Ministério Público do Estado do Amapá, foram oferecidos outros canais de comunicação, inclusive com a criação de e-mail e WhatsApp específicos

para recebimento de denúncias relacionadas à Covid-19, sem prejuízo dos atendimentos da ouvidoria e promotorias de Justiça.

WhatsApp: (96) 99175-3798

E-mail: denunciascovid19@mpap.mp.br

Foram estabelecidas, por diversos Atos Normativos, medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo coronavírus (Covid-19) considerando a classificação de pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a princípio, voltado aos membros e servidores considerados pertencentes ao “grupo de risco”, e, após, estendido o regime de teletrabalho a todos os membros e servidores, durante o período de 23 de março de 17 de agosto, encontrando-se ainda na fase de retorno gradual das atividades.

Ainda no âmbito administrativo, a Procuradoria-Geral de Justiça do Estado do Amapá, em conjunto com o Setor de Saúde Ocupacional da Instituição, tem, desde o início da pandemia da Covid-19, adotado todas as providências necessárias para a preservação da saúde de seus membros, servidores e colaboradores. Entre as medidas adotadas, encontram-se:

- Contratação de equipe médica (SESI);
- Atendimentos por “Coronafone” para pessoas com suspeitas ou infectadas com a Covid-19;
- Programa de vacinação para membros, servidores, policiais militares, terceirizados, estagiários e familiares, por meio de convênio com a Prefeitura de Macapá, sendo:
 - 1ª fase: 50 doses (01/04)
 - 2ª fase: 80 doses (30/04)
 - 3ª fase: 100 doses (06/05)
 - 4ª fase: 300 doses (28 e 29/05)
 - 5ª fase: 100 doses (10/06)
- Desinfecção nos prédios do MP/AP;
- Aquisição de máscaras, álcool em gel, álcool líquido e luvas;
- Aquisição de termômetros digitais infravermelhos;

- Aquisição de testes rápidos e serviços de testagem;
- Tapetes capacho;
- Adesivos informativos nos prédios do MP/AP; e
- Totens de desinfecção.

- Eixo Finalístico

No eixo finalístico, foram instituídos, pelas Portarias nº 235, de 15 de abril de 2020, e nº 279/2020-GAB/PGJ, de 5 de maio de 2020, os Grupos de Trabalho para auxílio e fiscalização das demandas decorrentes da situação de emergência relacionadas à Covid-19, com os seguintes eixos temáticos:

- 1) Estruturação da rede de saúde para enfrentamento da Covid-19;
- 2) Assistencialismo;
- 3) Educacional;
- 4) Consumidor;
- 5) Fiscalização de contratos decorrentes da situação emergencial; e
- 6) *Fake News* (atualizado pela Portaria nº 299/2020 — GAB/PGJ, de 18 de maio de 2020).

Cada Grupo de Trabalho passou a desenvolver, no âmbito de sua atribuição, medidas necessárias para atendimento das demandas decorrentes da Covid-19.

No Eixo Finalístico foram emitidas, pelo Gabinete da Procuradoria-Geral de Justiça, as Recomendações abaixo listadas, além de diversas recomendações oriundas das Promotorias de Justiça:

- Recomendação nº 002/2020 — GAB/PGJ (20/03/2020): Recomenda aos Membros do MP/AP, no âmbito de atribuição da saúde, consumidor, cidadania, educação, moralidade, infância e criminal, que adotem todas as medidas administrativas e/ou judiciais cabíveis, visando garantir o integral cumprimento dos Decretos Estaduais quanto à restrição de aglomeração de pessoas.

- Recomendação nº 003/2020 — GAB/PGJ (22/03/2020):

Recomenda aos Membros do MP/AP que, respeitada a independência funcional, determinem a reversão de recursos decorrentes de sua atuação finalística judicial e extrajudicial para ações de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus (Covid-19), incluindo a destinação direta de recursos para os fundos de saúde; que postulem ao judiciário o redirecionamento de execuções ou indenizações em curso para ações de enfrentamento da pandemia de Covid-19, incluindo a destinação direta de recursos para os fundos de saúde; e que firmem ou redirecionem recursos decorrentes de termos de ajustamento de conduta, acordos de não persecução civil e acordos de não persecução penal para ações de enfrentamento da pandemia de Covid-19, incluindo a destinação direta de recursos para os fundos de saúde, bem como adoção de medidas para garantir os Decretos quanto à restrição de aglomeração de pessoas.

- Recomendação nº 004/2020 — GAB/PGJ (28/03/2020):

Recomenda ao Secretário Estadual de Segurança Pública, Comandante da Polícia Militar e Delegado Geral de Polícia Civil, adoção de medidas para impedir o descumprimento do Decreto nº 1414, de 19 de março de 2020, no tocante à realização de manifestações que ensejem em aglomerações, inclusive com ação judicial impetrada no dia 28 de março de 2020, e liminar deferida no dia 29 de março para

(...) PROIBIR A REALIZAÇÃO DE QUAISQUER EVENTOS QUE RESULTEM NA FORMAÇÃO DE AGLOMERAÇÕES DE PESSOAS EM ESPAÇOS PÚBLICOS, EM TODO O TERRITÓRIO DO ESTADO DO AMAPÁ, de modo a preservar a saúde pública, e para tanto, ORDENO que O ESTADO DO AMAPÁ E O MUNICÍPIO DE MACAPÁ promovam as medidas necessárias visando a não realização desses movimentos, com a identificação dos responsáveis pela sua organização, acionamento dos órgãos de segurança, apreensão de veículo e materiais eventualmente utilizados nos eventos, elaboração e relatório sobre os danos causados entre outras medidas.

- Recomendação nº 005/2020 - GAB/PGJ (06/04/2020):

Recomenda aos integrantes do Ministério Público do Estado do Amapá, e especialmente aos promotores de Justiça com atribuições ligadas diretamente à defesa dos direitos do cidadão à educação, adoção das

medidas necessárias para garantir o acesso à educação nas REDES MUNICIPAIS E ESTADUAL DE ENSINO; recomenda ainda a adoção das medidas necessárias para garantir o acesso à ALIMENTAÇÃO e SEGURANÇA ALIMENTAR aos alunos vulneráveis das redes municipais e estadual de ensino; e que os membros do MP/AP RECOMENDEM às unidades e/ou às direções dos estabelecimentos educacionais da REDE PRIVADA DE ENSINO localizadas nos Municípios de atuação das Promotorias de Justiça a adoção de medidas para manter a execução dos contratos escolares firmados com os alunos, na forma pactuada, utilizando os meios digitais disponíveis de ensino a distância e recursos de tecnologias de informação e comunicação, enquanto perdurar a suspensão das aulas presenciais, de modo a garantir o acesso à educação básica (educação infantil, ensinos fundamental e médio) e superior, além de conciliar os interesses de fornecedores e consumidores, com a supervisão dos respectivos Conselhos Municipais e Estadual de Educação, bem como Secretarias de Educação.

- Recomendação nº 006/2020 – GAB/PGJ (07/04/2020):

Recomenda ao Governo do Estado do Amapá e à Secretaria do Estado da Saúde que: 1. Seja dada total transparência, em portal próprio, dos gastos e ações relativas ao enfrentamento do coronavírus no Estado do Amapá; 2. Encaminhem a esta Procuradoria-Geral de Justiça relatório de atuação, com prestação de contas dos valores já gastos das verbas federais e estaduais; 3. Encaminhem a esta Procuradoria-Geral de Justiça cronograma de atuação com planejamento para ações e gastos a serem realizados, inclusive relativos às Emendas Parlamentares redirecionadas para combate à Covid-19; 4. Examine a possibilidade de, ao fim dos trabalhos emergenciais de combate à pandemia, serem reunidas informações em forma de prestação de contas à sociedade, com informação sobre o resultado do uso de recursos, com especial enfoque no total investido nas ações de emergência, especificando os recursos autorizados, as ações realizadas com os recursos investidos, os beneficiários das ações realizadas, as contratações realizadas para atender às necessidades emergenciais, os contratados para fornecer produtos e serviços e o *status* de cumprimento de cada uma das contratações.

Em 31 de março de 2020, o Grupo de Trabalho (GT) formado por membros do Ministério Público do Amapá (MP/AP), Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério Público Federal (MPF/AP) e Defensoria Pública do Estado (DPE) recomendou, aos gestores das secretarias

Estadual (Sesa) e Municipal de Saúde (Sesa), que providenciem, no prazo de 72 horas, a criação de site específico para publicidade — em tempo real — das compras emergências para enfrentamento do novo coronavírus.

- Recomendação nº 007/2020 — GAB/PGJ (08/04/2020): Recomenda aos fornecedores (comerciantes, sociedades empresárias, autônomos, etc.), especialmente de Farmácias/Drogarias, Mercados/Supermercados/Atacados/Feiras/Miniboxes e congêneres e ao Executivo Estadual e Municipal — Procon, Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, Secretaria de Segurança Pública, Polícia Militar e Polícia Civil, como forma de preservar vidas, evitar a proliferação do novo coronavírus (Covid-19) e garantir a saúde pública.

- Recomendação nº 008/2020 — GAB/PGJ (09/04/2020): Recomenda ao Governo do Estado do Amapá, às Secretarias do Estado da Saúde, da Fazenda, Planejamento e Infraestrutura, às Prefeituras e às Secretarias Municipais de Saúde e Fazenda que observem os elementos a serem verificados individualmente nos autos de cada procedimento administrativo em que se processará a contratação direta, mediante dispensa de licitação, para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, com fundamento no art. 4º da Lei Federal nº 13.979/2020.

Foi ajuizada a Ação Civil Pública nº 0014738-34.2020.8.03.0001 em 27 de abril de 2020 e concedida parcialmente antecipação de tutela em face do Estado do Amapá, em 28 de abril, para determinar que:

- a) mantenha disponíveis as informações sobre todas as contratações, nos termos do art.4º da Lei Federal nº 13.979/2020, contendo, além das previstas no § 3º do art. 8º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, o nome do contratado, o número de sua inscrição na Receita Federal do Brasil, o prazo contratual, o valor e o respectivo processo de contratação ou aquisição de forma objetiva, transparente, clara;*
- b) mantenha em caráter qualitativo, a disponibilidade da informação em sua integralidade, com o formato digitalizado (PDF) do Processo Administrativo de Dispensa, Liquidação da Despesa e Pagamento,*

incluindo qualquer outra variação terminológica da aceção técnica;

c) abstenha-se de manter nos links de acesso dos Portais Transparência, qualquer ferramenta de bloqueio ou semelhante, a exemplo do “reCAPTCHA”, impeditivo do acesso automatizado por sistemas externos em formatos abertos, estruturados e legíveis por máquina, a violar o disposto no art. 8º, § 3º, III, na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

- Recomendação nº 009/2020 — GAB/PGJ (28/04/2020):

Recomenda ao Governo do Estado do Amapá, às Secretarias do Estado da Saúde, da Fazenda, do Planejamento e à Assembleia Legislativa do Estado que observem, com rigor, o teor da Recomendação, para que sejam adotados como base à proposta de lei que instituirá o Auxílio Emergencial os elementos de urgência, necessidade efetiva, prudência, equilíbrio e sensatez com o uso de recursos públicos. Referidos auxílios devem beneficiar apenas e tão somente os profissionais da saúde diretamente em contato com a pandemia, como incentivo, se for o caso, ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, com fundamento no art. 4º da Lei Federal nº 13.979/2020. Ainda assim, mesmo nos casos de incentivo ao enfrentamento do mencionado vírus, os possíveis projetos de lei devem indicar qual recurso do Estado ou do Fundo Estadual de saúde será disponibilizado para o custeio do benefício.

- Recomendação nº 010/2020 — GAB/PGJ (06/05/2020):

Recomenda que as autoridades constituídas observem, rigorosamente, a urgência e a necessidade de enfrentamento de todas as questões de saúde pública no Estado do Amapá, de importância internacional, decorrentes da pandemia de Covid-19, determinando-se ao Governo do Estado do Amapá, às Secretarias do Estado da Saúde, da Fazenda, Planejamento e Infraestrutura e Procuradoria-Geral do Estado do Amapá que adotem providências para aquisição emergencial de medicamentos, fluxo de fornecimentos necessários ao pleno funcionamento dos hospitais no combate à pandemia de Covid-19; adotem as medidas necessárias para colocar em funcionamento as dependências do Hospital Universitário do Estado do Amapá e do Hospital do Amor para o atendimento das demandas decorrentes da Covid-19; adotem as medidas necessárias para a instalação de hospitais de campanha dentro dos padrões indispensáveis

ao correto atendimento do tratamento da Covid-19 e, no caso do Hospital da Vila Amazonas, utilização como maternidade, se for o caso; assim como garantam o mínimo necessário de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), exclusivos para atendimento aos casos de Covid-19, com o necessário isolamento, bem como a apresentação imediata de plano de ação contendo previsão no aumento do número de leitos dessa natureza de acordo com a demanda. Garantam também a lotação de profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e outros indispensáveis ao enfrentamento da crise de Covid-19, em número suficiente, para atender à demanda já existente e aos novos leitos por serem ativados; a lotação de profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e outros indispensáveis ao enfrentamento da crise de Covid-19, em número suficiente, para atender à demanda já existente e aos novos leitos por serem ativados. Do mesmo modo, que adéquem, bem como destinem espaço necessário para possível ampliação de mais leitos com respiradores, respeitando as normas de isolamento total dos demais pacientes que não estejam acometidos da Covid-19; que forneçam e fiscalizem o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para os profissionais da saúde, com base na Nota Técnica NG nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA1 e outras normas aplicáveis, a saber, álcool 70% para desinfecção das mãos, gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, máscaras N95, FFP2 ou equivalente, avental e luvas de procedimento; que disponibilizem, de forma ampla e farta, material para higienização das mãos pelos servidores e profissionais diretamente vinculados às atividades hospitalares e de atendimento ao público nas redes SUS, com a implantação, se for o caso, de lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel-toalha, papel-toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual, em todos os ambientes de circulação dos referidos trabalhadores; que disponibilizem também, de forma ampla e farta, material para higienização das mãos dos pacientes e acompanhantes, com a implantação, se for o caso, de lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel-toalha, papel-toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual, em todos os ambientes onde circulem essas pessoas; e que instalem alertas visuais (cartazes, placas e pôsteres) na entrada dos serviços de saúde e em locais estratégicos (como áreas de espera, elevadores e lanchonetes), com advertências específicas sobre os cuidados a serem tomados a fim de evitar o contágio da Covid-19.

- Recomendação nº 011/2020 — GAB/PGJ (22/05/2020):
Recomenda aos Excelentíssimos Senhores Prefeitos Municipais, com base

no art. 29, inciso X, e art. 129, inciso I, da Constituição da República e aos promotores de Justiça do Estado do Amapá que, além das ações já realizadas para atendimento, no campo funerário, aos possíveis casos de Covid-19, adotem as providências necessárias à verificação da recomendação, podendo para tanto adotar as medidas judiciais pertinentes.

Dentre as ações realizadas pelas Promotorias de Justiça do Estado do Amapá, destaca-se:

- Doação de alimentos aos moradores da Baixada Pará, adquiridos por meio de Termo de Ajustamento de Conduta¹.

- Destinação de parte de multa ambiental para aquisição de cestas básicas para famílias ribeirinhas de Ferreira Gomes².

- Doação de produtos para combate ao novo coronavírus no Município de Santana, resultante de TAC.³

- Doações para famílias do Projeto Comunidade Restaurativa.⁴

Foram ajuizadas ações judiciais nas diversas frentes de atuação do Ministério Público, com destaque para transparência de gastos, sobrepreço de máscaras, isolamento social, contratação de médicos, compra de medicamentos, leitos hospitalares, transferência de pacientes e estruturação de hospitais.

Por fim, ressalto que o Ministério Público do Estado do Amapá vem adotando medidas desde o início da pandemia, por intermédio de ações, recomendações e reuniões que visam compelir o Poder Público a garantir a população e aos profissionais da saúde o acesso a medicamentos, equipamentos de proteção, respiradores e leitos necessários ao combate da Covid-19, cumprindo assim sua missão constitucionalmente prevista.

1 Cf. em: <http://www.mpap.mp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9400>.

2 Cf. em: <http://www.mpap.mp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9304>.

3 Cf. em: <<http://www.mpap.mp.br/noticias/gerais/resultado-de-tac-mp-ap-faz-doacoes-em-santana-de-produtos-para-combater-o-coronavirus>>.

4 Cf. em: <<http://www.mpap.mp.br/noticias/gerais/defesa-social-familias-do-projeto-comunidade-restaurativa-recebem-doacoes-das-associacoes-de-classe-do-mp-ap-e-amcel>>.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PAINEL DE INDICADORES - SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS

APRESENTAÇÃO

Inicialmente é importante destacar que o MPES, diante dos desdobramentos da pandemia do novo coronavírus, instituiu o Gabinete de Acompanhamento da Pandemia do Novo Coronavírus (GAP-COVID-19), por meio da Portaria PGJ nº 226, de 16 de março de 2020, complementada pela Portaria PGJ nº 241, de 26 de março de 2020, que criou a Força-Tarefa para o acompanhamento da pandemia e fiscalização das ações empreendidas pelos órgãos públicos estaduais e municipais capixabas (FT-COVID-19), objetivando uma atuação conjunta e uniforme dos membros do MPES na garantia, de forma efetiva e eficaz, da defesa dos direitos da sociedade capixaba.

Destaca-se que compete ao GAP-COVID-19 estabelecer medidas estratégicas e integradas para assegurar a atuação dos membros do MPES em relação à pandemia (art. 3.º, inciso I, da Portaria PGJ 241/20).

Por fim, salienta-se que, em atendimento ao Ofício-Circular nº 12/2020/CES encaminhado pelo Conselho Nacional do Ministério Público, por meio do qual solicitou o encaminhamento de boas práticas do Ministério Público brasileiro no enfrentamento da Covid-19, a excelentíssima senhora procuradora-geral de Justiça solicitou o levantamento das boas práticas, conforme procedimento SEI [19.11.0082.0013368/2020-22](#), tendo sido o referido levantamento anexado (SEI nº 0285877), na data de 17 de julho de 2020.

Diante do acima exposto, destaca-se que as boas práticas indicadas no procedimento SEI [19.11.0082.0013368/2020-22](#), assim como a que será descrita a seguir na área de atuação da Saúde, não exaurem as boas

práticas instituídas, mas são as que apresentaram resultados concretos advindos da atuação institucional em razão do novo coronavírus.

1. SÍNTESE DA PRÁTICA

A transparência do Sistema de Regulação de Leitos da Secretaria de Estado da Saúde para o Ministério Público do Estado do Espírito Santo, cujo acesso pelos promotores de Justiça é feito diretamente pela página do Centro de Apoio Operacional de Implementação das Políticas de Saúde (CAOPS), vem possibilitando informações/acompanhamento em tempo real dos pacientes cadastrados pelos estabelecimentos de saúde (PA/UPA/Hospital), principalmente dos pacientes suspeitos/confirmados de Covid-19, funcionando como uma importante ferramenta para a fiscalização do controle do acesso (por exemplo, classificação por risco, tempo de espera etc.) aos leitos hospitalares (regulação).

Essa fiscalização, desde a transparência do Sistema de Regulação de Leitos para o MPES, já vinha sendo adotada rotineiramente, intensificando-se após a emergência em saúde pública decretada no Estado do Espírito Santo, onde o sistema sofreu uma pequena alteração para o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus, a saber, os pacientes suspeitos/confirmados da Covid-19 cadastrados no sistema passaram a ser identificados com um círculo pintado com a cor verde ao lado das iniciais do nome, facilitando e proporcionando um excelente resultado finalístico na prevenção e no enfrentamento da pandemia.

2. DESCRIÇÃO: TRABALHO ADOTADO, ÂMBITO DE ABRANGÊNCIA, AGENTES ENVOLVIDOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

A partir do primeiro caso do novo coronavírus registrado em território brasileiro, o Centro de Apoio Operacional de Implementação das Políticas de Saúde (CAOPS) iniciou o encaminhamento das orientações aos membros do Ministério Público do Estado do Espírito Santo para uma atuação extrajudicial conjunta e uniforme, entre outros, no tocante ao acesso aos leitos hospitalares, tendo sido expedido comunicado aos promotores de Justiça com atuação na área da saúde no sentido de que fosse prestado atendimento aos usuários do SUS que necessitassem de regulação para leito

hospitalar adequado para o seu tratamento, quer estivessem em prontos atendimentos, quer estivessem em estabelecimentos hospitalares, e que procurassem as Promotorias de Justiça de seus respectivos municípios, encaminhando, para tanto, modelo de ofício direcionado ao Subsecretário de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde.

Por sua vez, a 3^a Promotora de Justiça da Promotoria de Justiça Cível de Vitória (Capital), com atribuição estadual na área da saúde, expediu Notificação Recomendatória para o Secretário de Estado da Saúde, recomendando fosse determinado à Central de Regulação de Leitos que regulasse, imediatamente, para leito hospitalar adequado todos os pacientes suspeitos e/ou infectados pelo novo coronavírus que se encontrassem nos PAs/UPAs dos municípios e solicitassem vaga de internação no sistema da “Central de Leitos”.

Além dos modelos disponibilizados para a atuação dos promotores de Justiça com atuação na área da saúde pública, o acesso ao Painel de Indicadores de Regulação de Leitos, que possibilitou/possibilita buscar informações sobre a regulação dos pacientes cadastrados aos leitos hospitalares adequados, cujo acesso pode ser feito pela página do CAOPS, no site do MPES¹, continuou/continua sendo disponibilizado com a nova remodelagem (os pacientes cadastrados como suspeitos e/ou confirmados de Covid-19, além das informações já existentes, passaram a ser identificados com o círculo pintado na cor verde ao lado de suas iniciais), facilitando, dessa forma, o acompanhamento/monitoramento.

Assim, os pacientes cadastrados pelo referido estabelecimento de saúde, PA/UPA/Hospital, na Central de Regulação de Leitos da SESA, quer sejam suspeitos/confirmados Covid-19, quer sejam não Covid-19, podiam/podem ser acompanhados em tempo real no referido painel, sendo um importante instrumento para fiscalização e controle do acesso aos leitos hospitalares (por exemplo, classificação do risco, tempo de espera etc.).

Em razão da preocupação de que sobreviesse um colapso no sistema de saúde do Estado do Espírito Santo, o CAOPS organizou inúmeras reuniões virtuais com toda a rede hospitalar própria/contratada/conveniada, a Secretaria de Estado da Saúde, as Superintendências Regionais de Saúde,

1 Disponível em: <<https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Modelos/Paginas/NoticiaSemFoto.aspx?pagina=908>>.

os diretores de todos os Hospitais e todos os promotores de Justiça com atuação na área da Saúde, objetivando levantar informações de forma mais rápida e segura no tocante, entre outras, ao funcionamento do Núcleo Interno de Regulação (NIR), existência de equipe de profissionais completa nas UTIs, quantitativo de aparelhos respiradores, estoque de medicamentos e de equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde (EPIs), uma vez que a deficiência em qualquer desses itens impactaria no número de leitos para a regulação, causando sobrecarga de imediato no sistema de regulação em meio a pandemia enfrentada. Nessas reuniões também foi abordado acerca da existência de espaços nesses hospitais para continuidade da ampliação e reestruturação de leitos de UTI/enfermaria para pacientes com Covid-19 e não Covid-19, de forma a contribuir para a uma contínua melhora na regulação de leitos.

Buscando contribuir para melhoria da regulação de leito, a 3ª Promotora de Justiça da Promotoria de Justiça Cível de Vitória (Capital), com atribuição estadual na área da Saúde, expediu Notificação Recomendatória para todos os diretores dos hospitais próprios/contratados/conveniados recomendando que não recusassem a internação de pacientes idosos sem acompanhantes e/ou sem acompanhantes em tempo integral.

Foi expedida, ainda, pela 3ª Promotora de Justiça da Promotoria de Justiça Cível de Vitória (Capital), com atribuição estadual na área da Saúde, juntamente à 35ª Promotoria de Justiça da Promotoria de Justiça Regional do Consumidor de Vitória, Notificação Recomendatória para todos os diretores dos hospitais privados que prestam serviços para planos de saúde/cooperativas/seguradores não contratados/conveniados com o SUS, recomendando o cumprimento da Portaria SESA nº 059-R/2020020 no sentido de informar, por meio eletrônico², dados dos pacientes hospitalizados confirmados com Covid-19 ou SRAG (desde a data de admissão do paciente, evolução do quadro clínico, até a alta do mesmo). Seguido de ofício requisitando informações quanto ao número total de leitos, e de Notificação Recomendatória recomendando providências administrativas para a divulgação na página principal, entre outras, das seguintes informações: número total de leitos para casos de Covid-19 disponibilizados, especificando: UTI e Enfermaria (ADULTO)

2 Sistema web EPIMED pelo link <www.epimedmonitor.com>.

e UTI e Clínico (PEDIÁTRICO); número de leitos Covid-19 OCUPADOS especificando: UTI e Clínico(ADULTO) e UTI e Clínico (PEDIÁTRICO); e enquanto não cumprindo tais informações sejam, imediatamente e diariamente, prestadas ao Ministério Público desse Estado.

Por fim, no decorrer do acompanhamento do Sistema de Regulação de Leitos, o CAOPS acompanhou/acompanha também todas as etapas do cronograma de reestruturação/ampliação de leitos divulgado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Cumprir registrar que, desde a decretação do estado de emergência em saúde pública no Estado do Espírito Santo até a presente data, a taxa de ocupação de leitos de Covid-19 no âmbito estadual, no “pico” da doença, não ultrapassou o percentual dos 91% (noventa e um por cento), uma vez que as etapas de ampliação/reestruturação dos leitos foram observadas, ficando demonstrado no Sistema de Regulação de Leitos, importante ferramenta para os membros desse Parquet na fiscalização da regulação dos leitos pelo Estado, o acesso da população capixaba ao serviço de saúde hospitalar.

Diante disso, essa boa prática vem fomentando a transparência às listas de espera por leitos hospitalares tanto para o tratamento da Covid-19 como para outras doenças. Logo, o acesso a esse sistema pelo MPES assegurou/assegura aos pacientes um serviço de saúde mais eficiente, tendo em vista o promotor de Justiça poder acompanhar em tempo real todo o processo de regulação do leito e, principalmente, contribuir para a diminuição da judicialização.

3. ACESSO AO PAINEL DE LEITOS



Você está aqui: [Página Principal](#) >> [ÁREAS DE ATUAÇÃO](#) >> [CAOPS - Políticas de Saúde](#) >> [Links](#)

Links



Acesse [aqui](#) o Painel de Indicadores de Regulação de Leitos .

Consulte o Mapa do Índice de Cobertura de Medicamentos. Acesse [aqui](#)



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ

GRUPO ESPECIAL DE COMBATE À PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) NO ÂMBITO DO MPCE

1. INTRODUÇÃO

Em 26 de fevereiro de 2020, data de confirmação do primeiro caso do novo coronavírus em território nacional, o Conselho Nacional do Ministério Público, por meio da Comissão da Saúde, e a 1ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF emitiram a Nota Técnica Conjunta nº 01/2020, evidenciando “a necessidade de atuação conjunta, interinstitucional, e voltada à atuação preventiva, extrajudicial e resolutiva, em face dos riscos crescentes da epidemia instalar-se no território nacional”¹.

Ainda antes da nota técnica, em 30 de janeiro, o Ministério Público do Estado do Ceará, por meio da 137ª Promotoria de Justiça de Fortaleza, com atribuição extrajudicial na defesa da saúde pública, instaurou o Procedimento Administrativo P.A. 09.2020.00000442-6, com a finalidade de acompanhar as providências que estavam sendo adotadas pelas Secretarias de Saúde do Estado do Ceará e do Município de Fortaleza para o enfrentamento do novo coronavírus.

Em audiência ocorrida no âmbito do referido procedimento, em 12 de março, um dia após a declaração de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ficou definida a atuação do Centro de Apoio Operacional da Cidadania (CAOCIDADANIA), com atribuição para defesa da saúde pública, em articulação com as Promotorias de Justiça, para que todos os municípios do Estado apresentassem plano de contingência na

1 Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/noticias/2020/Fevereiro/SEI_CNMP_-_0329748_-_Nota_T%C3%A9cnica_-_Administrativo.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

área de saúde para enfrentamento da Covid-19. Após atuação do Ministério Público, por meio de ofício do procurador-geral de Justiça, diversas reuniões e articulações interinstitucionais, em menos de uma semana, todos os Municípios do Estado do Ceará elaboraram e apresentaram os seus planos de contingência, tendo em poucos dias o número de planos subido de um Município, em 12 de março de 2020, para 184 Municípios em 19 de março de 2020.²

A situação de pandemia, com o avanço de casos confirmados no país e no Estado do Ceará, que teve o primeiro caso confirmado em 16 de março, declarando situação de emergência em saúde, por meio do Decreto nº 33.510³, exigiu do Ministério Público do Estado uma atuação coordenada entre as diversas áreas de atuação.

Nesse sentido, foi instituído o Grupo Especial de Combate à Pandemia do Novo Coronavírus (Covid-19), no âmbito do Ministério Público do Estado do Ceará, formalizado pelo Ato Normativo 94/2020⁴, de 23 de março de 2020.

O grupo é formado pelos seguintes membros: Manuel Pinheiro Freitas (procurador-geral de Justiça); Eneas Romero de Vasconcelos (promotor de Justiça – coordenador do grupo); Isabel Maria Salustiano Arruda Porto (procuradora de Justiça – atuação na saúde pública); Liduína Maria de Sousa Martins (promotora de Justiça – atuação na defesa do consumidor); Lucy Antoneli Domingos Araújo Gabriel da Rocha (promotora de Justiça – atuação na saúde pública); Ana Cláudia Uchoa de Albuquerque Carneiro (promotora de Justiça – atuação na saúde pública); Hugo Frota Magalhães Porto Neto (promotor de Justiça – atuação na defesa do idoso, pessoa com deficiência, indígenas e cidadania); Giovana

2 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/2020/03/19/apos-manifestacao-do-mpce-todos-os-municipios-entregam-plano-de-contingencia-contra-covid-19/>> e <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/regiao/municipios-cearenses-concluem-entrega-de-plano-de-contingencia-para-prevencao-ao-novo-coronavirus-1.2224620>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

3 Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/DECRETO-N%C2%BA33.510-de-16-de-mar%C3%A7o-de-2020.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

4 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2020/03/Ato-Normativo-n%C2%BA-094-2020-Plant%C3%A3o-Corona-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

de Melo Araújo (promotora de Justiça – atuação na defesa da pessoa em situação de rua e cidadania); e Breno Rangel Nunes da Costa (promotor de Justiça – atuação na área criminal).

Incluem-se nas atribuições do grupo: centralizar as informações e as comunicações oriundas das autoridades de saúde internacionais, federais, estaduais e municipais; definir as diretrizes e orientações para atuação dos órgãos do Ministério Público na fiscalização dos serviços de saúde, público e privado, no combate à pandemia do novo coronavírus (Covid-19); adotar, em conjunto com os órgãos de execução, as medidas necessárias no combate à pandemia do novo coronavírus (Covid-19); atender ao público, interno e externo, com exclusividade, apenas em demandas relacionadas à pandemia do novo coronavírus (Covid-19).

Além disso, a Comissão está em constante articulação com órgãos públicos e privados, buscando soluções para os problemas que se apresentam, especialmente em relação à saúde pública, defesa do consumidor, do idoso, da pessoa com deficiência, das comunidades indígenas e outros públicos vulneráveis. Ademais, também atua intermediando o diálogo necessário entre as instituições, cobrando e sugerindo ao Poder Público medidas eficazes para o combate à pandemia.

Ressaltam-se, nos próximos tópicos, as principais atuações do grupo no acompanhamento da pandemia do novo coronavírus, pautadas em princípios resolutivos, de conciliação e superação dos problemas apresentados, dispensando *a priori* instrumentos jurídicos processuais nas demandas relacionadas à saúde pública com ênfase na atuação coordenada, dialogal e resolutiva. O Ministério Público integra Grupos de Trabalho com todos os Poderes, instituições públicas e movimentos sociais, e procura sempre solução consensual por meio do diálogo com base nas informações técnicas e científicas com várias reuniões toda semana, inclusive com o Comitê da Crise do Governo do Estado, participando o Ministério Público do Ceará de todas as reuniões do Comitê.

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DA COMISSÃO ESPECIAL E RESULTADOS ALCANÇADOS:

As atividades coordenadas pela comissão especial incluem ações internas e externas, judicial e, principalmente, extrajudicial, nas áreas de

saúde, consumidor, criminal, defesa de idosos e pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, indígenas e comunidades tradicionais, entre outros, buscando atuar de forma célere e resolutiva, para dar uma resposta satisfatória à sociedade neste momento de crise.

2.1 Interação com a sociedade

Ainda em março, foi disponibilizado um *link* específico no *site* do MPCE, em que são registradas todas as informações, contatos, materiais, campanhas, orientações aos promotores, e medidas do MPCE em relação à pandemia, sendo também criado um e-mail específico para recebimento de denúncias e reclamações sobre o novo coronavírus: covid19.denuncia@mpce.mp.br.

No mês de abril, foi realizada a Campanha Ceará Solidário, tendo como uma das ações a montagem de vídeo, com participações voluntárias, da música “Enquanto houver sol”, como forma de contribuir, com um pouco de arte, para a superação das dificuldades inerentes ao momento de distanciamento social⁵.

O Ministério Público participou ainda de todas as reuniões do Conselho Estadual de Direitos Humanos (CEDH), bem como do Grupo de Trabalho do CEDH da Covid-19, tendo ouvido todos os movimentos sociais e atuado em todas as questões relativas à defesa dos direitos humanos e das minorias por intermédio de todos os promotores do Estado com articulação e coordenação do Grupo de Trabalho.

2.2 Atuação interna – apoio aos membros do Ministério Público:

Buscando uniformar e apoiar as ações do Ministério Público nos municípios cearenses, muitas informações e orientações foram compartilhadas por meio do grupo de WhatsApp “Saúde MP-CE”, gerido pelo coordenador do Caocidadania e da Comissão Especial. O grupo é um espaço para compartilhar dúvidas, materiais, boas práticas entre os promotores de Justiça com atribuição para defesa da saúde pública, permitindo agilidade no repasse de informações e socialização de materiais.

5 O vídeo com resultado da campanha pode ser visto em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TIFRxxndTxk>>.

Além do grupo virtual, foram elaboradas minutas de Recomendação⁶ nas mais diversas áreas para orientar a atuação das Promotorias de Justiça de todas as comarcas do Estado, ressaltando a importância do instrumento jurídico extrajudicial. Foram mais de 30 minutas de recomendação que resultaram em centenas de recomendações elaboradas por todas as Promotorias do Estado do Ceará.

Em relação ao uso obrigatório de máscaras, por exemplo, hoje admitido consensualmente como necessário e regulamentado por lei estadual e federal, o Ministério Público recomendou seu uso em estabelecimentos públicos e no comércio em 8 e 9 de abril de 2020, com mais de dois meses de antecedência em relação à lei estadual e com base no direito do consumidor e no direito constitucional, administrativo e sanitário.⁷

Foram realizadas também várias videoconferências, por meio da ferramenta Teams do Office 365, para capacitação de membros e servidores, citam-se: “Vigilância epidemiológica: notificações e exames”; “Regulação de leitos de pacientes com Covid-19”, com participação de profissionais e gestores da Saúde do Estado do Ceará para esclarecimentos aos promotores de Justiça sobre a situação do Estado; “Atuação Ministerial em relação às contratações emergenciais referentes à Pandemia do Novo Coronavírus”, com o promotor de Justiça José Silderlândio do Nascimento, buscando capacitar os promotores a estarem ainda mais atentos aos gastos públicos, tendo em vista a flexibilização de diversas regras de contratações públicas nesse período.

Importante ressaltar que os membros da Comissão estão em diálogo constante, além de se mostrarem disponíveis para esclarecimentos de dúvidas e apoio aos promotores de Justiça, por meio de telefone, celular e e-mail, buscando desburocratizar as formas de atuação e apoio, o que se mostra de fundamental importância para solução das questões.

6 A lista das minutas de recomendações podem ser acessadas em: <<http://www.mpce.mp.br/coronavirus/materiais-de-apoio-caos/>>.

7 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2020/04/CAOCI-DADANIA-Minuta-de-RECOMENDAÇÃO-P.A.-uso-de-máscaras-servidores-municipais.docx>> e <<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2020/04/Minuta-de-RECOMENDAÇÃO-P.A.-Utilização-de-máscaras-Estabelecimentos-e-Consumidores.docx>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

2.3 Acompanhamento das ações dos gestores públicos:

Desde o início da crise, as ações do MPCE têm se pautado pelo acompanhamento das políticas públicas de forma extrajudicial. São exemplos de ações do governo que o MPCE acompanhou: ações da Secretaria de Saúde do Estado quanto à requisição do Hospital Leonardo da Vinci, que estava desativado, para atendimento exclusivo de pacientes com Covid-19, e quanto à requisição administrativa de insumos e medicamentos para abastecer a rede pública de saúde. Também foi feita atuação para garantir a transparência dos gastos do Estado e dos Municípios⁸ com grande êxito⁹ e diversas atuações de fiscalização para garantir a probidade dos gastos e bom emprego das verbas públicas com a abertura de centenas de procedimentos.¹⁰

Quando alguns municípios iniciaram flexibilização das normas de isolamento social em desacordo com as diretrizes do Estado, o procurador-geral de Justiça emitiu recomendação¹¹ para que não flexibilizassem tais normas de isolamento, tendo em vista a grave situação de todo o Estado, sob pena de restar configurada hipótese de intervenção no município, nos moldes constitucionais. Tal ação, direcionada a todos os municípios do Estado, evitou o ajuizamento de ação civil pública pelas Promotorias de Justiça, bem como uniformizou a atuação da instituição em todo o Estado.

Ainda acompanhando a situação da saúde pública no Estado, em parceria com o Ministério Público Federal, o MPCE foi coautor de ação judicial, com obtenção de liminar, para envio ao Ceará de 94 respiradores pulmonares que estavam retidos pelo governo federal. Nesse caso, excepcionalmente, não foi possível solução extrajudicial, e a medida era necessária porque o Estado vivia situação muito grave em relação à pandemia, com falta de respiradores e grande número de mortos.

8 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2020/04/CAOCIDADANIA-Minuta-de-RECOMENDAÇÃO-Portais-da-Transparência-gastos-com-Covid-19.docx>>.

9 Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/2020/04/16/ceara-lidera-ranking-de-transparencia-sobre-pandemia-no-brasil/>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

10 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/2020/06/11/balanco-do-mpce-registra-239-procedimentos-para-fiscalizar-gastos-publicos-durante-pandemia/>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

11 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomenda%C3%A7%C3%A3o-Prefeito-Interven%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

2.4 Defesa do consumidor e área criminal

Uma das áreas estratégicas da atuação do Ministério Público foi a saúde privada, já que a rede de saúde complementar não havia se preparado para a pandemia; após reuniões iniciais em que não se obteve êxito, foi feita recomendação pelo Ministério Público que resultou na rápida mudança da rede privada que passou a se preparar para a pandemia com separação das emergências, redefinição do seu perfil assistencial, separação de leitos exclusivos para Covid-19 e ampliação do número de leitos de UTI, tendo toda a rede iniciado adaptação com o Hospital Regional da Unimed, quadruplicando o número de leitos de UTI e construído hospital de campanha em anexo à sede. Posteriormente, foi feita nova recomendação para que hospitais que haviam fechado suas emergências no auge da pandemia procedessem a sua reabertura, o que ocorreu após atuação do MP.¹²

A Comissão teve atuação ainda acompanhando a disponibilidade de estoque de cloroquina e hidroxicloroquina nas farmácias do Estado, a fim de que não faltassem às pessoas que necessitam fazer uso regular dos medicamentos como pacientes com lúpus.

Em abril, foi realizada a Operação Careza¹³, com o apoio da Polícia Civil, com o objetivo de combater o abuso de preços na venda de máscara em rede de farmácias de Fortaleza.

Ademais, outro problema enfrentado no Estado, com atuação constante da Comissão, foram as aglomerações e filas nos bancos, com emissão de orientação para as Promotorias, modelos de recomendação e atuação conjunta do DECON com o Ministério Público Federal.

12 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/2020/05/07/mpce-recomenda-que-hospitais-privados-de-fortaleza-ampliem-capacidade-de-atendimento/>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

13 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/2020/04/07/mpce-deflagra-operacao-careza-contravenda-de-mascaras-com-precos-abusivos/>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

2.5 Defesa de pessoas em situação de vulnerabilidade: idosos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, comunidades tradicionais

Outra preocupação constante da Comissão especial é o fomento das políticas públicas para os grupos mais vulneráveis.

Em relação às pessoas idosas, foi feito trabalho voltado para as Instituições de Longa Permanência (ILPIs), buscando proteger a vida dos idosos institucionalizados, público mais vulnerável para o coronavírus. Citam-se abaixo as ações realizadas¹⁴:

- articulação constante com os órgãos de defesa da pessoa idosa;
- disponibilização, em parceria com o CEDI (conselho estadual de defesa do idoso), de formulários virtuais para preenchimento pelas ILPIs;
- compilação das respostas em ferramenta de *business intelligence*;
- envio de material de apoio para os promotores de Justiça;
- criação de *checklist* para inspeção virtual das instituições;
- articulação para doação de máscaras tipo *face shield*;
- articulação com a Secretaria de Saúde do Estado para disponibilização de equipamentos de proteção individual e outros insumos de saúde para todas as ILPIs existentes no Estado, bem como para a contratação de apoiadores de saúde — profissionais para auxiliarem as instituições nas questões de prevenção da pandemia;
- solicitação ao Poder Público para realizar processo de sanitização nos ambientes das ILPIs.

Semelhante trabalho foi realizado quanto às pessoas com deficiência institucionalizadas nas residências inclusivas existentes no município de Fortaleza.

14 Matéria sobre a atuação em defesa das pessoas idosas disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/2020/08/11/articulacao-do-mpce-em-rede-muda-realidade-de-idosos-nas-ilpis/>>.

Na defesa das pessoas em situação de rua, também houve atuação da Comissão, em conjunto com a Promotoria de Justiça com atribuição específica, para que o Poder Público criasse e efetivasse plano de contingência, incluindo ampliação das vagas de abrigamento, disponibilização de materiais de higiene e alimentação, entre outras ações. Também foi garantido direito à expedição de documento para as pessoas em situação de rua para exercerem os seus direitos civis, inclusive receber o auxílio emergencial, já que o serviço havia sido suspenso e foi reaberto para essas pessoas após recomendação do MP.¹⁵

A Comissão, em conjunto com o Ministério Público Federal, também tem atuado no acompanhamento das comunidades tradicionais, como indígenas, quilombolas, pescadores, por meio de reuniões e audiências virtuais e recomendações ao Poder Público. Em relação aos indígenas, foi desenvolvida campanha¹⁶ específica de conscientização.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação da Comissão Especial de Combate à Covid-19 no âmbito do MPCE possibilitou que o Ministério Público respondesse mais prontamente às demandas apresentadas, uniformizando a atuação nos diversos municípios, a partir dos materiais de apoio enviados, gerando eficiência na troca de informações e acompanhamento das ações do Poder Público, bem como colaboração entre os promotores de Justiça, com troca de experiências e apoio mútuo.

Ressalta-se que a Comissão não possui atribuição de órgão de execução, mas, sendo coordenada pelo promotor de Justiça que também coordena o Centro de Apoio Operacional da Cidadania, que já tem como missão apoio às Promotorias, serviu como elo e referência entre os órgãos de execução.

Vários desafios se apresentaram e ainda se apresentam, como: amplitude da crise, que gera reflexos nos mais diversos setores da

15 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/2020/05/15/mpce-solicita-a-reabertura-dos-vapt-vupt-para-emissao-de-rg/>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

16 Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/2020/07/23/mpf-mpce-e-comunidades-indigenas-cearenses-lancam-campanha-indigenassemcovid/>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

sociedade, atingindo principalmente as populações já mais vulneráveis; resistência de gestores públicos e privados em alguns municípios cearenses em aderir às medidas necessárias de isolamento social e outras medidas de contenção do novo coronavírus; e resistência entre alguns promotores de Justiça.

Mesmo assim, a centralização e a coordenação de informações no grupo têm permitido que o Ministério Público cumpra sua missão constitucional de forma mais satisfatória, sendo incluída, ainda, entre as instituições com relevante papel para superação da crise gerada pela pandemia do novo coronavírus no Estado do Ceará, participando das principais comissões do Estado que discutem, a partir dos critérios técnicos, sanitários e epidemiológicos, a adoção de medidas de isolamento e abertura das atividades.

As ações adotadas durante a pandemia, como a criação do grupo especial, devem ser aprimoradas para o trabalho em outras pautas da instituição. Cita-se como exemplo a criação de GT para acompanhamento da regionalização das políticas de saúde do Estado. O trabalho integrado entre promotores de Justiça permitirá o melhor acompanhamento da implantação de políticas públicas no Estado, por meio de inspeções presenciais, emissão de recomendações conjuntas, realização de audiências públicas e outros instrumentos de atuação extrajudicial do MP, trazendo melhores resultados para a sociedade.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE RONDÔNIA

BOA PRÁTICA NO ÂMBITO DA DEFESA DO PATRIMÔNIO PÚBLICO, PELO GRUPO DE ATUAÇÃO ESPECIAL DE DEFESA DO PATRIMÔNIO PÚBLICO E COMBATE À CRIMINALIDADE (GAECRI), EM DESDOBRAMENTO DOS TRABALHOS DA FORÇA-TAREFA COVID-19

1. APRESENTAÇÃO

Em desenvolvimento dos trabalhos designados ao Grupo de Atuação Especial de Defesa do Patrimônio Público e Combate à Criminalidade (GAECRI/MP/RO), de acompanhamento e fiscalização das aquisições e contratações em regime de urgência do Estado de Rondônia e Município de Porto Velho, em razão do enfrentamento da pandemia de Covid-19, a boa prática desenvolvida por esse grupo consiste na análise espontânea e preliminar de processos de contratação emergencial pelos entes públicos (Governo do Estado de Rondônia e município de Porto Velho), a fim de identificar possíveis superfaturamentos, direcionamentos indevidos e fraudes diversas, para coibir a prática de dano ao erário e atos de corrupção previstos na Lei nº 12.846/2013 (Lei “Anticorrupção”), como estratégia de combate à corrupção e prevenção de danos ao patrimônio público.

Na impossibilidade de se analisar a integralidade de processos de aquisição, os procedimentos têm sido triados por valores da contratação e/ou relevância do item no enfrentamento à pandemia. Também são observadas denúncias ou relatórios de alertas emitidos pelo Tribunal de Contas do Estado.

2. OBJETIVOS

São objetivos da atuação em caráter preventivo do GAECRI:

I – Fomentar transparência nos processos de contratação e uso dos recursos públicos destinados ao combate à Covid-19;

II – Atuar de forma integrada, inclusive com outros órgãos, almejando a adoção de medidas preventivas e enfrentamento da propagação decorrente da pandemia de Covid-19 e suas consequências;

III – Analisar os processos de contratações realizados no âmbito do Estado de Rondônia, a fim de identificar possíveis irregularidades, ilegalidades, superfaturamentos, direcionamentos indevidos e fraudes diversas, como estratégia de combate à corrupção e prevenção de danos ao patrimônio público;

IV – Adotar providências judiciais e extrajudiciais para coibir abusos e desvios em caráter de urgência e preparar/subsidiar material para a atuação posterior, pelos órgãos de execução com atribuição de defesa da saúde pública ou probidade.

3. AGENTES ENVOLVIDOS

Para tanto, o grupo atua com uma equipe composta pelos promotores de Justiça Joice Gushy Mota Azevedo e Geraldo Henrique Ramos Guimarães, uma assessora técnica, três assistentes de Promotoria, um estagiário de Direito e apoio dos profissionais especialistas do Núcleo de Análises Técnicas (NAT).

O Núcleo de Análises Técnicas auxilia o grupo em diversas diligências, em especial análise do perfil, porte e contrato social das empresas que disputam os certames e seus sócios proprietários e fiscalização *in loco*, na sede ou local de prestação dos serviços de saúde contratados.

4. DESCRIÇÃO DO TRABALHO ADOTADO

As atividades constituem, prioritariamente, de análise dos processos de contratação emergencial e adoção de providências em caráter extrajudicial e judicial.

Para subsidiar essa análise, foi disponibilizado, pelo Governo do Estado de Rondônia, acesso ao seu sistema de tramitação interna de processos eletrônicos (SEI), de forma que é possível acompanhar, em tempo real, a íntegra dos atos administrativos de contratação pelo Estado.

Pelos municípios, quando instados, são remetidos a íntegra de seus processos de contratação, por meio eletrônico.

Após a análise preliminar dos processos administrativos, que observa os parâmetros da contratação, a atuação dos agentes públicos envolvidos, a regularidade e compatibilidade do objeto ou serviço em contratação, o atendimento das exigências legais e o perfil das empresas contratadas (porte, solidez, atividades econômicas, grau de risco, sede, entre outros), adotam-se as medidas e providências que se fizerem necessárias para coibir ou evitar prejuízo ao patrimônio público ou práticas ilegais.

Paralelamente, também foram confeccionados planos de trabalho e pacotes de peças, para reprodução das atividades nas comarcas do interior do Estado.

Os principais recursos utilizados são os típicos de órgãos de execução: pareceres, expedição de recomendações, elaboração de notas técnica, relatórios de constatação e ajuizamento de ações.

5. DO QUANTITATIVO DE PROCESSOS ANALISADOS

Desde o início dos trabalhos desse Grupo de Atuação Especial (24 de março de 2020), estima-se que foram analisados cerca de 32 processos de contratação, até o presente momento (24 de agosto de 2020)¹.

1 SEIs nº 0036.073709/2020-79, 0036.200718/2020-49, 0029.145464/2020-88, 0036.128327/2020-90, 0036.142139/2020-74, 0005.147848/2020-11, 0036.178419/2020-11, 0050.14838/2019-45, 0036.427717/2019-14, 0036.143379/2020-96, 0053.176545/2020-22, 0053.180070/2020-79, 0036.212671/2020-66, 0036.213947/2020-23, 0036.145667/2020-85, 0036.133428/2020-82, 0036.125310/2020-81, 0036.135788/2020-19, 0050.132012/2020-69, 0036.134239/2020-27, 0036.134309/2020-47, 0036.134254/2020-75, 0036.134621/2020-31, 0036.125310/2020-81, 0049.125348/2020-12, 0005.158725/2020-06, 0036.136712/2020-19, 0036.132373/2020-93, 0036.142434/2020-21, 0036.207748/2020-86, e Processos nº 739/2020 e nº 1058/2020.

6. RESULTADOS ALCANÇADOS

No decorrer dos trabalhos, verificou-se consolidação da transparência dos processos de aquisição emergencial, fortalecimento da atuação integrada com outros órgãos de controle (CGU, TCE, Polícias Civil e Federal), assim como correção de processos de contratação e ações rápidas de efeitos concretos de economicidade e preventivas de danos, seja pelo cancelamento/revogação de contratações irregulares, seja pelo bloqueio de valores em contratações fraudadas. A planilha que segue ilustra sucintamente parte dos resultados econômicos alcançados.

Nº de processos analisados	Total dos Valores contratados	Valores objetos de remanejamento, cancelamento/revogação/regularização de contratações ou constrição judicial
Em torno de 32	R\$ 105.915.312,34 (cento e cinco milhões, novecentos e quinze mil, trezentos e doze reais e trinta e quatro centavos)	R\$ 58.923.300,00 (cinquenta e oito milhões, novecentos e vinte e três mil e trezentos reais)



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

O COMITÊ DE CRISE DA PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE SP PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: UM CASO DE DEMOCRACIA INTERNA, EFICÁCIA NA ATUAÇÃO E DIÁLOGO COM A HISTÓRIA

INTRODUÇÃO

A violenta pandemia que se abateu sobre o mundo pegou de surpresa a quase totalidade da população humana e suas instituições. Certo que alguns cientistas já haviam alertado acerca da possibilidade de uma epidemia atingir os sapiens, mas foram solenemente ignorados, marcados como alarmistas ou catastrofistas.

As primeiras notícias, ainda singelas, acerca da descoberta de vírus novo na China tiveram início no final de dezembro. Nada muito claro, contudo. Passadas algumas semanas, percebeu-se que algo de grave acontecia na China, posto que uma região com enorme população e importância estratégica para a economia daquele País, Wuhan, ficou isolada de forma bastante severa.

Em poucos meses a epidemia se deslocou da China para a Europa, desta para os EUA e logo depois chegou ao nosso País. Certo que, em virtude dessa rota do vírus, tivemos um pouco mais de tempo para que nos preparássemos para o enfrentamento da pandemia. As unidades de saúde conseguiram, de certo modo, se aparelhar, com todas as dificuldades decorrentes do desfinanciamento do SUS¹, para enfrentar o novo e desconhecido vírus.

1 A pandemia encontrou o SUS em seu pior momento. Segundo estudos apresentados na Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) do Conselho Nacional de Saúde,

AS ALTERAÇÕES ABRUPTAS NA NOSSA FORMA HISTÓRICA DE TRABALHO

A pandemia atingiu todos os brasileiros e todas as instituições². O nosso Ministério Público passou, ao longo de sua história, por guerras, golpes, revoluções, crises econômicas e sociais gravíssimas. Por algumas delas passou de forma positiva, outras nem tanto. Mas essa análise fica para os historiadores.

O fato objetivo é que nossa Instituição nunca tinha enfrentado uma epidemia de dimensões mundiais. E não tínhamos parâmetros históricos para enfrentar a nova e dramática situação. Nossa Instituição jamais passou por uma pandemia mortífera e desconhecida como agora.

Demoramos para perceber a gravidade da situação. Tanto que os festejos de carnaval ocorreram normalmente em todo o território nacional, hoje se sabendo que o vírus já circulava entre nós (embarque-se que o carnaval ocorreu entre os dias 22 e 26 de fevereiro de 2020). Portanto, até então, nenhum aviso ou indício daquilo que estava por vir.

A situação se agravou de forma tão abrupta que, 18 dias depois do término dos festejos carnavalescos, a Resolução nº 1.197/20 da PGJSP, datada de 16 de março de 2020, determinou o teletrabalho, e imediatamente as dependências ministeriais ficaram esvaziadas. Tudo

o prejuízo ao SUS causado pela Emenda Constitucional 95/16, de 2018 a 2020, já chega a R\$ 22,48 bilhões. Ao longo de duas décadas, os danos são estimados em R\$ 400 bilhões a menos para os cofres públicos. Não é demais lembrar que, além de desfinanciado, o SUS, à mercê da grave crise econômica que o País atravessava mesmo antes da pandemia, recebeu milhares de pessoas que não puderam continuar pagando seus planos de saúde. Os planos de saúde no Brasil perderam 3,4 milhões de usuários entre 2014 e 2019, segundo um balanço divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

- 2 Há que se reconhecer que as consequências da pandemia não atingiram igualmente todos os brasileiros. Inquérito sorológico feito na cidade de São Paulo durante o mês de setembro demonstrou que há uma significativa prevalência da infecção entre as pessoas da cor preta e parda em relação às pessoas de cor branca (15,1 para 7,5%). Há, ainda, significativa prevalência da infecção entre as pessoas somente com o ensino fundamental daqueles com ensino superior completo. Pessoas das classes D e E têm entre três e quatro vezes maior risco de infecção do que aquelas das classes A e B. Moradores em residência entre uma ou duas pessoas são menos infectados do que aqueles que moram em residências com cinco ou mais pessoas (10,3 para 19,85)

feito em linha com o Tribunal de Justiça de São Paulo, Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional do Ministério Público.

Nossa Instituição jamais passou por algo semelhante. Nunca os prédios dos Fóruns e do Ministério Público foram abruptamente fechados. E jamais, em tempo algum, toda a Instituição entrou, de um dia para o outro, em trabalho remoto.

Não é caso de se esmiuçar os enormes problemas causados pela alteração abrupta, mas há que se lembrar de algumas das dificuldades: colegas sem os equipamentos adequados, lidando concomitantemente com trabalho ministerial, com as tarefas domésticas (as auxiliares foram corretamente dispensadas), de auxílio aos filhos nas lidas escolares (escolas fechadas e também sem nenhum preparo para aulas remotas). Colegas pouco afeitos aos sistemas eletrônicos utilizados pelo Ministério Público e pelo Judiciário. Enfim, um enorme tormento. Ressalve-se que, à mercê dos esforços dos colegas e da administração, as coisas foram entrando nos seus eixos e os trabalhos foram realizados. Mas no princípio beirou-se o caos.

Assim, sem parâmetro histórico a nos guiar, tudo foi tentativa e erro. Mais acertos do que erros, diga-se.

AS LIÇÕES NÃO APRENDIDAS DA NOSSA ÚLTIMA EPIDEMIA

Em setembro de 1918 chegou ao País o vírus que gerou grave epidemia que tomou o injusto nome de gripe espanhola³, visto que de espanhola nada tinha. Chegou por meio de navio de bandeira inglesa que aportou em vários portos brasileiros e, por onde passou, deixou o vírus, que se espalhou pelo País. E se espalhou de forma muito mais lenta do

3 A gripe não surgiu na Espanha. Há dúvida se surgiu nos Estados Unidos ou na China. Recebeu o nome de “espanhola” porque a pandemia somente foi tratada com a gravidade que a situação exigia pela imprensa espanhola, visto que as mídias dos demais países envolvidos na guerra acharam melhor silenciar o problema, para não gerar maior preocupação nas tropas nos campos de batalha da Primeira Guerra Mundial. Como a Espanha não participava do conflito, seus jornais trataram do tema com desabrida correção. Infelizmente por essa razão é que a peste teve seu nome ligado à Espanha. Injustiça histórica!

que ocorreu com o atual coronavírus, uma vez que a rede de comunicação entre os humanos não era tão exponencial como atualmente.

Calcula-se que morreram, em poucos meses, mais de 35 mil brasileiros, numa população de aproximadamente 30 milhões de pessoas à época dos fatos. Morreram, portanto, pouco mais de 0,11% da população brasileira. Calcula-se que mais de 50 milhões de pessoas morreram ao redor do mundo entre 1918 e 1920.

Um dado curioso, relevante para que se entenda o drama atual, é que, com toda a nova tecnologia e o avanço científico no âmbito da medicina, é muito provável que, ao final deste ano, o Brasil chegue a lastimáveis 200.000 mortos pelo novo coronavírus. Algo muito próximo do dado de 1918, 0,11% da população.

Ressalte-se que, já naquela época, havia pessoas que negavam a gravidade da doença, bem como outras tantas que reverberavam medicamentos milagrosos para evitar o mal: sal de quinino (utilizado para combater a malária), balas de ervas, queima de alfazema para limpar o ar etc. Um desses medicamentos milagrosos virou, passada a epidemia, uma das glórias nacionais, a caipirinha. Justamente porque, durante a gripe que devastou parte da população brasileira, espalhou-se que a mistura de mel, cachaça e limão tinha poder curativo e preventivo para a peste. Quem experimentou (e sobreviveu) acabou gostando da mistura, espalhando a descoberta, que hoje é uma das bebidas típicas nacionais.

Outra curiosidade reside no fato de que a ciência, na ocasião, também indicava como alternativas seguras o distanciamento físico e uso de máscaras para evitar o contágio. Vê-se que, como todo o avanço científico, essa indicação é até hoje utilizada como uma das únicas formas seguras de evitar o contágio do novo coronavírus.

O VÍRUS NO BRASIL: INFORMAÇÕES DESENCONTRADAS E ERRADAS

Mesmo tendo certo tempo para se preparar para a chegada do vírus, existiram enormes equívocos nos primeiros momentos da pandemia no Brasil.

Nossos cientistas não tinham (e não têm) unidade na análise do tema. Tanto que, num primeiro momento, as autoridades públicas orientaram a população a só procurar hospitais quando estivesse se sentindo mal. Eram explícitos: não devem procurar socorro médico aos primeiros sintomas da doença. Passados alguns meses, a orientação passou a ser no sentido inverso: orientava-se a população a procurar socorro médico exatamente aos primeiros sintomas. Justamente porque se constatou, pela experiência, que as pessoas que procuravam os hospitais em situação ruim tinham poucas chances de sobrevivência.

O uso de máscaras faciais somente foi orientado pelas autoridades públicas meses após o início da epidemia no Brasil. E demorou mais ainda para que se determinasse a sua obrigatoriedade, sob pena de multa.

Há um dado importante: as primeiras informações (hoje tidas como equivocadas) foram massivamente colocadas na mídia pelos governos em publicidade. Contudo, as alterações não tiveram o mesmo espaço institucional. Certo que as alterações foram bem marcadas pelas mídias tradicionais, que, nesse sentido, cumpriram um bom papel, mas o papel do Estado em informar acerca das novas descobertas científicas certamente não foi cumprido de forma correta, clara e massiva.

O atual procurador-geral de Justiça tomou posse no dia 17 de abril de 2020, em plena pandemia, portanto com os prédios ministeriais fechados e todos os promotores e funcionários trabalhando em *home office*. Situação, como visto, inusitada em nossa longa história.

O primeiro ato do novo PGJ foi entrar em contato com colegas para a criação de um gabinete de crise que tivesse três objetivos:

- a. O primeiro deles era dar unidade e rumo aos promotores de Justiça espalhados pelo Estado, em isolamento social, sem instrumental técnico e científico mínimo para que dessem justo rumo às altas e graves demandas levadas às Promotorias. Por meio de enunciados, os promotores teriam uma rota segura para seguir, claro, sempre respeitando a sacrossanta independência funcional;
- b. O segundo era dialogar claramente com a sociedade, que tem o direito de saber quais as linhas ministeriais definidas para o enfrentamento da pandemia;

- c. O terceiro, e não menos importante, era dialogar com a história. Olhar ao longe e não perder o sentido da história, saindo das querelas do dia a dia, da luta política e partidária, das questões do momento. A pergunta que não devemos perder de vista é: o que dirão os historiadores, os cientistas sociais, os educadores, os juristas, enfim o que dirá a história acerca da nossa atuação neste momento dramático da vida nacional?

Uma das lições que aprendemos com a pandemia da gripe espanhola é que esse assunto dominará conversas e estudos por décadas. Aquilo que hoje pode parecer o correto, passará pelo crivo inexorável da história.

Questões muito concretas se colocam, e é fundamental não perder o sentido da história. Hoje há uma pressão de certos setores sociais para que, por exemplo, a cloroquina seja distribuída para a população por meio da farmácia popular. E temos pressões para que os promotores entrem com ações objetivando obrigar os gestores públicos a dispensarem o dito medicamento em tratamento precoce, contra a opinião quase unânime dos mais renomados médicos, infectologistas e cientistas.

Quem estará certo no tribunal da história? Aqueles que entenderam que a cloroquina era a possível salvação precoce? Ou aqueles que entenderam que entregar o medicamento sem prescrição médica para a população era perda inútil de dinheiro público? Temos pistas muito claras de qual lado a história estará nesse exemplo. Mas outros temas são mais complexos, e tudo tem que ser decidido no calor dos fatos.

Então não se deve deixar de lado um olhar para o crivo da história, sob pena de se fazer o jogo miúdo do dia a dia da política partidária. Sem resultados concretos. Ou pior, prejudicando a vida de parte da população.

Pois bem, tendo em mira esses três objetivos, instados a trabalharem na criação do gabinete de crise, sem parâmetros históricos, os colegas formularam um projeto ambicioso, que foi vivamente acolhido pelo PGJ, que não mediu esforços para colocá-lo em ação.

Por meio da Portaria nº 4.258/20, publicada no DOE do dia 25 de abril, o procurador-geral de Justiça criou Grupo de Trabalho, ligado a seu gabinete, com o objetivo de articular e fomentar a atuação do Ministério Público do Estado de São Paulo no enfretamento da pandemia provocada pelo novo coronavírus.

A ideia é que o grupo fosse integrado por representantes dos órgãos superiores, procuradores e promotores de Justiça. Logo após a publicação da portaria, os coordenadores iniciaram a montagem de seus grupos, convidando colegas das mais variadas áreas do Estado, das diversas entrâncias e das mais diferentes gerações ministeriais.

Tudo com enorme dificuldade em razão da pandemia, com os nossos prédios vazios e com a necessária rapidez para os trabalhos tivessem início. E um pequeno milagre operou-se: os grupos foram rapidamente formados, com colegas de enorme competência, senso público e capacidade de trabalho. Marque-se que os componentes dos grupos não estão afastados de seus cargos e de seu cotidiano trabalho.

Surgiu logo um problema real: promotores não têm formação em saúde pública. E muitos dos temas, os principais, são ligados ao tema da ciência médica.

Logo surgiu a ideia de criarmos um grupo de especialistas de reconhecida competência e credibilidade que pudesse, por assim dizer, iluminar os nossos caminhos, tendo como farol os estudos contemporâneos, com todos os seus desafios, dúvidas e dificuldades diante de um vírus desconhecido.

Logramos convidar e, para nosso enorme orgulho, aceitaram esse trabalho gratuito e da maior responsabilidade os seguintes profissionais: Ana Maria Malik, Augusto Scalabrini Neto, Drauzio Barreto, Ester Sabino, Giovanni Cerri, Gonzalo Vecina Neto, Mário Scheffer e Roberto Kalil Filho.

Havia enormes dúvidas acerca dos melhores caminhos a trilhar. Então nossa primeira providência foi fazer uma reunião entre nossos especialistas e os procuradores e promotores que integravam os comitês e os componentes dos grupos de trabalho.

Assim é que no dia 28 de abril fizemos uma reunião que praticamente tomou o dia inteiro. Das 9h até as 13h, os colegas ouviram e debateram como Ana Maria Malik, Augusto Scalabrini, Mário Scheffer e Roberto Kalil. Das 18h às 22h, conversamos e ouvimos Drauzio Barreto, Giovanni Cerri e Gonzalo Vecina.

Foram debates intensos, dúvidas surgiram, divergências se colocaram de forma clara e direta. Tudo em debate livre e democrático.

Falou-se na necessidade das testagem em massa, dos problemas da testagem e dos problemas técnicos com os testes disponíveis; da questão da fila única e da eventual necessidade de o Poder Público se utilizar dos leitos privados; da questão do fechamento das escolas; da tragédia da desigualdade no Brasil que teria impacto na disseminação do vírus e na mortalidade, que poderia ser desigual entre as classes sociais (como de fato está sendo); das formas de transmissão do vírus; a questão das UTIs no Brasil; da pandemia e das imensas dificuldades que a população de rua enfrentaria (que evidentemente cresceria em virtude das dificuldades econômicas que o vírus traria); da mortandade que seria gerada com a eventual política da imunidade de rebanho (em voga na ocasião); a questão da renda mínima que teria que ser implementada para evitar o caos para a população mais vulnerável; a falácia do denominado isolamento vertical e os problemas daí decorrentes etc.

Enfim todos os temas entraram em discussão. E cada qual dos colegas foi formando opinião, agora assentada em bases científicas e em posições tecnicamente sustentáveis.

A partir desse ponto, os colegas começaram a trabalhar de forma mais consistente. E os grupos iniciaram seus trabalhos no sentido de debater profundamente os temas e sugerir ao PGJ enunciados que teriam o condão de balizar os trabalhos desenvolvidos pelo MPSP, ressaltando-se a independência funcional.

Os coordenadores iniciaram reuniões semanais, com a participação da PGJ, para discutirem rumos, ideias e teses. Os grupos de trabalho também se reuniam para debater as questões mais tormentosas de cada área e eventualmente aprovar enunciados.

Os enunciados, uma vez aprovados e publicados em Diário Oficial, tornam-se caminhos indicados pela Instituição aos seus componentes e à sociedade. Não é camisa de força ao conjunto dos promotores e procuradores, mas indicação de trilhas seguras.

Logo percebeu-se, contudo, que as dúvidas não estavam somente na área da medicina, mas na área da educação, da inclusão social, do meio ambiente, da habitação e da proteção às crianças e adolescentes.

Assim é que os grupos, com ampla autonomia de ação, iniciaram um trabalho absolutamente fantástico ao trazerem para os debates profissionais reconhecidos em suas áreas de atuação.

Todos os debates foram feitos via Teams, com o auxílio fundamental e decisivo da Escola Superior do Ministério Público.

Os eventos foram sempre massivos, com presença, em média, de 200 promotores e procuradores de Justiça. Ademais, os grupos fizeram dezenas e dezenas de reuniões ampliadas, com promotores e técnicos da nossa Instituição, discutindo profundamente os temas com eles relacionados.

Este trabalho não daria conta de listar a quantidade e falar acerca da qualidade dos debates. Alguns poucos exemplos bastam para que se tenha a dimensão e a intensidade dos eventos.

Assim é que a área da habitação e urbanismo promoveu debate com Raquel Rolnik, arquiteta e professora da FAU/USP.

O grupo de trabalho que trata do adolescente em conflito com a lei promoveu debates com representante do mecanismo de prevenção e combate à tortura e representantes do Ministério Público do Trabalho. Promoveu, ainda, importante reunião com os desembargador Reinaldo Cintra e representantes do Poder Judiciário, representantes da nossa Corregedoria-Geral e colegas componentes do GT para discutir a continuidade da suspensão do cumprimento das medidas socioeducativas e de prestação de serviços à comunidade (que o TJ logrou suspender, conforme a posição ministerial).

Os colegas do GT da inclusão social promoveram debates magníficos, da maior profundidade. Falaram aos promotores, entre outros, Denise Colin, Maria Carmelita Yasbek e Aldaíza Sposati acerca da necessária proteção social na pandemia. As complicadas questões relacionadas com a flexibilização também foram debatidas com Luiz Guilherme Galeão da Silva e Denise Colin.

Os colegas do grupo do meio ambiente trouxeram o debate acerca do descarte e a coleta dos resíduos sólidos durante a pandemia, com as palestras de Patrícia Lemos, Paulo Saldiva, Vital Ribeiro, Roseane Souza, Antonio Mathias e com a colega Alexandra Faccioli.

O candente tema do retorno às aulas gerou e está a gerar enorme preocupação nos colegas que compõem o grupo da educação. Bem por isso promoveram debates com Ester Sabino, Esper Kalás, Daniel Cara, Domingos Alves, Dalton de Souza e Marcos Neira.

O grupo da saúde promoveu inúmeros debates. Um deles cuidou do tormentoso tema do tratamento precoce, trazendo os médicos Gonzalo Veccina Neto, Ludhmila Hajjar e Francisco Cardoso, além do colega Vidal Serrano.

Além desses debates com especialistas, promovemos reuniões dos coordenadores dos grupos com representantes do Ministério Público Federal e do Ministério Público do Trabalho, derivando daí trabalhos conjuntos da maior relevância.

Conversamos com representante do alto comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos, sempre resultando em trabalhos conjuntos.

Enfim estamos dialogando com aquilo que de melhor há no conhecimento científico. Com isso, indubitavelmente, nos assenhoreamos de um tema complexo, intersetorial, delicado e importante. Isto empoderou os colegas e os instrumentalizou para a realização de seus importantes trabalhos.

Mais de uma centena de enunciados foram produzidos; alguns deles, por serem temas transversais, foram aprovados conjuntamente por vários grupos. Tudo sempre discutido e deliberado democraticamente.

Debateu-se acerca dos temas centrais na pandemia, com o olhar específico de cada área, sem perder de vista que quase tudo é intersetorial e transversal. Embora os grupos de trabalho tivessem ampla liberdade, constata-se uma unidade nos enunciados, certamente em razão dos amplos debates travados no período que serviram, entre outros objetivos, para formar e informar uma gama enorme de colegas.

Anote-se que, concomitantemente aos enunciados, os grupos disponibilizaram roteiros e modelos para facilitar o trabalho dos colegas, claramente assoberbados por um labor exaustivo.

Alguns exemplos dos temas debatidos:

- Na área da saúde: uso da telemedicina; uso de leitos privados pelo SUS; uso correto de máscaras de proteção facial; os vários testes para detecção do coronavírus; limites para carreatas e manifestações contra as medidas de restrição econômica e de distanciamento social determinadas pelas autoridades públicas; limites e regras para a realização de cultos e missas; necessidade de política pública de saúde mental para questões decorrentes da pandemia (isolamento social, medo, ansiedade etc.), análise do denominado plano São Paulo, com suas novas regras de isolamento social.

- Na área da educação: tratou-se da educação infantil e das atividades escolares não presenciais; da educação infantil e reorganização do calendário escolar em razão da pandemia; da educação infantil e a indissociabilidade do cuidado e do processo educativo.

- Proteção integral e alimentação escolar; educação infantil e a relação de instituições de ensino, educadores, crianças e famílias; a necessidade de oferta de alimentação escolar em tempos de pandemia de Covid-19 e do tormentoso tema do retorno às aulas.

- Na área da inclusão social, os colegas cuidaram das inúmeras e necessárias formas de proteção aos moradores de rua; da rede socioassistencial e equipamentos no âmbito do SUAS; da segurança alimentar e nutricional; do fornecimento de água e higiene (por incrível que possa parecer, não se fornecia água aos moradores de rua do centro da capital, por exemplo); dos serviços de acolhimento; benefícios eventuais, e quarentena heterogênea.

- Na área do consumidor, cuidou-se da abusividade de preços, dos preços das escolas particulares e dos planos de saúde.

- Em tema das execuções criminais, cuidou-se da testagem e formas de evitar a propagação do vírus nas unidades prisionais.

- Na área da violência doméstica, cuidou-se do boletim de ocorrência eletrônico; do delicado tema do depoimento por teleaudiência; das medidas protetivas de urgência; dos prazos para medidas protetivas e canais de atendimento da mulher vítima de violência durante a pandemia.

- Na área do idoso, os colegas elaboraram enunciados acerca da preservação dos direitos das pessoas idosas; das formas e meios de agir

das instituições de longa permanência para idosos (ILPIS) para evitar a propagação da epidemia; as necessárias ações dos Municípios e do Estado na área em lume e necessidade de elaboração de políticas públicas com base em dados.

- Na área da transparência, o grupo de trabalho cuidou das formas de controle dos gastos públicos com verbas utilizadas para o enfrentamento do coronavírus, bem como dos gastos das Organizações Sociais de Saúde no tema, além de cuidarem das formas e meios de controlar os gastos públicos utilizados para o enfrentamento da pandemia.

- Na área do meio ambiente, os colegas fizeram enunciados acerca da questão da saúde ambiental e fauna silvestre e das audiências públicas concernentes a processos e procedimentos administrativos ambientais urgentes em plataformas virtuais.

- Na área da vulnerabilidade social, tratou-se do funcionamento do SUAS e do Conselho Tutelar em tempos de pandemia. Cuidou-se, ainda, do acolhimento institucional, do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente (FIA), dos contratos de aprendizagem e audiências concentradas.

- Na área do adolescente em conflito com a lei, os colegas elaboraram enunciados acerca da saúde mental dos jovens, bem como medidas de prevenção para evitar que o vírus entrasse nas unidades da Fundação Casa (para tanto os colegas promoveram reunião entre um dos nossos especialistas, dr. Caio Rosenthal, e a direção da Fundação para a elaboração dos necessários protocolos); das audiências virtuais; cuidaram da área pedagógica, esporte, cultura e lazer. Trataram, ademais, das formas para cuidar dos adolescentes no meio aberto e na semiliberdade.

Inúmeros enunciados conjuntos foram debatidos e aprovados em reuniões entre os componentes dos vários grupos, cuja temática era comum. Esses enunciados têm um sabor especial, visto que todos necessitamos aprender a trabalhar em conjunto, ouvindo especificidades, debatendo e chegando a consensos democráticos.

Entre eles destacam-se:

- o fornecimento de água potável como serviço essencial que não pode ser interrompido, devendo, ainda, ser disponibilizado à população

que não tenha acesso à rede pública de abastecimento de água, como favelas e bairros inteiros na capital e interior;

- o tratamento adequado para resíduos sólidos domiciliares e coleta seletiva;

- o direito de reunião para fins democráticos e dentro do respeito às normas sanitárias;

- as pautas identitárias;

- a educação dos alunos da educação especial e atividades não presenciais;

- a educação especial e a efetivação de estratégias de comunicação acessível e inclusiva com os alunos e seus familiares;

- a educação especial e proteção social adequada;

- normas e meios de sepultamentos sem agressão ao meio ambiente e sem colocar em risco os trabalhadores e demais pessoas. Os cuidados necessários nos necrotérios;

- o tratamento adequado dos resíduos sólidos de saúde;

- formas e meios de transporte público que minorem os riscos de transmissão do vírus;

- a formação de rede de atenção às mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência em situação de violência.

Esse enorme trabalho, uma vez publicado no Diário Oficial, é disponibilizado aos colegas em SharePoint específico, inclusive com roteiros de atuação e modelos.

ALGUNS EXEMPLOS DE ENUNCIADOS QUE BALIZARAM IMPORTANTES ATUAÇÕES DA PGJ E DOS COLEGAS

No Estado de São Paulo, no mês de junho, suportamos manifestações promovidas por grupamentos que defendiam o fechamento do Congresso Nacional, do Supremo Tribunal Federal, e, alguns deles, chegavam claramente a defender a ditadura militar.

O Comitê Temático de Inclusão Social, com o apoio majoritário dos demais grupos, aprovou o seguinte enunciado.

Direito de Reunião

1. O direito de reunião pacífica e sem armas, em locais abertos ao público, previsto no artigo 5º, inciso XVI, da Constituição Federal, deve ser assegurado, mesmo em tempos de pandemia, desde que a manifestação defenda e respeite a ordem democrática, os direitos fundamentais e o regular funcionamento das instituições políticas do Estado brasileiro, podendo-se exigir de seus organizadores tão somente prévio aviso à autoridade, além de obediência às orientações sanitárias de distanciamento social.
2. Sem prejuízo do necessário e prévio esforço coletivo para obediência das orientações sanitárias de proteção individual, caberá ao Poder Público, durante o ato, adotar providências educativas e de conscientização para convencer as pessoas presentes a manterem distância uns dos outros e atentarem às referidas medidas de proteção.
3. Caberá, ainda, ao Poder Público, por suas forças policiais eventualmente presentes, atuar para garantir o exercício pacífico e seguro do direito fundamental de reunião e para proteger a incolumidade física de seus participantes.
4. O Ministério Público, no exercício de suas atribuições constitucionais e legais, adotará as providências necessárias para apuração de responsabilidades em caso de violação dos direitos de que cuidam estes enunciados.

Pois bem, esse enunciado, aprovado pela PGJ, foi o norte que guiou um processo de negociação entre o MP, a Polícia Militar e vários dos grupos que promoviam manifestações na Capital para que as manifestações ficassem dentro dos parâmetros democráticos definidos na CF em vigor. E pactuou-se que cada grupamento político poderia se utilizar da Avenida Paulista, alternadamente, em um fim de semana. Para que se evitasse violência e arbitrariedade.

O pacto foi rigorosamente cumprido por todos, e a questão foi pacificada, com cada qual dos grupamentos fazendo, em rodízio, manifestação pacífica e dentro dos marcos constitucionais.

Inúmeros outros exemplos podem ser mencionados. E esse espaço será insuficiente para mencionar todos.

Outro exemplo digno de nota tratou do uso de leitos privados pelo SUS. Num primeiro momento, o enunciado causou estranheza em alguns setores, que entendiam que a medida era autoritária e ilegal. Contudo, o curso da história demonstrou que seu uso pelo Poder Público foi necessário e utilizado de forma moderada e eficiente.

Aprovou-se, contudo, o seguinte enunciado, hoje pacificado como o mais correto entre os nossos colegas:

No contexto da pandemia e da desigualdade de recursos disponíveis para o SUS e para a rede privada, o uso de leitos privados pelo SUS constitui alternativa a ser considerada pelo gestor público para garantia do direito à saúde e deve ser incluída no plano de contingência de cada ente federativo. A medida excepcional, porém, deve ser adotada pelas autoridades administrativas após o esgotamento das vagas do SUS e das entidades de caráter beneficente, a exemplo das Santas Casas.

O plano de contingência de cada ente federativo deve contemplar: a) prioritariamente, o chamamento público direcionado a hospitais privados com ofertas de custeio da operação para a aquisição de leitos das entidades privadas; b) na hipótese de insuficiência do chamamento público, a requisição administrativa para o uso de leitos privados.

A história nos absolverá? Tudo foi feito no calor dos fatos, da hora, num redemoinho de sentimentos. Os debates foram os mais profundos possíveis; os enunciados refletem um momento do mundo, do Brasil e da ciência.

Fizemos e estamos fazendo aquilo que nos parece certo, mas o número crescente de mortos são sinal evidente de que há algo estranho. Há algo que não entendemos completamente.

Quais as razões de tantas mortes no Estado de São Paulo e no País? Seremos responsabilizados por elas?

Temos que entender profundamente as razões do morticínio. Somos um dos pouquíssimos países da terra em que o presidente da República, desde o início da pandemia, nega a gravidade da situação, em que o

primeiro mandatário da nação desqualifica sua própria política de saúde pública. Em uma palavra, sabota os esforços para o isolamento físico entre as pessoas, o uso de máscaras e vocifera que só os fracos padecem com a doença.

A palavra presidencial tem peso. Grande parte da população acredita que tudo não passa de uma fraude, que a pandemia não é real. E então ignora as regras mais básicas para a prevenção e tratamento da doença.

A pandemia, ademais, como visto, pegou o SUS bastante depauperado.

Para a formação da tempestade perfeita, teremos eleições municipais no fim do ano, com evidente repercussão na política pública de vários municípios do Brasil. Alguns prefeitos, de olho nas eleições, se pautam não só pela melhor ciência, mas também (em certos momentos, principalmente) pelos humores dos eleitores.

As eleições tiveram as datas levemente alteradas: de outubro para novembro. Pouca ou nenhuma alteração teremos na pandemia em dois meses. Talvez que se pudesse alterar as eleições para o ano próximo, e então teríamos um duplo efeito: as políticas seriam mais voltadas para a melhor ciência, e as pessoas se infectariam menos ao votarem.

Mas não se escolhe o momento da história. A pandemia chegou no Brasil em confluência dramática de situações que a tornam explosiva.

Estamos tentando fazer aquilo que nos parece o mais adequado, dentro dos limites constitucionais para a nossa atuação. A história nos absolverá? Absolverá os negacionistas? Veremos no curso dos próximos anos.



**MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DE ALAGOAS**

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE ALAGOAS

MEMORIAL DESCRITIVO DA FORÇA-TAREFA – MP/AL – COVID-19

Criação de força-tarefa para o enfrentamento preventivo e das consequências da pandemia do novo coronavírus, causador da Covid-19.

A iniciativa teve por fundamento a premente necessidade da ação coordenada e sinérgica do Ministério Público Estadual para potencializar os esforços conjuntos voltados ao enfrentamento preventivo e resolutivo dos efeitos da pandemia.

Comunicação estruturada, com fundamentos técnicos, tendente a provocar soluções extrajudiciais preventivas, a partir do trabalho homogêneo de órgãos de execução, observada a independência funcional.

ÁREA ESPECÍFICA

Coordenação da atividade finalística do Ministério Público, no âmbito da saúde, com reflexos positivos nas demais áreas de funcionamento institucional.

ABRANGÊNCIA

Todo o Estado de Alagoas.

DESCRIÇÃO

Por meio do Ato PGJ nº 12/2020, o Ministério Público do Estado de Alagoas instituiu a FT-MP/AL-Covid-19. A força-tarefa é presidida pelo procurador-geral de Justiça e integrada pela Corregedoria-Geral, Ouvidoria e Centro de Apoio Operacional (CAOP), com seus núcleos:

Defesa da Infância e Juventude, Direitos Humanos, Meio Ambiente, Mulher, Saúde Pública, Consumidor, Patrimônio Público, Educação, Combate à Criminalidade e Perícia.

Diversos órgãos de execução foram instados a participar do grupo, para atuação na Região Metropolitana de Maceió e no interior do Estado de Alagoas, com representantes regionais.

A equipe foi constituída para debater e fornecer, aos demais órgãos de execução do Ministério Público, informações tendentes a aprimorar o enfrentamento da pandemia. Não obstante, conforme demonstram os resultados alcançados, a força-tarefa foi além do seu escopo inicial.

Em decorrência da prática adotada, ocorreu um substancial incremento do contato dos Membros do Ministério Público com os Núcleos do CAOP, assim como com diversos órgãos públicos e entidades privadas. Com efeito, durante as reuniões virtuais da força-tarefa, estiveram presentes atores alheios à composição do grupo, convidados pela Presidência para tratar de temas relacionados ao interesse da sociedade alagoana. Com destaque para o presidente do Tribunal de Justiça e o corregedor-geral da Justiça, bem como outros Magistrados, também se fizeram presentes às reuniões, com efetiva participação, secretários de Estado, secretários Municipais, prefeitos etc.

Na mesma linha de consequências, verificou-se um aumento exponencial do número de atuações conjuntas entre órgãos de execução do Ministério Público. O trabalho interinstitucional também foi impactado positivamente, a exemplo de funcionamento conjunto com o Ministério Público Federal e a participação no Gabinete de Crise da Situação de Emergência (GCSE), do Governo do Estado.

Foi adotada a metodologia de reuniões telepresenciais, com periodicidade semanal, permanecendo aberta a hipótese de convocação extraordinária pelo presidente. Os integrantes da equipe, assim como os convidados, recebem com antecedência um *link* para ingresso na conferência remota. Há distribuição prévia de materiais e da pauta.

Após o início dos trabalhos, são colhidas as informações situacionais de cada região, com a finalidade de fundamentar o planejamento e a adoção de providências, preferencialmente extrajudiciais e preventivas, em defesa da saúde pública e em decorrência do estado emergencial.

A FT-MP/AL-Covid-19 tornou-se uma das referências em relação ao enfrentamento da pandemia no Estado de Alagoas. Foram tratadas desde as primeiras medidas restritivas e de distanciamento social até as cautelas necessárias ao início da retomada às atividades presenciais em vários setores. Em seu âmago, foram levadas a efeito discussões de mais alta relevância, sendo consultada por órgãos externos e produzindo recomendações invariavelmente acatadas.

RESULTADOS

Como consequência da implantação da FT-MP/AL-Covid-19, foram alcançados resultados inspiradores, de modo que a experiência servirá de modelo para o enfrentamento futuro de desafios de grande abrangência territorial em Alagoas. A solução desenvolvida pelo Ministério Público do Estado de Alagoas pode ser replicada em outros ramos e unidades do MP brasileiro.

A cooperação proativa dos Núcleos do Centro de Apoio Operacional, assim como iniciativas exemplares de Promotorias de Justiça de todas as áreas, com enfoque direto ou indireto na defesa da saúde pública, produziu um número imenso de documentos e outras práticas.

Diversas recomendações foram produzidas. Destaca-se a oriunda da Corregedoria-Geral, que orientou os membros do Ministério Público a acompanhar as ações locais relativas à prevenção da transmissão do novo coronavírus e adoção das providências cabíveis. Os órgãos de execução, por sua vez, emitiram muitas outras recomendações, dirigidas a entidades públicas e privadas, como prefeituras municipais e empresas do setor produtivo, respectivamente. A partir daí, seguiram-se requisições e pedidos de informações, bem como reuniões virtuais.

Nesse contexto, por meio de notas técnicas elaboradas no âmago da instituição, foram providos subsídios para atuação dos membros do Ministério Público no enfrentamento da crise. Foi sugerido o acompanhamento da execução dos planos municipais de contingência, de modo a identificar precocemente eventuais vulnerabilidades na rede pública de saúde e suas necessárias adequações, antes do saturamento dos sistemas municipal e estadual de saúde.

Da mesma forma, foi indicada a importância de se fiscalizar a aplicação das verbas públicas, notadamente as emergenciais. Assim, foi aprimorado o acompanhamento de políticas públicas, bem como a adequação dos serviços públicos ao momento vivido.

A interação com setores da iniciativa privada possibilitou a adoção de protocolos de distanciamento social e medidas sanitárias fundamentais, beneficiando parcela significativa da população alagoana. Ainda em relação ao setor produtivo, foram buscadas composições e mediação de conflitos.

O trabalho acima referido, dada a sua enormidade, não pode ser descrito minuciosamente sem fugir dos parâmetros de razoabilidade impostos por um memorial que visa descrever a força-tarefa como iniciativa. São diversas providências extrajudiciais de cada um dos envolvidos, com suas peculiaridades. Não obstante, em comum, deve-se salientar que foram engendradas e implementadas como produtos da FT-MP/AL-Covid-19.

Foram instaurados muitos procedimentos administrativos, nas mais diversas Promotorias de Justiça, visto que se verificou um elevado índice de adesão por parte dos órgãos de execução do Ministério Público. As diretrizes da força-tarefa foram tomadas como norte para um funcionamento institucional tecnicamente embasado.

Afora a provocação e o acompanhamento de ações e medidas tendentes evitar a dispersão do novo coronavírus, também foram produzidas campanhas educativas em áreas de atuação do Ministério Público afetadas pela pandemia.

Por fim, deve-se apontar como resultado o acatamento do protagonismo da FT-MP/AL-Covid-19, por parte de entidades públicas e da iniciativa privada, que colaboraram com a prestação de informações e, fundamentalmente, com o atendimento às recomendações dos órgãos de execução do Ministério Público.



**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

BOAS PRÁTICAS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

1. PUBLICAÇÃO DE BOLETINS SEMANAIS COM PEÇAS MINISTERIAIS E ATOS NORMATIVOS SOBRE A COVID-19

O Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, por intermédio do Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça da Saúde (CAOP-SAÚDE), com o intuito de auxiliar a atuação dos órgãos de execução no enfrentamento da Covid-19, elaborou e divulgou, semanalmente, boletins com compilados de peças ministeriais e atos normativos publicados pelo governo federal, estadual e municipal referente ao novo Coronavírus.

Para tanto, entre os dias 3 de março e 18 de outubro de 2020, quando da elaboração deste documento, já foram publicados 30 boletins informativos.

Essa prática permitiu que os promotores de Justiça do Rio Grande do Norte tivessem acesso semanal às atualizações das normas sanitárias quanto ao enfrentamento do novo Coronavírus, contribuindo para que sua atuação ministerial fosse pautada nas normativas então vigentes. Além disso, possibilitou o compartilhamento das principais peças produzidas, no âmbito do MPRN, colaborando com decisões institucionais mais alinhadas.

2. DIVULGAÇÃO DOS RECURSOS RECEBIDOS PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO ÂMBITO DO RN

Com a pandemia da Covid-19 e, em consequência, a amplificação das dificuldades no âmbito da saúde pública, restou ao Governo Federal, por

meio do Fundo Nacional da Saúde (FNS), o repasse de verbas aos entes municipais e estaduais com o objetivo de assegurar o direito à saúde. Diante da ciência do recebimento desses recursos financeiros, o CAOP-SAÚDE elaborou planilha, atualizada com regularidade e divulgada entre as Promotorias de Justiça da Saúde, com as Portarias, cuja relação segue abaixo, de repasse desses recursos aos municípios potiguares e à Secretaria de Estado da Saúde Pública, com detalhamento do valor recebido pelos respectivos entes federativos – incluindo filtros por região da saúde.

Essa medida, portanto, permitiu que o(a) promotor(a), ciente do aporte financeiro de cada ente, tomasse decisões mais articuladas para defesa da saúde pública, enquanto direito social indisponível. Ademais, contribui para efetivo cumprimento do Princípio da Publicidade.

3. ARTICULAÇÃO COM O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL PARA O AJUIZAMENTO DE AÇÕES CIVIS PÚBLICAS PARA IMPLANTAÇÃO DE LEITOS NO INTERIOR DO ESTADO

Em uma atuação articulada e capitaneada pelo CAOP-SAÚDE, os Ministérios Públicos Federal e do Estado do RN, este por intermédio da 47ª Promotoria de Justiça da Comarca de Natal, ajuizaram três Ações Civis Públicas (ACP) com objetivo de abertura de leitos hospitalares para enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus nas 1ª, 3ª e 5ª Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte. A intenção da medida judicial foi ofertar assistência à saúde qualificada e regionalizada em municípios-polo com condições de atendimento adequado aos pacientes de Covid-19, à população de municípios circunvizinhos.

Assim, as ações permitiram, por meio de acordos judiciais, um incremento de **57 leitos para pacientes com Covid-19** no interior do estado, beneficiando milhares de potiguares.

Um dos principais legados da pandemia, no âmbito institucional, foi o intenso diálogo e a profícua articulação entre os vários ramos do Ministério Público no Estado do Rio Grande do Norte, sendo o ajuizamento das ações supracitados um de seus exemplos mais emblemáticos.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CAOP-SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO

A pandemia da Covid-19 em Pernambuco, oficialmente iniciada no mês de março de 2020, exigiu uma atenção concentrada do MPPE em todas as suas frentes de atuação, no sentido de acompanhar sua evolução no estado, seja como órgão público que tem por obrigação manter a segurança de todos os seus integrantes (membros e servidores), seja como instituição responsável pela fiscalização das políticas públicas executadas por prefeitos e pelo governo do estado.

O CAOP-SAÚDE, como órgão técnico de apoio às Promotorias de Saúde, teve como prioridade desde o início da pandemia as demandas relativas à Covid-19 e, nesse sentido, dirigiu sua atuação às ações coletivas que buscassem respostas eficazes dos municípios quanto ao enfrentamento dessa que é considerada a maior tragédia sanitária enfrentada pelo mundo nos últimos 100 anos. Por meio de trabalho remoto, foi iniciado um conjunto de ações para acompanhar os casos no estado, as quais envolveram i) pesquisa sobre o andamento da pandemia no mundo, no Brasil, no estado e nos municípios, por meio de sites e plataformas digitais disponíveis, bem como do acompanhamento dos Boletins Epidemiológicos da Secretaria Estadual de Saúde; ii) coleta de informações e acompanhamento da execução dos Planos de Contingência dos municípios, relativamente a ações e serviços implantados e recursos despendidos, por meio de formulários eletrônicos, entre outros meios; iii) Acompanhamento da abertura de leitos de enfermaria e UTI no estado (estaduais e municipais); iv) elaboração de Notas Técnicas e Recomendações; v) Levantamento de aquisições e distribuições de EPIs nos municípios do estado; vi) Elaboração de pareceres técnicos em

resposta às demandas das Promotorias; vii) realização de (e participação em) diversas reuniões e audiências focadas no acompanhamento conjunto das Promotorias, relativamente às ações contra a Covid-19 nos municípios. Nesse caso, destaque especial para a Região do Sertão do Araripe, onde a atuação conjunta e oportuna dos promotores contribuiu para retardar a abertura generalizada do comércio na região.

Visando aperfeiçoar e atualizar os métodos de acompanhamento das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da Covid-19 no estado, ampliando o parque tecnológico de que dispõe hoje, o CAOP-SAÚDE elaborou, com apoio das equipes de Tecnologia da Informação e de planejamento do MPPE, o “Projeto Zoom na Saúde”, que está em fase de captação de recursos para implantação em 2021. De igual modo, foi elaborado um Plano de Ação “pós-Covid-19”, objetivando atuar para evitar “surpresas” na fase pós-pandêmica da contenção da Covid-19 no estado. Nesse caso, objetiva-se atuar visando o risco real de crescimento do número de casos e óbitos em razão do processo de abertura gradual de todas as atividades no estado, econômicas ou não.

Como ilustração da experiência do CAOP-SAÚDE na pandemia da Covid-19, apresenta-se abaixo, sistematizados em planilhas e gráficos, alguns resultados preliminares do acompanhamento dos Planos de Contingência dos municípios do estado, aprovados nas Resoluções CIB/PE nº 5842/20 e nº 5297/2020. Um levantamento está sendo feito por meio de um formulário eletrônico (*Google Forms*) enviado a todas as secretarias municipais de saúde no mês de abril de 2020. Os promotores de Justiça foram informados a respeito dessa etapa, sendo importante destacar que todos abriram procedimentos para acompanhar as ações de enfrentamento da Covid-19 em seus respectivos municípios de atuação, conforme recomendação do procurador-geral de Justiça do MPPE.

Do total de 185 municípios, até a presente data, 86 (46%) responderam ao formulário enviado pelo CAOP-SAÚDE a respeito da execução dos planos de contingência. Apesar de ter enviado resposta por meio eletrônico, Recife, capital do estado, não respondeu ao formulário em questão até o momento. Entretanto, ressaltamos que, no estágio atual de evolução da Covid-19 na capital, encontra-se em andamento o fechamento do último hospital de campanha, do total de quatro abertos pelo município no início da pandemia.

Na tabela abaixo foram sistematizadas algumas informações coletadas por meio do formulário eletrônico enviado aos municípios no mês de abril de 2020.

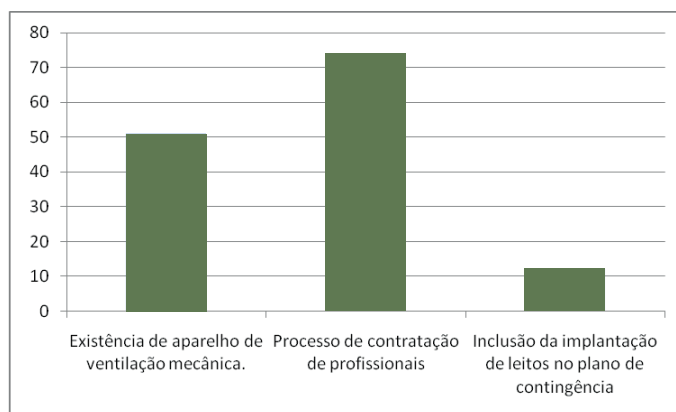
Tabela 1. Quantitativo e percentual de municípios segundo ações executadas do Plano de Contingência – Pernambuco, 2020.

Questões respondidas por 86 municípios	Quantidade de municípios	Percentual
Existência de aparelho de ventilação mecânica	44	51%
Processo de contratação de profissionais	64	74%
Inclusão da implantação de leitos no plano de contingência	10	12%

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/PE

Conforme se nota, a ação do plano que mais foi referida pelos gestores que responderam ao formulário foi a “contratação de profissionais” para atuar na pandemia. O gráfico abaixo permite visualizar melhor essa questão.

Gráfico 1. Quantitativo de municípios segundo ações executadas do plano de contingência – Pernambuco, 2020.



Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/PE

O CAOP-SAÚDE/MPPE permanece monitorando a implementação dos planos de contingência dos municípios por meio do formulário eletrônico e, na sequência, subsidiando a atuação das Promotorias de

Justiça na fiscalização das ações e serviços implantados em nível local e estadual, em consonância com as resoluções CIB/PE.

Pode-se concluir que as estratégias adotadas pelo CAOP-SAÚDE/MPPE até o momento têm contribuído para fortalecer a atuação dos promotores de Justiça em face da pandemia da Covid-19 no estado. É certo que essa experiência constitui um aprendizado que tende a repercutir positivamente no futuro da instituição, em vista das inovações tecnológicas que o Ministério Público de Pernambuco vem buscando incorporar para induzir a formulação de políticas públicas democráticas e inclusivas.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

MEMORIAL DESCRITIVO

OBJETO

Nota Técnica Conjunta nº 2/2020 – CESAU/CAOCIFE/CAOCA/CAODH. Dispõe sobre a implementação de Unidades Interligadas, a identificação digital e plantar do recém-nascido e digital de sua genitora e da vinculação do registro biométrico, objetivando a erradicação do sub-registro de nascimento no Estado da Bahia.

MEMBROS E SERVIDORES ENVOLVIDOS

Patrícia Kathy Azevedo Medrado Alves Mendes (Coordenadora do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde)

Leila Adriana Vieira Seijo de Figueiredo (Coordenadora do Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça Cíveis, Fundações e Eleitorais)

Márcia Rabelo Sandes (Coordenadora do Centro de Apoio Operacional das Crianças e dos Adolescentes)

Edvaldo Gomes Vivas (Coordenador do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos)

Lucas Araújo da Silva (Assessor Técnico-Jurídico de Promotoria)

Ângela Ribeiro Almeida (Assessora Técnica – CMP4)

ÁREAS DE ATUAÇÃO MINISTERIAL

Saúde – Cível – Registros Públicos – Crianças e Adolescentes – Direitos Humanos.

DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS

A Nota Técnica Conjunta nº 2/2020 – CESAU/CAOCIFE/CAOCA/CAODH fora emitida pelas Coordenações dos Centros de Apoio Operacionais que atuam nas áreas de saúde, cível e registros públicos, crianças e adolescentes e direitos humanos, ante a realidade vivenciada na atuação dos órgãos de execução do Ministério Público do Estado da Bahia relativa ao sub-registro de recém-nascidos.

Definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como “o conjunto de nascimentos não registrados no mesmo ano de sua ocorrência ou no primeiro trimestre do ano subsequente”¹, o sub-registro vem apresentando números alarmantes no Estado da Bahia.

Segundo o IBGE, estima-se que no ano de 2017 – último levantamento compilado do fenômeno – tenham ocorrido 207.086 nascimentos na Bahia, dos quais 2,26% deixaram de ser registrados, o que corresponde a aproximadamente 4.680 recém-nascidos não registrados no Estado².

Essa ocorrência provoca sérios efeitos danosos nos mais variados aspectos da vida civil das pessoas não registradas, acarretando entraves consideráveis para a efetivação e exercício de direitos fundamentais.

No Brasil, listam-se como motivos para a não realização do ato, entre outros: a distância dos cartórios, os custos para deslocamentos, a ausência de serventias extrajudiciais de registro civil de pessoas naturais em alguns municípios, a ausência momentânea do genitor, a presença de incorreções do nome materno na Declaração de Nascido Vivo (DNV).

Por vezes, o Município onde ocorreu o parto não dispõe de serventias extrajudiciais de registro civil de pessoas naturais para a lavratura do assento do nascimento, o que demanda dos genitores a necessidade de deslocamentos intermunicipais. Por outras, o registro é postergado em face da ausência do genitor ou mesmo em virtude da presença de incorreções no nome da genitora constante na Declaração de Nascido Vivo, fato que

1 Sistema de Estatísticas Vitais. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=o-que-e/>>. Acesso em: 18 set. 2020.

2 Sistema de Estatísticas Vitais – Estimativas do Sub-registro. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/26176-estimativa-do-subregistro.html?edicao=26182&t=resultados/>>. Acesso em: 18 set. 2020.

pode ensejar a necessidade de provimento jurisdicional para ser corrigido, protraindo no tempo a obtenção do registro.

À vista dessa situação, o Poder Público instituiu o Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica, em âmbito federal, e o Compromisso Estadual pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e a Ampliação do Acesso à Documentação Básica, no Estado da Bahia, cujas ações principais, como se pode perceber pela própria denominação, têm por finalidade a elaboração e a execução de medidas que objetivam a erradicação do sub-registro de nascimento.

Visando à consecução desses objetivos, fora apresentado e regulamentado pelo Conselho Nacional de Justiça o projeto das Unidades Interligadas, que permite a realização do registro de nascimento nos estabelecimentos de saúde onde ocorrem os partos, mediante a instalação de representante de serventias extrajudiciais de registro civil de pessoas naturais em suas dependências.

A implementação das Unidades Interligadas, então, objetiva fazer cessar as principais causas para o sub-registro no Estado da Bahia, visto que oferece o serviço aos genitores imediatamente à realização do parto, afastando a necessidade de deslocamentos para a prática do ato registral e, conseqüentemente, todos os transtornos daí decorrentes.

No cenário pandêmico, seu funcionamento demonstra-se ainda de maior importância e premência, tendo em vista não somente as restrições do transporte intermunicipal impostas no Estado como medidas preventivas à disseminação do novo coronavírus, mas também à prevenção ao risco de transmissão representado por eventuais deslocamentos para a finalidade da realização do ato registral em estabelecimento diverso do qual ocorrerá o parto.

Em adição ao mencionado programa, o Ministério da Saúde ainda previu, em portaria editada no ano de 2018, a possibilidade de vinculação do registro biométrico do recém-nascido e de sua mãe à Declaração de Nascido Vivo.

Essa medida tem como objetivo evitar a ocorrência do sub-registro de nascimento prevenindo a ocorrência de incorreções relativas aos nomes

das genitoras nas DNVs, evitando-se o aforamento de ações judiciais que seriam eventualmente ajuizadas visando à correção dessas imprecisões.

Isso porque, se emitida a DNV com equívocos no nome da genitora, esta vê-se impedida de proceder à lavratura do assento de nascimento, bem como exercer os demais direitos que titulariza enquanto responsável legal. Situação de igual gravidade se revela na emissão de Certidão de Nascimento com incorreções semelhantes, que obsta o exercício do poder familiar.

Com a vinculação do registro biométrico do recém-nascido e da mãe à DNV, eventuais retificações podem ocorrer extrajudicialmente, mediante a comparação biométrica dos dados registrados, sem a necessidade de provimento jurisdicional que autorize o procedimento.

Assim é que, *na busca da racionalização da judicialização da saúde, especialmente durante a pandemia de Covid-19*, na qual o fenômeno do sub-registro tem a potencialidade de tornar-se ainda mais presente, ante as restrições de transporte e circulação instituídas no território baiano como medidas de enfrentamento da transmissão do novo coronavírus, o MPBA procedeu à edição da Nota Técnica Conjunta nº 2/2020 – CESAU/CAOCIFE/CAOCA/CAODH, que explicita os principais aspectos dos programas e medidas acima mencionados, delineando as principais informações a respeito de sua implementação e operacionalização.

A referida Nota Técnica traz os principais marcos legais a respeito da necessidade do registro de nascimento, notadamente a previsão constante no artigo 10 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), respeitante à obrigatoriedade de colheita da impressão plantar e digital dos recém-nascidos e digital da mãe, ainda nos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares.

Lado outro, a Nota Técnica explica a respeito dos Compromissos Nacional e Estadual pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e a Ampliação do Acesso à Documentação Básica, da implementação das Unidades Interligadas e também da vinculação dos dados biométricos dos RNs e das genitoras às DNVs, e tece orientações aos promotores de Justiça com atribuição em registros públicos e com atribuição na defesa da saúde para a consecução das finalidades acima estabelecidas.

Para além disso, a peça informativa ainda fora encaminhada à Procuradoria-Geral de Justiça do MPBA para, se assim entender, emitir recomendação aos órgãos de execução, para que atuem em acordo com os objetivos ali delineados, e remeter a Nota Técnica a órgãos externos, para conhecimento e adoção das providências cabíveis, como a Corregedoria-Geral de Justiça no Estado da Bahia, para atuação junto às serventias extrajudiciais de registro civil de pessoas naturais; ao Ministério Público Federal, para examinar a possibilidade de atuação no âmbito de suas atribuições; e à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, para a avaliação da possibilidade de uniformização normativa do procedimento de coleta das impressões digitais do recém-nascido e de sua mãe, conforme exposto.

Frisa-se que, muito embora tenha sido emitida em observância à realidade da atenção à saúde e registral do Estado da Bahia, a referida Nota Técnica pode ser utilizada para basear a atuação do Ministério Público em qualquer unidade da federação, visto que trata, essencialmente, de conjunto normativo que visa à erradicação do sub-registro na integralidade do território brasileiro.

As ações preconizadas na peça informativa, que contribuem sobremaneira para a racionalização da judicialização da saúde em tempos de Covid-19, detêm abrangência nacional e podem contribuir muito para o exercício esclarecido das funções ministeriais ante o grave problema do sub-registro no Brasil.

Por esse motivo, demonstra-se mais do que adequada sua inclusão na publicação organizada pela Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público sobre o tema *“Racionalização da Judicialização da Saúde em tempos de Covid-19”*, o que, desde já, solicita-se mediante a presente inscrição.

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 2/2020 – CESAUC/CAOCIFE/CAOCA/CAODH NA PANDEMIA

Como sobredito, as informações contidas na Nota Técnica, referentes às Unidades Interligadas e à inserção dos registros biométricos nas Declarações de Nascidos Vivos, são da maior importância para evitar o sub-registro de nascimento no cenário pandêmico.

No que diz respeito às Unidades Interligadas, informa-se que, como mencionado, uma das principais causas para o sub-registro no Brasil é a indisponibilidade dos serviços notariais e de registros em diversos municípios, o que faz surgir para os genitores a necessidade de deslocamentos para a realização do assento de nascimento nos estabelecimentos registrais mais próximos.

Com o advento da pandemia de Covid-19, e em decorrência do modo de transmissão do novo coronavírus, entre as medidas de enfrentamento adotadas pelo Poder Público, recomendadas pelas autoridades sanitárias, destacam-se as restrições de deslocamentos, como o transporte intermunicipal, e a suspensão do funcionamento de diversos setores e atividades, entre os quais se incluem os estabelecimentos responsáveis pelos serviços notariais e de registros.

Se a realização do ato registral já se dava com entraves antes, o surgimento da pandemia agravou ainda mais os mencionados impedimentos. Com a proibição do transporte intermunicipal público e privado e o não funcionamento dos cartórios nos municípios, a realização do registro de nascimento tornou-se cada vez mais dificultada, ante a diminuição drástica da oferta do serviço e os embarços impostos aos seus meios de acesso. Esse conjunto de fatos concorria substancialmente para a não ocorrência do assento.

Por tais motivos, o programa das Unidades Interligadas, cuja implementação é orientada pela Nota Técnica, consubstancia-se enquanto ferramenta imprescindível para a contenção de eventuais aumentos do sub-registro no cenário pandêmico. Permitindo que o assento de nascimento seja realizado quase imediatamente ao parto, nas próprias dependências dos estabelecimentos de saúde, dá-se solução a uma das principais causas do problema, tornando absolutamente desnecessário o deslocamento dos genitores para a prática do ato registral.

Essa medida evita, ainda, a situação conflitante surgida da dicotomia entre a premente necessidade de se prestar um serviço tão importante e de patente interesse social e a importância da instituição de medidas de prevenção à transmissão do novo coronavírus, entre as quais se incluem a restrição de deslocamentos e a suspensão do funcionamento de diversas atividades. Racionaliza-se, então, a judicialização da saúde de modo reflexo e em diálogo com outras áreas de interesse e atuação do *Parquet*.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO CONTROLE PREVENTIVO DA LEGALIDADE DOS CONTRATOS ADMINISTRATIVOS EMERGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

I. INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus é um fenômeno social e jurídico inédito ora vivido pela humanidade. O Ministério Público, no regular exercício de suas funções constitucionais, precisa atuar de forma proativa, criativa e preventiva, para prestar seu serviço da melhor forma possível para a sociedade, que é a destinatária de nossas atividades. O momento atual exige que o Ministério Público, como *ombudsman* brasileiro, esteja alerta e pronto para atuar na defesa dos interesses sociais indisponíveis, promovendo, a um só tempo, o controle da eficiência na prestação de serviços públicos (sobretudo na área da saúde) e o controle da legalidade dos contratos administrativos.

Nesse sentido, foi criada, no âmbito do Ministério público do Estado do Rio de Janeiro, a Força-Tarefa de Atuação Integrada na Fiscalização das Ações Estaduais e Municipais de Enfrentamento da Covid-19 (FTCOVID-19/MPRJ) por ato do excelentíssimo senhor procurador-geral de Justiça do MPRJ, mediante a edição da Resolução GPGJ nº 2.335, de 7 de abril de 2020, objetivando conferir articulação, integração e maior eficiência na atividade-fim dos órgãos de execução em suas respostas às demandas relacionadas à emergência de saúde pública decorrente da Covid-19.

De acordo com a resolução, a FTCOVID-19/MPRJ tem atribuição para auxiliar o promotor Natural apenas quando ele solicita a atuação

conjunta no âmbito da tutela coletiva da saúde, educação, cidadania, segurança pública, patrimônio público, proteção ao idoso e à pessoa com deficiência, meio ambiente, infância e juventude, assistência social, consumidor e sistema prisional.

Sendo assim, a FTCOVID-19/MPRJ procurou atuar em casos estratégicos e prioritários, do ponto de vista da relevância social e de saúde pública, e construiu seis eixos principais, quais sejam: 1) Fiscalização da eficiência na prestação dos serviços na área de saúde pública, eventualmente com transversalidade para outras áreas; 2) Controle da legalidade dos contratos emergenciais firmados com dispensa de licitação; 3) Fiscalização da legalidade da instituição, recrudescimento e flexibilização de medidas restritivas de isolamento social; 4) Fiscalização da necessidade de instituição de medidas, na área de Assistência Social, que assegurem condições de sobrevivência à população em situação de vulnerabilidade; 5) Cobrança da elaboração, por parte do Poder Público, de Planos de Gestão de Óbitos que contemplem o conjunto de ações e matrizes de responsabilidades referentes a toda a cadeia dos óbitos, em razão do aumento de mortes relacionadas à Covid-19; 6) Instituição de medidas para minimizar os efeitos da pandemia para a economia estadual e municipais.

O segundo eixo acima citado refere-se ao controle da legalidade dos contratos emergenciais firmados com dispensa de licitação, em atenção à proteção do patrimônio público, visando à prevenção e repressão de fraudes. A FTCOVID-19/MPRJ procurou ponderar a preocupação em não obstaculizar a provisão dos serviços públicos de saúde necessários ao combate à pandemia e, ao mesmo tempo, agir de forma contemporânea à celebração e execução dos contratos administrativos firmados pelo Poder Público (estadual ou municipais), visando à necessária prevenção/repressão de dano ao erário decorrente de contratações ilegais.

A Força-Tarefa FTCOVID-19/MPRJ baliza a sua atuação no controle da legalidade e eficiência dos atos e contratos administrativos e na busca da *accountability*, a fim de obter informações da Administração Pública para viabilizar uma intervenção ministerial que seja, ao mesmo tempo, célere, responsável e cautelosa.

Dessa forma, quando presente justa causa, o MPRJ vem promovendo a responsabilização judicial dos agentes públicos e particulares responsáveis

por atos ilícitos, mormente no contexto de repressão a atos de improbidade administrativa e, quando possível, obtendo decisões judiciais, obrigando o Poder Público a não realizar pagamentos sabidamente superfaturados, isto é, evitando muitas vezes prejuízos aos cofres públicos. Além de ações civis públicas nas quais o MP requer a aplicação aos responsáveis das sanções previstas na Lei de Improbidade Administrativa, em paralelo, o MPRJ também vem ajuizando ações em face de sociedades empresárias que têm por objeto a aplicação das sanções previstas na Lei Anticorrupção¹.

Além do viés naturalmente repressivo (compatível com o perfil constitucional clássico do Ministério Público), a atuação da FTCOVID-19/MPRJ vem impedindo mais danos ao erário (de forma preventiva) e obtendo decisões judiciais de indisponibilidade de bens para garantia do ressarcimento ao erário em relação aos danos já configurados. Nesse sentido, destaca-se o aspecto preventivo-pedagógico dessa atuação célere da FTCOVID-19/MPRJ mediante a promoção de fiscalização em tempo real à execução contratual, no sentido de fomentar no Poder Público uma atuação responsável, proba e eficiente.

Com a atuação preventiva, célere e contemporânea ora proposta, já foram obtidos diversos ganhos materiais e imateriais para a sociedade, destinatária final dos serviços prestados pelo Ministério Público.

II. CONTEXTO DAS CONTRATAÇÕES EMERGENCIAIS COM DISPENSA DE LICITAÇÃO

A Lei nº 13.979/20, que *“dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”*, estabeleceu um microsistema com regras diferenciadas para as contratações voltadas ao combate à Covid-19, que foram colocadas à disposição do agente público com o propósito de conferir maior agilidade, dinamismo e celeridade nas compras de equipamentos e insumos, bem como nos serviços contratados destinados ao combate da pandemia.

Em matéria de contratos administrativos, a principal novidade introduzida pelo mencionado diploma normativo é a dispensa emergencial

1 Lei nº 12.846/13, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública.

de licitação para aquisição ou contratação de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, de forma temporária, enquanto perdurar a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus².

Foram introduzidas, ainda, regras mais flexíveis, contendo: (i) dispensa da necessidade de elaboração de estudos preliminares quando se tratar de bens e serviços comuns; (ii) apresentação de termo de referência ou projeto básico simplificado; (iii) estimativa de preços: relativização e dispensa; (iv) presunções admitidas pela lei de que estão atendidas as condições de: A) ocorrência de situação de emergência; B) necessidade de pronto atendimento da situação de emergência; C) existência de risco a segurança de pessoas, obras, prestação de serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares; e D) limitação da contratação à parcela necessária ao atendimento da situação de emergência; (v) possibilidade, em caráter excepcional, de contratação de empresas declaradas inidôneas ou com suspensão do direito de licitar/contratar com a Administração Pública, quando se demonstrar ser ela a única fornecedora do bem ou serviço a ser adquirido em questão; (vi) possibilidade de contratação de empresas com dispensa de apresentação de documentação relativa à regularidade fiscal e trabalhista, na hipótese de haver restrição de fornecedores ou prestadores de serviço; (vii) dispensa de audiência pública, inclusive para os procedimentos licitatórios cuja estimativa de valor supere R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais); (viii) a possibilidade de previsão, pelo Poder Público, de que os contratados fiquem obrigados a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões ao objeto contratado, em até cinquenta por cento do valor inicial atualizado do contrato.

Por outro lado, o Legislador agiu bem ao determinar a ampliação da publicidade de todas as contratações ou aquisições realizadas com base na citada lei. O Poder Público deve, no prazo máximo de cinco dias úteis, contado da realização do ato, disponibilizar em seu site oficial as informações necessárias à identificação do contrato, o processo licitatório, seu objeto, prazo de duração e valores específicos³.

2 Art. 4º, *caput*, da Lei nº 13.797/2020.

3 Vide Art. 4º, § 2º, da Lei nº 13.979/2020.

Nesse sentido, tal como realizou a FTCOVID-19/MPRJ, o Ministério Público deve expedir recomendações aos gestores públicos e ordenadores de despesas para que observem a determinação legal de ampla publicidade e transparência⁴ e, quando violadas as normas legais, ajuizar a necessária ação civil pública⁵.

A flexibilização de regras de contratação pelo Poder Público em tempos de pandemia, a toda evidência, teve por objetivo garantir que o gestor público pudesse agir com maior eficiência e celeridade na execução de políticas públicas relacionados ao enfrentamento do novo coronavírus. Ocorre que, infelizmente, alguns agentes públicos se valeram dessa flexibilização para cometer atos ilícitos, enxergando nessa possibilidade de contratação emergencial janelas de oportunidade para cometimento de fraudes em contratações, em especial sobrepreço, superfaturamento e direcionamento nos contratos celebrados.

Diante de um histórico de contratações suspeitas levadas a cabo pelo Poder Público no Estado do Rio de Janeiro (como ocorreu na época das Olimpíadas, da Copa do Mundo de Futebol e da tragédia de 2011 das chuvas na Região Serrana do RJ), o MPRJ, por meio da FTCOVID-19/MPRJ em atuação conjunta com os promotores Naturais, optou por adotar uma nova estratégia: atuou de ofício, mediante controle preventivo das contratações emergenciais feitas pelo Estado do Rio de Janeiro no contexto de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus e, quando necessário, ajuizou ações judiciais com pedidos de tutelas provisórias.

III. ATUAÇÃO INTEGRADA, COLABORATIVA E ARTICULADA COM ÓRGÃOS INTERNOS E EXTERNOS AO MP

A FTCOVID-19/MPRJ instaurou procedimentos administrativos e inquéritos civis para acompanhar a legalidade das contratações e das execuções desses contratos emergenciais. Para que as investigações ministeriais tivessem a necessária celeridade e eficiência, foi imprescindível

4 Vide de matéria publicada no site do MPRJ, disponível em: <<https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/84545>>.

5 Vide matéria publicada no site do MPRJ, disponível em: <<https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/87011>>.

a união de forças com órgãos internos e externos, mediante uma atuação integrada, colaborativa e articulada.

Exemplo de auxílio de órgão externo foi a parceria firmada pelo MPRJ com o Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ), por meio de celebração, no dia 16 de abril de 2020, de convênio que teve por objeto a cooperação técnica para atuação conjunta em ações de fiscalização dos atos e contratos realizados por órgãos públicos relativos ao enfrentamento da pandemia⁶. Tal convênio viabilizou o recebimento e a remessa de documentos e informações de forma célere, bem como a eleição estratégica em conjunto de casos prioritários. Fora celebrado, ainda, similar convênio com o Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCM-RJ)⁷.

A academia (como a Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ, Universidade Federal Fluminense — UFF, Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ) e a comunidade científica (como a Fiocruz) também prestaram relevante apoio às atividades da FTCOVID-19/MPRJ.

Outras instituições colegitimadas para as ações promovidas pela FTCOVID-19/MPRJ, como o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho e a Defensoria Pública da União e do Estado do Rio de Janeiro também atuaram em conjunto com a Força-Tarefa do MPRJ, sobretudo na esfera prestacional.

Ademais, em seu âmbito interno, o MPRJ se organizou para disponibilizar à FTCOVID-19/MPRJ todo o apoio necessário, seja do ponto de vista administrativo e técnico, com a colaboração do Grupo de Apoio Técnico Especializado (GATE), da Coordenadoria de Segurança e Inteligência (CSI), do Laboratório INOVA, da CADG (MP em Mapas) e do CENPE, seja do ponto de vista da integração e articulação institucional, mediante a atuação conjunta com órgãos como a Subprocuradoria-Geral de Assuntos Cíveis e Institucionais, o Núcleo de Articulação Institucional (NAI), a Assessoria de Atribuição Originária Cível (AOC), a Assessoria de Recursos Constitucionais (ARC), a Assessoria Executiva e o Instituto de Educação Roberto Bernardes Barroso (IERBB).

6 Vide matéria publicada no site do MPRJ, disponível em: <http://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/84631?p_p_state=maximized>.

7 Vide matéria no site do MPRJ, disponível em: <<https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/84562>>.

Dessa forma, mediante atuação conjunta e colaborativa com órgãos internos e externos, a FTCOVID-19/MPRJ conseguiu concluir diversas investigações relevantes, do ponto de vista do valor e do objeto de contratos administrativos firmados pelo Poder Público para o enfrentamento da pandemia.

As ilegalidades mais recorrentes constatadas pela FTCOVID-19/MPRJ nos contratos administrativos emergenciais foram as seguintes: sobrepreço; superfaturamento; fracionamento dos procedimentos de aquisição dos testes; direcionamento ilícito das contratações; ausência injustificada de estimativa de preços; pagamento antecipado sem a prestação de garantia; ausência injustificada de estimativa de quantidades; liquidação irregular de despesas; contratos firmados sem prévio parecer jurídico e com restrição à publicidade das contratações; falta de planejamento prévio.

A Força-Tarefa identificou uma série de ilegalidades em diversos contratos firmados e, tão logo obtida a justa causa (com elementos suficientes de autoria e materialidade de ilícitos), ajuizou as ações cabíveis, seja para impedir novos danos ao erário, seja para punir os responsáveis.

IV. DOS RESULTADOS OBTIDOS MEDIANTE A ATUAÇÃO PREVENTIVA DO MP

Diante do ineditismo social e jurídico causado pela pandemia do novo coronavírus, o Ministério Público, para exercer suas funções constitucionais com mais eficiência, precisa atuar de forma proativa, criativa e preventiva, para entregar resultados práticos para a sociedade, que clama pela atuação do MP para ver garantidos os direitos fundamentais mais essenciais dos cidadãos: à saúde e à vida.

Nesse sentido, para que o Estado possa alocar seus recursos orçamentários e financeiros (já bastante limitados em razão da crise, mormente em Estados em regime de recuperação fiscal com o Rio de Janeiro) com mais eficiência, focando nas políticas públicas escolhidas pelo Administrador, o primeiro ponto é evitar o desperdício e o desvio dos recursos públicos.

Assim, deve o MP exercer o controle da legalidade das contratações emergenciais com dispensa de licitação no contexto de enfrentamento da

pandemia, com vistas à tutela do patrimônio público. Na medida em que o Ministério Público identifica uma ilegalidade e se antecipa ao exaurimento das práticas ilícitas relacionadas a fraudes em contratos emergenciais, o MP consegue impedir novos danos ao erários e obter, ainda, outros benefícios.

Dessa forma, apesar de a atuação do MP, de forma imediata, ensejar o ajuizamento de ação judicial, verifica-se que, de forma mediata, a médio prazo, há uma evidente “Racionalização da Judicialização da Saúde em tempos de Covid-19”.

É que, a um só tempo, a atuação concomitante e célere do MP na fiscalização desses contratos possibilita: i) a não ocorrência de novos danos ao erário, por meio de tutelas de urgência inibitórias, obtendo-se decisões judiciais proibindo o Poder Público de realizar novos empenhos, liquidações e pagamentos já sabidamente superfaturados e/ou com outras ilegalidades; ii) a obtenção de tutelas de evidência, com o decreto judicial de indisponibilidade de bens, para garantir o futuro ressarcimento ao erário e o pagamento da multa civil prevista na Lei de Improbidade Administrativa; iii) a não interrupção da prestação do serviço ou fornecimento dos bens adquiridos, mediante decisão judicial, sem prejuízo da interrupção dos danos ao erário; iv) o fomento, no Poder Público contratante, de uma conduta mais responsável, proba e eficiente, diante do aspecto preventivo-pedagógico dessa atuação célere do MP consistente na fiscalização em tempo real da execução contratual, de maneira que o gestor público já saiba de antemão que o MP está atento também às novas contratações que serão realizadas.

Para a obtenção dos resultados trazidos pelo MP constantes nos itens (i) e (ii) acima (não ocorrência de novos danos ao erário e ressarcimento dos danos já causados), verifica-se ser imprescindível o ajuizamento de ações judiciais. No entanto, os resultados obtidos nos itens (iii) e (iv) acima (não interrupção da prestação do serviço ou fornecimento dos bens adquiridos e o fomento no Poder Público contratante de uma atuação mais responsável, proba e eficiente, diante do aspecto preventivo-pedagógico dessa atuação célere do MP) trazem como consequência uma inquestionável racionalização da judicialização da saúde em tempos de Covid-19, na medida em que a esfera prestacional do serviço público ficou resguardada durante a atuação do MP na tutela do patrimônio público.

V. CONCLUSÃO

O Ministério Público, durante a atual pandemia do novo coronavírus, tem um desafio inédito, que é, a um só tempo, tutelar o patrimônio público (impedindo e reprimindo contratações ilegais), e não obstaculizar a parte prestacional, buscando, ainda, o controle da eficiência na execução das políticas públicas tendentes ao combate ao SARS-CoV-2.

Dada a relevância social das ações do Poder Público no enfrentamento da pandemia e dos vultosos valores empregados nas necessárias contratações emergenciais, propõe-se a utilização da estratégia adotada pela Força-Tarefa do MPRJ de Atuação Integrada na Fiscalização das Ações Estaduais e Municipais de Enfrentamento da Covid-19 (FTCOVID-19/MPRJ). Assim, foram eleitas como prioritárias as contratações envolvendo a aquisição de equipamentos (como respiradores) e insumos (como EPIs e testes rápidos de Covid-19) e com valores mais expressivos, a fim de que o MP acompanhasse a celebração e a execução contratuais do Poder Público, sobretudo promovendo o controle preventivo e contemporâneo de sua legalidade.

Por meio de investigações complexas e céleres, com imprescindível colaboração e articulação com órgãos internos e externos ao MP, quando constatada justa causa nas apurações, o MP deve imediatamente ajuizar as ações judiciais cabíveis, sobretudo aquelas pleiteando a aplicação das sanções previstas na Lei de Improbidade Administrativa e Lei Anticorrupção. É imprescindível que o MPRJ requeira, no bojo das ações judiciais ajuizadas, as tutelas provisórias de evidência e de urgência, conforme o caso, seja para garantir o resultado útil do processo, seja para evitar novos danos ao erário.

A atuação ministerial preventiva e contemporânea ora proposta não só é compatível com a função constitucional de prevenir e reprimir danos ao patrimônio público por fraudes contratuais, mas também é recomendável no atual contexto de múltiplos contratos emergenciais firmados no combate à pandemia.

A estratégia adotada pela FTCOVID-19/MPRJ vem trazendo os seguintes resultados positivos para a sociedade:

- i. a não ocorrência de novos danos ao erário naquele contrato objeto da ação judicial, por meio de tutelas de urgência

- inibitórias, proibindo o Poder Público de realizar novos empenhos, liquidações e pagamentos já sabidamente superfaturados e/ou com outras ilegalidades;
- ii. a obtenção de tutelas de evidência, com o decreto judicial de indisponibilidade de bens, para garantir o futuro ressarcimento ao erário e o pagamento da multa civil;
 - iii. a não interrupção da prestação do serviço ou fornecimento dos bens adquiridos, mediante decisão judicial, sem prejuízo da interrupção dos danos ao erário;
 - iv. o fomento, no Poder Público contratante, de uma conduta mais responsável, proba e eficiente, diante do aspecto preventivo-pedagógico dessa atuação célere do MP consistente na fiscalização em tempo real da execução contratual, de maneira que o gestor público já saiba de antemão que o MP está atento também às novas contratações que serão realizadas.

A experiência da FTCOVID-19/MPRJ revela que o resultado obtido pela não interrupção da prestação do serviço e do fornecimento dos bens adquiridos trouxe uma inquestionável racionalização da judicialização da saúde em tempos de Covid-19, na medida em que a esfera prestacional do serviço público ficou resguardada durante a atuação do MP na tutela do patrimônio público.

Da mesma forma, a atuação célere ministerial para punir os agentes públicos e particulares responsáveis pelos ilícitos traz um natural fomento no Poder Público contratante de uma atuação mais responsável, proba e eficiente, diante do inegável aspecto preventivo-pedagógico da responsabilização pessoal dos envolvidos promovida pelo MP.

Como visto, a pandemia do novo coronavírus é um fenômeno social e jurídico inédito ora vivido pela humanidade. Assim, o Ministério Público, no regular exercício de suas funções constitucionais na defesa da ordem jurídica, precisa atuar de forma proativa e preventiva, com criatividade e efetividade, para prestar seu serviço da melhor forma possível para a sociedade, que é a destinatária de nossa atuação e a nossa própria razão de existir como instituição.

O momento atual exige que o Ministério Público, como *ombudsman* brasileiro, esteja alerta e pronto para atuar na defesa dos interesses sociais indisponíveis, promovendo, a um só tempo, com as necessárias firmeza e responsabilidade, o controle da eficiência na prestação de serviços públicos (sobretudo na área da saúde) e o controle da legalidade dos contratos administrativos emergenciais no contexto de pandemia do novo coronavírus.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ACRE

GABINETE DE CRISE COMO MECANISMO DE INTEGRAÇÃO INTERNA E EXTERNA E UNIFORMIZAÇÃO DA ATUAÇÃO

No Estado do Acre, os três primeiros casos da doença pelo novo coronavírus (Covid-19) foram divulgados no dia 17 de março de 2020 pelo Governador do Estado em uma coletiva de imprensa¹. No dia anterior, havia sido expedido pelo Governo do Estado o Decreto nº 5.465, declarando situação de emergência em razão da pandemia e estabelecendo medidas temporárias a serem adotadas para o enfrentamento da Covid-19. Logo depois, por meio do Decreto nº 5.496, de 20 de março 2020, foi estabelecida a suspensão de vários serviços e atividades, econômicas ou não, visando sobretudo evitar aglomerações e controlar a disseminação da doença.

Em razão da pandemia, diante das incertezas científicas sobre o comportamento da doença e para promover o enfrentamento responsável da Covid-19, houve necessidade, por parte do Ministério Público, de trazer novos métodos de trabalho com vistas a agilizar o diálogo com expressiva resolutividade e, em grande parte das vezes, independentemente de formalidades.

Pensando nisso, tendo como objetivo “a coordenação e articulação de medidas em resposta às demandas relacionadas” à Covid-19, a fim de promover a “uniformização da atuação”, assim como garantir uma “comunicação mais célere” diretamente com os chefes de Poder Executivo e demais órgãos envolvidos, foi criado, no âmbito do Ministério

1 Disponível em: <<https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2020/03/17/governo-confirma-tres-primeiros-casos-de-coronavirus-no-acre.ghtml>>. Acesso em: 17 set. 2020.

Público do Estado do Acre, o GABINETE DE GERENCIAMENTO E ENFRENTAMENTO DE CRISE DA COVID-19, instituído pela Portaria PGJ nº 712/2020, de 7 de abril de 2020.

Uma das primeiras providências associadas aos fins do Gabinete, e antes mesmo de sua formalização, foi a designação de um membro para representar o Ministério Público no Comitê de Acompanhamento Especial da Covid-19², doravante nominado apenas como CAE, que se afigurou como órgão colegiado auxiliar do Estado nas matérias relacionadas à Covid-19, competindo-lhe, entre outras finalidades, propor, discutir e avaliar medidas atinentes à pandemia.

No âmbito do município de Rio Branco, capital do Estado, providência semelhante foi tomada a fim de que o Ministério Público tivesse assento representativo no Comitê de Enfretamento e Monitoramento de Emergência (CEME)³, cabendo a esse colegiado atuar em apoio técnico para as tomadas de decisões referentes à pandemia.

Como se percebe, a participação nos citados comitês não traduz uma atuação que poderia se enquadrar entre as atribuições típicas do Ministério Público. Com todo efeito, a partir do primeiro momento e sem que fossem utilizados instrumentos e técnicas do Ministério Público na área extrajudicial, houve e ainda há discussões sobre a produção de atos normativos (decretos, resoluções, etc.), construção de critérios técnicos e metodologias sobre classificação de risco, planos de reabertura e retomada de atividades, debates sobre a construção de protocolos de funcionamento das atividades e serviços, etc.

Esse conjunto de ações do Ministério Público com o CAE e CEME foi e continua sendo intenso, complexo e profuso, seja porque foge das atribuições típicas da instituição, seja porque depende de uma discussão multidisciplinar que exige a expansão da atmosfera do conhecimento institucional respirando outros ares que não o de si próprio. Matemática, estatística, probabilidades, além dos intuitivos conhecimentos médicos, sanitários e epidemiológicos necessários à discussão da Covid-19, tiveram de ser objeto de atenção do Ministério Público para responsabilmente contribuir.

2 Instituído pelo art. 11 do Decreto nº 5465, de 16 de março de 2020.

3 Instituído pelo Decreto Municipal nº 336, de 27 de maio de 2020.

A intensidade do esforço também merece registro, na medida em que as reuniões e encontros com assuntos relacionados às competências do CAE e do CEME demandaram um investimento de mais de 120 horas de comprometimento, num total de 75 eventos^{4, 5}, significando que, em 180 dias, desde os primeiros casos registrados no Acre, em média, o Ministério Público se reuniu nesses fóruns uma vez a cada quase 2,5 dias⁶, incluindo fins de semana e feriados.

Além disso, envolvendo exclusivamente o Gabinete de Crise (em âmbito interno e externo do Ministério Público), foram quase 30 horas de dedicação, discutindo estratégias de uniformização e integração das ações e condutas da instituição. Respeitada a independência funcional dos membros do Ministério Público assentada na Constituição Federal, cabe observar que, em temas superlativamente complexos como revelados pela pandemia, era fundamental a uniformização da atuação expressando, mais que unidade, uma integridade institucional, ressoando uma única voz.

Cabe destacar que, buscando a amálgama que resultasse em uma integridade institucional no enfrentamento da Covid-19, foram criados pela Procuradoria-Geral de Justiça cinco Grupos de Trabalho (GT) regionais⁷ abrangendo todo o território do Acre, coincidindo com a divisão político-administrativa do Estado, compostos por membros do Ministério Público independentemente de haver ou não aproximações com suas atribuições naturais. No contexto, cada coordenadoria regional dos GTs passou a integrar o Gabinete de Crise no intuito de, trazendo em relevo

4 Todos os eventos estão devidamente registrados no SAJ/MP como atividades não procedimentais, no âmbito da 1ª Promotoria Especializada de Defesa da Saúde, conforme orienta a tabela taxonômica do CNMP.

5 Para efeito de registro, foram computadas apenas as discussões relativas a questões sanitárias, de assistência, de estruturação da rede de saúde e correlatos. Discussões sobre patrimônio público, por exemplo, não foram computadas.

6 Não poderíamos deixar de destacar que, por haver discussões multidisciplinares como as que foram apontadas no texto, cuja familiaridade era significativamente fora do âmbito dos temas típicos da instituição, outros tantos períodos de tempo tiveram de ser dedicados para apreender o conteúdo e poder, responsavelmente, contribuir para uma concepção construtivista do que estava e ainda está sendo feito.

7 Os Grupos de Trabalho das Regionais do Juruá, Tarauacá/ Envira, Purus, Baixo Acre e Alto Acre foram instituídos pelas Portarias PGJ nºs 699 a 704/2020.

as realidades locorregionais, enriquecer as discussões sobre a integração institucional.

Como resultado dessas estratégias discutidas internamente no Gabinete de Crise atinentes à área prevalecte da saúde no que respeita ao controle da epidemia, pode-se apontar a expedição de oito Recomendações⁸ para o Poder Público, sete das quais para o Governo do Estado do Acre.

Das Recomendações que tinham como destinatário o Governo do Estado do Acre, as manifestações variaram desde a necessidade de se prorrogar a decisão governamental de permanecer com certas atividades suspensas, o que gerava disputas de narrativas entre setores da sociedade, passando por melhoria das fiscalizações dos termos dos decretos e da transparência pública quanto a dados sobre ocupação de leitos, testagem, casos de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) etc., até a revisão da decisão de possibilitar a abertura de templos religiosos em um cenário epidemiológico que acenava uma contradição com decisão política anterior. Dessa estratificação, o Governo do Estado do Acre acolheu todas as Recomendações do Ministério Público, de modo que não foi necessário ajuizar nenhuma ação nesse sentido.

Uma Recomendação nos parece merecedora de destaque no trabalho do Gabinete de Crise e, conseqüentemente, é pertinente traçar um pequeno contexto. O Decreto Estadual nº 5.496/20 continha uma relação de serviços e atividades que poderiam ou não estar em funcionamento, desenhando linhas gerais para o Poder Público. No entanto, alguns municípios acreanos vinham colocando posições refratárias sobre esse desenho geral e permitiam a abertura de serviços e atividades em descompasso, se não formalmente, com a leniência na fiscalização, o que gerava posições incoerentes e desajustadas, levando a uma descoordenação de tomada de providências que se provou, em âmbito nacional, ser um desastre de enormes proporções⁹.

8 Três foram em conjunto com o Ministério Público Federal e um foi um trabalho conjunto entre o Ministério Público do Acre, Ministério Público Federal e Ministério Público do Trabalho.

9 Com mais de 133 mil mortes causadas pela Covid-19, a doença se tornou a causa com mais vítimas em um único ano no Brasil, ultrapassando as doenças isquêmicas do coração que até então ocupavam o nada honroso topo da lista com 116 mil óbitos em 2019. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/>>

Em uma tentativa de coordenar as ações, foi estabelecido o *Pacto Acre Sem Covid*, por meio do Decreto nº 6.206/2020, de 22 de junho de 2020, que teve como objetivo instituir diretrizes e desenhar molduras com instrumentos para “assegurar a retomada gradual e responsável das atividades”, cuja finalidade precípua era e é “a efetiva proteção do direito à vida”, indicando níveis de risco correlacionados à possibilidade de abertura das atividades. Ocorre que, nada obstante à sobredita moldura criteriosa, vários municípios invocaram, genericamente, sua autonomia federativa para desbordar dos limites emoldurados, autorizando a abertura de atividades incompatíveis com o enquadramento dos níveis de risco em que estavam inseridos.

Nesse contexto, o Gabinete de Crise se reuniu, mirando mais que uma unidade, mas uma verdadeira integridade institucional, e expediu a Recomendação nº 004/2020, que contou com a anuência de **todos os membros oficiantes na área da saúde pública em todas as comarcas**, havendo sido subscrito por 23 membros, algo que, se não inédito, é muito raro de ocorrer. O documento citado recomendou a todos os municípios do Estado do Acre que obedecessem ao *Pacto Acre Sem Covid*, fundamentando-se no art. 17, IV, ‘a’ e ‘b’, da Lei nº 8.080/90, por meio do qual se dispõe que cabe ao ente estadual “coordenar” e, em caráter complementar, “executar”) ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, e nas decisões do STF que sustentavam essa mesma posição¹⁰, assim como da que abriu horizonte para responsabilização por “erro grosseiro”¹¹. Por meio desse poderoso instrumento, 95% dos municípios acataram a manifestação ministerial¹², muitos dos quais estavam, à época, desbordando dos limites impostos pela moldura estadual.

Em conclusão, pelas mais de 120 horas de participação de diálogos e tensionamento provocados em terrenos que não necessariamente se

redacao/2020/09/15/com-133-mil-obitos-covid-ja-tem-recorde-como-cao-morte-no-pais-em-um-ano.htm>. Acesso em: 17 set. 2020

10 STP 418 (j. em 07-07-2020, publicado em 10-07-2020) e SS 5403 (j. em 24-06-2020, publicado em 26-06-2020).

11 ADI 6.421, 6.422, 6.424, 6.425, 6.427, 6.248 e 6.431 em face da Medida Provisória 966/2020. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5912207>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

12 Apenas um único município não acatou a Recomendação, o que levou ao ajuizamento de uma ação civil pública, ainda em trâmite.

enquadram entre as atribuições típicas do Ministério Público, além de tantos outros períodos de tempo dedicados a expandir a atmosfera do conhecimento para além dos horizontes institucionais, certamente trouxeram grande impacto para a condução dos rumos do enfrentamento da pandemia sem a necessidade de envolver o Poder Judiciário.

Eventualmente, diante das disputas de narrativas, de descoordenação nacional, de problemas que extrapolaram as possibilidades de consenso, as Recomendações se mostraram como poderosos instrumentos para, com a ressalva de nosso posicionamento, corrigir os desdobramentos nas conduções das políticas desenhadas para o enfrentamento da Covid-19, indicando uma solução nas dobras das técnicas extrajudiciais do Ministério Público.

Certo é que o Poder Público no Acre, de uma maneira geral, atuou com bastante seriedade, pautando-se pelas evidências científicas e pela doutrina da responsabilidade política, o que certamente contribuiu fortemente para um diálogo republicano.

Esses fatores nos parecem que, conjugados, levaram à baixíssima devolução de casos para o Poder Judiciário no Estado do Acre até o presente momento.

Talvez, somente com desastres de proporções pandêmicas puderam ou podem demonstrar que, nada obstante a necessidade de obediência a ritos e procedimentos, a comunicação, o diálogo e as tensões próprias de valores de uma democracia honesta e transparente podem nos indicar os rumos que devemos seguir, refinando um romance chamado Direito, sem que sejamos instados a movimentar a todo momento a máquina da “judicialização”.



MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DA PARAÍBA

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA PARAÍBA

FOMENTO À ATUAÇÃO INTEGRADA DOS SETORES PÚBLICOS E PRIVADOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

ÁREA DE ATUAÇÃO

Saúde e Cidadania

PARCEIROS

Cerca de 200 (duzentas) pessoas, incluindo:

- Membros dos Ministérios Públicos do Estado da Paraíba, Federal, do Trabalho e junto ao Tribunal de Contas;
- Desembargadores e Juizes do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba e da Justiça Federal;
- Senadores e Deputados;
- Integrantes da Procuradoria e da Secretaria Estadual de Saúde;
- Integrantes da Procuradoria e das Secretarias de Saúde de João Pessoa e Campina Grande;
- Conselheiros e Servidores do Tribunal de Contas do Estado;
- Professores de Universidades (UEPB, UFPB e UFCG);
- Integrantes da FIEP e do SENAI-PB;
- Representantes de Associações de Indústrias, Fábricas e Usinas;
- Integrantes da imprensa local;

- Empresários, Médicos, Professores, Advogados, Cientistas, Pesquisadores, Servidores Públicos e autônomos.

PONTOS QUE FORAM FOCADOS

1. Necessidade de diálogo e atuação integrada dos diversos atores envolvidos no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Estado da Paraíba;
2. Falta de respiradores não só no Brasil, mas no mundo todo;
3. Falta de EPIs necessários aos profissionais de saúde que trabalham em hospitais e outras unidades de saúde;
4. Falta de álcool 70 em unidades de saúde;
5. Situação crítica da população mais vulnerável.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

a) Fomento ao diálogo

Na implementação de políticas públicas, constata-se que a busca de soluções pelo diálogo tem sido bem mais exitosas que quando se usa a alternativa da judicialização.

Tendo como base a realização de outras iniciativas anteriores, em que o MPPB não se limitou apenas a exigir, mas também e principalmente a “fazer junto”, foi criada a Frente Público-Privada da Paraíba de Enfrentamento da Covid-19.

Com o intuito de somar esforços e contar com várias expertises, foram convidados e passaram a compor a frente Membros do Ministério Público (MPPB, MPF e MPT), do Tribunal de Justiça da Paraíba, do Governo do Estado e das Prefeituras das cidades integrantes da primeira fase do plano de contingência do Estado, do Tribunal de Contas do Estado, das Universidades (UEPB, UFPB e UFCG), além de senadores, deputados, empresários, médicos, professores, advogados, cientistas, pesquisadores e servidores públicos, reunindo em torno de 200 pessoas.

Buscou-se, no primeiro momento, ser um canal de diálogo e compartilhamento de informações entre integrantes de instituições públicas, estudiosos e pessoas que podiam contribuir com ideias e sugestões que viessem a minimizar os efeitos da pandemia do novo coronavírus no Estado da Paraíba.

Visando à celeridade, foi adotada a forma de comunicação por aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz.

Num grupo grande e heterogêneo, é normal e, inclusive, houve vários posicionamentos divergentes entre os integrantes da Frente durante as discussões pelo aplicativo de mensagens, mas o norte utilizado foi sempre que havia a necessidade de que fossem somados esforços para a diminuição dos riscos e danos no enfrentamento da pandemia.

Nesse cenário, apesar de algumas divergências entre posições políticas e econômicas, houve a internalização da necessidade de somar esforços e do compartilhamento de informações, para que todos dessem as suas contribuições, tendo o Ministério Público do Estado da Paraíba papel importante de fomentar o diálogo, até pelo seu reconhecimento local como entidade imparcial, assim como para ajudar a resolver os diversos obstáculos que apareciam no enfrentamento da pandemia.

No grupo, um dos grandes trunfos foi a facilitação do diálogo dos diversos atores que poderiam ajudar nos variados problemas que foram surgindo durante o enfrentamento da pandemia.

b) Respiradores

Com a escassez de respiradores, foi realizado um acordo com um dos investigados na operação calvário, que culminou no fornecimento de 16 (dezesesseis) respiradores, os quais foram distribuídos de forma gratuita aos hospitais públicos integrantes do plano estadual de contingenciamento. Paralelamente, houve o desenvolvimento por pesquisadores da UFPB de respirador pulmonar, com custo em torno de R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

c) Equipamentos de Proteção Individual

A falta de EPIs foi um dos problemas que deixou os profissionais de saúde. Houve a necessidade de integração com o setor fabril, o qual também trouxe bons resultados. No caso dos *faceshields*, por exemplo,

houve intensa cooperação das Universidades, particulares detentores de impressoras 3D e o SENAI, o qual tornou possível a disponibilização de 5.000 (cinco mil) itens, suprimindo a demanda estadual.

Com o apoio também de empresas locais, houve a disponibilização de 1.500 (um mil e quinhentos) capotes aventais para uso pelos profissionais de saúde.

d) Álcool

A quantidade limitada do álcool 70 disponível causou apreensão, tendo sido outra hipótese em que se logrou êxito com a conjugação de esforços. No grupo, a associação de congrega os produtores propôs-se a fornecer o álcool, mas precisava dos vasilhames, oportunidade em que outros empresários supriram a lacuna, o que possibilitou a distribuição gratuita às unidades hospitalares de 350.000 (trezentos e cinquenta mil) litros de álcool 70.

e) Apoio à população vulnerável

Por fim, é cediço que as pessoas mais vulneráveis economicamente passaram por muitas dificuldades. A união entre os diversos atores da frente, principalmente com o setor empresarial, possibilitou a produção e a distribuição de dez toneladas de verdura, 40.000 (quarenta mil) pares de calçados (tênis e sandálias) e 70.000 (setenta mil) cestas básicas e kits de higiene.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diálogo não só entre os setores públicos, mas também com os setores privados tem se mostrado como meio eficiente para se obter ganhos para sociedade, que muito possivelmente não se obteria com o ajuizamento de ações, muito menos na velocidade em que se obteve os tão necessários itens para o enfrentamento da pandemia.

Por outro lado, essa integração com a sociedade, ouvindo-a diretamente e participando dos debates, mostra que o Ministério Público não é um órgão que não faz só exigir o cumprimento de obrigações e a aplicação de sanções, mas sim é um órgão que quer atuar em parceria com os diversos setores da sociedade na busca do bem de toda a coletividade.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE RORAIMA

**ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DE RORAIMA (MPRR)
PARA VIABILIZAR O FUNCIONAMENTO
DO HOSPITAL DE CAMPANHA DA
“OPERAÇÃO ACOLHIDA”, COM ATUAÇÃO
EXTRAJUDICIAL E JUDICIAL, COMO
ADIANTE DESCRITO**

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Estado de Roraima, situado no extremo norte do país, possui uma das maiores populações indígenas, proporcionalmente, do país, ensejando uma atuação específica para um atendimento ministerial inclusivo e pluralista, visando ao atendimento aos povos originários.

Há que se destacar que há indígenas urbanos, indígenas em comunidades próximas a cidades e também índios em áreas de difícil acesso, porém todos demandam saúde indígena com cuidados especiais, em razão da Covid-19, principalmente aqueles com pouco contato com a população não indígena.

Além disso, Roraima se situa na fronteira com a Venezuela e é a porta de entrada da imigração venezuelana no Brasil, sediando a “Operação Acolhida” das Forças Armadas, referência internacional no acolhimento humanitário.

Conseqüentemente, na capital Boa Vista há 13 abrigos de refugiados venezuelanos, com capacidade para até 1.100 pessoas acolhidas, e esse grupo vulnerável se torna muito suscetível à contaminação, pela natural aglomeração social e proximidade dentro dos abrigos.

Como se não bastasse, os Estados de Roraima e Amazonas estão geograficamente isolados do restante do país, separados pela belíssima “muralha verde” — nossa Floresta Amazônica. Um deslocamento nacional a partir de Boa Vista se dá por via aérea, ou por uma viagem que inclui 800 km até Manaus/AM, seguida de cinco dias de barco de Manaus a Belém/PA, para que daí se possa seguir para outros estados.

Como se vê, o Estado de Roraima possui características muito peculiares, que tornam a epidemia de Covid-19 ainda mais complexa.

Nesse contexto, o MPRR criou o Gab-COVID-19, para centralizar e coordenar os esforços ministeriais, e vem atuando em conjunto com outras instituições públicas e privadas, na busca de uma ação concertada no combate à pandemia, com foco na proatividade e na busca de resultados concretos que beneficiem a população, sem perder de vista as características distintas do nosso Estado.

DESCRIÇÃO DO TRABALHO ADOTADO

O Exército Brasileiro instalou em Boa Vista o Hospital de Campanha, na chamada “Área de Proteção e Cuidados” (APC), em conjunto com outras instituições públicas, como o Governo do Estado, a Prefeitura de Boa Vista, o Tribunal de Justiça, o Ministério Público etc. O funcionamento dessa APC depende da ação de todos os parceiros para viabilização de profissionais da saúde, equipamentos, medicamentos, exames médicos etc.

A APC tornou-se um hospital local de referência e alto nível de profissionalismo, voltado para a população roraimense, mas principalmente com atendimento especializado para os imigrantes venezuelanos e os povos indígenas.

Em todo o processo de implantação, o MPRR atuou diretamente com o coordenador da “Operação Acolhida” Gen. Barros, o Governador do Estado e a Prefeita Municipal, realizando diversas reuniões e buscando um entendimento para que o Hospital de Campanha entrasse em funcionamento, o que durou alguns meses.

Ademais, a atuação extrajudicial do MPRR voltada à instauração, manutenção e funcionamento ocorreu de várias formas, dentre as quais se destacam:

- doação de medicamentos apreendidos pela Receita Federal e entregues ao MPRR mediante Termo de Cooperação, após verificação médica da qualidade e validade; instalação e funcionamento de uma clínica de imagem: por meio da destinação de verbas judiciais;

- intermediação de parcerias para produção de equipamentos de proteção individual: assinatura de termo de cooperação para abastecer o Hospital de Campanha com EPIs produzidos por reeducandos da Cadeia Pública.

Atualmente, o Hospital de Campanha está em funcionamento, com destaque para o setor especializado em atendimento indígena, mas depende da atuação dos órgãos parceiros – entre os quais o MPRR – para continuar funcionando e ampliar sua capacidade de operação.

A atuação judicial ocorreu mediante a propositura de várias ações judiciais, dentre as quais uma se destaca: a ação civil pública, Processo nº 081735291.2020.8.23.0010, em trâmite perante a 1ª Vara da Fazenda Pública de Boa Vista, cuja descrição segue adiante:

Natureza: Ação Civil pública proposta pelo MPRR contra o Estado de Roraima em 07/07/2020, com pedido de tutela de urgência.

Objeto: Autorização judicial para que até 20% do dinheiro depositado no Fundo Estadual de Defesa do Consumidor (mais de um milhão de reais) possa ser utilizado em políticas de saúde, para projetos de manutenção e operação do Hospital de Campanha – APC.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

A atuação extrajudicial do MPRR foi fundamental para a implantação do Hospital de Campanha e sua entrada em funcionamento.

Na atuação judicial do MPRR, a concessão da tutela de urgência está permitindo que entidades apresentem projetos para análise pelo MPRR e judiciário, cujo objeto esteja diretamente relacionado com o

funcionamento e as melhorias na prestação do serviço público de saúde e combate à Covid-19, na APC.

DESCRIÇÃO DO ÂMBITO DE ABRANGÊNCIA

Como o Hospital de Campanha alcança toda população roraimense, esse é o âmbito de abrangência dessa atuação específica do MPRR.

Destaca-se ainda a questão indígena, com ênfase para aqueles que estão em área de selva ou localidades de difícil acesso (por exemplo, os índios Yanomami), e a questão migratória venezuelana, o que torna o Hospital de Campanha da APC único em sua categoria no país.

ÁREA DE ATUAÇÃO MINISTERIAL

As áreas envolvidas são: Direito à Saúde, Direito do Consumidor, Direitos Indígenas e Direitos Humanos.

METODOLOGIA

Atualização centralizada no Gab/Covid-19;

Atuação em parceria com órgãos públicos e privados;

Atuação simultânea extrajudicial e judicial;

Foco nos grupos vulneráveis.

OBJETIVOS

Geral: combate à Covid-19 no Estado Roraima.

Específicos: implantação e funcionamento do Hospital de Campanha da APC da “Operação Acolhida”; atendimento médico de qualidade a toda a população; atendimento específico a indígenas com Covid-19; atendimento específico a imigrantes venezuelanos.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE TOCANTINS

CAMINHO SEGURO COVID-19/TO

1. NOME DO PROJETO

Projeto: CAMINHO SEGURO COVID-19/TO

Medidas para a proteção da saúde dos motoristas do transporte rodoviário de cargas, diante da pandemia de Covid-19.

2. UNIDADES RESPONSÁVEIS

Ministério Público do Estado do Tocantins – MP/TO

Ministério Público do Trabalho no Estado do Tocantins – MPT

3. GERENTES DO PROJETO

Dra. Araína Cesárea Ferreira D'Alessandro – Promotora de Justiça do MP/TO

Dra. Gisela Nabuco Majela Sousa – Procuradora do Trabalho MPT/TO

4. ALINHAMENTO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

4.1 Do Ministério Público do Estado do Tocantins

Transformar a sociedade por meio da tutela dos direitos difusos e coletivos, garantindo a efetividade das Políticas Públicas;

Promover a imagem do MP/TO, estreitando o relacionamento institucional com os Poderes e o diálogo com a sociedade, mediante atuação e comunicação adequadas.

4.2 Do Ministério Público do Trabalho

Garantir a saúde e a segurança no ambiente do trabalho (OE21);

Promover o diálogo e a proteção social do trabalho, bem como a valorização dos direitos trabalhistas (OE3);

Atuar de forma proativa, resolutiva e uniforme (OE4);

Estabelecer e fortalecer parcerias estratégicas (OE6).

5. ALINHAMENTO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO BRASILEIRO

Estimular a atuação do Ministério Público na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Assegurar a autonomia funcional, administrativa e financeira do Ministério Público e promover a uniformização de sua atuação, buscando uma visão de unidade nacional.

5.1 Objetivo Estratégico Estabelecido no Plano de Gestão Nacional (PGN) do Ministério Público do Trabalho

Incentivar o desenvolvimento de ações criativas e proativas, facilmente aplicáveis e replicáveis, a problemas complexos e sistêmicos, visando alavancar a eficiência e a efetividade no alcance dos resultados.

6. ALINHAMENTO À CARTA DE BRASÍLIA

Desenvolvimento de uma nova teoria do Ministério Público, embasada nos direitos e nas garantias constitucionais fundamentais, que possa produzir práticas institucionais que contribuam para a transformação da realidade social;

Atuação, com base em Planos de Atuação, em programas institucionais e em projetos executivos que estejam em sintonia com o Planejamento Estratégico Institucional.

7. JUSTIFICATIVA

Considerando o caráter essencial da atividade de transporte de cargas durante o período de enfrentamento do novo coronavírus (Covid-19), conforme Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020;

Considerando que a atividade de transporte rodoviário é responsável por 65% (sessenta e cinco por cento) de tudo o que circula no País e tem influência no abastecimento de cidades e na circulação de tudo o que é produzido;

Considerando que o motorista do transporte rodoviário de cargas é um potencial agente de transmissão da Covid-19, por circular por vários Estados da Federação no exercício de sua valorosa profissão;

Considerando que o presente projeto é fruto do reconhecimento da necessidade da proteção da saúde dos motoristas de veículos de carga, diante da pandemia da Covid-19;

Considerando que o Colégio de Procuradores de Justiça do Ministério Público do Estado do Tocantins, em sessão realizada no dia 6 de abril de 2020, acolheu o parecer da Comissão de Assuntos Institucionais, exarado nos Autos CPJ nº 004/2020, pela alteração do Ato PGJ nº 046/2014, que “disciplina a organização, o funcionamento e as atividades dos Centros de Apoio Operacional do Ministério Público do Estado do Tocantins”, a fim de que sejam adequadas as atribuições do Centros de Apoio das áreas do Consumidor, da Cidadania, dos Direitos Humanos e da Mulher, propiciando a criação do Centro de Apoio Operacional da Saúde, cuja eleição para coordenador ocorreu no último dia 24 de abril;

Considerando que compete ao Centro de Apoio Operacional da Saúde (CAOSAÚDE) auxiliar os Órgãos de Execução do Ministério Público na fiscalização da implementação e execução de políticas públicas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como na garantia do direito individual e coletivo de acesso às ações e serviços do SUS, em conformidade com as normas vigentes;

Considerando a criação pelo CNMP do Grupo Integrado de Articulação e Enfrentamento de Covid-19, cuja promotora de Justiça Araína Dalessandro foi designada como focalizadora pelo Estado do Tocantins;

Considerando a importância dos eixos de transporte para a arrecadação dos entes públicos e a possibilidade de o projeto retornar em benefícios de fidelização dos motoristas com os municípios e o consumo de serviços locais;

Considerando os casos, ocorridos no Estado do Tocantins, de caminhoneiros que procuraram os serviços de saúde já em estado grave, acometidos pela Covid-19, os quais, pelo avançado estado da doença, não tiveram como obter tratamento eficaz e vieram a óbito;

O Ministério Público do Estado do Tocantins e o Ministério Público do Trabalho no Estado do Tocantins resolvem articular parcerias estratégicas para implementar medidas, visando à proteção da saúde dos motoristas de veículos de carga que trafegam pelo Estado do Tocantins, bem como o auxílio na contenção do contágio nas cidades próximas às rodovias mais movimentadas.

8. OBJETIVO GERAL

Estruturar rede de órgãos e outras entidades para a promoção da saúde e o acolhimento de motoristas de veículos de carga e eventuais acompanhantes, para reduzir a disseminação do SARS-CoV-2 na unidade da federação em que o projeto for executado.

9. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Redução do contágio por desconhecimento de contaminação;

Conscientização dos gestores e das vigilâncias sanitárias municipais para intensificarem a fiscalização quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), bem como para a adoção de boas práticas e higiene em locais que atendem motoristas de cargas;

Atendimento a uma parcela da população responsável pelo serviço essencial de transporte de mercadorias;

Assistência e acolhimento precoce de motoristas que testarem positivo para Covid-19 ou que apresentarem os sinais e os sintomas da doença;

Redução de óbitos por agravamento do quadro clínico de motoristas com Covid-19, no âmbito do território do Tocantins;

Conscientização dos motoristas quanto às condições sanitárias, protetivas, sociais e trabalhistas, para que se reduza, ao máximo, o risco de contaminação pelo novo coronavírus durante o exercício de suas atividades profissionais;

Fortalecimento das responsabilidades dos empregadores pela adequada tutela da saúde e da segurança dos motoristas empregados e pela prevenção do adoecimento ocupacional;

Obtenção de um perfil epidemiológico dos motoristas que atuam no transporte rodoviário de cargas.

10. DECLARAÇÃO DO ESCOPO

Fomentar a implantação de iniciativas para a adoção permanente de fluxo interinstitucional de referência em pontos de aglomeração dos motoristas de transporte rodoviário de cargas, com engajamento do Governo Estadual, das Prefeituras Municipais, dos Órgãos de Segurança Pública, das Entidades do Terceiro Setor e da Iniciativa Privada.

Triar, por amostragem, e testar, quando necessário e consentido, 100% (cem por cento) dos motoristas selecionados por dia de ação;

Acolher ou encaminhar para quarentena obrigatória 100% (cem por cento) dos motoristas testados positivo para SARS-CoV-2 por dia de ação;

Encaminhar 100% (cem por cento) dos motoristas e eventuais acompanhantes com suspeita ou confirmação de SARS-CoV-2 aos serviços de saúde de referência, conforme o caso.

11. PÚBLICO-ALVO, BENEFICIÁRIOS E OUTRAS PARTES INTERESSADAS

Público-alvo: motoristas de veículos de transporte de carga e seus acompanhantes, que trafegam pelo Estado do Tocantins.

Partes Interessadas:

Ministério Público do Estado do Tocantins;

Ministério Público do Trabalho;

Secretaria de Estado da Saúde;

Secretaria de Estado de Trabalho e Ação Social;

Secretarias de Saúde dos Municípios de execução do projeto;

Secretarias de Ação Social dos Municípios de execução do projeto;

Polícia Rodoviária Federal;

Polícia Militar;

Guardas Municipais dos municípios de execução do projeto, onde houver;

Corpo de Bombeiros Militar;

Iniciativa privada.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

PÁGINA DA FORÇA-TAREFA

Para facilitar a consulta aos comunicados, atos normativos, informativos e diretrizes da Força-Tarefa pelos membros e servidores do MPMS, foi instituída uma página específica para acesso na internet.¹

Força-Tarefa para o combate ao CORONAVÍRUS

Comunicados da Força-Tarefa Atos normativos Consumidor Crime Infância Patrimônio Público e Eleitoral Saúde e Idoso SEPLANGE Todos

Pesquisar:

Tipo	Data	Título
Informativo	10/08/2020	INFORMATIVO Nº 22 - manejo de corpos, funerais e cemitérios - INFORMATIVO FORÇA-TAREFA Nº 22 - manejo de corpos, funerais e cemitérios durante a pandemia de COVID-19.
Informativo	31/07/2020	INFORMATIVO Nº 21 - RETORNO ÀS AULAS DA REDE PRIVADA
Informativo	17/07/2020	INFORMATIVO Nº 20 - ELEITORAL
Informativo	16/07/2020	INFORMATIVO Nº 19 - violência doméstica, crianças, pessoas idosas e com deficiência
Portarias - Procedimento Administrativo	15/07/2020	KIT DE ATUAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA PESSOAS IDOSAS E PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - 1º Questionário; 2º Modelo de Portaria; 3º Modelo de Ofício
Informativo	02/07/2020	INFORMATIVO Nº 18 - ELEITORAL
Informativo	26/06/2020	INFORMATIVO Nº 17 - SAÚDE - CIRURGIAS ELETIVAS
Recomendações	22/06/2020	KIT DE ATUAÇÃO QUANTO AS CIRURGIAS ELETIVAS - 1º Modelo de Portaria; 2º Modelo de Ofício; 3º Modelo de Recomendação.
Informativo	09/06/2020	INFORMATIVO Nº 16 - Idoso, saúde e deficientes
Informativo	01/06/2020	INFORMATIVO Nº 15 - EDUCAÇÃO

Com *layout* intuitivo, o usuário do MPMS tem na página da Força-Tarefa acesso facilitado a informativos, diretrizes de atuação fundamentada,

¹ Disponível em: <<https://www.mpms.mp.br/coronavirus?area=Comunicados-4>>.

de óbitos, da quantidade de leitos ocupados e livres e da taxa de ocupação dos leitos clínicos e de UTI. Assim, por meio da análise dos gráficos e dos indicadores dinâmicos presentes, os promotores de Justiça têm elementos que visam nortear suas ações, traçando estratégias para o enfrentamento de possíveis sobrecargas na rede pública de saúde.

A sociedade, por sua vez, também pode acessar o painel para obter informação de como anda a taxa de ocupação de leitos com a doença Covid-19 em seu município e na sua região.

ADESÃO ACORDO — ESCOLAS

A 25^a Promotoria de Justiça de Defesa do Consumidor da Capital e órgãos de defesa do consumidor do Estado (Procon e Defensoria Pública) firmaram acordo no dia 22 de maio de 2020 com escolas particulares de Campo Grande para desconto nas mensalidades escolares durante o período pandêmico.

A Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON), vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, emitiu a Nota Técnica nº14/2020/CGEMM/DPDC/SENACON/MJ sobre essa questão e, em resumo, concluiu que a responsabilidade pelo Código de Defesa do Consumidor é baseada na teoria do risco da atividade e que existem posicionamentos (inclusive do STJ) admitindo as hipóteses de exclusão de responsabilidades decorrentes de caso fortuito e força maior, como é o caso da suspensão das atividades por força da Covid-19 e das recomendações da OMS e do Ministério da Saúde.

Por esse motivo, a SENACON defendeu que adoção da via judicial na discussão dos contratos de prestação de serviços educacionais deve conduzir à alegação de caso fortuito e força maior, o que poderia resultar no cancelamento dos contratos e em prejuízos enormes para a vida acadêmica de milhares de estudantes.

Baseados nesses fundamentos, foi realizado trabalho integrado entre representantes do MPMS, Defensoria Pública e Procon, com notificação de 296 escolas, na tentativa de buscar soluções amigáveis para garantir a prestação do serviço, ainda que de forma alternativa.

Por fim, houve adesão significativa das instituições privadas do Estado ao acordo proposto, num total de 113 escolas até o momento. O Termo de Compromisso prevê que as creches ou entidades equivalentes deverão conceder desconto de 25% sobre o valor bruto da mensalidade escolar fixado no contrato firmado entre as partes que venceram a partir de 1º de abril de 2020, assim perdurando o desconto até que seja retomada a aula presencial contratada, e de 100% sobre o valor cobrado a título de atividades extracurriculares, especiais e facultativas, como em relação aos valores vinculados à alimentação dos alunos, enquanto vigente o regime especial de aula não presencial.

Em relação ao ensino da pré-escola, serão suspensas todas as cobranças a título de atividades extracurriculares, tendo as escolas acordado desconto de 10% sobre os valores brutos das mensalidades. Como observação, ficou estabelecido que, aos pais que já desfrutam de descontos pela pontualidade de pagamento ou por manterem mais de um filho na escola, o desconto estabelecido no Termo, se cumulativo, não ultrapassará 20%.

ENCERRAMENTO

A Força-Tarefa do MPMS de acompanhamento da pandemia da doença do novo coronavírus reafirma seu objetivo de manter um diálogo interinstitucional, que permita a atuação convergente no enfrentamento da epidemia.

Objetiva-se amplificar a colaboração interinstitucional e intersetorial do Ministério Público de Mato Grosso do Sul com o Poder Executivo, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário, os Ministérios Públicos Federal e do Trabalho, a Defensoria Pública, a Ordem dos Advogados do Brasil, o setor de ciência, tecnologia e inovação, o setor privado, a sociedade civil e os cidadãos, integrando-se à mobilização de todos os setores da sociedade brasileira para enfrentamento da Covid-19.

Com efeito, a Força-Tarefa apresentou nesse documento as ações e os resultados alcançados até o momento e continuará emitindo diretrizes e informativos embasados em posicionamentos atuais, científicos e condizentes com os objetivos institucionais, além de prestar apoio aos

órgãos de execução e mediação com o governo estadual e instituições que prestam serviços de relevância pública.

Considerando a delicadeza do momento, e respeitando a independência funcional, o Ministério Público Estadual fechou posicionamentos até o momento quanto aos seguintes assuntos, dentro das respectivas áreas de atuação:

1) **Saúde:** Funcionamento da Rede de Saúde; limitações e barreiras sanitárias; decretos e viabilidade de recomendações; limites do confinamento social; entraves e denúncias com relação à notificação da doença; escassez e uso de EPIs; direito a acompanhante nos estabelecimentos hospitalares; transporte público; protocolo de testes; quantitativos de leitos; cirurgias eletivas;

2) **Consumidor:** Abuso de preços; produtos fora da especificação técnica; retenção de produtos; passagens aéreas; revisão de contrato da prestação de serviço; serviços bancários;

3) **Infância:** Compensação pela ausência da merenda para alunos vulneráveis; tempo de fechamento das escolas; funcionamento dos equipamentos socioassistenciais e conselhos tutelares; funcionamento das unidades de cumprimento de medida socioeducativa; mensalidades escolares; liberação de recursos dos Fundos da Criança e do Adolescente para utilização nas ações de enfrentamento da pandemia;

4) **Direitos humanos:** Idosos; pessoas portadoras de deficiência; moradores de rua; liberdade religiosa x restrição de funcionamento de igrejas e templos religiosos; funerais e sepultamentos; vítimas de violência doméstica;

5) **Criminal:** desobediência a decretos; desobediência ao isolamento; ausência de notificação da doença;

6) **Execução da pena:** Limite das restrições; medição da tensão prisional;

7) **Patrimônio Público:** Dispensa de licitação e moralidade administrativa; compras, contratações e controle pelo Poder Público; instrumentos que podem ser utilizados pelo Ministério Público para atuação preventiva; dispensa de professores temporários;

8) **Direito Eleitoral:** Propaganda institucional durante o período vedado pelo art. 73, VI, “b”, da Lei nº 9.504/97; limite de gastos com publicidade; impactos jurídicos da EC 107/2020, que adiou a data das Eleições 2020;

9) **Direito ambiental:** Unidade de triagem de resíduos; prevenção de danos ambientais decorrentes da ampliação ou construção de cemitérios em face da elevada estimativa de mortos em razão da pandemia de Covid-19.

Enquanto o mundo enfrenta os efeitos nefastos da Covid-19, com elevados índices de infecção e mortalidade, necessidade de isolamento social, enfraquecimento da economia, desemprego, esgotamento da capacidade do sistema de saúde, o Ministério Público do Estado de Mato Grosso do Sul ressignificou suas prioridades para desempenhar, da melhor forma possível, a defesa dos direitos humanos e do ordenamento jurídico.

Para cumprir a missão constitucional de defesa da ordem jurídica e do regime democrático e dos interesses sociais indisponíveis, esta instituição tem atuado diuturnamente, participando ativamente das pautas de deliberação do Poder Público quanto ao plano de enfrentamento da pandemia. Também há equipe especializada coletando dados quanto à situação pandêmica e seus reflexos, além da intensa movimentação legislativa e gestão de recursos públicos, de forma a identificar indicadores de irregularidades aptas a ensejar a atuação ministerial.

As denúncias recebidas relacionadas ao tema têm tido distribuição prioritária, de modo a atingir o grau máximo de efetividade, proteção social e resolutividade que a sociedade exige no momento que vivemos.

O compromisso permanece em buscar as melhores soluções ao enfrentamento da situação de emergência em saúde pública que estamos vivendo, de forma que o sistema de saúde esteja adequado ao atendimento digno da população; que sejam adotadas medidas de prevenção pelo Poder Público condizentes com os posicionamentos técnicos das autoridades sanitárias e com o mínimo sacrifício da economia e subsistência da população; que os recursos públicos sejam geridos com eficiência, transparência e idoneidade; e que os direitos dos grupos vulneráveis (consumidor, infância, deficientes, idosos, vítimas de violência doméstica e pessoas institucionalizadas ou em cumprimento de pena) sejam priorizados e respeitados.



*MINISTÉRIO PÚBLICO
do Estado do Paraná*

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ

BANCO DE IDEIAS

1. SÍNTESE DA PRÁTICA

O Banco de Ideias do CAOP de Saúde Pública do MPPR apresenta peças jurídicas sobre os mais variados temas na área da saúde pública, produzidas tanto no âmbito desta Instituição quanto em outros Ministérios Públicos e, pontualmente, por órgãos do Poder Judiciário.

Destinado ao uso exclusivo de membros do Ministério Público em geral, o Banco é acessível mediante a aposição de senha funcional para os membros do MPPR, mas também o é por meio da liberação de acesso especial aos membros de outros Ministérios Públicos.

Em decorrência da Covid-19, buscou-se angariar, catalogar e sistematizar o maior acervo possível de peças jurídicas, produzidas pelo Ministério Público brasileiro, tais como recomendações administrativas, arranjos administrativos, termos de ajustamento de conduta, ações judiciais, decisões etc., sobre as mais variadas situações relacionadas ao momento epidêmico vivenciado e que poderiam servir de referencial aos membros com ofício em saúde pública. Também estão disponibilizadas algumas decisões que decorreram de ações propostas pelo Ministério Público. Oportuniza-se, assim, ao agente ministerial, o ocasional ajuste da melhor estratégia em sua atuação.

Atualmente, a plataforma amplia sensivelmente o seu espectro de pesquisa, para além do Banco de Ideias. Ou seja, passa a incluir buscas sobre o tema pesquisado em todos os outros bancos de informação existentes no CAOP Saúde Pública, o que inclui, por exemplo, notas técnicas, ofícios circulares, novidades na regulação em saúde, etc.

2. DESCRIÇÃO: TRABALHO ADOTADO, ÂMBITO DE ABRANGÊNCIA, AGENTES ENVOLVIDOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

O Banco de Ideias do Ministério Público do Paraná decorre, originalmente, do que fora determinado na Carta de Palmas¹, elaborada pelo Conselho Nacional de Procuradores Gerais (CNPG), e tenta retratar o pensamento e o conjunto de produção em saúde pública do Ministério Público.

Entende-se que se trata de instrumento com potencial de ensejar a racionalização da atuação ministerial, notadamente por angariar qualificados elementos de informação úteis para a elucidação de casos concretos, de natureza individual e/ou coletiva. O Banco serve ao agente ministerial como auxílio para a tomada de decisões, no âmbito jurídico sanitário.

Com o advento da Covid-19, foi criado espaço específico no Banco de Ideias destinado aos trabalhos – judiciais e extrajudiciais – produzidos, principalmente, pelo Ministério Público.

O conteúdo é alimentado diariamente, há mais de 15 anos, fruto de pesquisas realizadas pelo CAOP de Saúde Pública, com base nas melhores referências em Direito e em saúde pública. O acervo reúne, no momento, aproximadamente 3.000 peças (destas, estima-se que 1.500 relacionadas à Covid-19).

O conjunto de elementos representa valiosa mostra da linha evolutiva do pensamento ministerial em tema de saúde pública.

Todo o material encontra-se alocado no endereço virtual <<https://saude.mppr.mp.br/pagina-1255.html>>.

1 Disponível em: <<https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=8>>.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

RELATÓRIO DE BOAS PRÁTICAS

O MPRS tomou uma série de medidas administrativas para atender às orientações de prevenção à disseminação do novo coronavírus, sem deixar desatendidas as pessoas que precisam da instituição. Membros e servidores seguem trabalhando remotamente no cumprimento de suas funções, e estão mantidos, em todas as sedes, os serviços internos essenciais ao atendimento de casos urgentes, novos ou em curso.

1. PAINEL COVID

Painel de acompanhamento das contratações relativas à pandemia da Covid-19

O painel é uma iniciativa do MPRS, por seu Laboratório de Dados (MPRS.Labs), em parceria com a Rede de Controle da Gestão Pública no RS, e foi elaborado com base em dados abertos fornecidos pelo TCE/RS e pelo Portal de Transparência da União, em que são colhidas e atualizadas permanentemente informações relativas às despesas feitas por cada ente público municipal atinentes ao enfrentamento do novo coronavírus, bem como das receitas decorrentes de transferências da União para cada Município.

Assim, o painel permite comparar o valor total de contratações de cada Município em relação ao valor recebido a título de receitas provenientes da União. Também permite verificar as modalidades mais utilizadas para a contratação.

O Ministério Público do Rio Grande do Sul desenvolveu internamente essa ferramenta tecnológica para ganhar mais agilidade no acompanhamento da destinação dada pelos municípios das receitas recebidas e que precisam ser ajustadas da melhor maneira nesse momento de combate ao novo coronavírus. O que antes se fazia de forma quase manual, solicitando documentos e analisando licitações, agora é feito de forma informatizada por meio de um programa que cruza os dados, permitindo aos promotores de Justiça e aos órgãos fiscalizadores uma melhor análise do panorama de investimentos dos municípios.

O painel também é uma ferramenta de estímulo ao exercício do controle social e um aliado dos órgãos de controle da gestão pública no acompanhamento, em tempo real, das receitas recebidas por cada Município e da correspondente destinação dada aos recursos públicos no enfrentamento da pandemia.

1.1. Acesso ao Painel

O link de Acesso é <<https://datastudio.google.com/u/0/reporting/ae1d9666-bb57-4042-9b7d-48a1da3d17b6/page/hymRB>>.

1.2. Recursos disponíveis no painel

- Comparativo entre o valor total em contratações e transferências da União por Município.
- Panorama de valores transferidos pela União.
- Dados das contratações relacionadas com o enfrentamento da pandemia da Covid-19.

2. FUNDO PARA RECONSTITUIÇÃO DE BENS LESADOS (FRBL)

FRBL e Estado assinam repasse de verba para equipar 30 leitos de UTI

O Ministério Público do Rio Grande do Sul, instituição que preside o FRBL, e o Estado oficializaram o repasse de quatro milhões e 950 mil reais do FRBL para a Secretaria Estadual de Saúde. O valor foi utilizado na compra de equipamentos para a montagem de 30 leitos de UTI, em

razão da necessidade de ampliação do sistema de saúde para atender a demanda decorrente da pandemia.

As receitas que constituem o fundo são oriundas de indenizações decorrentes de condenações, acordos judiciais promovidos pelo MP por danos causados a bens e direitos e de multas aplicadas em razão do descumprimento de ordens ou de cláusulas naqueles atos estabelecidos. Também são revertidos ao FRBL valores decorrentes de medidas compensatórias estabelecidas em acordos extrajudiciais ou termos de ajustamento de conduta e de multas aplicadas pelo descumprimento de cláusulas estabelecidas nesses instrumentos, além de doações.

Essa é uma atuação eficiente do Ministério Público em todas as áreas de importância para a cidadania que faz com que dinheiro ilícito reverta em prol da saúde da população neste momento delicado que vivemos, quando a atuação colaborativa entre as instituições se mostra ainda mais urgente e eficaz.

3. CONTINGENCIAMENTO DE ORÇAMENTO

A Assembleia Legislativa, o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e o Tribunal de Contas, Poderes e Instituições autônomas do Estado do Rio Grande do Sul, em razão da situação excepcional causada pela crise da expansão global do novo coronavírus, unidos em favor da sociedade gaúcha, anunciam o contingenciamento de seus orçamentos em até 150 milhões de reais, aproximadamente.

O valor acima referido será objeto do corte de despesas, conforme atos administrativos próprios de contingenciamento já publicados, que restringem custeio e investimentos, de forma excepcional e temporária, com objetivo específico de auxiliar nas ações de enfrentamento da pandemia e na preservação da saúde da população gaúcha.

A disponibilização dos recursos será realizada durante o exercício corrente, na forma tratada pela equipe técnica de cada ente diretamente com os órgãos do Estado responsáveis.

4. TODAS E TODOS PELO DISTANCIAMENTO: COVID-19 SEM VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Há 14 anos, foi sancionada a Lei Federal nº 11.340, batizada de Lei Maria da Penha em reconhecimento à Maria da Penha Maia Fernandes, cearense que foi vítima de violência doméstica e que simboliza a luta contra as violações dos direitos humanos das mulheres.

Logo no início do isolamento social, o MPRS desenvolveu a cartilha “Todas e todos pelo distanciamento sem violência contra a mulher”, com orientações para vítimas de violência doméstica no contexto da pandemia.

4.1. Acesso à Cartilha

O link de acesso é <<https://urless.in/t9Anh>>.

5. FORÇA-TAREFA COVID-19

Ministério Público cria força-tarefa para combater superfaturamento dos preços de insumos laboratoriais e produtos médico-hospitalares.

O Ministério Público do Rio Grande do Sul criou a Força-Tarefa Covid-19 (FT) para apurar, prevenir e reprimir a prática de preço abusivo e outras infrações à ordem econômica, em todo o Estado, nas compras públicas de insumos laboratoriais e produtos médico-hospitalares.

A FT atuará também em outros casos de relevante interesse público, referentes à prevenção e ao combate da pandemia do novo coronavírus.

A iniciativa do MP atende solicitação prioritária dos prefeitos, apresentada pela Federação das Associações dos Municípios do RS (Famurs), para que a instituição apurasse os casos de aumento abusivo de preços, especialmente de EPIs, testes e insumos laboratoriais e hospitalares necessários à proteção dos profissionais de saúde e atendimento aos pacientes com suspeita e confirmação de Covid-19.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

BOAS PRÁTICAS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA DURANTE A SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA PROVOCADA PELA PANDEMIA DE COVID-19

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Tem o presente relatório o objetivo de contribuir para a sistematização e a avaliação de boas práticas no Ministério Público nacional, pela exposição de ações e iniciativas do Ministério Público de Santa Catarina durante a situação de emergência de saúde pública provocada pela pandemia de Covid-19.

Inicialmente, será destacada uma ação geral, consistente em um novo paradigma de atuação *coordenada, articulada, preventiva e informada*, formada por Grupos Temáticos que congregaram Administração Superior, Órgãos de Execução e Órgãos de Apoio, de modo a, sem prejuízo à independência funcional, garantir padrões de atuação institucional efetiva.

Em seguida, serão listadas as ações e iniciativas específicas realizadas por esse paradigma.

2. BOAS PRÁTICAS EM DESTAQUE: UM NOVO PARADIGMA DE ATUAÇÃO DE GRUPOS TEMÁTICOS

No dia 13 de março de 2020, quando os efeitos da pandemia da Covid-19 começaram a atingir o Estado de Santa Catarina, o procurador-geral de Justiça, na forma autorizada pelo Ato nº 590/2015/PGJ, acionou o seu Gabinete Gestor de Crise (GGC), grupo de trabalho temporário,

vinculado diretamente ao gabinete do procurador-geral de Justiça, com finalidade de promover o gerenciamento de crises no campo de ação institucional do Ministério Público de Santa Catarina. Verificando a necessidade de atuar em diversas frentes, o procurador-geral de Justiça criou, dentro da estrutura do GGC, quatro grupos de trabalho temáticos:

- d. **Grupo de Trabalho Administrativo:** para tratar das questões afetas à estrutura administrativa e de pessoal do MPSC;
- e. **Grupo de Trabalho de Apoio aos Órgãos de Execução:** para prestar apoio e orientações às Promotorias e às Procuradorias de Justiça no exercício da atividade-fim relacionada à pandemia da Covid-19;
- f. **Grupo de Trabalho da Comunicação Social:** para promover a comunicação das ações do MPSC para o público interno, para a sociedade e promover a interlocução com o TJSC;
- g. **Grupo de Trabalho da Segurança Institucional:** para coordenar eventuais ações necessárias a garantir a segurança e a integridade física dos membros.

A atuação em cada um dos grupos é conduzida pelo procurador-geral de Justiça e pelos subprocuradores-gerais de Justiça para Assuntos Administrativos, Institucionais e Jurídicos. Os Grupos de Trabalho contam com promotores de Justiça, coordenadores dos Centros de Apoio Operacional, servidores das áreas de recursos humanos, tecnologia e comunicação social, possuem pauta de reunião com periodicidade inicialmente diária e posteriormente semanal por videoconferência e um *chat* próprio em aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp) para discussão das questões mais prementes.

Essa dinâmica permitiu não somente o contato direto entre o Gabinete de Crise e as Promotorias, como também fomentou a inovação institucional ao propiciar que iniciativas gestadas em todas as Comarcas do Estado pudessem rapidamente ser compartilhadas no interior da Instituição.

A seguir, destacam-se exemplos propiciados por esse paradigma de atuação.

3. AÇÕES E INICIATIVAS DA PROCURADORIA-GERAL E GRUPOS TEMÁTICOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

3.1 Painel Público sobre procedimentos instaurados sobre a Covid-19¹

Esse painel de análise de dados foi desenvolvido com o propósito de dar transparência à atuação do Ministério Público de Santa Catarina e permitir que todo o cidadão saiba em tempo real as iniciativas judiciais e extrajudiciais que visam recomendar, cobrar e fiscalizar a aplicação das medidas de contenção à Covid-19 determinadas pelas autoridades nacionais, estaduais e municipais em todos os Municípios catarinenses.

3.2 Painel Público sobre levantamento de ILPIs e a Covid-19²

O painel acompanha a situação das instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) com relação à Covid-19. O objetivo é fazer um diagnóstico das entidades para auxiliar a atuação das Promotorias de Justiça e dos órgãos de defesa do direito dos idosos na criação de estratégias e ações que garantam os direitos e a segurança dessas pessoas neste contexto de pandemia.

A ferramenta apresenta informações estratégicas, tais como a quantidade de residentes das ILPIs, o número de casos suspeitos e confirmados entre os idosos e entre os trabalhadores, as medidas de combate adotadas e as principais dificuldades enfrentadas no momento pelas instituições.

Os dados foram coletados por meio de um formulário on-line respondido por mais de 240 entidades cadastradas e são atualizados a cada 15 dias.

3.3. Painéis desenvolvidos para a Sala de Situação Digital a serem entregues aos Gestores Municipais e promotores de

1 Disponível em: <<https://mpsc.mp.br/covid-19/painel>>.

2 Disponível em: <<https://mpsc.mp.br/ilpis/painel-covid19-ilpis>>.

Justiça em parceria com o Poder Executivo Estado de Santa Catarina e outras instituições

A Sala de Situação Digital Covid-19 foi criada com a colaboração do MPSC e outras instituições parceiras para apoiar os Municípios e o Estado de Santa Catarina na tomada de decisões para o enfrentamento da pandemia com base em dados e evidências científicas. Para tanto, provê um conjunto de ferramentas de inteligência de dados e análises de contexto que viabiliza sejam traçadas de ações regionalizadas e/ou localizadas de saúde.

Na continuidade desse trabalho, servidores da Gerência de Ciência de Dados do MPSC, com base em dados fornecidos pelo Estado de Santa Catarina, criaram um painel para acompanhamento da ocupação dos leitos de UTI e de enfermaria.

A SSD está hospedada no ambiente “Lista de Espera SUS”, do Ministério Público de Santa Catarina (MPSC), que já é acessada por todas as Secretarias Municipais de Saúde. A ferramenta é resultado do trabalho colaborativo do Núcleo de Intersetorial de Inteligência de Dados para a Covid-19 (NIID-C19), integrado pelo MPSC, Governo do Estado, *Social Good* Brasil (SGB), Laboratório Engin/UFSC, Associação Catarinense de Medicina (ACM), Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina (CIASC), *Data Science Brigade*, *Aquarela Data Analytics* e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/SC).³

3.4. Painel Público com os valores repassados pelo MPSC e pelo TJSC aos municípios/entidades em razão da Covid-19⁴

O painel foi elaborado pelo MPSC a partir de dados fornecidos pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina e apresenta um demonstrativo das instituições beneficiadas com recursos para o enfrentamento do novo coronavírus, valores esses oriundos do oferecimento de propostas de transação penal e de suspensão condicional do processo para o enfrentamento do novo coronavírus.

3 Cf. em: <<https://www.mpsc.mp.br/noticias/municipios-recebem-sala-de-situacao-digital-ssd-para-apoiar-o-combate-a-covid-19>>.

4 Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/covid-19/painel-repasses>>.

3.5 Recomendação conjunta para observância a critérios técnicos e científicos⁵

Em conjunto com o MPF e o MPT/SC, o MPSC expediu a Recomendação nº 1/2020/MPSC/MP/MPT ao Governador do Estado de Santa Catarina, objetivando a criação de fluxo de trabalho entre as diversas instâncias que atuam no enfrentamento da Covid-19, com a criação de um comitê técnico para nortear as ações de combate à doença com base na análise das peculiaridades epidemiológicas do Estado, que devem ter a necessária transparência de divulgação.

Os três ramos do Ministério Público em Santa Catarina recomendaram, também, a criação de protocolos de medidas sanitárias para cada categoria antes da liberação gradual das atividades econômicas, bem como a divulgação de informações, pelo Governo do Estado, sobre quais serão os órgãos responsáveis pela fiscalização.

Sugeriu-se ao chefe do Poder Executivo que o instrumento normativo que promover a liberação de qualquer atividade deve prever expressamente as sanções aplicáveis, como multa e interdição, para o caso de descumprimento das condicionantes sanitárias previstas.

O Ministério Público também recomendou que o Governo do Estado informe os fundamentos técnico-científicos, os dados epidemiológicos e a situação do sistema de saúde que embasaram as decisões de retomada de cada atividade. Além disso, sugeriu-se seja conferida a devida transparência às informações relacionadas à pandemia, em especial quanto aos leitos de UTI disponíveis no SUS e ao número de casos suspeitos. As recomendações foram acatadas pelo governador na integralidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as várias ações e iniciativas que o Ministério Público de Santa Catarina vem tomando com vistas ao desempenho de suas missões constitucionais no enfrentamento da pandemia, é difícil apontar apenas uma.

5 Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/noticias/covid-19-mpsc-mpfsc-mptsc-recomendam-ao-governo-do-estado-que-a-retomada-das-atividades-se-sustente-sobre-estrategias-com-respaldo-cientifico-e-sancoes-claras-em-caso-de-descumprimento>>.

Desse modo, a prática que se destaca é o próprio padrão de atuação e planejamento adotado para o enfrentamento da pandemia. Tratando-se, por sua própria definição, de situação que implica todas as dimensões da vida social, também o MPSC precisou criar meios de organização que garantissem uma atuação coordenada, articulada, informada e preventiva, a qual, sem prejuízo à independência funcional, vem obtendo resultados avaliados positivamente pela Instituição e pela Sociedade.



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA
COORDENAÇÃO NACIONAL FINALÍSTICA DO GIAC-COVID**

MEMORIAL DESCRITIVO

INTRODUÇÃO

Trata-se de memorial descritivo que destaca iniciativa desenvolvida pelo Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (Giac) do Ministério Público brasileiro, em resposta ao Ofício Circular nº 17/2020/CES (PGR-00273756/2020 – SEI/CNMP-0381620), concernente à participação na obra “*Racionalização da Judicialização em tempos de COVID-19*” sob elaboração pela Comissão da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público (CES/CNMP).

Breve resumo sobre a instituição do Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (GIAC-COVID19)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, a epidemia do novo coronavírus como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, em 11 de março de 2020, a caracterizou como pandemia. Em razão da importância mundial, o Exmo. sr. procurador-geral da República, Antônio Augusto Brandão de Aras, instituiu o Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (Giac) por intermédio da Portaria PGR/MPU nº 59, de 16 de março de 2020 (PGR-00099512/2020).

O Giac consolidou-se com a finalidade precípua de promover o trabalho conjunto, interinstitucional e voltado à atuação preventiva, extrajudicial e resolutiva dos ramos do Ministério Público brasileiro no esforço nacional de contenção à pandemia, em observância às suas atribuições de:

– promover a articulação no âmbito do Ministério Público brasileiro com a cooperação do Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério Público da União e dos Estados;

– promover a articulação interinstitucional e intersetorial, para fomentar a cooperação e integração com os órgãos do Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário, da Defensoria Pública, a Ordem dos Advogados do Brasil, as entidades da sociedade civil e do setor privado, as instituições científicas, nacionais e estrangeiras, os organismos e entidades internacionais, entre outras;

– auxiliar na definição e execução do plano institucional de contingência e de atos normativos específicos, para assegurar a continuidade e o funcionamento dos órgãos e entes do Ministério Público da União;

– promover a articulação com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância Sanitária, com o acompanhamento sistemático das medidas e orientações do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para a Covid-19, para integração da resposta eficiente à epidemia em território nacional; e

– coordenar a integração de sistemas, bases de conhecimento e canais de comunicação, para facilitar o trabalho articulado dos membros do Ministério Público.

Importa ressaltar que o Giac desenvolve suas atividades em quatro frentes de trabalho: **i)** Coordenação-Geral, ao encargo do procurador-geral da República e do vice-procurador-geral da República; **ii)** Coordenação Nacional Finalística, ao encargo da Coordenadora da 1ª Câmara de Coordenação e Revisão; **iii)** Coordenação Nacional Administrativa, sob chefia do Secretário-Geral do Ministério Público da União; e **iv)** Coordenação Nacional em Ciência, Tecnologia e Inovação, integrado por especialistas do corpo funcional e instituições científicas convidadas, nas áreas de epidemiologia, virologia, infectologia e demais campos de interesse.

DESCRIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Dada a pluralidade de áreas impactadas pela pandemia, a Coordenação Nacional Finalística do Gabinete Integrado tem atuado fortemente na interlocução Institucional para enfrentar os diferentes desafios. No presente documento, será destacada a atuação promovida pelo Giac para enfrentar a problemática do desabastecimento geral dos fármacos que compõem o chamado kit intubação (sedativos, adjuvantes na sedação e relaxantes musculares), utilizado no manejo de pacientes acometidos por complicações decorrentes do novo coronavírus.

Os anestésicos e bloqueadores neuromusculares começaram a entrar em falta no mercado nacional após o aumento de casos graves de Covid-19. Hospitais, membros do Ministério Público e instituições, como o Conselho Nacional de Secretárias de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), reportaram o comprometimento dos estoques de anestésicos, bem como a dificuldade para a aquisição de tais produtos, em razão do aumento da demanda, da capacidade produtiva dos laboratórios, de óbices na importação de matéria-prima, de processos licitatórios desertos ou fracassados, de prorrogações sucessivas dos prazos de entrega, de realinhamento de preços, além de cancelamento de empenhos e registros de preços vigentes.

Atuação do Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19

Diante das notícias de desabastecimento geral dos fármacos para intubação de pacientes acometidos pela Covid-19, a Coordenação Nacional Finalística do Giac procedeu a diversas estratégias de articulação em nível nacional, objetivando ampliar o diálogo interinstitucional para regular o abastecimento dos anestésicos, garantindo a assistência à saúde, sobretudo, em meio à crise culminada pelo novo coronavírus:

1. Em 10 de junho de 2020, ocorreu a 1ª reunião proposta pelo Giac com a finalidade de buscar soluções para a situação emergencial referente ao desabastecimento de anestésicos. Na oportunidade, estiveram presentes representantes da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

(CONASEMS), do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

2. Posteriormente, em 17 de junho de 2020, o Gabinete Integrado promoveu a 2ª reunião referente à insuficiência de estoques dos medicamentos anestésicos. Nesse encontro, o Giac mediou acordo a ser firmado pelo Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estados e municípios para solucionar a situação emergencial do desabastecimento dos sedativos e relaxantes musculares que fazem parte do kit intubação.

Por intermédio do pacto, restou estabelecido que o estoque de medicamentos destinados à intubação de pacientes com complicações decorrentes da Covid-19 seria mapeado para, autorizada a sub-rogação dos contratos vigentes, permitir a transferência de fármacos de um estado para outro, de modo a atender as localidades que estejam em situação crítica. Foi acordado, também, a realização de compra centralizada pelo Ministério da Saúde, mediante ata de registro de preço, e a avaliação de possibilidade referente à aquisição internacional de fármacos por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

3. Em 30 de junho de 2020, o Giac integrou reunião técnica promovida pela Comissão Externa da Câmara dos Deputados, destinada a acompanhar as ações em resposta à falta de medicamentos anestésicos. O encontro reuniu representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Associação Brasileira dos Distribuidores de Medicamentos Especializados, Excepcionais e Hospitalares (ABRADIMEX), do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (SINDUSFARMA), da Sociedade de Anestesiologia do Estado de Santa Catarina, da Confederação de Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) e da Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS).

Frisa-se que a atuação do Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 é contínua, visto que a problemática da escassez de medicamentos para a intubação de pacientes não alcançou resolução definitiva. Dessa forma, o Giac prossegue com interlocução ininterrupta perante o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Além disso, o Giac, por meio de representantes do MPF e dos MPes, acompanha de perto a situação dos estados e municípios, a fim de evitar a ocorrência de qualquer circunstância que possa obstar o acesso dos cidadãos à saúde pública e ao devido tratamento médico.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Diante da atuação empreendida pelo Gabinete Integrado e de ações do Ministério da Saúde em conjunto com outros órgãos como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entre 26 de julho de 2020 e 19 de agosto de 2020, foram distribuídos quatro milhões de unidades de medicamentos utilizados para intubação de pacientes acometidos pela Covid-19. Além dos fármacos disponibilizados pela requisição administrativa, aquisições internacionais e pelo acordo tripartite, encontra-se em andamento, também, compra dos medicamentos via Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e por meio do Pregão Eletrônico nº 110/2020.

No que se refere à estratégia de requisição administrativa, foram entregues, até a data de 19 de agosto de 2020, 4.023.498 unidades de medicamentos para atendimento emergencial das demandas da rede pública.

Quanto à compra internacional, o Ministério da Saúde adquiriu junto ao Uruguai, no mês de julho/2020, 54.867 unidades de anestésicos (48.867 unidades de Propofol, cinco mil de Priaxim e mil unidades de dexmedetomidina) enviados prioritariamente às Secretarias de Saúde do Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

No que tange ao acordo tripartite resultante de articulação entre a União (representada pelo Ministério da Saúde) e as Secretarias de Saúde do Rio de Janeiro, foram disponibilizadas 61,2 mil unidades de medicamentos anestésicos para os estados do Amapá, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e Tocantins, visto que o estoques desses entes estavam próximos ao colapso. Segundo o Ministério da Saúde, pela parceria firmada entre Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro com a Unimed/RJ e a Rede D'or, a entrega dos fármacos ocorreu em menos de 24 horas.

Em relação à obtenção dos medicamentos, via OPAS, foram emitidas, no mês de agosto de 2020, cinco ordens de compra. No que diz respeito ao processo de pregão via Sistema de Registro de Preços, todos os 26 estados, Distrito Federal e 18 capitais (Maceió/AL, Salvador/BA, Fortaleza/CE, Vitória/ES, Goiânia/GO, São Luís/MA, Belo Horizonte/MG, Cuiabá/MT, Belém/PA, João Pessoa/PB, Teresina/PI, Curitiba/PR, Porto Velho/RO, Boa Vista/RR, Porto Alegre/RS, Florianópolis/SC, Aracaju/SE e São Paulo/SP) aderiram à Intenção de Registro de Preços (IRP) nº 94/2020, que deu origem ao Pregão Eletrônico nº 110/2020. O processo licitatório foi homologado em 12 de agosto de 2020.

OUTRAS INICIATIVAS DE DESTAQUE

A título de conhecimento, apresenta-se a seguir outras iniciativas de destaque.

- Celebração de Protocolo de Intenções entre o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho e a Caixa Econômica Federal

O Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho e a Caixa Econômica Federal assinaram, em 29 de maio de 2020, protocolo de intenções que estabelece um conjunto de boas práticas para evitar a contaminação pelo coronavírus no acesso das pessoas aos serviços bancários. O documento considera principalmente o pagamento do auxílio emergencial criado pelo governo federal para combater os efeitos da pandemia e de benefícios como o Bolsa Família, que levaram milhares de pessoas às agências, provocando filas e aglomerações, com risco de contágio tanto para os beneficiários quanto para os funcionários da CEF.

O instrumento teve como finalidade estabelecer um conjunto de ações para prevenir a contaminação e contágio pelo novo coronavírus e, assim, garantir a segurança dos beneficiários e funcionários da instituição financeira, bem como para facilitar o cadastramento de usuários que não possuem acesso à internet ou ao aplicativo e sejam elegíveis para percepção do referido auxílio.

Para subsidiar a elaboração do Protocolo de Intenções, o Giac participou de uma série de reuniões com representantes do MPT, da CEF e de entidades sindicais, além de compilar todos os problemas registrados por membros do Ministério Público brasileiro, a fim de incluir previsões para sanar as questões levantadas.

Ainda, por intermédio do ato, foi incumbido ao Ministério Público Federal e ao Ministério Público do Trabalho o auxílio na articulação com o Governo Federal, Estados, Distrito Federal, Municípios, Secretarias e Ministérios para o solucionamento de problemas pertinentes à temática, disponibilização, observada a independência funcional dos membros, de mediação ou conciliação, pré-processuais e processuais, em demandas envolvendo a Caixa Econômica Federal que interfiram nas medidas de prevenção ao novo coronavírus.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

BOAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO PÚBLICO BRASILEIRO PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

**INICIATIVA DE DESTAQUE: GRUPO DE TRABALHO (GT
COVID-19) DO MPT**

Área específica de atuação ministerial: Trabalho, saúde, higiene e segurança do trabalho, proteção do emprego, da ocupação e da renda dos trabalhadores, sustentabilidade financeira das empresas.

1. SÍNTESE DA PRÁTICA

**GRUPO DE TRABALHO GT COVID-19, DO MINISTÉRIO
PÚBLICO DO TRABALHO**

1.1. Instituição/criação

O Grupo de Trabalho GT Covid-19 foi instituído em 17 de março de 2020 pelo procurador-geral do Trabalho, dr. Alberto Bastos Balazeiro, com o objetivo de promover e proteger a saúde do trabalhador, bem como reduzir os impactos negativos trabalhistas decorrentes da pandemia de infecções por Covid-19.

1.2. Composição

Além do procurador-geral do Trabalho e da vice-procuradora-geral do Trabalho, o Grupo de Trabalho GT Covid-19 é integrado por diversas instâncias e órgãos do Ministério Público do Trabalho, com

atuação de todas as Coordenadoras, Coordenadores e respectivos vices, das Coordenadorias Temáticas Nacionais do Ministério Público do Trabalho

1.3. Objetivos

O Grupo de Trabalho GT Covid-19 tem como função otimizar o enfrentamento dos impactos decorrentes da pandemia de Covid-19 nas relações de trabalho, nas questões referentes à proteção da saúde, na garantia de empregabilidade e renda aos trabalhadores formais e informais, em harmonia com a temática da sustentabilidade das empresas. Tem como função essencial apoiar, auxiliar e colaborar com todos os procuradores e procuradoras do Trabalho nos seus procedimentos investigatórios, promocionais e nas suas articulações com os setores públicos e privados e demais atores sociais.

O Grupo de Trabalho GT Covid-19 atuou como uma instância de uniformização e suporte a todos os membros do Ministério Público do Trabalho e a todas as Procuradorias Regionais do Trabalho, harmonizando o princípio da unidade com o princípio da independência funcional, em questões administrativas, finalísticas, de suporte científico e também para apoio e auxílio pessoal aos membros e servidores para problemas decorrentes da Covid-19.

1.4. Eixos de Atuação

O Grupo de Trabalho GT Covid -19 tem eixos determinados de atuação:

Articulação: trata-se de uma articulação interinstitucional, por meio do diálogo com órgãos públicos e privados, para a implementação de políticas públicas.

Mediação: com atores sociais, como sindicatos de trabalhadores e empregadores

Judicialização: propositura de ações conjuntamente com os procuradores e procuradoras das diversas Procuradorias Regionais e Procuradorias no Município.

Atuação Estratégica/Promoção

Difusão da informação para ampla: divulgação de Notas Técnicas, Recomendações e difusão da informação para ampla conscientização.

Medidas administrativas de apoio à atuação do MPT.

1.5. Atuação em Rede com os Focalizadores Regionais

As Procuradorias Regionais do Trabalho nos Estados também criaram gabinetes de atuação integrada com o Grupo de Trabalho Nacional GT Covid-19 e, por meio dos membros focalizadores designados, criaram planos de ação regionais e replicaram as ações do Grupo de Trabalho Nacional. Cada Procuradoria Regional do Trabalho nomeou um(a) membro(a) para canalizar as informações do GT Covid-19 e articular e harmonizar as ações e experiências nacionais com as regionais.

Os quatro primeiros meses de medidas de distanciamento social foram marcados por intensa atuação institucional em diversos segmentos da atividade econômica, como frigoríficos, setor de mineração, hospitais, teleatendimento, unidades prisionais, petróleo, plataformas digitais (trabalho por aplicativos), também no combate às demissões em massa, à exploração da mão de obra em condição análoga à de escravo e atuando como mediador dos conflitos coletivos de trabalho, conforme o noticiado pelos veículos de informação¹.

2. DESCRIÇÃO DO TRABALHO ADOTADO E RESULTADOS

2.1. Eixo Articulação Interinstitucional/Políticas Públicas

O primeiro eixo foi a articulação política para medidas legislativas que afetam as relações trabalhistas. A referida articulação foi realizada por meio de reuniões por videoconferência e trocas de informações por meio de ofícios com os Gabinetes de Crise dos Governos dos Estados a exemplo do Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Casa Civil do Governo Federal, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

1 KLASSMANN, Bruna. MPT recebe 26 mil denúncias ligadas à Covid-19 desde o início da pandemia. **Revista Proteção**, 21/07/2020. Disponível em: <<https://protecao.com.br/geral/mpt-recebe-26-mil-recebe-denuncias-ligadas-a-covid-19-desde-o-inicio-da-pandemia/>>. Acesso em: 31 ago. 2020.

(CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), bem como agências reguladoras (ANP, Anvisa, Anatel, Antaq).

O MPT também contribuiu com as políticas públicas de pesquisa e proteção da saúde, destinando os recursos obtidos em Termos de Ajustamento de Conduta (TAC) e decisões da Justiça do Trabalho, de R\$ 284 milhões², para ações de combate à pandemia, com estruturação de hospitais e compra de equipamentos de proteção e respiradores para diversos Municípios.

Também foi realizado diálogo com diversos setores industriais para a promoção da reconversão industrial, de modo a incentivar as empresas a voltarem a sua produção para insumos e produtos que permitissem o combate à disseminação do novo coronavírus e principalmente diminuísse a falta de equipamentos de higiene e proteção dos trabalhadores da área da saúde e de equipamentos para o atendimento dos pacientes de Covid-19 que necessitassem de internação e cuidados médicos intensivos.

2.2. Atuação Estratégica/Promoção

2.2.1. Atuação Finalística

Desde março de 2020, o Ministério Público do Trabalho (MPT) recebeu cerca de 29 mil Notícias de Fato acerca de irregularidades relacionadas à Covid-19, sobre diversos temas, como falta de equipamentos de proteção, aplicação irregular dos acordos de redução salarial, falta de controle da jornada do *home office*, demissão em massa, assédio moral organizacional, entre outros.

Dessa forma, o MPT tem atuado em várias frentes para o combate de tais irregularidades: instaurou 7.149 inquéritos civis para averiguar irregularidades decorrentes da Covid-19, ajuizou 267 ações judiciais e firmou 181 Termos de Ajuste de Conduta.

2 MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Tabela de Destinações Efetuadas até 16.08.2020 para Ações de Combate à Covid-19**. Disponível em: <<https://mpt.mp.br/pgt/noticias/20-08-16-18h16-valores-e-analitico-2.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2020

2.2.2. Mediação e ações Promocionais

O Ministério Público do Trabalho também tem atuado como mediador e conciliador dos conflitos coletivos de trabalho e participou de diversas ações que, entre outros exemplos, garantiram fornecimento de equipamentos de proteção e auxílio financeiro aos entregadores de aplicativo, limpeza dos carros de aplicativo, adoção de medidas sanitárias nos frigoríficos e centros de teleatendimento, proteção da saúde e das condições de trabalho de professores e trabalhadores domésticos, pagamento integral das verbas rescisórias em casos de demissão coletiva, bem como em ações de preservação do emprego, da empresa e da atividade econômica.

Dos 1.307 Procedimentos de Mediação e 1200 Procedimentos Promocionais instaurados entre janeiro e agosto de 2020, 438 Mediações e 906 Procedimentos Promocionais são relacionados à proteção da saúde do trabalhador, bem como redução dos impactos negativos trabalhistas decorrentes da pandemia de infecções por Covid-19.

2.3. Medidas administrativas de apoio à atuação do MPT

2.3.1. Informatização das atividades, teleatendimento, telemedicina

Com o intuito de propiciar a atuação integrada e o constante monitoramento e acompanhamento da demanda social e da atuação do MPT na proteção da saúde dos trabalhadores, bem como na proteção do emprego, da ocupação e da renda dos trabalhadores, a estrutura administrativa do MPT voltou seus esforços para a manutenção da prestação dos serviços à população por meios telemáticos, pela coleta de denúncias no Portal do MPT, realização de audiências e reuniões por videoconferência, atendimento à população pela Ouvidoria do MPT e mobilização da equipe de Tecnologia para possibilitar o acesso de membros e servidores do MPT aos sistemas de trabalho e até mesmo serviços de atendimento à saúde, como para **atendimento à saúde mental** ou suporte em **caso de óbito** de membros e servidores do ramo.

2.3.2. Operação Acolhida

Também no âmbito do Grupo Nacional GT Covid-19, foi realizada a operação acolhida, que consistiu na realização e reuniões e formação de uma rede apoio aos membros do MPT com o objetivo de prestar suporte multidisciplinar aos membros do MPT durante o período de pandemia de Covid-19. Foram realizadas reuniões (por videoconferência) com as chefias e todo o colegiado das 24 Procuradorias Regionais do Trabalho.

3. DESCRIÇÃO DO ÂMBITO DE ABRANGÊNCIA

O Grupo de Trabalho tem abrangência nacional, em todo território que possua unidades do MPT.

4. REVERSÃO DE RECURSOS

O Ministério Público do Trabalho (MPT) destinou, no período de uma semana, mais de R\$ 6,9 milhões a ações de combate à Covid-19. Desde o início da pandemia, a instituição vem revertendo valores a diversas entidades prioritariamente para esse fim, como forma de contribuir para a proteção de trabalhadores e da população em geral. O montante total destinado pelo MPT saltou de cerca de R\$ 284,9 milhões para aproximadamente R\$ 291,9 milhões, entre os dias 16 e 25 de agosto, segundo levantamento divulgado no dia 26 do mesmo mês.

Garantidos por decisões da Justiça do Trabalho ou por acordos extrajudiciais (Termos de Ajuste de Conduta – TACs), os recursos destinados ao enfrentamento do novo coronavírus abrangem todos os estados brasileiros, bem como o Distrito Federal, e vêm sendo repassados a hospitais, associações de saúde, universidades, entes da federação, entre outros.

Entre as ações custeadas com os valores estão a aquisição equipamentos de proteção individual (EPIs) a profissionais de saúde que estão na linha de frente do combate à doença, a compra de respiradores, ventiladores pulmonares e kits de testagem para saber se a pessoa contraiu o vírus, o financiamento de pesquisas, entre outras medidas. Os valores das reversões são fruto de indenizações por danos morais coletivos ou multas trabalhistas, que têm por finalidade a reparação da sociedade

pelos prejuízos causados por empregadores, com violações trabalhistas que afetam inclusive o sistema de saúde.

Um exemplo de destinação realizada recentemente foi a de R\$ 3,2 milhões decorrentes de processo trabalhista contra a Mineração Caraíba por falhas na garantia de um ambiente de trabalho seguro. Os valores, a serem depositados em 24 parcelas mensais, serão destinados a ações de combate à pandemia e seus efeitos sociais na Bahia.

As primeiras duas parcelas, que totalizam R\$ 600 mil, vão custear a aquisição de equipamentos para o Laboratório de Virologia da Universidade Federal da Bahia, para a Gerência Regional do Trabalho de Juazeiro e para a Superintendência Regional do Trabalho da Bahia (SRT-BA). A lista inclui equipamentos de proteção individual, itens de informática e peças automotivas para a fiscalização do trabalho, além de uma máquina qPCR Quantum 6 e de uma Estufa Incubadora de CO₂, que serão usadas nas pesquisas desenvolvidas pelo laboratório.



MINISTÉRIO PÚBLICO MILITAR

MEMORIAL DESCRITIVO DO ACOMPANHAMENTO DO 28º BATALHÃO DE CAÇADORES NO APOIO ÀS PRÁTICAS E AÇÕES DE COMBATE AO NOVO CORONAVÍRUS

A Procuradoria de Justiça Militar em Salvador/BA foi provocada a fiscalizar as medidas de prevenção ao contágio e de atenção à saúde do efetivo de militares e servidores civis do 28º Batalhão de Caçadores (28º B C), em Aracaju/SE. O 28º B C, conhecido como Batalhão Campo Grande, é uma unidade do Exército Brasileiro subordinada diretamente à 6ª Região Militar, sediada em Salvador/BA.

Com esse objetivo foi instaurada, no âmbito da PJM Salvador/BA, a Notícia de Fato 161.2020.000026.

A Organização Militar referida é comandada pelo Coronel de Infantaria Marco Aurélio Magalhães Cavalcanti e conta com um efetivo de 713 militares em serviço ativo. Além dos militares da ativa, a Unidade também possui servidores civis e atende, diariamente, a reservistas, pensionistas, beneficiários do plano de saúde (FUSEx) e usuários do sistema de fiscalização de produtos controlados, tendo em vista que é a Organização Militar que comanda a Guarnição.

Portanto, é intenso o fluxo de militares e civis na Unidade.

Assim, a PJM Salvador/BA, com o objetivo de fiscalizar as medidas adotadas pela Organização Militar, decidiu iniciar acompanhamento, estabelecendo inicialmente um diálogo muito sincero com o Comandante, seguido de inspeção pessoal, sempre na perspectiva de se chegar a um

comprometimento resolutivo diante dos vários desafios e demandas decorrentes da pandemia.

O passo inicial foi solicitar informações para aferir se o Comandante:

1. expediu ordens e orientações sobre os cuidados básicos de prevenção e propiciou a disseminação do conhecimento sobre a doença, formas de contágio e possibilidades terapêuticas;

2. determinou controle de entrada na Organização Militar, com aferição de temperatura e acolhida por pessoal da área médica ou sanitária;

3. determinou dispensa do serviço dos militares, nos casos de suspeita de contaminação, e disponibilizou acompanhamento e/ou apoio aos dispensados do serviço;

4. estabeleceu controle de contaminação, recuperação e óbitos na Unidade e coordenou o atendimento médico dos militares ou servidores civis contaminados;

5. apoiou as administrações públicas federal, estadual e municipal nas ações de prevenção ou de atendimento de necessidades básicas da população local.

Além de ter solicitado informações e documentos, o Ministério Público Militar realizou visita de inspeção e acompanhamento no dia 15 de maio de 2020.

Com relação às providências questionadas, foi verificado que:

A. O Comando da Unidade publicou diretrizes claras sobre a doença, sua letalidade, as formas de contágio, as ações preventivas (individuais e coletivas) e, além disso, foram realizadas diversas reuniões, instruções e palestras que abordavam e esclareciam essas questões;

B. O controle na entrada do quartel é criteriosamente realizado por equipe da Seção de Saúde, em instalação provisória (barraca) montada à frente do Corpo da Guarda, local em que militares, servidores e visitantes são acolhidos e questionados sobre o estado geral de saúde, passando por aferição da temperatura;

C. Todos os dias é realizada uma triagem com os militares da Organização Militar. Aqueles que apresentam qualquer sintoma gripal são afastados das atividades diárias por 14 (quatorze) dias. Tal procedimento

está de acordo com o previsto na Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, do Ministério da Saúde, a qual declarou a transmissão comunitária da Covid-19 em todo o território nacional;

D. Nos casos em que há relato de sintomas peculiares ou em que a temperatura corporal é alta, a pessoa é dispensada do serviço e encaminhada de volta para casa (isolamento domiciliar), a não ser nos casos que reclamam imediato suporte de saúde (encaminhamento ao hospital), sempre sob o acompanhamento e apoio da Organização Militar;

E. A Unidade possui controle diário do estado de saúde do efetivo. Os militares em isolamento domiciliar são acompanhados pela Seção de Saúde e pelos Comandantes de Subunidade. Os pacientes hospitalizados recebem o acompanhamento de um dos sete médicos da Organização Militar, ainda que estejam na rede hospitalar civil. Em caso de óbito, a Administração Militar dá suporte à família, de acordo com a legislação em vigor. Em caso de agravamento do quadro clínico, o que não ocorreu com nenhum militar em isolamento domiciliar até o dia de hoje, já existe o planejamento de se realizar o encaminhamento para o Hospital Primavera, instituição conveniada ao FUSEx, onde os testes de Covid-19 podem ser realizados na urgência. Cabe ressaltar que na Organização Militar existem sete médicos, além de enfermeiros e atendentes. Todos esses militares estão empenhados em trabalhar na prevenção da doença e estão disponíveis 24 horas por dia para prestar atendimento médico e dar orientações aos militares da ativa, seus dependentes, inativos e pensionistas, no Posto Médico do Batalhão ou em suas residências;

F. O 28º Batalhão de Caçadores apoiou diversas ações governamentais, a maioria delas registradas nos documentos anexos.

Também é importante destacar que a área do Batalhão e suas instalações foram desinfetadas sob a coordenação da equipe especializada em Guerra Química, Biológica e Nuclear.

A Procuradoria de Justiça Militar em Salvador acompanhou, em tempo real, todas as medidas adotadas pelo Comando do 28º Batalhão de Caçadores, tudo devidamente documentado na NF 161.2020.000026, que segue anexada a este memorial¹.

1 O texto da Notícia de Fato não foi inserido no texto da publicação em razão de sua extensão. Para consulta na íntegra, acessar a página da Comissão da Saúde do CNMP.



Construindo
uma trajetória
rumo ao futuro.



CONSELHO
NACIONAL DO
MINISTÉRIO PÚBLICO

