



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(A) FEDERAL DA __ VARA FEDERAL DA SUBSEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL.

Ref.: Covid-19. Relaxamento do distanciamento Social no DF. Regulamento Sanitário Internacional.

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO** e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS**, por suas Procuradoras e Procuradores abaixo assinados, no uso de suas atribuições legais e constitucionais, vêm, com fundamento nos artigos 127 e 129, inciso II e III, todos da Constituição da República, artigo 5º, inciso I, alínea h, e inciso V, alínea b, e artigo 6º, inciso VII, alíneas b e d, da Lei Complementar nº 75/1993 e na Lei nº 7.347/1985, ajuizar a presente

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA
COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA**

em face do

DISTRITO FEDERAL, pessoa jurídica de direito público interno, representado por seu Governador, que pode ser intimado no Palácio do Buriti, na Praça do Buriti, Zona Cívico-Administrativa, Brasília - DF, CEP 70075-900; e da

UNIÃO, pessoa jurídica de direito público interno, representada pela Advocacia Geral da União, com sede no Setor de Autarquias Sul, Quadra 3, Lotes 5/6, Ed. Multi Brasil Corporate, Brasília-DF, CEP 70.610-460,

pelas razões de fato e de direito a seguir expostas:

SÍNTESE

A presente ação civil pública busca a obtenção de provimento jurisdicional que obrigue o **DISTRITO FEDERAL** a se abster de adotar qualquer medida que autorize o funcionamento de atividades não essenciais, enquanto durar o Estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPI) decorrente da pandemia de Covid-19, sem a prévia apresentação de justificativas técnicas fundamentadas, alicerçadas em evidências científicas e em análises sobre informações estratégicas em saúde no Distrito Federal.

Quanto à **UNIÃO**, requer-se que esta, respeitada a repartição de competências federativas, preste orientação, acompanhamento, coordenação e prestação de cooperação técnica e financeira ao Distrito Federal e seu Entorno, para o fim de assegurar o cumprimento das recomendações temporárias definidas pela Organização Mundial da Saúde no território nacional, em especial o cumprimento do tratado internacional aplicável (Regulamento Sanitário Internacional), relacionadas às medidas de redução do distanciamento social para enfrentamento à Covid-19.

Outros importantes pedidos também serão formulados em face dos réus, com antecipação dos efeitos da tutela, em razão da urgência que o caso requer.

O ESTADO DE EMERGÊNCIA NA SAÚDE PÚBLICA E A NECESSIDADE DE ISOLAMENTO SOCIAL EFETIVO

É fato notório a crise sanitária atravessada pelo mundo em decorrência da pandemia de Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Até o dia 27/04/2020, foram confirmados no mundo 3.048.420 (três milhões, quarenta e oito mil e quatrocentos e vinte) casos de Covid-19, com um total de 210.539 (duzentos e dez mil e quinhentos e trinta e nove) óbitos, e uma taxa de letalidade de 6,9%¹. No Brasil, até o dia 20/04/2020, foram confirmados, segundo Ministério da Saúde, 40.581 (quarenta e cinco mil, setecentos e cinquenta e sete) casos de Covid-19 e 2.575 (dois mil, novecentos e seis) óbitos, com taxa de letalidade de 6,3%². Esse número sobe para 64.161 (sessenta e quatro mil, cento e sessenta e um) casos e 4.340 (quatro mil, trezentos e quarenta) óbitos na data de 27/04/2020, letalidade de 6,77%³.

¹ Dados disponíveis em: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>>. Último acesso em 27.04.2020.

² Boletim Epidemiológico nº 13 do Ministério da Saúde pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COVID-19, publicado em 20/04/2020. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/17/2020-04-16---BE10---Boletim-do-COE-21h.pdf>. Último acesso em 23.04.2020.

³ Dados disponíveis em: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>>. Último acesso em 27.04.2020

No último dia 18 de abril de 2020, a OMS (Organização Mundial da Saúde) anunciou o recorde histórico de 90 mil novos casos de infectados **em um único dia**, sem contar os casos não testados ou que ainda dependem do resultado de testes (a grande maioria dos casos), o que significa que é **fato público e notório que o problema continua se agravando no mundo**.

As características que mais impressionam em relação à Covid-19, são as seguintes⁴:

(1) A diferença entre a **velocidade de propagação da doença e do número de óbitos** nos diversos países.⁵

(2) A aparente constância quando o **crescimento exponencial do número de infectados** passa a ser verdadeiramente percebido, aproximadamente, um mês após detecção do primeiro caso.⁶

Esse segundo fato, aliado à constante curva ainda crescente de infectados e mortos no Brasil, impõe o reconhecimento, baseado em dados empíricos, de que **o pior está por vir e é iminente, exigindo-se redobradas cautelas sanitárias**.

Estudo conduzido e divulgado pelo *Imperial College COVID-19 Response Team* em 26 de março de 2020,⁷ do Imperial College de Londres⁸, uma das mais respeitadas instituições de pesquisa da Inglaterra, projeta o impacto da pandemia e estima sua mortalidade e a consequente demanda sobre os sistemas de saúde baseado em dados da China e países de primeiro mundo, consideradas estratégias de mitigação e supressão.

Estimam os pesquisadores que, em cenário de **ausência de intervenções**, a Covid-19 resultaria em **7 bilhões de infectados e 40 milhões de mortos** globalmente neste ano de 2020.

Estratégias de mitigação com foco na proteção de idosos (60% de redução em contatos sociais) e no retardo do ritmo de transmissão/contágio (40% de redução em contatos sociais da população em geral) poderiam reduzir pela metade as consequências, com 20 milhões de vidas salvas. **Todavia, nesse caso, predizem os pesquisadores que os sistemas de saúde de todos os países seriam rapidamente levados à exaustão**, com maior gravidade para aqueles países (notadamente de baixa renda) que dispõem de sistemas de saúde com menor capacidade.

⁴ Dados disponíveis em: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>>. Último acesso em 24.04.2020.

⁵ Compare-se, p.e., a Coreia do Sul (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/south-korea/>) com a Itália (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/italy/>).

⁶ Ver Suécia, Estados Unidos, Austrália e Brasil:

(<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/sweden/>,
<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/us/>,
<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/australia/>,
<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/brazil/>).

⁷ Articulistas australianos fizeram apresentação explicativa de vários dados sobre a disseminação do coronavírus no link a seguir:

<https://www.abc.net.au/news/2020-03-26/coronavirus-covid19-global-spread-data-explained/1208902>.

⁸ Dados disponíveis

em:<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020.pdf>

Sugerem os especialistas que somente com rápida adoção de medidas de saúde pública para suprimir a transmissão (incluindo testagem, isolamento e medidas de distanciamento social para a população em geral), similar àquelas medidas atualmente já adotadas em variados países, se poderá manter a demanda pelos sistemas de saúde em níveis suportáveis. Nesse cenário, *caso a estratégia de supressão seja adotada rapidamente* (no marco de 0,2 morte por 100.000 pessoas por semana) e mantida, então 38,7 milhões de vidas poderiam ser salvas; ao passo que 30,7 milhões poderiam ser salvas *se aplicadas tais medidas de supressão no momento em que ocorrer em momento com maior número de mortes* (1,6 mortes por 100.000 pessoas por semana). Constata-se, assim, que o retardo na implementação de medidas de supressão leva a resultados significativamente piores.

A explicação do primeiro fato decorre de uma multiplicidade de fatores, como: perfil etário da população, clima do país, hábitos culturais e religiosos, estratégias adotadas, entre outros ainda não esclarecidos pelas pesquisas médicas. **Há, no entanto, um ponto de relativo consenso: o distanciamento/isolamento social é estratégia que se tem mostrado eficaz no retardamento da velocidade de propagação da doença.** Retardar sua velocidade de propagação é a única forma de mitigar os impactos sobre o Sistema de Saúde, impedindo – ou, ao menos reduzindo – o número de mortes evitáveis. Compreenda-se: mortes que decorram não diretamente da doença Covid-19 ou de sua associação a comorbidades, **mas da incapacidade de adequado atendimento médico-hospitalar.**

Lembremos que, segundo dados da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), o Brasil possuía em 2016 o total de 41.741 leitos de UTI – somando-se públicos e privados -, com uma alta ocupação. Esses leitos estavam presentes em apenas 521 dos 3.459 municípios brasileiros e concentravam-se sobretudo na região Sudeste (com 53,4% de todos os leitos).⁹

Já a nota técnica “*Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao Covid-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar*”, de pesquisadores do Centro de Política e Economia do Setor Público, da Fundação Getúlio Vargas (CEPESP/FGV), apontou para a escassez de recursos na maioria das regiões do País. Alertou para o que ocorreria em um cenário de apenas 20% da população infectada pela covid-19, e 5% dos infectados necessitando de cuidados em UTI por 5 dias (a média de tempo na Europa tem sido maior). Nesse cenário, 294 das 436 regiões de saúde do país ultrapassariam a taxa de ocupação de 100%. Em particular, 53% delas necessitariam de ao menos o dobro de leitos-dia em relação a 2019 para tratar os casos mais críticos.¹⁰

É exatamente esse catastrófico cenário de falta de leitos que já observamos, por exemplo, no estado do Ceará, onde a fila para leitos de UTI era de 48 (quarenta e oito) pacientes em 16/04/2020. Isso é o mesmo que dizer que ao menos 48 pessoas morreriam vítimas de complicações da Covid-19, por falta de tratamento adequado. A situação no

⁹https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/marco/19/Analise_de_Dados_UTI_Final.pdf Acesso em 27/03/2020.

¹⁰Pesquisadores Beatriz Rache, Rudi Rocha, Leticia Nunes, Paula Spinola, Ana Maria Malik e Adriano Massuda.

<http://www.cepesp.io/estudo-mapeia-infraestrutura-e-necessidades-do-sus-para-enfrentar-o-covid-19/> Acesso em 27/03/2020.

Ceará só vem se agravando desde aquela data, o mesmo ocorrendo em outros Estados da Federação.¹¹

Estados como Amazonas, Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo também estão com alta ocupação dos leitos de UTI, sendo cerca de 88% de vagas ocupadas no Rio e em Pernambuco, em 16/04/2020¹² e quase 100% de ocupação no Amazonas¹³.

Dessa forma, devem ser recusadas e revisadas quaisquer medidas sem embasamento científico que coloquem em risco as estratégias recomendadas pela OMS, ou em algum momento pelo Ministério da Saúde, sob pena de enfrentarmos um verdadeiro colapso nos sistemas de saúde e a morte de milhões de brasileiros, de todas as idades e classes sociais.

Ressalte-se que, embora o Boletim Epidemiológico nº 08, do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública formado no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (publicado no dia 09/04/2020), tenha divulgado a possibilidade de substituição do modelo de Distanciamento Social Ampliado – DSA (mais restritivo) para o modelo de Distanciamento Social Seletivo – DSS (com menos isolamento), **não há nenhuma evidência apta a demonstrar que o Distrito Federal atingiu uma situação que permita essa transição no momento.**

Com efeito, no mesmo documento do Ministério da Saúde fica claro que as estratégias de distanciamento social adotadas pelos estados e municípios contribuem para evitar o colapso dos sistemas locais de saúde e permitem aos gestores tempo relativo para estruturação dos serviços de atenção à saúde da população, com consequente proteção do Sistema Único de Saúde.

Também é reforçado no mesmo documento que *“as Unidades da Federação que implementaram medidas de distanciamento social ampliado devem manter essas medidas até que o suprimento de equipamentos (leitos, EPI, respiradores e testes laboratoriais) e equipes de saúde (médicos, enfermeiros, demais profissionais de saúde e outros) estejam disponíveis em quantitativo suficiente, de forma a promover, com segurança, a transição para a estratégia de distanciamento social seletivo.”*

Dessa forma, **os esclarecimentos constantes do referido Boletim Epidemiológico nº 8 reforçam a indispensabilidade de que qualquer flexibilização ou mitigação da estratégia de ampla quarentena social, denominada distanciamento social ampliado – DAS, pelo Ministério da Saúde, somente pode ser adotada se preenchidos cumulativamente os requisitos de existência de disponibilidade suficiente de equipamentos (respiradores e EPIs), testes laboratoriais, recursos humanos e leitos de UTI e internação, capazes de absorver eventual impacto de**

¹¹ Dados disponíveis em:

<https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/04/16/ceara-ocupa-100percent-dos-leitos-de-uti-para-coronavirus-e-fila-de-espera-ja-chega-a-48-pacientes.ghtml> Acesso em 16/04/2020

¹² Dados disponíveis em:

<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus-apos-colapso-no-ceara-veja-situacao-do-sistema-de-saude-nos-estados-mais-criticos-24375780> Acesso em 17/04/2020

¹³ Dados disponíveis em:

<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/25/am-registra-mais-441-casos-de-covid-19-e-total-de-infectados-chega-a-3635.ghtml> Acesso em 27/04/2020.

aumento de número de casos de contaminação por força da redução dos esforços de supressão de contato social.

Ainda nesse sentido é o art. 3º da Lei nº 13.979, de 06/02/2020, que estabelece medidas para o enfrentamento da chamada *emergência de saúde pública de importância internacional* decorrente da Covid-19. A lei trata de uma série de medidas, como o isolamento, a quarentena e posturas da Administração Pública, como a restrição de entrada e saída do País, a requisição de bens e serviços e a autorização de importação de produtos sem registro na Anvisa.

Os parágrafos do art. 3º destacam as formas de efetivação das referidas medidas, bem como as autoridades responsáveis. O § 1º, por exemplo, prescreve que as medidas só poderão ser determinadas com base em “**evidências científicas**” e em “**análises sobre as informações estratégicas em saúde**”. Além disso, deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao “mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública”.¹⁴

Ocorre que, conforme será demonstrado em tópico adiante, ainda existem inúmeras carências em relação às necessidades listadas acima (falta de pessoal, leitos, EPIs, testes, monitoramento, estudos do órgão de saúde, transparência das informações, etc), não havendo evidências científicas ou informações estratégicas que embasem a reabertura de comércio, serviços, escritórios e indústrias **não essenciais**¹⁵ neste momento.

Importante ressaltar que **o Distrito Federal tem o sétimo pior coeficiente de incidência (por 1.000.000) de COVID-19 por Unidade da Federação, segundo o Boletim Epidemiológico nº 13 do Ministério da Saúde, de 20 de abril de 2020.**¹⁶

Ademais, é consenso entre especialistas que **ainda não atingimos o pico da doença no Brasil e no DF. Dessa forma, as medidas liberatórias recentes e**

¹⁴ Lei nº 13.979/20, art. 3º, § 1º *As medidas previstas neste artigo somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública.*

¹⁵ Objetivamente e em situação de normalidade institucional, o rol dos serviços considerados como essenciais está previsto na Lei nº 7.783/89, que dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, e dá outras providências.

Dentre os serviços essenciais, o ato normativo elegeu aqueles cuja prestação é inadiável, por colocar em perigo iminente a sobrevivência, saúde ou a segurança da população, devendo o Poder Público assegurar sua manutenção.

Há, pois, no serviço considerado essencial, uma perspectiva real e concreta de urgência, isto é, necessidade concreta e efetiva de sua prestação, devendo essa urgência nortear a permissão ou proibição de atividades – inclusive comerciais e de serviços – durante a pandemia de covid-19.

Ressalte-se que o Decreto nº 10.282/2020, ao regulamentar a Lei nº 13.979/2020, previu, no âmbito federal, quais atividades são considerados essenciais no cenário de pandemia atual.

Mas, de acordo com decisão do STF no bojo da ADI 6.341, o rol constante do referido Decreto não é de observância obrigatória por estados e municípios, que podem legislar sobre o tema de acordo com suas próprias realidades e necessidades, eis que a possibilidade do chefe do Executivo Federal definir por decreto a essencialidade dos serviços públicos, sem observância da autonomia dos entes locais, afrontaria o princípio da separação dos poderes.

¹⁶ https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/20/20.04.2020_COVID1.pdf

pretendidas pelo GDF são prematuras, eis que não aguardaram maior capacidade instalada de saúde, nem testagem massiva durante significativo período de tempo, nem são baseadas em dados fiéis, porque há relevante subnotificação.

Frise-se, ainda, que a doença acaba de chegar às comunidades mais carentes do DF. Trata-se de pessoas mais vulneráveis, seja no que se refere ao poder aquisitivo, seja no que tange a condições precárias de habitação e saneamento, em que se destacam fatores como aglomeração familiar, ausência de saneamento ambiental ou falta de água tratada, sabão e álcool em gel, artigo atualmente em falta no mercado ou, quando disponível, vendido a preços altos. Reúnem-se nessas comunidades, ademais, vários outros fatores de risco à proliferação acelerada do coronavírus, como condições gerais de saúde fragilizadas, com doenças crônicas sem o devido cuidado e acompanhamento, e uso excessivo de álcool e drogas¹⁷, sendo uma tendência o rápido e alto agravamento de internações sem que estejamos preparados para absorver toda a demanda por tratamento hospitalar em caso de aumento súbito dos casos de Covid-19.

Sublinhe-se, nesse contexto, que, conforme demonstra o Informe nº 54 – SVS/DIVEP/CIEVES, que contém o Boletim Epidemiológico do dia 25/04/2020, referente à Emergência de Saúde Pública COVID-19 no âmbito do Distrito Federal, a análise da letalidade dos casos por Região Administrativa de residência, demonstra que **as maiores taxas de letalidade, atualmente, concentram-se nas regiões Sul (Gama e Santa Maria - 9,8%) e Oeste (Brazlândia e Ceilândia – 8,3%), as quais concentram 10,5% do casos**, muito embora a maioria destes (36,9%) tenha sido detectados entre moradores da Região Central (Plano Piloto, Sudoeste/Octogonal, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul e Varjão do Torto), que apresenta taxa de letalidade visivelmente menor (0,9%).

Ressalte-se, ainda que, por ocasião do julgamento da Ação Cautelar na ADI 5501, acerca da constitucionalidade da Lei nº 13.269/2016, que autorizara o uso do medicamento fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna, *a despeito da inexistência de comprovação de segurança e eficácia do referido fármaco*, assim se manifestou o Exmo. Ministro Ricardo Lewandowski:

Examinei os vários ângulos da questão, mas eu me permitiria levantar uma reflexão aos eminentes Pares. Na verdade, os Pares não necessitam dessa reflexão, mas a faço, talvez, até para ordenar um pouco melhor os meus pensamentos, os próprios pensamentos, e observando o seguinte: o Estado contemporâneo, ou o Estado de Direito, nasce a partir de um movimento importante chamado Iluminismo, no século XVIII – esse movimento, em alemão, chama-se Aufklaerungen, ou esclarecimento. E esse movimento se caracteriza pela centralidade da ciência e da racionalidade. Portanto, o Estado contemporâneo, esse Estado que nós conhecemos, o Estado de Direito, é o Estado que se organiza em bases racionais, e ele é limitado a partir de regras legais de caráter objetivo.

Então, não me parece admissível que hoje o Estado, sobretudo num campo tão sensível como é o campo da saúde, que diz respeito à vida, e à própria dignidade da pessoa humana, possa agir irracionalmente,

¹⁷ Disponível em

<https://www.metropoles.com/distrito-federal/saude-df/casos-de-coronavirus-na-cidade-estrutural-dobr-am-em-4-dias> Acesso em 27/04/2020

levando em conta razões de ordem metafísica, ou fundado em suposições, enfim, que não tenham base em evidências científicas.

E eu queria manifestar a minha preocupação no sentido de que, se nós permitirmos ao Parlamento legislar desta forma na área da farmacologia, estaremos abrindo um precedente extremamente perigoso, que coloca em risco a própria saúde da população. (STF - MEDIDA CAUTELAR NA ADI 5.501 DF – Relator Min. Marco Aurélio – Julg. 19/05/2016 - com destaque acrescido).

A fundamentação do Exmo. Ministro amolda-se perfeitamente ao caso do Distrito Federal. É que, sem nenhum amparo em evidências científicas e ignorando as experiências de países que enfrentaram a pandemia de Covid-19, antes do Brasil, e as recomendações e normatizações da OMS e do próprio Ministério da Saúde, **o Governador do Distrito Federal, sem qualquer justificativa racional**, resolveu pela reabertura de comércios, escritórios e serviços **não essenciais** à população durante uma pandemia, o que pode significar grandes e frequentes aglomerações de pessoas num momento em que toda a ciência afirma que o isolamento social é a medida mais eficaz para conter a propagação do vírus e sem que o sistema de saúde da região esteja preparado para enfrentar um rápido aumento dos casos graves de Covid-19.

É hora, portanto, de dar à razão e à ciência o peso merecido e necessário, para evitar um dano coletivo de proporções incomensuráveis à saúde individual e coletiva e a fim de proteger o próprio sistema de saúde distrital - e brasileiro -, que ameaça colapsar-se tal como ocorreu na Itália, Espanha e EUA (sobre o que falaremos mais adiante), caso as medidas de contenção e isolamento determinadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde não sejam seguidas.

O isolamento social, mediante fechamento de serviços **não essenciais**, é uma medida que vem sendo determinada em **todos os países** que enfrentam a pandemia com base nas orientações da OMS. Foi estabelecida, inicialmente, na China, depois na Itália, na Inglaterra e nos Estados Unidos, dentre outros.

A Universidade de Pelotas/RS publicou modelos matemáticos, evidenciando que o percentual de isolamento social, a data de início da medida e sua duração têm efeito direto nas projeções de propagação da doença e de mortos.¹⁸ De acordo com o estudo, considerando um distanciamento social de 30 dias:

Supondo um cenário em que um quarto da população (25%) fique em distanciamento social. Desta forma o pico de infectados acontece em torno de 50 dias depois do início da epidemia, 5 dias depois do caso sem distanciamento social, atingindo aproximadamente 16% da população no pico da epidemia, e um decréscimo contínuo da epidemia na sequência.

Supondo um cenário em que metade da população (50%) fique em distanciamento social. Com o início do distanciamento social, o número de infectados cresce lentamente, atingindo em torno de 4% da população. Após

¹⁸ Disponível em <http://ccs2.ufpel.edu.br/wp/2020/04/13/modelagem-matematica-do-covid-19-Atualizacao-de-13-04-2020/> Acesso em 18.04.2020.

o término do distanciamento social, o número de infectados cresce, atingindo um novo pico em torno de 15 dias, e tem-se aproximadamente 15% da população infectada (1% a menos do que no pico para o distanciamento social de 25% da população, mas 25 dias depois).

Considerando um distanciamento social de **60 dias**:

25% da população: Não se observa diferenças significativas em relação ao caso de 30 dias de distanciamento social.

50% da população: Com o início do distanciamento social, o número de infectados cresce lentamente, atingindo 4% da população pessoas em torno de 25 dias e depois tem-se um decréscimo até aproximadamente o valor de infectados do início do distanciamento social. Após o término do distanciamento social, o número de infectados cresce novamente e atinge um pico em torno de 22 dias tendo pouco mais de 5% de infectados (**3 vezes menor do que no caso de 30 dias de distanciamento social**).

Considerando um distanciamento social de **90 dias**:

25% da população: Não se observa diferenças significativas em relação ao caso de 30 dias de distanciamento social.

50% da população: Temos que durante o distanciamento social a epidemia decai quase que totalmente, tendo um pequeno pico de infectados após o retorno, de aproximadamente 2,5% da população, em torno de 45 dias após o fim do distanciamento social (**metade da população em relação ao distanciamento social de 60 dias**).

Comparando os três cenários, percebe-se o achatamento das curvas de transmissão devido ao tempo de distanciamento social. Nota-se que, quando se tem 50% da população em distanciamento social, a curva dos infectados não cresce muito e pode-se manter o pico a valores relativamente baixos, **desde que se mantenha esse distanciamento por um período superior a 60 ou 90 dias.**¹⁹

Diante do cenário de crise na saúde, cumpre resumir, brevemente, como têm reagido as entidades governamentais em nível global e nacional:

i) a **Organização Mundial da Saúde – OMS**, em 30/01/2020, emitiu Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19), atualizada para Declaração de Pandemia em 11/03/2020, fato público e notório;

ii) A **União** então editou, entre outros atos,

a) a **Lei Federal nº 13.979, de 06/02/2020**, que estabelece as medidas para enfrentamento de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (Covid-19), visando a proteção da coletividade;

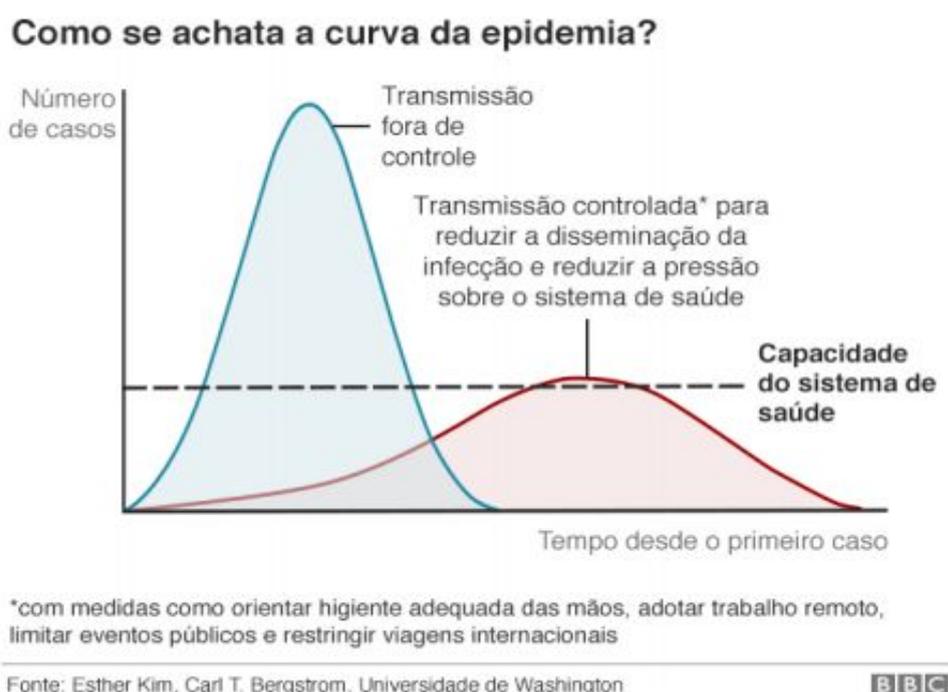
¹⁹ Detalhes desta pesquisa são encontradas no site do laboratório GDISPEN (<https://wp.ufpel.edu.br/fentransporte/>), no Facebook do mestrado em Modelagem Matemática da UFPel (<https://www.facebook.com/modelagemmatematica.ufpel.1>) e no Instagram (@ppgmmat). Responsáveis: Daniela Buske, Glênio Aguiar Gonçalves e Régis Sperotto de Quadros. Laboratório GDISPEN (Grupo de Dispersão de Poluentes & Engenharia Nuclear), Programa de Pós-Graduação em Modelagem Matemática (PPGMMat), Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

b) a **Portaria MS nº 356, de 11 de março de 2020 (DOC.2)**, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (Covid-19);

c) a **Portaria nº 188/GM/MS, de 04/02/2020 (DOC.3)**, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV);

d) O **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19)**, de fevereiro de 2020 (**DOC.4**);

A principal recomendação da Organização Mundial de Saúde para conter o contágio é justamente o isolamento social,²⁰ que, de acordo com evidências científicas, como antes demonstrado, seria capaz de achatar a curva numérica de pessoas infectadas, fazendo que haja um menor número de pessoas infectadas em curto espaço de tempo.²¹



Interromper o movimento da população permite ganhar tempo e reduz a pressão nos sistemas de saúde. **A OMS recentemente reforçou que “a última coisa que um país**

²⁰ Disponível em

<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-reforca-proposta-de-isolamento-social-contra-corona-virusmas-diz-que-e-preciso-fazer-mais,70003249476> . Acesso em 7 de abril de 2020.

²¹ Disponível em

<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/03/25/oms-reitera-importancia-do-isolamento-paraco-mbater-coronavirus.ghtml> . Acesso em 7 de abril de 2020

precisa é abrir escolas e empresas, e ser forçado a fechá-las novamente por causa de um ressurgimento do surto.²²

EXEMPLOS INTERNACIONAIS

A fim de evitar o colapso de seus sistemas de saúde e o aumento vertiginoso no número de infectados e mortos, medidas de contenção têm sido adotadas nos diversos cantos do nosso planeta, que incluem desde orientações e pedidos para que a população evite aglomerações e adote cuidados extras de higiene, até proibição expressa de que os cidadãos saiam de casa, exceto em comprovados casos de necessidade (como para adquirir alimentos ou procurar atendimento médico).

Na Alemanha, a partir da metade de março de 2020, escolas, comércio e serviços não essenciais foram fechados, bem como fronteiras com diversos países. Reuniões com mais de duas pessoas foram proibidas, exceto se se tratar da mesma família ou grupo que reside na mesma casa. E o país adotou a testagem em massa da população desde o início da pandemia (27/01/2020), combinando fortes medidas de distanciamento social com mapeamento da doença.

Com tais medidas, o país acumulava um total de 127.584 casos confirmados e 3.254 mortes até 15/04/2020, com a curva de contágio diminuindo a partir de abril, o que permitirá que uma reabertura controlada seja feita.²³

Os decretos do governo italiano também determinaram a paralisação total de diversas atividades comerciais e industriais que não são estratégicas para o país, além de proibir aglomerações e até mesmo movimentação de pessoas entre cidades.²⁴

Entretanto, **a cidade de Milão é um infeliz exemplo do que ocorre quando as medidas de distanciamento social são afrouxadas** (ou não adotadas) antes que se tenha um real controle sobre o número de infectados e um preparo do sistema de saúde para atendimento dos casos graves.

No final de fevereiro, o prefeito de Milão apoiou uma campanha com o título #milanonosiferma,²⁵ incentivando as pessoas a seguirem com a vida normal. À época, havia apenas 14 mortes em razão da Covid-19 na Itália. No entanto, sem medidas de isolamento social, os casos na cidade dispararam rapidamente, o que levou a um pedido público de desculpas do prefeito em 22/03/2020.²⁶ Em 17/04/2020, em meio a um *lockdown* que

²² Disponível em

<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02/Informe_COVID19_GDF_20200307.pdf >
Último acesso em 18.04.2020.

²³https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-15-en.pdf?__blob=publicationFile

²⁴ Disponível: <http://www.protezionecivile.gov.it/web/guest/amministrazione-trasparente/provvedimenti/-/content-view/view/1235328>

²⁵ Tradução: #MilãoNãoSeFecha .

²⁶ Disponível: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/27/prefeito-de-milao-admite-erro-por-ter-apoiado-campanha-para-cidade-nao-parar-no-inicio-da-pandemia-de-coronavirus-na-italia.ghtml> Acesso em 27/04/2020

paralisou as atividades do país, a Itália contava com 172.434 pessoas infectadas e 22.745 mortos.²⁷

A Inglaterra seguiu um caminho parecido ao de Milão, tendo o Primeiro Ministro anunciado medidas restritivas somente em 23/03/2020, determinando que as pessoas só poderão deixar suas casas para fazer compras de itens essenciais, para praticar exercícios individuais ou com pessoas de sua própria casa, procurar cuidados médicos, prestar auxílio a pessoas vulneráveis e trabalhar (e somente se absolutamente necessário e impossível de ser feito à distância).²⁸

O governo do país decidiu prorrogar as medidas de isolamento em 16/04/2020, por ter indicações de que elas estão dando resultados positivos, contendo o aumento descontrolado da doença no país. Ainda assim, o Reino Unido registrava mais de 100.000 infectados por covid-19 e quase 14.000 mortes até 16/04/2020.²⁹

Nos EUA, a Casa Branca e o CDC têm dado orientações gerais para a população acerca da necessidade de fechamento de escolas, teatros, comércio, igrejas etc, tendo sido divulgado pelo Presidente, em 16/03/2020, um guia com o intuito de desacelerar a contaminação pelo novo coronavírus. Nesse documento, há recomendação para que os cidadãos evitem aglomerações com mais de 10 (dez) pessoas.³⁰

O CDC americano também divulgou orientações detalhadas para comércios, escolas, indústria, igrejas, transportes, dentre outros, a fim de permitir que medidas de prevenção ou contenção sejam adotadas de acordo com a situação de cada região.³¹

Sem testagem em massa de seus cidadãos, os norte-americanos assistem ao colapso dos sistemas de saúde e funerário de cidades como Nova York, que contava até 16/04/2020 com 117.565 casos confirmados e 7.563 mortes. Além disso, há 3.914 mortes suspeitas de Covid-19, mas que não foram testadas.³² Atualmente os Estados Unidos batem recordes de infectados e de mortos, devido aos erros iniciais nas medidas de isolamento.

Na Coreia do Sul, estima-se que 60% dos casos de Covid-19 estejam ligados à paciente número 31, que, na cidade de Daegu, teria comparecido a dois cultos da Igreja de Jesus de Shincheonji (em 09 e 16 de fevereiro de 2020). No dia 15 de fevereiro, ela teria

²⁷Disponível: <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2020/04/17/italia-registra-mais-57-5-mortes-por-covid-19-mas-n-de-novos-contagios-cai.htm> Acesso em 27/04/2020

²⁸Disponível: <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-maintaining-education-al-provision/guidance-for-schools-colleges-and-local-authorities-on-maintaining-educational-provision> e <https://www.gov.uk/government/speeches/pm-address-to-the-nation-on-coronavirus-23-march-2020>

²⁹Disponível: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/04/16/reino-unido-vai-prorrogar-medidas-de-isolamento-por-mais-tres-semanas.ghtml> Acesso em 27/04/2020

³⁰Disponível: <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/coronavirus-guidelines-america/>

³¹Disponível:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/guidance-community-faith-organizations.html>

³²Disponível: <https://www.livescience.com/coronavirus-new-york.html> Acesso em 17/04/2020 e <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/10/nova-york-enterra-vitimas-de-covid-19-em-vala-comum-e-reduz-permanencia-de-corpos-em-necroterios-da-cidade.ghtml> Acesso em 17/04/2020

apresentado febre, mas se recusado a realizar o teste para Covid-19, o que só viria a acontecer com a piora no seu estado de saúde, no dia 17 do mesmo mês.³³

Em questão de poucos dias, centenas de fiéis da Igreja de Jesus de Shincheonji e áreas próximas testaram positivo para o novo coronavírus e até 18 de março de 2020, a Igreja de Jesus de Shincheonji estava ligada a 5.016 casos confirmados de covid-19 na Coreia do Sul, cerca de 60% de todos os infectados do país, o que demonstra o impacto que aglomerações religiosas podem ter na rápida e incontrolável disseminação do vírus.

Ressalte-se que o número de infectados poderia ser ainda maior e só foi limitado a cerca de 5.000 pessoas em razão da realização massiva de testes em todos os possíveis infectados, a fim de identificar os transmissores da doença (mesmo que assintomáticos) para que pudessem adotar as medidas de isolamento apropriadas.

Esses casos demonstram o **perigo do afrouxamento das medidas de distanciamento social** sem que se tenham números confiáveis comprovando o avanço da doença, testes de resultado rápido para mapear e isolar os doentes, e um sistema de saúde preparado para o aumento da demanda.

Com efeito, a curva de contágio do coronavírus no Brasil repete a de países europeus, conforme alertam diversos especialistas, dentre os quais Nino Cartabellotta, médico italiano e presidente da Fundação Gimbe, organização não governamental que promove a difusão de informações científicas confiáveis para a realização de políticas públicas.³⁴

PREVISÃO DE AUMENTO DA CRISE ECONÔMICA COM LOCKDOWN TARDIO (APÓS AFROUXAMENTO DAS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL)

Um dos argumentos utilizados pelas autoridades para justificar a reabertura de atividades industriais, comerciais e de serviços é que as perdas econômicas decorrentes da longa paralisação seriam muito grandes e causariam também perda de vidas, em decorrência do desemprego e pobreza.

Em estudo do professor e doutor em economia Thomas Conti, publicado em 06/04/2020, ele explica que **o fechamento posterior ao colapso dos sistemas de saúde poderia trazer ainda mais prejuízos à economia, por ser necessário um isolamento ainda mais forte e radical**, bem como pelo impacto no imaginário e emocional da população a partir de um certo nível de óbitos por dia e de uma dada velocidade de crescimento desse número.³⁵ Confira-se alguns trechos do resumo do artigo publicado pelo autor em 15/04/2020:³⁶

³³Acesso em 26 de março de 2020. Disponível em: https://graphics.reuters.com/CHINA-HEALTH-SOUTHKOREA-CLUSTERS/0100B5G33SB/index.html?utm_source=share&utm_medium=ios_app&utm_name=iossmf

³⁴ Acesso em 26 de março de 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51969288>

³⁵Disponível: <http://thomasvconti.com.br/wp-content/uploads/2020/04/Conti-Thomas-V.-2020-04-06.-Crise-Tripla-do-Covid-19-olhar-econ%C3%B4mico-sobre-as-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-de-combate-%C3%A0-pandemia.-Texto-para-discuss%C3%A3o.-Vers%C3%A3o-1.1.pdf>

³⁶Disponível: <http://thomasvconti.com.br/2020/o-imenso-prejuizo-do-lockdown-endogeno/>

A intuição por trás do raciocínio é que isolar as pessoas em casa, fechar atividades produtivas ou reduzir o ritmo usual delas têm um dano econômico muito grande. Não só muito grande. Ela sugere também que o dano é grande e maior que o dano econômico esperado de um cenário da pandemia do coronavírus se expandindo sem nenhuma contenção. Isso faz sentido?

À luz da experiência internacional até o momento, parece que não.

O que vimos na Itália, depois na Espanha, em seguida no Reino Unido, depois nos Estados Unidos, é que tudo indica que a grande maioria das pessoas não aguenta ver a quantidade de mortos por dia que a pandemia tende a criar na sua velocidade máxima e seguir uma “vida normal”. Conforme o número de mortos e hospitalizados aumenta a cada dia, a aversão ao risco da população também aumenta a cada dia.

E a partir de um certo nível de óbitos por dia e de uma dada velocidade de crescimento desse número, a resiliência social à tragédia simplesmente quebra. Pode ser a imagem de comboios funerários como na Itália; médicos de um dos melhores sistemas de saúde do mundo usando sacos de lixo como proteção como na Espanha; um aeroporto sendo convertido em necrotério como no Reino Unido; valas comuns e 800 corpos jogados dentro de casas para serem retirados em um dia em Nova York... as pessoas não aguentam. Se fosse um dia disso, seria mais fácil. Mas depois de ver isso uma vez e imaginar que amanhã será pior, e depois de amanhã ainda pior, dia após dia durante semanas é avassalador. A demanda social se torna clara: alguém só faça isso parar, por favor.

Entra o que estou chamando de Lockdown Endógeno.

O Lockdown Endógeno é uma medida de isolamento social fortíssima, de supressão, que vem em função do medo crescente da sociedade diante da aceleração do número de mortos da curva não-controlada da pandemia. Esse medo torna a população mais disposta a aceitar, na verdade faz a população demandar, uma política de isolamento de supressão mais forte. Vimos isso acontecer na Itália, Espanha, Reino Unido e agora cada vez mais nos EUA. O objetivo dessa política de supressão é reduzir o fator R_0 da pandemia para menos que 1, fazendo com que dentro de 15-20 dias o número de novos casos passe a efetivamente diminuir, ao invés de aumentar mais lentamente.

Por oposição, o Lockdown Exógeno seria a mesma medida de isolamento de supressão, porém adotada não em função do medo crescente e trauma social, mas como política pública deliberada de prevenção da curva de contágio mais danosa para a saúde pública. Outras medidas menos fortes seriam também exógenas nesse sentido, se adotadas como forma de prevenção ao invés de em reação a um quadro descontrolado.

Em posse desses conceitos, podemos voltar ao gráfico conceitual das curvas da pandemia e de recessão que iniciam este texto. Minha hipótese é que o cenário econômico mais provável de ocorrer diante da curva epidêmica sem medidas de prevenção é um cenário em que ocorre um Lockdown Endógeno em algum ponto da curva ascendente de novos casos da pandemia. Esse lockdown ocorreria porque a sociedade percebe apenas durante o aumento do número de casos que a situação de risco à saúde pública, colapso hospitalar e colapso funerário é insustentável e passa a preferir o isolamento mais forte do que continuar assistindo à tragédia.

A evidência que tenho a favor dessa hipótese é que até agora nenhum país conseguiu permanecer muitos dias no caminho da curva de contágio não-controlada sem ter que recorrer ao Lockdown muito antes de atingir o pico de contágio descontrolado.

Países como Singapura, Japão, Vietnã, Taiwan e Hong Kong não são contra-evidências, pois apesar de não terem precisado até o momento de um isolamento de supressão, eles adotaram medidas preventivas e nunca chegaram a experimentar a curva de contágio descontrolada por tempo suficiente para vermos se a sociedade aguentaria ou não passar por isso mantendo uma “vida normal”.

Levando em conta a hipótese de que o Lockdown Endógeno é o mais provável de ocorrer em reação à curva de contágio descontrolada, as opções de curva epidemiológica se tornam:

Curva epidemiológica com Lockdown Endógeno após um tempo na curva sem política de contenção



Elaboração: Thomas Conti (thomasvconti.com.br)

Essa medida de isolamento que estou chamando de Lockdown Endógeno seria mais forte que a atualmente vigente na maior parte dos estados brasileiros. Seria forte como o que vimos Em Wuhan na China, Itália, França e Espanha. Os modelos epidemiológicos são unânimes que quanto maior o número de infectados quando da adoção de um isolamento mais forte, menos eficaz é o isolamento. Isso significa que esse isolamento forte não conseguiria conter o colapso do sistema e retornar a um padrão sustentável rapidamente.

O que aconteceria com a economia nesse quadro? Sofreria um impacto muito maior que com medidas moderadas de contenção. O fechamento seria próximo de total e a população ficaria isolada assistindo a cenas terríveis por pelo menos um mês. A figura abaixo representa conceitualmente esse cenário:

Curva de recessão com Lockdown Endógeno após um tempo na curva epidemiológica sem política de contenção



Elaboração: Thomas Conti (thomasvconti.com.br)

Se o Lockdown Endógeno realmente for o cenário mais provável após relaxarmos restrições e o vírus voltar à sua velocidade normal, então o custo de oportunidade do relaxamento das últimas duas semanas está sendo terrivelmente subestimado.

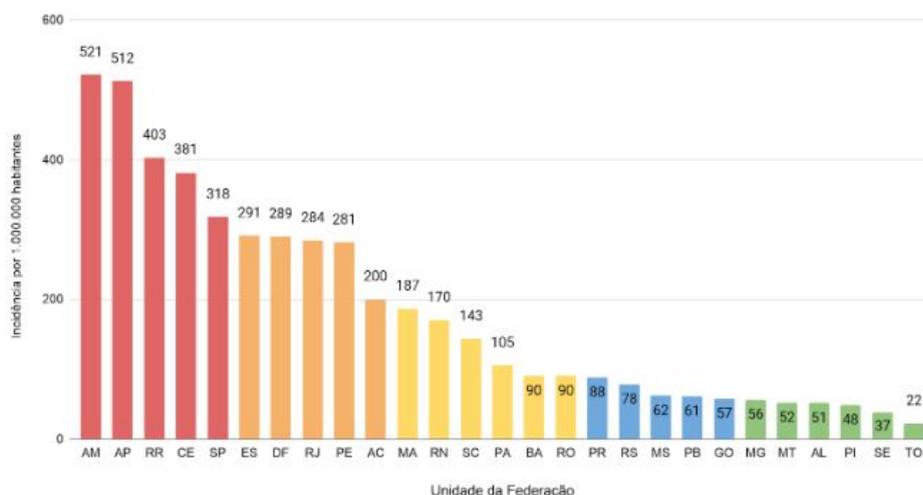
Ao invés de chegarmos em maio com uma economia com novas regras sanitárias e completa adesão de comprometimento da população com essas novas regras, até o fim de maio e junho estaremos assistindo a um colapso acelerado da saúde e do sistema funerário que mudará a opinião pública no sentido de ser favorável a mais medidas de isolamento. Elas serão adotadas, e a essa altura terão perdido muito da sua eficiência, com custos econômicos e em vidas altíssimo e que seriam evitáveis se o risco do Lockdown Endógeno já estivesse incorporado nas análises de cenários alternativos hoje.

Portanto, os exemplos internacionais demonstram o enorme risco de **afrouxamento das medidas de distanciamento social** sem que haja números confiáveis, evidências científicas, testagem massiva com resultados rápidos para mapear e isolar os doentes e um sistema de saúde preparado para o aumento da demanda.

A COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL E A FLEXIBILIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL SEM FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

Em Informe sobre a doença produzido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em 07 de março de 2020, aparece o primeiro caso de Covid-19 no DF, cuja confirmação se deu em 05 de março, acompanhado por mais 35 casos em investigação³⁷.

No Informe de 17 de abril de 2020, o número já se encontrava em 756 casos confirmados,³⁸ e apenas 5 dias depois, 22 de abril, somavam-se 959 casos. **Segundo o Boletim nº 13 do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública, o Distrito Federal apresenta índice de contágio considerado alto, sendo, proporcionalmente, a sétima unidade da federação com maior incidência de Covid-19, conforme demonstra o gráfico abaixo:**



Legenda



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Dados atualizados em 20 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Figura 12: Coeficiente de incidência (por 1.000.000) de COVID-19 por Unidade da Federação. Brasil, 2020.

No dia 26/04/2020 a Secretaria de Saúde do DF publicou os números atualizados: 1.125 pessoas comprovadamente contaminadas no Distrito Federal; 72 pessoas hospitalizadas, sendo 34 em Unidade de Terapia Intensiva. Além disso, 27 pessoas foram a óbito (**DOC.5**)³⁹. Ressalte-se que esses números são apenas os comprovados pelos poucos testes efetuados, sem contar a alta subnotificação.

Frise-se que dos 72 casos de internação no DF, acima referidos, 34 estão em Unidade de Terapia Intensiva,⁴⁰ **o que leva a uma alta taxa de quase 50%**. Lembre-se, ademais, que ao ser encaminhado para uma UTI, o paciente lá permanece em média 15 dias, ou seja, há longa permanência bloqueando os equipamentos, leitos e equipes de profissionais. E a ocupação de UTIs já é alta, mesmo com isolamento social variando entre 55 e 61% após o primeiro decreto que decidiu pela quarentena.

³⁸Disponível em <
http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/03/Boletim-COVID_DF-17.04.2020.pdf >
 Último acesso em 23.04.2020.

³⁹ Disponível em:
http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/03/Boletim-COVID_DF-26-04-2020.pdf

⁴⁰ Disponível em
http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/03/Boletim-COVID_DF-26-04-2020.pdf.

Voltando à reação das autoridades à pandemia, na mesma data da Portaria MS nº 356, de 11 de março de 2020, o Distrito Federal editou o Decreto nº 40.509/20, declarando situação de emergência na saúde pública.

Em 14/03/2020, foi publicado o Decreto nº 40.520, que determina medidas de quarentena no Distrito Federal, como a suspensão de eventos públicos, atividades de cinema e teatro, atividades educacionais em escolas, universidades, faculdades, dentre outras, e determina, entre outras normas, a observância de distância mínima entre mesas em bares e restaurantes. Poucos dias depois, em 16/03/2020, já foi confirmada a transmissão comunitária do vírus,⁴¹ quando não era mais possível traçar a origem do contágio.

Por meio do Decreto nº 40.529, de 18/03/2020, foram ampliadas as atividades suspensas, para incluir zoológico, parques, boates e casas noturnas, ficando também suspenso o atendimento ao público em *shoppings centers*, feiras populares e clubes recreativos.

Em 23/03/2020, o Decreto nº 40.550 prorrogou todas as suspensões até 05/04/2020 e incluiu ainda, entre as atividades suspensas, o “*atendimento ao público em TODAS as agências bancárias e cooperativas de crédito no Distrito Federal*”, cultos, missas, salões de beleza, lotéricas, correspondentes bancários, oficinas e várias outras atividades NÃO ESSENCIAIS, dentre elas os “estabelecimentos comerciais, de qualquer natureza, inclusive bares, restaurantes, lojas de conveniência e afins” (inciso XI) e o “comércio ambulante em geral” (inciso XVI). O artigo 3º do referido decreto fixou ainda algumas exceções, como clínicas médicas, laboratórios, supermercados e farmácias, numa clara demonstração de que atividades NÃO ESSENCIAIS não deveriam funcionar naquele momento.

Em 01/04/2020, o Decreto nº 40.583 estendeu as suspensões das atividades educacionais até 31 de maio de 2020, e as demais atividades até 03 de maio de 2020, **sendo este mais um reconhecimento da gravidade da situação no Distrito Federal**. Contudo, neste Decreto, foi autorizado o funcionamento de algumas feiras livres, sem qualquer justificativa técnico-científica.

Nesta mesma data, em entrevista, o Governador do Distrito Federal afirmou que **o pico da doença se dará a partir da segunda quinzena de abril e que "Não teremos retorno à tranquilidade até o início do mês de junho."**⁴²

A necessidade do isolamento social foi reafirmada pelo Subsecretário de Vigilância em Saúde do próprio DF, em entrevista coletiva no dia 15/04/2020, ao declarar que “Vínhamos mantendo um índice de 61% de distanciamento e percebemos, nestes dois últimos dias, uma queda para 55%. O ideal é que a gente consiga manter em

⁴¹ Disponível em

<https://jornaldebrasil.com.br/cidades/coronavirus-df-ja-tem-transmissao-comunitaria/> Último acesso em 18.04.2020.

⁴² Disponível em

<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/04/01/ibaneis-diz-que-pico-de-covid-19-no-df-sera-na-segunda-quinzena-de-abril.ghtml>. Último acesso em 18.04.2020.

70%”, enfatizando que tem “certeza que ninguém vai querer enterrar um parente ou ver centenas de pessoas precisando de internação por causa da doença”.⁴³

E por que o percentual de 70% é o ideal para este momento, no Distrito Federal, como recentemente reconhecido pelo Subsecretário de Vigilância em Saúde? Porque estudos demonstram que, se o isolamento social ficar em 50%, neste momento, há necessidade de pelo menos 8 (oito) vezes mais leitos para atender à demanda dos que irão procurar a rede hospitalar, que já é precária. **Então a própria Secretaria de Saúde do DF está ciente da importância de se alcançar o percentual de 70% de isolamento social, o que ainda está longe de acontecer.**

A situação hospitalar é tão precária que no dia 17/04/2020 a Secretaria de Saúde do DF divulgou em seu sítio eletrônico (saude.df.gov.br) que dispensou licitação para adquirir, **com urgência, 300 (trezentos) respiradores** para serem usados nos leitos destinados aos pacientes acometidos pela Covid-19 (**DOC.6**), com publicação na edição extra do Diário Oficial do DF de 16/04/20 (**DOC.7**).

Ressalte-se, na mesma notícia acima, a declaração do Subsecretário de Infraestrutura, Isaque Albuquerque:

“Esta é a terceira vez que abrimos licitação para adquirir mais respiradores. **Das outras vezes não obtivemos resposta, porque nenhuma empresa tinha para fornecer.** Ainda assim, precisamos insistir, mesmo com o cenário mundial adverso.”

E, para agravar mais ainda a situação, na mesma notícia foi divulgado que o DF tem muitos “respiradores defeituosos recolhidos na rede pública de saúde”, e que cerca de “150 ventiladores pulmonares podem precisar de reparos”.

Portanto, as referidas notícias da própria Secretaria de Saúde revelam que, **no dia 18/04/2020, a rede hospitalar do DF ainda não estava devidamente estruturada para o pico da doença, estimado para ocorrer no mês de maio ou junho, com o agravante de que a licitação para os 300 respiradores pode ser novamente frustrada,** porque todos os países do mundo estão disputando a compra de respiradores, conforme é público e notório e tem sido divulgado na imprensa do mundo todo.

O Distrito Federal, no entanto, mesmo diante do crescimento do número de infectados e da falta de estrutura hospitalar para atendimento de casos da Covid-19, resolveu flexibilizar ainda mais as medidas de isolamento social até então adotadas e, em 09/04/20 (DODF de 10/04/2020), alterou o decreto anterior e editou o Decreto nº 40.612, que **liberou o funcionamento dos setores moveleiro e de eletroeletrônica, bem como as atividades do Sistema S, sem qualquer restrição,** conforme dispõe o Decreto:

Art. 1º O Decreto nº 40.583, de 1º de abril de 2020, passa a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 4º

⁴³ Disponível em

<http://saude.df.gov.br/gestores-da-saude-frisam-importancia-do-isolamento-social-contra-a-covid-19/>
Último acesso em 18.04.2020.

.....
XVII - setor moveleiro;

XVIII - setor eletroeletrônico;

XIX - o Sistema S:

a) Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai);

b) Serviço Social do Comércio (Sesc);

c) Serviço Social da Indústria (Sesi);

d) Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (Senac);

e) Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar);

f) Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (Sescoop)

g) Serviço Social de Transporte (Sest)

h) Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae)

i) Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (Senat)" (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Diante deste último decreto e também dos decretos que iniciaram a flexibilização sem justificativas num momento de extrema gravidade, o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e o Ministério Público de Contas do DF expediram **RECOMENDAÇÃO CONJUNTA (DOC.8), assinada em 13/04/20**, e, após apresentar seus considerandos, recomendaram ao Exmo. Governador do DF o que segue:

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, o MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS e o MINISTÉRIO PÚBLICO DE CONTAS DO DF no regular exercício de suas funções institucionais, RECOMENDAM ao Senhor Governador do Distrito Federal:

1. A apresentação, em 48 horas, dos estudos que embasaram a liberação de atividades constantes nos Decretos Distritais de n. 40.570/2020, 40.583/2020 e 40.612/2020, contemplando os impactos dessas medidas na transmissão do vírus após a liberação da circulação de pessoas (impactos na demanda dos transportes públicos coletivos e a possível de aglomeração de pessoas, na identificação de casos, no monitoramento de suspeitos, na demanda e disponibilidade de testes, nas barreiras sanitárias, nas medidas de desinfecção, na demanda e disponibilidade de leitos e atendimento de saúde, entre outras).

1.1 Os estudos devem conter “evidências científicas” e “análises sobre as informações estratégicas em saúde”, exigidas pelo §1º do art. 3º da Lei n. 13.979/2020, em especial considerando os impactos que poderão gerar no número de infectados e na situação de estrutura hospitalar (material e de pessoal), conforme parâmetros dos Boletins Epidemiológicos n. 06 e seguintes, do Centro de Operações de

Emergências em Saúde Pública formado no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde;

2. Que toda e qualquer liberação de atividade seja precedida da análise da Autoridade Sanitária e esteja acompanhada das necessárias “evidências científicas” e “análises sobre as informações estratégicas em saúde”, exigidas pelo §1º do art. 3º da Lei n. 13.979/2020, em especial considerando os impactos que poderá gerar no número de infectados e na situação de estrutura hospitalar, dimensionamento das equipes de saúde em atividade e disponibilidade de testes e EPIs, mantendo as medidas de distanciamento físico enquanto não houver segurança de suporte hospitalar para os projetados casos graves, como recomendam os Boletins Epidemiológicos n. 06 e seguintes, do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública formado no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, bem como precedida de análise dos impactos na demanda dos transportes públicos coletivos e na possível de aglomeração de pessoas;

3. Que seja divulgado, no sítio www.coronavirus.df.gov.br, o parecer técnico da Autoridade Sanitária acima referido, com os fundamentos técnico-científicos, dados epidemiológicos e situação do sistema de saúde, que fundamentarem decisões de retomada de determinada atividade, em até 24 horas do respectivo Decreto;

4. Que eventual liberação gradual de atividades venha acompanhada de protocolos de medidas sanitárias (Notas Técnicas) a serem seguidas por cada categoria, informando quais os órgãos responsáveis e quais medidas de fiscalização serão adotadas;

5. Que sejam reforçadas as medidas de distanciamento social, com o objetivo de alcançar o índice mínimo de 70% (setenta por cento) de isolamento;

Os órgãos do Ministério Público continuarão apoiando as medidas sanitárias que forem necessárias à preservação da saúde e da vida das pessoas, sustentadas nas projeções e estratégias com respaldo científico, neste cenário bastante difícil que exige toda a cautela possível.

Como se demonstrou nos CONSIDERANDOS da Recomendação, a principal preocupação do Ministério Público é que seja comprovado pelo Distrito Federal que as medidas de flexibilização do isolamento social foram adotadas de **forma técnica e segura**, com base em dados e evidências científicas e que foram considerados os possíveis impactos de cada uma delas para a saúde, para a qualidade de vida dos cidadãos e para a higidez do Sistema de Saúde.

Após a emissão da Recomendação, foi editado o Decreto nº 40.622, de 14/04/2020, pelo qual foram também liberadas as óticas, bem como foi anunciada pelo Governador para a imprensa a decisão de reabertura do comércio a partir de 03/05/2020.⁴⁴

⁴⁴ Disponível em

<https://jornaldebrasil.com.br/cidades/segundo-ibaneis-df-se-prepara-para-reabrir-comercio-no-dia-3-de-maio/> Acesso em 18/04/2020.

Tal ato manifestou implicitamente que a Recomendação dos Ministérios Públicos não foi acolhida e que não será prorrogado o prazo de 03/05/2020 para o restrição do funcionamento do “comércio em geral” e nem para o “comércio ambulante”, mesmo diante da confissão de que o isolamento está em 55%, quando o ideal para o momento ainda é o de 70%.

Extemporaneamente, já esgotado o prazo consignado de 48 horas para atendimento à RECOMENDAÇÃO CONJUNTA, em 20/04/2020, o GDF limitou-se a encaminhar singelo material elaborado pela CODEPLAN (**DOC.9**), sem parecer ou análise de responsabilidade de autoridade de saúde, nem resposta item a item da Recomendação, contendo apenas um arquivo pdf único, com gráficos e planilhas genéricas.

Em síntese, depreende-se do documento da Codeplan o seguinte:

a) Com base nas informações de entradas no Metrô e ônibus que circulam no DF, no início do isolamento houve redução de fluxo de passageiros no transporte público. Isso se deu presumivelmente em razão dos decretos do GDF que definiram a suspensão das aulas escolares na rede pública e particular, o isolamento social dos servidores do GDF e o fechamento do comércio, entre outros;

b) Observou-se a redução do fluxo de pessoas após a publicação de cada decreto, mas após a publicação do Decreto nº 40.570 de 27/03/2020, que determinou a reabertura das casas lotéricas, de correspondentes bancários e de lojas de conveniência, ocorreu um aumento na utilização do transporte público no dia útil seguinte (gráfico 1, p. 39, DOC. 9);

c) Na última semana do mês de março, a forte tendência de queda de movimentação em Brasília e arredores teve sua primeira interrupção. A partir do dia 30 de março, ocorreu o aumento na utilização de transporte público e circulação de veículos em relação à semana anterior (gráfico 5, p. 42, DOC. 9);

d) Os possíveis fatores de interrupção momentânea da tendência de queda de circulação de pessoas no DF foram, segundo a própria Codeplan, o Decreto nº 40.570/20, as condições meteorológicas e desincentivos públicos à adoção de medidas de distanciamento social;

e) A Codeplan, ao passo que apresenta gráficos e constata que o índice de isolamento vem sendo prejudicado, faz, em seguida, conjecturas sobre influência das chuvas, da data dos pagamentos de salários e até do tédio das pessoas em casa, sem embasamento científico algum, no esforço de evitar a conclusão lógica de que as medidas liberatórias de atividades têm colocado a perder toda a mobilização anterior para que as pessoas ficassem em casa;

f) No material da Codeplan, apresentou-se divisão dos segmentos econômicos em grupos e estabeleceu-se divisão para reabertura de atividades, **sem indicadores e projeções claras**, nem explicitação dos critérios que definem cada segmento, nos seguintes termos: “*Segmentos de alto valor agregado para a economia local são prioritários; Setores com baixo risco de contágio e baixo atendimento ao público; Segmentos que podem operar em trabalho remoto com baixo prejuízo econômico devem ser liberados por último,*

reduzindo a circulação de pessoas; Administração Pública e Atividades de Ensino retornam por último” (p. 25 DOC. 9).

As planilhas e gráficos contidos nos documentos da Codeplan deixam várias dúvidas. Percebe-se, de fato, que o índice de isolamento caiu e que há primazia na análise econômica. Não há apresentação do que compõe o conceito de setor de alto valor agregado. Também os índices seguintes são vagos - o que seria baixo risco de contágio e baixo atendimento ao público? Baixo tendo qual comparativo e estimativa? E como justificar abrir o comércio em geral e o comércio ambulante, que possuem alto risco de contágio? Como justificar abrir imobiliárias e escritórios, que ao que se sabe, executam tarefas com grande possibilidade de trabalho remoto? E como anunciar atualmente na imprensa que se cogita abrir escolas militares quando o próprio GDF havia definido que seriam o último setor?

No mais, o material da Codeplan apresenta dados estatísticos que desconsideram informações relevantes, por exemplo onde utiliza um número de profissionais de saúde considerando registros oficiais, porém *admitindo que não há controle ou acompanhamento da real situação porque não foram verificados adocimentos e afastamentos*, o que deveria estar em qualquer plano de retomada de atividades.

Dessa forma, comparando a Recomendação Conjunta do Ministério Público com os dados da Codeplan enviados pelo GDF, verifica-se que **foram encaminhados apenas dados estatísticos sem análise técnica da Autoridade Sanitária**, tampouco foram apresentadas “evidências científicas” e “análises sobre as informações estratégicas em saúde”, elaborados por especialistas em saúde pública. Isso afronta não só diretrizes mencionadas da OMS e Ministério da Saúde, como o que prevê o próprio Código de Saúde do DF.

Também não há estudos acerca dos impactos que o afrouxamento do distanciamento social poderá gerar no número de infectados e na situação de estrutura hospitalar, dimensionamento das equipes de saúde em atividade e disponibilidade de testes e EPIs.

Até o momento, não há sequer divulgação no sítio www.coronavirus.df.gov.br de qualquer parecer técnico da Autoridade Sanitária requerido na Recomendação do MP, “*com os fundamentos técnico-científicos, dados epidemiológicos e situação do sistema de saúde, que fundamentaram decisões de retomada de determinada atividade, em até 24 horas do respectivo Decreto*”.

Tal constatação da análise jurídica dos Membros do MP vai ao encontro do **laudo pericial de médica do trabalho da Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região**, Dra. Paula Mendes Werneck da Rocha (**DOC.10**), que, analisando tudo que já foi entregue pelo GDF em resposta a notificações, **conclui que existem muitas questões essenciais não respondidas e sequer mapeadas pelo ente público, necessárias e prévias à abertura de atividades**. Destaquem-se aqui alguns trechos do laudo:

“Observa-se que as questões colocadas na Recomendação Conjunta e algumas colocadas no Ofício Conjunto nº 001/2020 2º PROSUS e PRT 10ª Região, indiretamente, constam nas recomendações da Organização Mundial de Saúde-

OMS⁴⁵ para o levantamento das restrições de isolamento social. Dessa forma, foi realizada uma análise das informações existentes com base nos seis critérios definidos pela OMS.

1) Transmissão do vírus controlada: para tanto, deve-se conhecer a magnitude da doença no Brasil ou localidade."

Ou seja, é necessário uma avaliação da frequência da ocorrência da infecção pelo SARS-COVID-19- incidência, prevalência- considerando tanto morbidade e mortalidade e graduar o risco para a população. A tomada de decisão pode ser alterada conforme a evolução da epidemia em cada local, conforme fases epidêmicas definidas- transmissão localizada, aceleração descontrolada, desaceleração e controle.

Isso está diretamente relacionado com o diagnóstico de casos, seja sintomático ou não, e independente da gravidade do quadro, de forma a entender quantas pessoas estão infectadas, quantas já tiveram a doença e desenvolveram anticorpos, entre outros aspectos. Por exemplo, definir incidência e média do número de casos- coeficiente incidência média e avaliar indicadores selecionados de vigilância epidemiológica. De acordo com Boletim COE COVID-19 – Número 11, de 17/04/2020, o Coeficiente de incidência (por 1.000.000) de COVID-19 no Distrito Federal era de 247/1.000.000, considerada de emergência, com 50% acima da incidência nacional, que era de 160/1.000.000. Já com base no Boletim COE COVID-19 – Número 13 – 20 de abril de 2020, a nova é de incidência de 289 por 1.000.000, situação ainda considerada de atenção, entre 50% e a média nacional.

Alguns estudos indicam que existe uma subnotificação expressiva de COVID-19 no Brasil. Duas projeções feitas por dois grupos de pesquisa diferentes, a partir de modelos matemáticos, estimam um elevado número de subnotificações de casos[1], o que pode levar a uma falsa ideia de controle da doença. Não foram encontrados estudos semelhantes específicos para o DF.

Um estudo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)[2] demonstrou um aumento importante nas internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) neste ano no Brasil em comparação com a média dos últimos dez anos. Esse aumento estaria relacionado com COVID-19, sem uma confirmação de diagnóstico, pois não realizaram testes, demonstrando também uma subnotificação de casos. Dessa forma, o impacto da COVID-19 sobre os sistemas de saúde seriam maiores do que já se conhece, entre outras questões, ainda mais em uma época de aumento de prevalência de doenças respiratórias em geral, que demandam uma maior atenção e ampliação de leitos e estrutura de suporte ventilatório.

Uma dificuldade também para se conhecer a magnitude da doença é o limitado conhecimento sobre o comportamento do vírus. Foram divulgados na mídia casos de nova testagem positiva em pacientes curados. Não se sabe ainda se houve uma reinfecção ou não houve produção de anticorpos de forma

⁴⁵ Nota ao parecer: as referidas recomendações são apresentadas e analisadas mais à frente nesta peça, no capítulo RECOMENDAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E OFENSA AO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL.

persistente, e, ainda, se esses casos são portadores do vírus e se transmitem a doença. Outra questão é a persistência desses anticorpos de forma gerar imunidade de rebanho, ou coletiva. Assim, estamos diante de um novo vírus que demanda ainda muito conhecimento, para melhor conhecimento da magnitude da doença.

Outra questão é a possibilidade do COVID-19 também estar relacionado com mortes indiretas, em casos de outras doenças que deixam de ser tratadas, por causa da priorização de casos que demandaram o sistema de saúde.

Projeções de cenários a partir de modelos matemáticos de evolução a doença permitem conhecer melhor as diferentes estratégias de isolamento social. Um estudo da UFMG[3] realizou uma estimativa a partir do cruzamento de dados de tamanho das faixas etárias da população e comportamento do nível de infecção, e concluiu que a redução do isolamento levaria a aumento expressivo dos infectados e número de casos.

Além disso, o relaxamento prematuro das políticas de isolamento social teria um risco potencial de segunda onda de infecção. Um estudo que avaliou curvas epidêmicas de quatro cidades da China [4] indicou essa possibilidade, e que a monitorização do número de reprodução instantânea R_t do COVID-19 e risco de morte- casos confirmados (cCFR) seriam necessários para gerenciar estratégias contra essa segunda onda de infecção. Isso seria possível devido a uma reintrodução do vírus, assim como pela transmissibilidade rebote que pode ocorrer com o retorno das atividades econômicas e contato social. O monitoramento rigoroso do número efetivo instantâneo de reprodução e o ajuste em tempo real das intervenções políticas para garantir a identificação e seguimento dessa segunda onda, seria, portanto, uma ação prioritária da saúde pública.

Assim, colocam-se as questões:

- Qual a progressão da pandemia no DF, considerando os intervalos epidêmicos/ fases epidêmicas da pandemia de COVID-19 (transmissão localizada, aceleração descontrolada, desaceleração e controle)?*
- Há uma definição de número de casos por habitantes utilizada como referência para se definir mudança de estratégia de isolamento social?*
- Qual a estimativa de subnotificação de casos no DF? Foi desenvolvida alguma estratégia/metodologia para esse cálculo?*
- Há alguma estimativa subnotificação de mortes- vítimas prováveis da covid-19?*
- Há alguma projeção de cenário para avaliar o aumento de casos diante da situação atual do DF, em situação de redução do isolamento?*

2) Sistemas de saúde com capacidade de detectar, testar, isolar e tratar todas as pessoas com coronavírus e os seus contatos mais próximos.

As rotinas relacionadas com essas ações estão descritas no Plano Coronavírus | COVID-19, que inclui tanto ações de vigilância como de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo fluxos assistenciais, conforme tipo de serviço de saúde. Também consta no documento as medidas de prevenção e controle em serviços de saúde. Ainda deverão ser analisados os documentos recentes juntados pela SES-DF relacionados com a disponibilização e suficiência de medidas de controle nos serviços de saúde, inclusive EPI e insumos.

Em relação à rotina de testagem no DF, a realização de coleta de amostra, está indicada sempre que ocorrer suspeita clínica ou epidemiológica pelo corpo clínico e vigilância epidemiológica local, respectivamente.

Apesar de não haver consenso global sobre a melhor estratégia para aplicação de testes de rastreamento populacional para a COVID-19, bem como medidas de testagem, o Boletim Epidemiológico 8 - COE Coronavírus - 09 de abril de 2020, coloca que a capacidade laboratorial do Brasil ainda é insuficiente. Destaca-se a limitação da escala de produção nos principais fornecedores para suprimento de kits laboratoriais que já ocorreu. Uma proposta ainda a ser implementada, de acordo com recomendações da OMS, é a ampliação da testagem, até uma testagem em massa, ainda não realizada no Brasil por motivos diversos.

Dentro da proposta de ampliação de testagem, pensando a necessidade de captar casos leves para melhor caracterização da circulação viral, recentemente foi estabelecido um esquema de testagem com teste rápido de atendimento no DRIVE THRU pela SES-DF) para pessoas suspeitas. Dessa forma, ainda deverá haver um consolidado desses resultados.

Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde demonstram preocupação com a incidência de infecções em profissionais, e é a maior preocupação da resposta à emergência e um dos eixos centrais da cadeia de resposta.

Também em Boletim Epidemiológico 8 - COE Coronavírus, o Ministério da Saúde ressalta a carência de profissionais de saúde capacitados para manejo de equipamentos de ventilação mecânica, fisioterapia respiratória e cuidados avançados de enfermagem direcionados para o manejo clínico de pacientes graves de COVID-19 e a ausência de estruturação suficiente quantitativa de leitos de UTI e de internação para a fase mais aguda da epidemia. Ainda deverá ser concluído um painel de acompanhamento real dos leitos disponíveis e ocupados que estão reservados para o atendimento a pacientes com Covid-19.

Foi divulgado pela SES-DF a ampliação de leitos de UTI com suporte respiratório, incluindo aqueles reservados para pacientes diagnosticados com a Covid-19. A avaliação é que os leitos atuais são suficientes para dar conta da realidade atual do perfil epidemiológico de transmissão da doença atual, mas não há como garantir essa suficiência diante de aumento da mudança da curva de infecção, pois não há dados de previsão de novos cenários.

- Qual a capacidade atual de processamento de testes laboratoriais (moleculares e sorológicos) para SARS-CoV-2 aproximadamente no DF?

Qual a estimativa de necessidade atual e de ampliação? A proposta e testagem considera amostras representativas de grupos específicos?

- O DF está realizando monitoramento da ocupação e instalação de leitos, incluindo aqueles com suporte ventilatório/respiradores mecânicos? Quais os resultados desse monitoramento, se existentes? Há estimativas de aumento de necessidade diante do aumento dos casos?

- Em relação à força de trabalho dos profissionais de saúde, há dados de absenteísmo, seja causado por COVID-19 ou não? Há uma estimativa sobre a suficiência de quantitativo desses profissionais agora?

3) Os riscos de surtos devem estar minimizados em condições especiais, como instalações de saúde e casas de repouso, e haver minimização dos riscos de um novo surto.

Um dos elementos é a ocorrência de casos e mortes em grupos específicos, como casas de repouso e presídios. Um Boletim mais recente divulgado pela Secretaria de Segurança Pública (SSP)[5] de 23/04/2020, informa que 36 policiais penais seguem com teste positivo para o coronavírus e um se encontra recuperado. Em relação aos reeducandos, 98 foram confirmados com a Covid-19 e um se recuperou da doença, ocupando o DF o primeiro lugar em incidência no sistema penitenciário brasileiro. No Plano de Contingência do DF constam orientações para populações vulneráveis.

- Há algum consolidado de resultados de testagem em grupos específicos, como em presídios, população em situação de rua, crianças e adolescentes em situação de acolhimento, idosos em instituições de longa permanência, e instituições de acolhimento coletivo?

- Há uma avaliação da estrutura existente ou estimativa da estrutura necessária para isolamento de casos identificados ou suspeitos nessa população, que não requeiram a internação hospitalar, ou mesmo após a internação?

4) Medidas preventivas de controle em ambientes de trabalho, escolas e outros lugares onde as pessoas precisam ir.

Ainda deverão ser analisados os documentos recentes juntados pela SES-DF relacionados com a disponibilização e suficiência de medidas de controle nos serviços de saúde, inclusive EPI, pensando o acesso da população.

A questão é pensar tanto as medidas de controle de outras profissões com risco elevado de contágio, como também a proteção da população geral nos estabelecimentos em geral.

Um estudo[6] que avaliou 2,5 mil ocupações a partir da Classificação Brasileira de Ocupações e a Relação Anual de Informações Sociais (Rais), do Ministério da Economia, identificou as profissões com maior risco de contágio. Além dos profissionais de saúde (com destaque para os técnicos em saúde bucal, com 100% de risco), observou-se risco aumentado para: a) os vendedores varejistas, operadores de caixas, entre outros profissionais do comércio- que são

cerca de 5 milhões de trabalhadores no país- com média de 53% de risco de serem infectados; b) motoristas de ônibus urbanos e rodoviários, com risco de contágio superior a 70% e c) professores, com um índice de risco acima de 70%.

É importante uma ampla discussão sobre o assunto, considerando-se as medidas de controle para grupos específicos de trabalhadores. No caso dos professores, o risco de exposição não ocorreu devido à interrupção das atividades de trabalho, mas o índice foi calculado a partir das características da profissão. Na situação de retorno de atividades, deve-se discutir essas medidas em contextos diferentes, levando em conta as diferenças da rede privada e pública de ensino, e como garantir o acesso a insumos.

Além disso, é necessária uma ampla discussão com setores econômicos específicos para definir as medidas de controle necessárias, procedimentos e insumos utilizados com base em conhecimento científico, para a população geral que irá utilizar os serviços.

5) Manejo adequado de possíveis novos casos importados: fator que está diretamente relacionado com a capacidade de testagem rápida e acompanhamento em tempo real dos casos.

Uma questão importante a se considerar é a SES-DF como referência de atendimento para a região do Entorno, incluindo municípios do estado de Goiás. Ao mesmo tempo, é importante destacar que há municípios e/ou regiões de baixa evidência de transmissão, na qual o cenário de maior risco pode acontecer semanas ou meses à frente, justamente quando o DF já tiver relaxado nas medidas de abertura de estabelecimentos. Questiona-se se a SES-DF tem estratégias de monitoramento dessa situação, com definição de indicadores de casos importados (via terrestre), e o planejamento do aumento de capacidade de absorção de casos pelo sistema de saúde.

Como já discutido anteriormente, o aumento de casos importados é uma das causas da segunda onda de infecção que pode ocorrer após controle de casos e da transmissão em uma localidade.

6) Comunidade informada e engajada com as medidas de higiene e as novas normas - participação ativa das comunidades.

Consta no Plano de Contingência a proposta de ações de comunicação de risco, com informação das medidas a serem adotadas pelos profissionais de diversas áreas e a população geral.

Observa-se, no entanto, registros divulgados na mídia, em várias cidades, de aglomerações, mesmo com orientações contrárias das autoridades sanitárias e normativas de fechamento de estabelecimentos, e também manifestações contra as medidas de isolamento sociais.

Em sítio do Conselho Federal de Enfermagem [7] foi divulgado mapa com índices de isolamento social no Brasil, a partir da análise de dados de geolocalização de cerca de 60 milhões de celulares em todo o Brasil, e verifica-se percentual de 61% no dia 21/04/2020 no DF, destacando-se que,

apesar de ainda dentro do preconizado- entre 60 a 70%, houve diminuição do isolamento em relação ao início do mês na capital.

Uma questão importante também é que tanto esses números como estudo específico apontam que os discursos minimizando a importância do isolamento afetam a atitude da população. Pesquisa que avaliou os fatores relacionados com o desrespeito ao isolamento social concluiu, a partir de resultados preliminares, que além do fator renda, o posicionamento político, ligado a figura de autoridades que desconsideram a importância do isolamento, seria um elemento importante. Outra questão seria a falta de tolerância a incertezas, com sentimento de ansiedade para resolver a situação de forma mais rápida. Dessa forma, destaca-se importância do investimento em políticas de transferência de renda e da educação da população de forma objetiva e coerente.” (documento anexo DOC.9-A).

Isto é, não há um plano devidamente fundamentado de retomada nem dados dinâmicos e projeções, mas apenas números não suficientemente pautados em diretrizes de saúde, sem parecer algum de autoridade sanitária ou demonstração de atendimento às recomendações da OMS.

É importante registrar, ainda, que no último dia 22/04/20 o Exmo. Governador do Distrito Federal resolveu liberar, para funcionamento, os escritórios em geral, dando como “exemplos”, no Decreto nº 40.642, **os escritórios de advocacia, de contabilidade, de engenharia, de arquitetura e as imobiliárias**, sendo esta mais uma demonstração de que está flexibilizando a quarentena sem qualquer critério ou preocupação em se alcançar o percentual de 70% de isolamento social.

E, em seguida, dia 24.04.20, expediu o Decreto nº 40.659, que liberou a realização de cultos, missas e rituais de qualquer credo ou religião, para acontecer em estacionamentos das igrejas, templos e demais locais religiosos, desde que as pessoas fiquem nos veículos, com distanciamento de 2 metros entre os automóveis. Liberou, no mesmo ato, armazéns e lojas de tecido, cines drive in.

PROJEÇÕES SOBRE O NÚMERO DE INTERNAÇÕES E ÓBITOS NO DISTRITO FEDERAL

A reabertura de estabelecimentos comerciais, industriais, de serviços, de escritórios e de imobiliárias - **atividades não essenciais** - neste momento de crescimento da curva e de isolamento social em torno de 55%, pode resultar na perda dos ganhos até então obtidos com o distanciamento social implementado com os primeiros decretos e, assim, haverá apenas a **postergação do colapso**.

O Portal Covid-19, mantido por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade de Brasília (UnB), **projetou a demanda hospitalar do Covid-19 no Distrito Federal** em relação às medidas de distanciamento social a partir de três cenários⁴⁶:

⁴⁶ Estudo disponibilizado em:

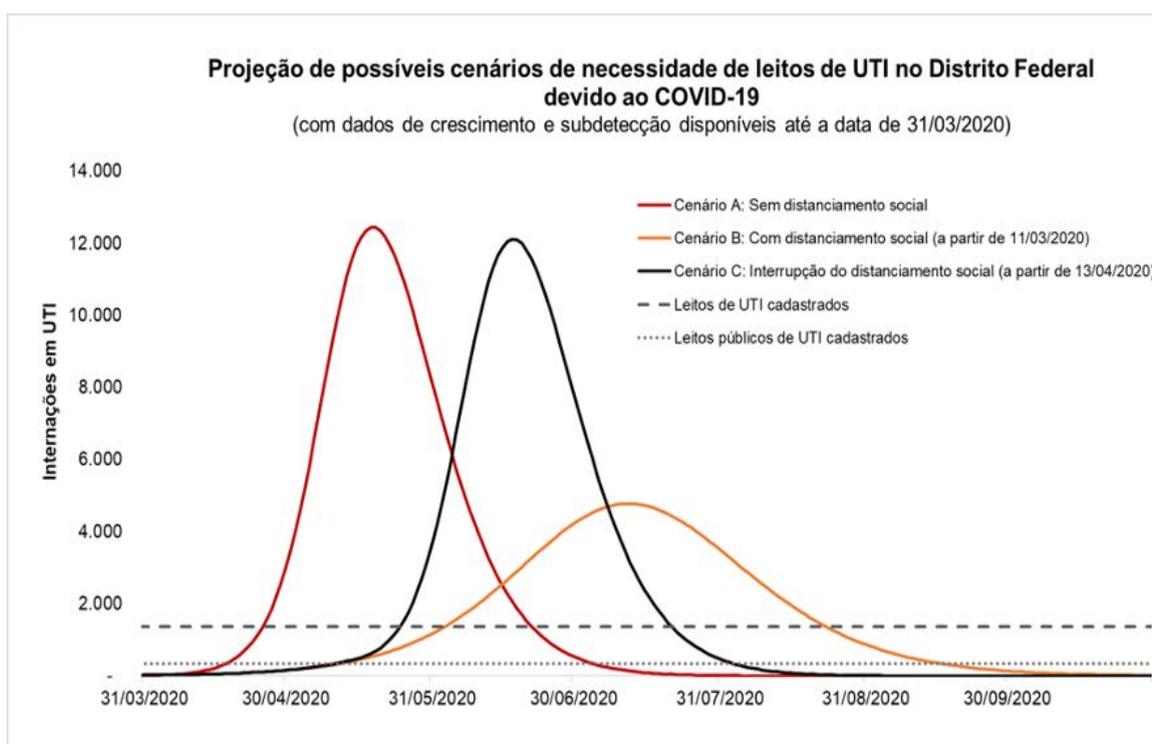
<https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/projecoes-da-demanda-hospitalar-do-covid-19-em-relacao-as-medidas-de-distanciamento-social-2>

CENÁRIO A: Perfil de propagação anterior às medidas de distanciamento social

CENÁRIO B: Perfil de propagação posterior às medidas de distanciamento social

CENÁRIO C: Perfil de propagação atual e interrupção imediata das medidas de distanciamento social

Segundo os pesquisadores: “os dados apontam um cenário dramático se nada tivesse sido feito (Cenário A), mas também mostra que o retorno agora (13/04/2020) às atividades seria literalmente desperdiçar todo o esforço feito até aqui, apenas adiando o momento do colapso (Cenário C), como apresenta a comparação dos três cenários (Figura 7)”:



E ressaltam que “mesmo no Cenário B, com uma projeção bem menor de necessidade de internações em UTI, ainda teríamos um colapso frente às unidades cadastradas. Este último cenário deve melhorar assim que dados reais de casos mais recentes estiverem disponíveis (toda a análise se baseou em estimativas de casos reais até o dia 31/03/2020)”.

Ou seja, em um cenário de interrupção do distanciamento social, de meados de abril de 2020 até o final de maio, todo o sistema de saúde do Brasil entrará em colapso, uma vez que a demanda por leitos de UTI rapidamente irá ultrapassar em mais de seis a quantidade de leitos de UTI cadastrados.

Em entrevista concedida ao jornal Correio Braziliense⁴⁷, os pesquisadores afirmaram que :

⁴⁷ Disponível

<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/04/14/interna-brasil,844601/interrupcao-isolamento-social-sem-criterio-so-retarda-colapso-diz-pes.shtml>

De acordo com o relatório, sem as ações de distanciamento, o pico de 12.440 internações em UTI estava previsto para este domingo (19/05) [sic - provavelmente o pesquisador se referiu ao dia 19/04]. Já com a continuidade da mesma, haveria um ápice de 4.784 pacientes graves em 12 de julho. Caso o isolamento social começasse a ser interrompido na segunda-feira (13/04), a estimativa é de um pico de 12.904 internações em UTI em 18 de junho. “Como mostra a análise, uma volta sem critérios científicos, sem cuidado é o mesmo que jogar fora tudo o que foi adquirido com o esforço social”, afirma o pesquisador da UnB e membro do grupo Mauro Sanchez. (...)

Para Sanchez, o papel da sociedade, em ficar em casa, é extremamente importante, mas precisa ser paralelo aos esforços dos gestores, que têm uma equação complexa para resolver. “Cabe às autoridades garantir subsistência dos mais necessitados, saber afrouxar as medidas no momento certo e de forma gradual e saber equipar o sistema de saúde, adquirindo mais equipamentos e adotando estratégias para vagar os leitos. E isso precisa ser equilibrado por cada governante brasileiro, respeitando as peculiaridades dos territórios.”

Sobre a questão, o Secretário de Saúde do Distrito Federal, Francisco Araújo, em 15/04/2020 declarou que⁴⁸:

O número de leitos disponíveis para atendimento de pacientes com Covid-19 está dentro do planejado para este momento. Segundo Francisco Araújo, atualmente, 26 leitos estão ocupados e outros 79 estão disponíveis para casos de Covid-19, na rede pública e privada.

Há 26 leitos no Hospital Regional de Santa Maria, três no Hospital Regional da Asa Norte, 10 no Hospital da Criança, cinco no Hospital Universitário e 10 no Hospital Daher, além de outros 30 que serão disponibilizados pelo ICDF a partir da próxima segunda-feira (20).

“Dos 26 leitos de Santa Maria, 10 são de UTI com suporte ventilatório. Também temos seis com suporte dialítico, de acordo com o cenário que temos, da necessidade de 30% de leitos com esse tipo de suporte”, diz o diretor do Instituto de Gestão Estratégia de Saúde (Iges-DF), Sérgio Costa.

Sobre a abertura de novos leitos, como os do hospital de campanha que está sendo montado no Estádio Nacional Mané Garrincha, Francisco Araújo ressalta que tudo está sendo feito dentro do planejado. “Serão 200 leitos de retaguarda. A empresa já iniciou os trabalhos, mas não se constrói isso da noite para o dia. Os trabalhos estão acelerados, mas ressalto que, até o momento, não há necessidade de utilização da Arena”, frisa o secretário.

Atualmente existem 240 leitos de retaguarda no Hran que é o principal hospital de referência.

Matéria veiculada pelo Jornal de Brasília⁴⁹ em 16/04/2020 informa que:

De acordo com dados da secretaria de Saúde, a rede conta hoje com 4.800 leitos de enfermagem e 500 em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Dos 500

⁴⁸

<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/04/15/gestores-da-saude-frisam-importancia-do-isolamento-social>

⁴⁹ Disponível em

<https://jornaldebrasil.com.br/cidades/df-tera-mais-leitos-para-pacientes-com-coronavirus/>

leitos em unidade de terapia intensiva 90 foram reservadas para atender os casos mais graves de coronavírus.

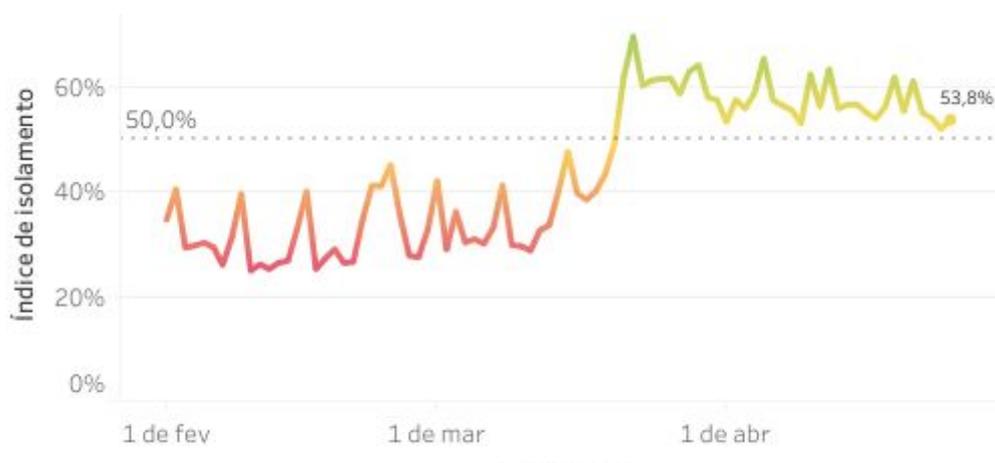
De acordo com a secretaria de Saúde, a previsão é de que o sistema ganhe mais 321 leitos de UTI e 535 leitos ambulatoriais para atender a pacientes de coronavírus.

Somente o hospital de campanha em construção no Estádio Nacional Mané Garrincha deverá contar com 200 leitos, dos quais 100 contarão com respiradores para os casos de infecção pulmonar mais graves.

Contudo, além das declarações acima não estarem comprovadas documentalmente, e muitas não passarem de meras expectativas, o próprio **Secretário de Saúde do Distrito Federal, Francisco Araújo, tem feito declarações públicas da necessidade de se observar o distanciamento social, apelando à população para que colabore ficando em casa, “principalmente com a chegada do pico da doença, prevista para os próximos dias”.**

Reitere-se que o subsecretário de Vigilância em Saúde, Eduardo Hage, também alertou sobre a importância de cumprir o isolamento e distanciamento social para que o número de casos não cresça de forma acelerada, registrando que *“vínhamos mantendo um índice de 61% de distanciamento e percebemos, nestes dois últimos dias, uma queda para 55%. O ideal é que a gente consiga manter em 70%”*⁵⁰.

Ressalte-se que, segundo levantamento da empresa *In Loco*, que utiliza o georreferenciamento de celulares para fazer o estudo, **em 23/03/2020, o Distrito Federal apresentava um índice de isolamento de 69,6%, caindo um mês depois, em 25/04/2020, para 53,77%**⁵¹ (gráfico abaixo):



A realização de projeções tem sido dificultada pela falta de informações sistematizadas e atualizadas sobre as condições dos equipamentos públicos de saúde e também pela manifesta subnotificação dos casos.

⁵⁰ Disponível em:

<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/04/15/gestores-da-saude-frisam-importancia-do-isolament-o-social/>

⁵¹ Informação disponível em

<https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/?hsCtaTracking=68943485-8e65-4d6f-8ac0-af7c3ce710a2%7C454448575-c1a6-42c8-86d9-c68a42fa3fcc>

No Brasil, pouco mais de um mês após a confirmação do primeiro caso, todos os estados já registravam casos da doença (61.888 no total até 26/04/2020), havendo um total de 4.205 mortes registradas em todos os estados, sem exceção.

No Distrito Federal, o número registrado de infectados até 26/04/2020 era de 1.125 pessoas, com 27 mortes (conforme boletim da página <https://covid.saude.gov.br/>, atualizado até o dia 26/04/2020), isso mesmo sem a testagem massiva de médio prazo.

Merece destaque, ainda, nesse contexto, a informação divulgada pela Secretaria de Saúde no Distrito Federal no sentido de que, durante a testagem ampliada realizada nos dias 21 a 24 de abril, foram realizados 14.617 testes rápidos para coronavírus, o que resultou em 128 novos casos confirmados da doença, demonstrando que a pandemia está em ascensão na capital da República.⁵²

Em termos relativos, tais números podem não impressionar. A velocidade na taxa de propagação da doença, todavia, é muito grave, sobretudo quando consideramos (i) a deficitária realização de testes da Covid-19 no território brasileiro; (ii) o fato de que os sintomas dessa doença podem surgir até duas semanas após o contágio – ou seja, muitos dos sintomáticos de meados de maio já fazem parte dos contaminados de hoje; (iii) as estratégias de distanciamento social até aqui adotadas.

Notícias abundam na imprensa acerca da falta de testes no Brasil e da grave subnotificação de casos de Covid-19.⁵³

O ex-Ministro da Saúde Mandetta, em mais de uma ocasião ressaltou a existência de um gargalo expressivo de testes no país,⁵⁴. Mencionem-se notícias de atrasos de mais de 15 dias nos resultados,⁵⁵ bem como que, no Instituto Adolf Lutz, em São Paulo, havia cerca de 30 mil testes represados na fila de espera, até o dia 10/04/2020⁵⁶.

A autoridade de saúde ainda afirmou que o país não teria capacidade para fazer testes em massa na população, pois o mercado não tem como abastecer a demanda mundial. Dos 5 milhões de testes adquiridos pelo Brasil da China, apenas 500 mil foram entregues até o momento.⁵⁷

A contagem do número de mortos também está subestimada, pois só entram nos números oficiais os casos com testes positivos para a doença. **Em São Paulo, até o dia 15/04/2020, os cartórios registraram 368 mortes a mais por Covid-19 (ou suspeita de**

⁵²<http://www.saude.df.gov.br/testagem-para-covid-19-ocorrera-em-novos-pontos-e-com-agendamento-pela-internet/>. Acesso em: 25/04/2020

⁵³ Disponível:

<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/04/09/coronavirus-df-possui-maior-indice-de-isolamento-do-pais-diz-levantamento.ghtml>

⁵⁴ Disponível:

<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/04/14/mandetta-diz-que-pretende-aumentar-o-numero-de-testes-para-coronavirus.ghtml>

<https://veja.abril.com.br/saude/brasil-podera-realizar-ate-50-mil-testes-de-covid-19-por-dia-diz-saude/>
Acessos em 17/04/2020

⁵⁵ Disponível:

<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/09/calculo-de-novas-mortes-por-covid-19-inclui-obitos-com-12-dias-de-atraso.htm> acesso em 17/04/2020

⁵⁶ Disponível:

<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estado-de-sao-paulo-tem-30-mil-exames-de-coronavirus-a-espera-de-resultado,70003266739>

⁵⁷ Disponível:

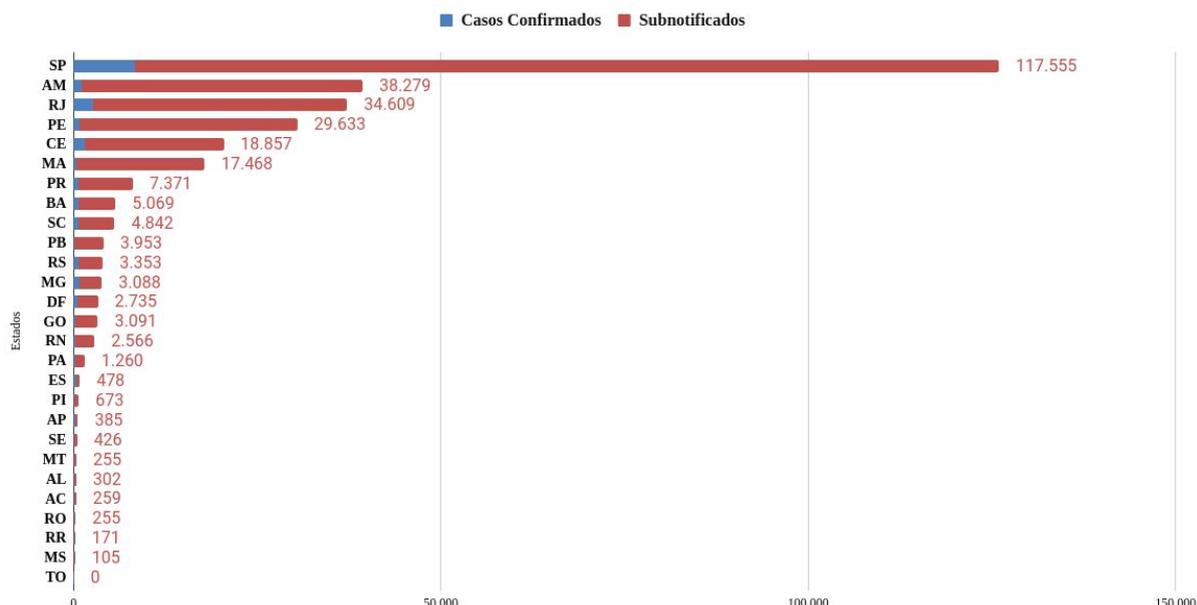
<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46623-brasil-inicia-a-distribuicao-de-500-mil-testes-rapidos> Acesso em 17/04/2020

Covid-19) do que o divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde⁵⁸. Em outras unidades da Federação o mesmo ocorre.

Acerca da subnotificação de casos, dois estudos – um do grupo Covid-19 Brasil, que reúne pesquisadores da USP e UNB, e outro do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), formado por cientistas da PUC-RJ e dos institutos Fiocruz e D'or - **afirmam que a subnotificação de casos de Covid-19 no Brasil mascara os dados, e que teríamos entre 12 a 15 vezes o número de infectados oficialmente divulgado pelo Ministério da Saúde.**

A análise do grupo Covid-19 Brasil revela que, até o dia 11/04/2020, havia 313.288 pessoas infectadas, número 15 vezes maior do que os dados oficiais para a mesma data, que eram de 20.727. Confira-se:

Estimativa de Subnotificação por Estado



Para o Distrito Federal, o grupo estimou que seriam 3.314 casos até o dia 11/04/2020, bem acima do oficialmente divulgado na mesma data (576 casos).⁵⁹

Já o estudo realizado pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) afirma que o Brasil pode ter tido, até o dia 10/04/2020, mais de 235.000 casos, número 12 vezes maior do que os divulgados pelo Ministério da Saúde.

Segundo os pesquisadores do NOIS, a taxa de notificação no Brasil é de apenas 8% dos casos reais de contaminação, o que prejudica uma melhor avaliação da necessidade de recursos hospitalares no país, como ventiladores médicos, leitos de UTI, dentre outros.

E, embora a taxa de notificação estimada para o Distrito Federal seja de 27,6%, ainda há mais de 70% de casos não computados nos números oficiais.

⁵⁸ Disponível:

<https://g1.globo.com/google/amp/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/16/cartorios-de-sp-registram-368-mort-es-a-mais-do-que-a-secretaria-de-saude-por-covid-19-ou-suspeita-da-doenca.ghtml>

⁵⁹ Disponível: <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/analise-distrito-federal/>

Essa falta de testagem em massa em prazo significativo, aliada ao fato de que os sintomas dessa doença podem surgir até duas semanas após o contágio, e que mesmo assintomáticos transmitem, impacta diretamente na adoção de estratégias de desaceleração pelos entes públicos.

Ante as considerações acima traçadas e a demonstrada ausência de evidências técnicas e estudos científicos que respaldem a liberação de atividades não essenciais realizadas e pretendidas pelo Governo do Distrito Federal, em plena Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e em fase de transmissão comunitária do vírus, aliado à subnotificação de casos de Covid-19 no DF e a ausência de testagem em massa da população em prazo significativo, *conclui-se que o relaxamento do isolamento social viola a razoabilidade a proporcionalidade, além de expor a evidente risco a saúde não só da população local e do entorno, mas de todo o país.*

CAPACIDADE INSTALADA NO DISTRITO FEDERAL PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19

Em 17 de março de 2020, a **própria Gerência de Serviços de Terapia Intensiva da Secretária de Saúde do Distrito Federal** – GESTI/SES-DF, apresentou Plano Estratégico das UTI adulto da SES para enfrentamento da Pandemia – COVID 19 (**DOC.29**), observando que *“a questão central não é apenas a taxa de mortalidade do Covid-19 (que tem variado em valores nada desprezíveis de 3 a 4%), mas a velocidade da transmissão viral que gera pacientes graves levando os sistemas de saúde a receber uma demanda muito acima de sua capacidade de atendê-la adequadamente”*.

E continua, *“o grande desafio é a velocidade com que o novo coronavírus-19 se espalha e gera pacientes graves. Este racional é fundamental para alinhamento de um plano de ação. Na estimativa do uso de leitos deve-se avaliar a porcentagem de casos graves e críticos (que necessitam internação em leitos de enfermaria/quartos e de unidade de terapia intensiva), bem como o próprio tempo de permanência hospitalar, além da velocidade (medida em dias) em que a epidemia produz doentes graves e críticos, levando em consideração as seguintes variáveis, para chegar ao resultado final que é a necessidade estimada de leitos:*

Necessidades Estimadas de Leitos, por número de pacientes e tempo de agravamento da crise

Número de Novos Pacientes	Unidade de Internação						Unidade de Terapia Intensiva					
	5 dias	10 dias	15 dias	20 dias	25 dias	30 dias	5 dias	10 dias	15 dias	20 dias	25 dias	30 dias
5000 pacientes	1050	525	350	262	210	175	350	175	116	87	70	58
10000 pacientes	2100	1050	700	525	420	350	700	350	233	175	140	116
20000 pacientes	4200	2100	1400	1050	840	700	1400	700	466	350	280	233
30000 pacientes	6300	3150	2100	1575	1260	1050	2100	1050	700	525	420	350
40000 pacientes	8400	4200	2800	2100	1680	1400	2800	1400	933	700	560	466
50000 pacientes	10500	5250	3500	2625	2100	1750	3500	1750	1166	875	700	583
60000 pacientes	12600	6300	4200	3150	2520	2100	4200	2100	1400	1050	840	700

(DOC.29)

Segundo a GESTI, “*deve preparar-se para otimizar o acesso às intervenções que salvam vidas, como leitos hospitalares, ventiladores mecânicos, oxigenação por membrana extracorpórea, terapia renal substitutiva, insumos, EPI, exames específicos com resultado célere, dentre outras necessidades, como também políticas de isolamento social e suporte financeiro para que as populações vulneráveis consigam sobreviver neste período.*” (DOC. 29)

No mesmo documento, foram elencadas as seguintes intervenções necessárias: (1) negociar aumento de leitos de UTI nas UTIs Credenciadas (DOMED, SÃO MATEUS, DAHER, ICDF); (2) finalizar os Contratos de Credenciamento dos Hospitais Maria Auxiliadora, Home, São Francisco, Santa Marta; (3) adequar espaço na pediatria do HRAN para transpor para atendimento intensivo adulto; (4) adequar espaço no PS o HRAN para implementar Unidade de Cuidados Intermediários; (5) adequar serviços para ampliação imediata de 60 leitos adulto no HRSM; (6) adequar o espaço do PS para implementar a Unidade de Cuidados Intermediários do HRT; (7) efetivar alta dos egressos de UTI; (8) ampliar o acesso e a cobertura da atenção domiciliar para egressos de PS e principalmente egressos de UTI; (8) adequar a disponibilidade de equipamentos. **(DOC.29)**

Verifica-se, portanto, na esteira de outros estudos citados na presente inicial, que a projeção da Gerência de Serviços de Terapia Intensiva da SES apresentada acima baseou-se na estratégia de achatamento da curva de infecção, uma vez que **a estimativa de leitos que serão necessários depende da velocidade** com que o Distrito Federal chegará a 5 mil pacientes (cenário 1, da tabela acima) e assim por diante.

Nesse cenário 1 da tabela (5 mil pacientes) **(DOC.29)**, o menos grave, a necessidade de leitos de cuidados intermediários para os casos graves (aqueles que necessitam respiradores) varia de 1.050 a 175, num período de 5 a 30 dias. No mesmo intervalo, a necessidade estimada de leitos de UTI, para os casos críticos, oscilaria entre de 350 a 58, **o que demonstra como a capacidade do sistema de saúde está atrelada às medidas de isolamento social, que se mostrou efetivo até o momento.**

Em 19 de março de 2020, a Gerência de Serviços de Terapia Intensiva apresentou *Relatório Situacional das UTIs adulto da SES para enfrentamento da Pandemia Covid-19 (DOC.30)*, tendo diagnosticado “*vários gargalos que impedem a ampliação imediata de leitos para cuidados intensivos, sendo os mais relevantes:*

1. Ventiladores Mecânicos sem contratos de manutenção (número expressivo)
2. Monitores Multiparamétricos sem contrato de manutenção (número expressivo), capnografia e PAI
3. Oximetria de pulso sem contrato de manutenção (número expressivo)
4. Ventilador de Transporte sem contratos de manutenção
5. Inexistência de ultrasson portátil operacionais
6. Inexistência de broncoscópio portátil
7. Limitação do quantitativo de Bombas de Infusão
8. Isolamentos sem pressão negava
9. UTIs com entrada/saída na mesma porta

10. Espaços com probabilidade de receber pacientes intensivos sem condições de controle rigoroso da qualidade do ar e temperatura (não possuem ar condicionado com filtragem e renovação do ar adequada)
11. Insumos, como avental impermeável, óculos protetores, sistema de aspiração fechado como baixo estoque ou inexistente
12. Relato de desabastecimento de exames laboratoriais.
13. TRS – 02 UTIs sem ofertar o serviço a beira-leito (HRL e HRSAM) demais unidades com número reduzido de máquinas de HD e Osmose portátil
14. Transporte sanitário insuficiente (grande tempo de espera).”

Infere-se, assim, que havia deficiência de ventiladores mecânicos e outros equipamentos essenciais “em número expressivo” nos leitos de UTI da rede própria.

Em 30 de março de 2020, a Gerência de Serviços de Terapia Intensiva elaborou *Plano de Enfrentamento para a Covid-19*, com as seguintes sugestões: (1) adequar fluxo para os leitos de UTI credenciados (rede contratada), de modo a dar tempo à SES de ampliar sua capacidade, enquanto utiliza os leitos próprios para emergências não relacionadas à Covid-19; (2) adequar o tempo de liberação dos circuitos e insumos relacionados a ventilação mecânica e procedimentos de UTI; (3) rever o quantitativo de bombas de infusão e equípos; e (4) aplicar testes rápidos para detecção precoce de servidores que apresentem sintomas. (**DOC. 31**)

Atendendo a requisição do Ministério Público, por meio do Ofício 1320/2020 – SES/GAB, o Secretário de Saúde do DF encaminhou ao Ministério Público do Distrito Federal *Quadro de Leitos de UTI (DOC.32)*, de 31/3/2020, com um total de 468 leitos assim distribuídos: 96 leitos de UTI geral/adulto da rede própria (HRAN/10, HRG/20, HRC/10, HRL/10, HRS/8, HRSAM/20, HMIB/10, HRT/8); 130 leitos de UTI geral/adulto da rede contratada (HB/16, HRSM/40, Oxtal/10, São Mateus/10, HUB/6, Domed/13, Daher/15, Maria Auxiliadora/20, Santa Marta/5, Home/10, São Francisco/5); 10 leitos de UTI cirúrgica no HB, 21 leitos de UTI Coronária (distribuídos entre Base, HUB e Santa Marta), 20 UTI Neurotrauma no Base), 10 leitos de UTI Materna no HMIB, 84 leitos de UTI Pediátricas, 97 leitos de UTI Neonatal.

Foi, também, anexada informação da Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Central de Regulação do DF (**DOC.32**) de que, no mesmo dia 31/03, havia 239 leitos ocupados de UTI adulto e 60 pacientes na lista de espera, além de 88 leitos de UTI neonatal ocupados, com 08 pacientes na lista de espera e 54 leitos de UTI pediátrica ocupados, sem pacientes em espera.

Quantos aos leitos reservados para COVID19, informou terem sido contingenciados os 10 leitos da UTI adulto do HRAN e os 40 leitos de UTI adulto do HRSM (que estava com pacientes em processo de transferência), além de leitos de UTI pediátrica (08 no Hospital da Criança de Brasília, 08 no Hospital de Base e 02 no HMIB).

Portanto, **embora o Distrito Federal tenha divulgado a abertura de leitos para Covid19,⁶⁰ na verdade tantos os leitos do HRSM como os leitos do HRAN e os leitos**

⁶⁰<http://www.saude.df.gov.br/hospital-de-santa-maria-abre-40-leitos-de-uti-para-pacientes-com-corona-virus/>

pediátricos já eram da capacidade instalada e foram contingenciados para atender à Pandemia.

Em 1º de abril de 2020, foi realizada inspeção *in loco* pelos Assessores Médicos da Pró-Vida do MPDFT, no HRAN, unidade de referência para todo o DF para atendimento de pacientes suspeitos e confirmados acometidos pelo coronavírus. (DOC.33)

Relativamente à Unidade de Terapia Intensiva, verificou-se que dos 10 leitos de UTI do HRAN, “devido à quantidade insuficiente de equipamentos necessários para a assistência de pacientes graves, como bombas de infusão e respiradores, somente quatro leitos estavam disponíveis para a internação de pacientes.”

Constatou-se, também, durante a inspeção da Pró-Vida, que “os leitos com pacientes suspeitos e infectados com COVID-19 não possui sistema de exaustão, de filtragem de ar do tipo HEPA (high efficiency particulate air), muito menos de ambiente com pressão negativa, todos necessários para promover o isolamento respiratório e mitigar o risco de disseminação do vírus entre os doentes e os servidores da UTI”.

Verificou-se, ainda, que “os circuitos respiratórios (tubos) dos respiradores também não possuem filtros HEPA, necessários para se evitar a contaminação cruzada entre o doente e o equipamento, e deste para outros pacientes e/ou profissionais de saúde.” (DOC.33)

Além disso, observou-se a falta de equipamentos de proteção individual (EPI), especialmente máscaras N95 e macacões, a reutilização de máscaras N95, que são descartáveis, o que pode provocar a disseminação do vírus sem o descarte exigido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Todos esses pontos, entre outros, foram objeto da Recomendação nº 9/2020 do MPDFT (DOC.34).

Também, o Conselho Regional de Medicina do DF (CRM-DF) esteve no HRAN, oportunidade em que constatou relativamente aos leitos de UTI: “2.23. A UTI de adultos possui 10 leitos. Não há leito de isolamento respiratório, logo, a UTI está destinada a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 (coorte) – quadro clínico característico, associado a alterações na tomografia de tórax e ventilação mecânica em sistema fechado.(...) até a semana anterior ao dia 06/04/2020, a UTI possuía apenas 3 ventiladores mecânicos e 3 bombas de infusão para 8 leitos. Hoje, há 1 ventilador mecânico e cerca de 3-4 bombas de infusão por leito na UTI (equipamentos trazidos do pronto socorro). Algumas bombas de infusão voltaram à atividade devido à manutenção por técnicos voluntários e existe processo aberto para manutenção de ventiladores com verbas PDPAS (Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde). 2.33. Em caso de escassez de ventiladores mecânicos, as equipes do HRAN tem se preparado para a reutilização de ventiladores de modelos mais antigos, que dispensam uma fonte fixa de ar comprimido. Outra alternativa será a instalação de circuitos (traqueias) com a adaptação de Y na

inspiração e expiração, permitindo-se a utilização do mesmo ventilador, simultaneamente para 2 pacientes. Tal conduta deve ser de uso emergencial e provisório.” (DOC.35)

As inconsistências quanto à capacidade instalada da SES no que concerne aos ventiladores mecânicos, já mencionada nesta peça, será abordada novamente adiante.

Em resposta à Recomendação ministerial, na data de 15 de abril de 2020, por meio do Ofício 1569/2020 – SES/GAB, o Secretário de Saúde do DF afirmou que: “1) *Em relação à Unidade de Terapia Intensiva: a) Esclarecemos que neste momento **temos os 10 leitos em funcionamento integral**; b) Quanto a este item, informamos que atualmente temos 01 (um) ventilador mecânico operante para cada leito de UTI e 01 (um) equipamento de reserva conforme orientação desta Procuradoria; c) Em relação ao abastecimento das bombas de infusão, encontra-se atendido no momento; d) Todos os circuitos da ventilação mecânica estão com filtro de sistema fechado de aspiração traqueal; e) Estão sendo fornecidos aos profissionais da UTI todos os Equipamentos de Proteção Individual - EPIs necessários para as suas proteções pessoais.” (DOC. 36)*

Contrariamente, entretanto, atendendo à requisição do MPDFT, a Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Central de Regulação do DF, informou, quantos aos leitos UTI geral/adulto reservados para COVID19, que “*no dia 16/04/2020 às 08h56 na UTI do HRAN: **8 leitos ocupados, 2 leitos bloqueados por falta de ventilador e bomba de infusão**”, enquanto, no HRSM, dos 40 leitos para COVID19, 22 leitos estavam ocupados, 03 bloqueados por falta de ventiladores e já havia um paciente direcionado para uma das 18 vagas restantes. (DOC. 37)*

No *Quadro de Leitos de UTI (próprios e contratados)*, datado de 15 de abril de 2020, que acompanhou a resposta da Diretoria de Regulação, consta que os 03 leitos inativos do HRSM estavam “*bloqueados por falta de equipamentos (ventilador - cedidos para o HRAN)*”. (DOC.38)

Causa espécie que a solução para liberação de leitos no HRAN tenha ocasionado o desfalque em outro Hospital, o que não será possível quando todos os leitos forem necessários. Ademais, percebe-se que, em 16 de abril, menos de 1/3 dos leitos ativos adulto para Covid19 estavam disponíveis, porquanto, dos 50 leitos, 5 estavam bloqueados e 31 ocupados.

No mesmo dia 15/04/2020, o Secretário de Saúde do DF reforçou a importância do isolamento social,⁶¹ afirmando que havia 26 leitos ocupados e outros 79 disponíveis para casos de Covid-19, na rede pública e privada, números que não correspondem aos documentos acima citados, provavelmente porque fazem referência a leitos de enfermaria e retaguarda, sem suporte ventilatório, que não serão equipados para intervenções que salvam vidas.

Na mesma data de 16 de abril de 2020, houve reunião do Comitê Distrital de Saúde do Distrito Federal, estando presentes, em vídeo conferência, representantes do TJDF, MPDFT, MPF, MPT, Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do DF e da Defensoria Pública

⁶¹<http://www.saude.df.gov.br/gestores-da-saude-frisam-importancia-do-isolamento-social-contra-a-covid-19/>

da União, da Secretaria de Saúde do DF e do Instituto de Gestão Estratégica em Saúde – IGESDF.

Na oportunidade, SES e IGESDF fizeram referência a planos de ampliação de leitos junto ao HUB, Hospital Daher, Hospital DOMED e ICDF, além de criação de leitos de UTI na UPA do Núcleo Bandeirante e no Hospital de Base, bem como a 86 leitos de UTI no Hospital da PM e, ainda, no Complexo Penitenciário da Papuda. Foi mencionado que os respectivos processos encontravam-se em andamento, em diferentes fases.

Por outro lado, embora a 8ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal tenha deferido liminar, em ação civil pública proposta pelo MPDFT, PJe: 0702337-94.2020.8.07.0018, para obrigar o Distrito Federal, bem como o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde, a disponibilizar todas as informações referentes a contratações e aquisições, realizadas para o combate da epidemia do coronavírus, em consulta aos portais de transparência onde são divulgadas essas informações,⁶² foram localizadas somente os seguintes processos administrativos relativos a leitos de UTI:

(1) SEI nº 00060-00145738/2020-33, que trata da “contratação emergencial de Serviço de Gestão Integrada de 86 (Oitenta e Seis) leitos de UTI tipo II + 20 Leitos de Enfermaria, para instalação no Hospital da Polícia Militar, para enfrentamento ao COVID-19”, nos termos do previsto no Projeto Básico da contratação, ainda sem contrato e previsão de conclusão; (2) SEI 04016-00023332/2020-04, Contratação emergencial de serviço de gestão integrada de até 70 leitos de UTI's - Tipo II, por preço global, a ser estruturado no Hospital Regional de Santa Maria/IGESDF – HRSM, para enfrentamento ao COVID-19 pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF, e (3) Contrato nº. 70/2020 entre SES e Infra Engeth Infraestrutura e Construção, para construção de unidade, na Papuda, com capacidade para 10 leitos de suporte avançado.

No *Quadro de Leitos de UTI (próprios e contratados) (DOC.39)*, datado de 20 de abril de 2020, **permanece o HRAN com 2 leitos bloqueados por falta de equipamentos**, bem como 1 leito bloqueado no HRSM por “*ventilador cedido ao HRAN*”. Houve um acréscimo de 12 para Covid19 no HUB e de 14 leitos ativos no Hospital de Base. Constata-se ainda que, dos 107 destinados à Covid-19 (40 HRSM, 45 Hospital de Base, 12 HUB e 10 HRAN), 03 encontram-se bloqueados e 31 inativos, totalizando 73 leitos disponíveis.

Conforme Boletim Informativo DIVEP/CIEVS (COE), de 25 de abril de 2020,⁶³ havia então 34 pacientes Covid-19 internados em UTI.

Cumpra registrar que, para os demais leitos de UTI, não destinados a pacientes Covid-19, há lista de espera que pode ser acompanhada através do portal <https://salasit.saude.df.gov.br/lista-de-uti/>, sendo variável conforme o tipo de suporte que o paciente necessite. No dia 25 de abril de 2020, havia 34 pacientes em lista de espera.

Voltando para a projeção realizada pela Gerência de Serviços de Terapia Intensiva da Secretária de Saúde do Distrito Federal, até o momento, **a SES ainda opera na margem mínima de leitos de UTI estimada, valendo-se do isolamento social que proporcionou**

⁶² <https://igesdf.org.br/compra-emergencial-covid-19-2/> , <http://www.saude.df.gov.br/licitacoes-e-contratos/> e www.coronavirus.df.gov.br

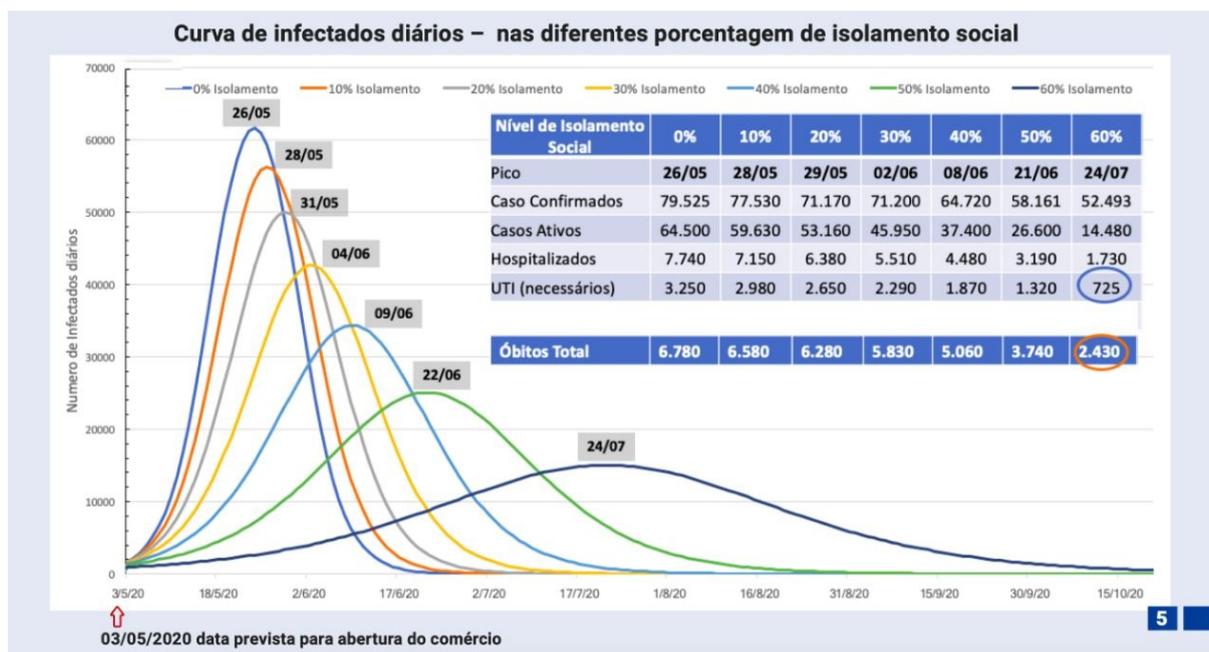
⁶³ Divulgado no sítio www.coronavirus.df.gov.br .

a lentidão da curva de infectados, sendo certo que a velocidade de contratação, instalação e ativação de serviços não é capaz de acompanhar uma curva exponencial.

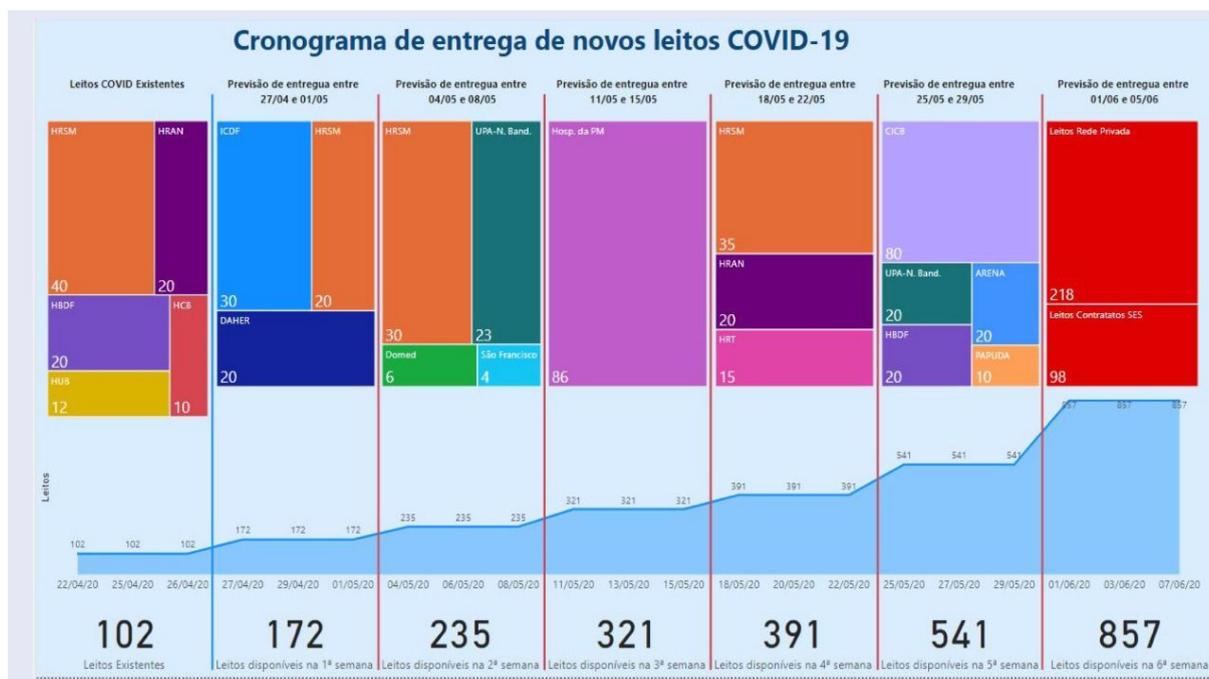
Assim, as medidas restritivas adotadas pelo GDF mostraram-se oportunas, eficazes e acertadas, e sua manutenção ainda é necessária.

Por fim, a Secretaria de Saúde apresentou documento intitulado “Projeções e Recursos de Saúde Estimado e Recursos de Saúde Estimados para Enfrentamento da Covid19 no Distrito Federal” (**DOC.42**), 23 de abril de 2020.

Nele consta a curva de infectados diários (abaixo), conforme a porcentagem de isolamento social, contendo projeção de leitos de UTI ainda maiores que os, inicialmente, estimados pela GESTI.



O documento traz, também, Cronograma de entrega de novos leitos Covid19:



Em relação à primeira coluna (de leitos existentes), de plano, verifica-se que há conflito com o “Quadro de Leitos de UTI” de 20 de abril de 2020, apresentado acima, no qual constam **10 leitos no HRAN**, sendo **2 bloqueados** por falta de ventiladores pulmonares, **40 no HRSM**, mas **1 bloqueado** por falta de ventilador mecânico, e **14 leitos no Hospital de Base** (inativos outros 31), totalizando 73 leitos disponíveis. Somam-se a estes, 10 leitos no Hospital da Criança (HCB), os quais, contudo, são leitos pediátricos, que não se destinam ao grupo de risco da doença, apesar de necessários.

No tocante à segunda coluna (de 27/04 a 01/05), que prevê aumento de leitos no ICDF (30 leitos), HRSM (20 leitos) e DAHER (20 leitos), cumpre esperar a data limite de efetivação. No entanto, conforme “Quadro de Leitos de UTI” de 27 de abril de 2020, verifica-se que tais leitos ainda não se encontram disponíveis (**DOC.43**).

Especificamente em relação aos novos leitos do HRSM (20 para a semana de 27/04 a 01/05 e 30 para a semana de 04/05 a 08/05), que diferem da simples contratação daqueles já instalados nos hospitais credenciados no DF, resta aguardar a solução para efetivo suprimento de ventiladores pulmonares para esses leitos, tendo em vista a escassez do equipamento no mercado.

Observa-se que não consta, no portal do IGES-DF, informação quanto ao contrato celebrado no processo SEI 04016-00023332/2020-04 (Contratação emergencial de serviço de gestão integrada de até 70 leitos de UTI's - Tipo II, por preço global, a ser estruturado no Hospital Regional de Santa Maria).

Por fim, quanto aos 20 leitos de UTI na UPA do Núcleo Bandeirante, previstos, também, para a semana de 04/05 a 08/05, divulgada na mídia como preparativo “**para a retomada das atividades a partir de 3 de maio**”, não foi localizado o processo respectivo nos portais oficiais.⁶⁴

⁶⁴ <https://agenciabrasilia.df.gov.br/2020/04/24/upa-do-nucleo-bandeirante-ganha-mais-20-leitos-de-uti/>

Capacidade Instalada de Ventiladores Mecânicos

Por meio do Ofício Nº 1755/2020 – SES/GAB, 22 de abril de 2020 (**DOC.40**), o Exmo. Secretário de Saúde do DF encaminhou informações prestadas pela Gerência de Equipamentos Médicos nos seguintes termos:

Quanto aos VENTILADORES PULMONAR e no que compete esta Gerência, informamos que está em vigência os Contratos nº 050/2015 – CIRÚRGICA SÃO BERNARDO, 043/2016 - BRAKKO e 105/2018 - BUCAR, que têm como objeto a manutenção preventiva e corretiva em 321 ventiladores pulmonar da marca Dixtal, Bipap Vision e Bennet (tabela 38140882). Os contratos mencionados poderão ser consultados no site da SESDF: <http://www.saude.df.gov.br/licitacoes-e-contratos/>. Além dos contratos vigentes, tramita na SES em caráter prioritário o processo sei nº 0060-010938/2016, que tem como objeto a manutenção preventiva e corretiva em 154 ventiladores pulmonar da marca Bennet (tabela 38142590), instalados nas unidades de saúde da SES-DF. Por fim, informamos que em função da pandemia do COVID 19, foi autuado o processo sei nº 00060-00042846/2017-50 para aquisição de 300 ventiladores pulmonar, bem com foi autuado o processo emergencial SEI nº 00060-00115917/2020-46 para contratar manutenção preventiva e corretiva em 111 ventiladores pulmonar da marca Drager e Maquet (tabela 38144242) para reforçar o atendimento nas unidades de terapia intensiva da SES-DF.

Em síntese, somando-se os números acima, constata-se que a SES possui 586 equipamentos, com datas de aquisição que variam de 1994 a 2017, muitos inoperantes e sem contrato de manutenção, não havendo notícia quanto à conclusão dos processos acima referidos.

Foi amplamente divulgada uma parceria com o SENAI para a manutenção de ventiladores pulmonares,⁶⁵ noticiando-se que em torno de 150 aparelhos precisam de reparos, sendo entregues os primeiros 50 ao SENAI.

Considerando que os ventiladores mecânicos são itens indispensáveis nos leitos de UTI e que a rede própria da SES conta com 170 leitos (incluídos pediátricos, neonatal e materno), bem como que os Hospitais de Santa Maria e Base utilizam equipamentos da SES, cedidos desde sua conversão em Instituto de Gestão Estratégica em Saúde, totalizando aproximadamente 150 leitos (abrangendo neonatal, pediátrico, neurotrauma, coronário, cirúrgico), **é possível inferir que não existem respiradores sobressalentes**, o que explica o bloqueio de 3 leitos de UTI por falta desses aparelhos.

⁶⁵<http://www.saude.df.gov.br/parceria-entre-saude-e-senai-garante-manutencao-de-respiradores-para-pacientes-com-covid-19/>

Em entrevista coletiva,⁶⁶ o Exmo. Secretário de Saúde declarou: "o governo está fazendo a aquisição de mais respiradores para que possa suprir os níveis de ativação. A cada nível que a gente está tendo de avanço da doença, a gente vai ativando mais leitos de UTI e internação." Na matéria, consta que "o **número de respiradores já disponíveis na rede pública é igual ao total de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde eles ficam instalados. No entanto, segundo o GDF, ainda não é suficiente.**"

O processo SEI nº 00060-00160364/2020-86 foi aberto pela SES para aquisição de 300 ventiladores pulmonares, com data para apresentação de propostas prevista para 24 de abril de 2020. Também, o IGES possui processo para aquisição de 118 ventiladores mecânicos (SEI 04016-00025809/2020-88). No entanto, não se tem notícia do resultado desses procedimentos.

Observou o subsecretário de Infraestrutura da SES, Isaque Albuquerque, que "esta é a terceira vez que abrimos licitação para adquirir mais respiradores. Das outras vezes não obtivemos resposta, porque nenhuma empresa tinha para fornecer. Ainda assim, precisamos insistir, mesmo com o cenário mundial adverso".⁶⁷

É fato notório que todos os países estão com dificuldade para aquisição desses aparelhos, de modo que a cautela exige que todas as medidas flexibilizadoras levem em consideração o número atual de ventiladores pulmonares.

Por outro lado, com base na projeção apresentada acima pela Gerência de Serviços de Terapia Intensiva da Secretária de Saúde do Distrito Federal, no que diz respeito às unidades de internação com suporte respiratório para pacientes graves, **conclui-se que a SES, também quanto a esses leitos, opera no mínimo estimado, talvez nem isso, valendo-se do achatamento da curva de infecção.**

O anunciado Hospital de Campanha, a ser instalado no Estádio Nacional Mané Garrincha, contará com 173 (cento e setenta e três) leitos de Enfermaria Adulto sem suporte de oxigenioterapia, 20 Leitos de Suporte Avançado e 04 Leitos de emergência (sala vermelha), no valor de 79 milhões de reais.

Assim, o investimento entregará apenas 24 ventiladores pulmonares à população do Distrito Federal, em 15 (quinze) dias contados da ordem de serviço, ainda não emitida (contrato nº 069 /2020 – SES/DF).

Capacidade de Testagem

Em 15 de abril de 2020, informou o Secretário de Saúde do DF que foram testadas 15 mil pessoas no Distrito Federal, tanto no Lacen quanto nos laboratórios privados.⁶⁸

⁶⁶<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/04/03/df-tem-cerca-de-500-respiradores-em-utis-governo-pretende-chegar-a-13-mil-por-conta-do-coronavirus.ghtml>

⁶⁷ <http://www.saude.df.gov.br/saude-abre-processo-para-comprar-300-respiradores/>

⁶⁸<http://www.saude.df.gov.br/gestores-da-saude-frisam-importancia-do-isolamento-social-contra-a-cov-id-19/>

Entretanto, por meio do Ofício nº 15/2020 – SES/SVS/LACEN, datado de 10 de abril de 2020, atendendo a requisição do MPDFT, o LACEN-DF informou que pode realizar até 1.000 testes dia de biologia molecular (PCR em tempo real), mas que desde o dia 03/03/2020 havia realizado apenas 2.850 testes de biologia molecular (PCR em tempo real), uma média diária de 77 testes, entre 03 de março e 10 de abril.

Relativamente aos testes IGG e IGM, verificam-se as seguintes aquisições do portal <http://www.coronavirus.df.gov.br/>:

- Nota de Empenho: 2020NE03179, Processo: 00060-00106136/2020-61, Contratado: GOYAZES BIOTECNOLOGIA LTDA ME – GBIO, Quantidade: 5.000, Valor Unitário: R\$ 159,00, Valor Global: R\$ 795.000,00, DODF nº 070/Data: **14.04.2020**;
- Nota de Empenho: 2020NE03181, Processo: 00060-00106136/2020-61, Contratado: PMH-PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA; Quantidade: 50.000, Valor Unitário: R\$ 73,00, Valor Global: R\$ 3.650.000,00, DODF nº 070 / Data: **14.04.2020**;
- Nota de Empenho: 2020NE03100, Processo: 00060-00106136/2020-61, Contratado: PRECISA COMERCIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS LTDA, CNPJ: 03.394.819/0005-00, Valor: R\$ 18.758.509,20, DODF nº 050 / Data: **08.04.2020** – Edição Extra;
- Nota de Empenho: 2020NE03101, Processo: 00060-00106136/2020-61, Contratado: PRECISA COMERCIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS LTDA, CNPJ: 03.394.819/0005-00, Valor: R\$ 2.226.490,80, DODF nº 050 / Data: **08.04.2020** – Edição Extra.

Embora não constem informações quanto ao valor unitário e quantidade adquirida da empresa PRECISA, nem quanto ao cronograma de entrega de testes pelas diversas contratadas, foi noticiado pela Secretaria de Saúde,⁶⁹ que foi feito o *“empenho para compra de mais 150 mil testes rápido para detecção qualitativa específica de IgG e IgM e antígeno do Covid-19. A empresa contratada terá até o dia 15 de maio para entregar o produto. A compra da secretaria vem a se somar com os testes que estão sendo entregues pelo Ministério da Saúde. Até agora, foram quase 50 mil enviados pelo órgão federal.”*

Conforme amplamente divulgado, somente em 21 de abril de 2020, iniciaram-se os testes rápidos na população do Distrito Federal, concentrando-se nas regiões do Plano Piloto e Águas Claras, restringindo-se a pessoas sintomáticas e com disponibilidade de veículos para permanecer nas filas de drive-thru.

Foi planejada, para iniciar dia 27 de abril, uma ampliação da amostra da população, englobando as regiões de Taguatinga, Vicente Pires, Arniqueiras, São Sebastião, Itapoá, Paranoá, Jardim Botânico, Jardins Mangueiral, Lago Norte, Varjão, Granja do Torto, Guará, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Park Sul, Ceilândia, Por do Sol, Sol Nascente, Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal e Planaltina.⁷⁰

Constam das orientações contidas no endereço para agendamento dos testes (<https://sistemas.df.gov.br/mteste/>), que *“a testagem rápida no drive-thru é exclusiva para pessoas sintomáticas ou que têm história de contato com algum caso confirmado que*

⁶⁹ <http://www.saude.df.gov.br/saude-compra-mais-150-mil-testes-de-covid-19/>

⁷⁰ <http://www.saude.df.gov.br/testagem-para-covid-19-ocorrera-em-novos-pontos-e-com-agendamento-pela-internet/>

residem com idosos e que moram na Região Administrativa do local onde o drive-thru está montado.”

Apesar de impor limitações como disponibilidade de veículo (drive-thru) e acesso ao agendamento, que podem excluir comunidades mais carentes e desinformadas, a ampliação da testagem vai aprimorar o exame da distribuição geográfica de incidência, permitindo identificar locais em que o vírus ainda não circulou, ou seja, aquelas populações que serão mais afetadas com o retorno das atividades (ao terem contato com áreas endêmicas e transmissores assintomáticos).

Conforme já informado, a Região Central, principalmente o Lago Sul, apresenta o maior contágio (Boletim Informativo DIVEP/CIEVS (COE) de 26 de abril de 2020,⁷¹ sendo que a incidência em áreas de população de menor poder aquisitivo ainda é baixa quando comparada às áreas primeiramente afetadas.

De qualquer modo, ampliada a cobertura de testagem apenas com testes rápidos (que não identificam pacientes assintomáticos ou aqueles nos dias iniciais da doença) e somente a partir do dia 27 de abril de 2020, ainda é cedo para qualquer conclusão, especialmente para respaldar medidas flexibilizadoras.

Por oportuno, vale destacar que os testes não garantem certeza absoluta, conforme demonstra o quadro a seguir, retirado do Boletim Epidemiológico Especial nº 14, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, atualizado em 26 de abril de 2020 (DOC.44):

Tabela 1: Interpretação dos testes molecular e sorológico para diagnóstico laboratorial de COVID-19.

TIPOS DE TESTES			INTERPRETAÇÃO
Molecular	Sorologia		
rRT-PCR	IgM	IgG	
Positivo	Negativo	Negativo	Paciente pode estar na janela do período de infecção
Positivo	Positivo	Negativo	Paciente pode estar na fase inicial da infecção
Positivo	Positivo	Positivo	Paciente está na fase ativa da infecção
Positivo	Negativo	Positivo	O paciente pode estar no estágio tardio ou recorrente da infecção
Negativo	Positivo	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> O paciente pode estar no estágio inicial da infecção. O resultado da PCR pode ser falso-negativo. O teste de anticorpos pode ser falso positivo
Negativo	Negativo	Positivo	<ul style="list-style-type: none"> O paciente pode ter tido uma infecção passada e se recuperou. O teste de anticorpos pode ser falso positivo
Negativo	Positivo	Positivo	<ul style="list-style-type: none"> O paciente pode estar no estágio de recuperação de uma infecção ou o resultado da PCR pode ser falso-negativo O teste de anticorpos também pode ser falso positivo

⁷¹ http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/03/Boletim-COVID_DF-26-04-2020.pdf

FALTA DE SEGURANÇA E RISCO DE CONTÁGIO DE TRABALHADORES DA SAÚDE

O Ministério Público do Trabalho (MPT) vem recebendo diversas denúncias sobre más condições de saúde e segurança de trabalhadores que se mantêm em atividades essenciais e, de forma mais acentuada, dos profissionais de saúde. Existem hoje inquéritos civis em tramitação em face de vários hospitais públicos e privados, como HRSAM, HRAN, HRT, HRC, Hospital de Base, HUB, HFA, Instituto de Cardiologia, Hospital Santa Marta, Hospital Home, Hospital Anchieta, Hospital Sarah Brasília, Hospital Brasília - LAF, HMIB, Hospital Santa Lúcia, HNBRA, Hospital Lago Sul - DAHER, dentre vários outros.

Para melhor conhecer as condições de trabalho nas unidades de saúde, o MPT criou um *checklist on line*, respondido pelos trabalhadores, sindicatos, SESMT, CIPAs, que gera dados para um painel eletrônico de monitoramento do MPT.

Em 22/04/20, havia 5.689 formulários respondidos em todo o Brasil, e 395 no DF.

Por meio de tais respostas permite-se constatar que, de acordo com as denúncias e formulários preenchidos, existe uma série de **problemas que contrariam diretrizes de prevenção e combate ao Covid-19, alguns deles violando o próprio plano de contingência no DF**, demonstrando, com isso, que o que o GDF faz constar em documentos oficiais não é verificado e fiscalizado diuturnamente.

Na grande maioria das unidades houve aumento da demanda, sem redimensionamento de pessoal; não há sala de espera separada para triagem de suspeitos de Covid; não há suficiente provimento de roupas, alimentação e repouso para os profissionais, nem equipamentos de proteção recomendados; não há fornecimento de equipamentos de proteção individual aos profissionais de saúde, especialmente a máscara N95.

Um resumo dos dados do Distrito Federal, com os piores hospitais, foi realizado pela perícia contábil da Procuradoria Regional do Trabalho, conforme documento em anexo (DOC.13). Diz o laudo:

“Conforme retratado no Apêndice, o Hospital Regional de Samambaia (HRSAM) apresenta a pior situação entre os selecionados, haja vista que todas as respostas a uma condição e saúde e segurança do trabalho foram negativas. Seguiram-se o HRT em segundo lugar, HBDF, HRAN, HRC, e HRP em terceiro, e ICDF em quarto.

No geral as unidades avaliadas apresentam mais pontos negativos do que positivos, no que tange à adoção de mecanismos hábeis a reduzir o risco de contágio por Covid-19.”

A falta de equipamentos de proteção é corroborada pela Associação Médica Brasileira, que em denúncia ao MPT em todo o Brasil (**DOC.14**), apontou irregularidades em milhares de unidades hospitalares, dentre elas, unidades no DF. Sobre o Distrito Federal afirma a AMB :

“A ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (“AMB”), associação privada sem fins lucrativos de âmbito nacional, com sede na Rua São Carlos do Pinhal, nº 324, Bela Vista, na Cidade de São Paulo/SP, CEP 01333-903, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 61.413.605/0001-07, com endereço eletrônico diretoria@amb.org.br, neste ato representada por

seu Presidente, vem, respeitosamente, à presença de V. Sa., expor e requerer o que segue.

(...)

3. É fato público e notório que a classe médica está extremamente engajada na prevenção e no combate à pandemia originada pelo COVID-19 (coronavírus). A Portaria 188/GM/MS, do Ministério da Saúde, de 04/02/2020, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19).

4. Grande parte dos mais de 500 mil médicos em todo o país está na linha de frente do atendimento à população, diretamente exposta ao vírus e aos pacientes infectados.

5. No entanto, as condições de trabalho dos médicos não são compatíveis com a situação emergencial da saúde pública. O cenário é periclitante, pois faltam condições mínimas de trabalho em instituições públicas e privadas de saúde, o que coloca em risco peças fundamentais na estrutura de combate à pandemia: médicos e demais profissionais em saúde.

6. Uma pesquisa realizada pela AMB obteve mais de 1.700 (mil e setecentas) denúncias de médicos espalhados em todo o país, que indicam a ausência de equipamentos de proteção individual (EPIs) básicos em seus locais de trabalho, tais como:

(i) Máscara tipo N95 ou PFF2;

(ii) Luvas;

(iii) Óculos ou Face Shield;

(iv) Gorro;

(v) Capote impermeável; e

(vi) Álcool em gel – 70%

(...)

7. O uso de tais EPIs é preconizado pela Organização Mundial da Saúde – OMS e pelo próprio Ministério da Saúde no Brasil. Tratam-se de equipamentos básicos, que se destinam à proteção dos “riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”, conforme dispõe o item 6.1. na Norma Regulamentadora (NR) n. 6 do Ministério do Trabalho que, também, prevê em seu item 6.3, ser obrigatório o fornecimento de tais EPIs adequados aos riscos dos trabalhadores para “atender a situações de emergência”.

8. Naturalmente, proteger os médicos e agentes de saúde com tais EPIs significa proteger a população, na medida em que, médicos em atendimento — mesmo assintomáticos — poderão transmitir o COVID-19 para todas as pessoas com as quais tenham contato diariamente. Os médicos não querem e não podem ser vetor de transmissão!

9. Embora a sociedade reconheça o relevantíssimo papel dos médicos e demais profissionais da saúde, o Estado não pode deixar a classe

médica desassistida e desprotegida, tampouco as instituições privadas podem submeter seus médicos contratados à tais situações periclitantes, que violam direitos e deveres constitucionais.

10. Por isso, em espírito de colaboração e, também, como forma de exigir a devida fiscalização e alocação de recursos públicos para que se garanta os direitos constitucionais elementares dos profissionais médicos em todo o Brasil, a AMB requer digno-se essa Autoridade a adotar todas as medidas dentro de sua esfera de competência a fim de garantir — ou obrigar aos responsáveis que adotem as medidas necessárias para garantir — o abastecimento imediato de EPIs básicos em todas as unidades públicas e privadas de saúde do país indicadas na planilha anexa (doc. 1).

11. Para tanto, a AMB disponibiliza a tabela com as informações colhidas pela classe médica, com a síntese das denúncias que recebeu em todo o Brasil, e com a indicação os EPIs faltantes em cada estabelecimento, de acordo com a localidade e Estado da Federação”.

Diante de tal situação, **os 4 ramos do Ministério Público assinaram o Ofício Conjunto nº 01/20** (DOC.12), enviado ao Governo do Distrito Federal e Secretaria de Saúde em 25/03/20, requisitando uma série de informações sobre condições de saúde e segurança no trabalho nos hospitais públicos do DF, tendo em vista a absoluta falta de dados públicos essenciais à constatação da realidade nos hospitais e também a qualquer plano científico de enfrentamento da pandemia, ou mesmo um plano para retomada paulatina de atividades econômicas.

O Ofício somente fora respondido em 16/04/20, após duas reiteraões, e num documento parcial, incompleto, em que boa parte dos quesitos não foi analisada pelo GDF que, mesmo diante do largo tempo decorrido, ainda pediu mais 15 dias para complemento (**DOC.16**). Todavia, as informações requisitadas já deveriam ser acompanhadas diariamente, inclusive para atender às diretrizes do Ministério da Saúde, da Anvisa e do próprio plano de contingência do DF.

Isso possivelmente significa que o Distrito Federal não acompanha questões basilares dos serviços de saúde, não faz o mapeamento necessário e, portanto, as recentes retomadas de atividades não estão pautadas em critérios sérios e muito menos sanitários.

Ainda que incompleta, da parca resposta recebida ao Ofício, vislumbra-se **a confissão da falta de equipamentos de proteção e a dificuldade de reposição**. Até mesmo a projeção de duração de cada equipamento o GDF ainda conseguiu fazer em 31/03/20, mas já não fez em 08/04/20 e nem em 15/04/20, mesmo com requisição expressa do Ministério Público. A análise a tal resposta encontra-se no laudo pericial contábil anexo (DOC. 17), elaborado por perito do Ministério Público do Trabalho. Extrai-se da resposta do GDF e do laudo pericial, que a Secretaria de Saúde sequer consegue avaliar a duração de seu estoque de EPI's de uma semana para outra, e mesmo assim publica em média 2 decretos por semana retomando atividades, com redução do isolamento social, risco de agravamento de pandemia e de colapso do sistema de saúde, com profissionais sem condições de saúde e segurança para executarem seu mister. Segue trecho do laudo pericial:

“Interpretando-se as informações coligidas acima, nota-se que a maioria dos estoques de EPI's apresenta tendência de queda nas 3 situações, com destaque para álcool em gel, avental cirúrgico “M”, luvas de procedimento não estéril tamanhos “G”, “M” e “P”, luvas

nitrílicas para procedimento não cirúrgico tamanhos “M” e “P”, macacão tyvec, máscara cirúrgica descartável e propé/sapatilha.

4.3. Por exemplo, entre 31/03/2020 e 15/04/2020, houve uma redução (em números absolutos) no estoque de máscara cirúrgica descartável em 114.752 unidades, representando 39% a menos, comparando-se o período inicial com o final. Vale frisar que, no mesmo período, o número de infectados por Covid-19 no DF (casos oficialmente confirmados) saltou de 518 para 826, equivalente 1 a 59% de aumento .

4.4. Destaca-se que não há como aferir a estimativa da SES-DF acerca da previsão de duração do estoque, haja vista que, em desrespeito ao determinado pelo Parquet, a inquirida apresentou estimativa de consumo (prazo em dias) apenas no que tange à situação em 31/03/2020. Nos demais, há apenas a indicação do saldo dos equipamentos armazenados” (com destaques acrescidos)

Não obstante tudo isso, e disposições expressas do Código de Saúde do Distrito Federal (Lei Distrital nº 5.321/14 - **DOC. 18**) sobre dever de informação e transparência, mormente em estado de pandemia e emergência, até agora nenhum site do Governo publica dados concretos de EPI’s e nem monitora seu próprio plano de contingência.

Os documentos foram também submetidos à **médica perita da Procuradoria Regional do Trabalho** da 10ª Região, que também aponta **inconsistências** (no mesmo DOC. 10, antes comentado):

“Foram analisados os documentos juntados com base nas questões que constam na Recomendação Conjunta do Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Federal, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e o Ministério Público de Contas do DF e algumas colocadas no Ofício Conjunto nº 001/2020 2º PROSUS e PRT 10ª Região.

Destaco abaixo alguns documentos com informações específicas de saúde.

2.2. Doc n.º 004068.2020: número total de respirador/ventilador- total de 2.436, sendo que 94% são equipamentos utilizados (2.281). Não há uma análise da suficiência desses equipamentos.

2.3. Doc n.º 004067.2020: número de leitos, adulto, pediátrico, UTI; quantitativo de profissionais de saúde por unidade administrativa e algumas especialidades médica, como intensivista, enfermeiros. Também não há uma análise da suficiência desses quantitativos. O documento sugere, em relação ao quantitativo de profissionais: “Sugerimos que sejam analisados de forma mais aprofundada para verificar aqueles que estão ativos e afastados do trabalho, com o intuito de ter uma visão atual do quadro de funcionários, especialmente aqueles que apresentam especialidades de atendimento a paciente crítico.”

2.4. Doc n.º 004065.2020: informa a proposta de ações de testes para COVID-19 em grupos específicos. (...)

Esses documentos juntados em 23/04/2020 não respondem aos questionamentos do Parecer Conjunto nos aspectos de saúde levando em conta situação de saúde atual e projeções de dados epidemiológicos. (...)

Foi juntado quadro com programação da DIPRO com listagem dos insumos, no qual consta o insumo, o processo de aquisição regular e as aquisições emergenciais. Para muitos insumos não tem execução em andamento mas tem ata. Para outros, como PFF2, não tem nem ata informada.”

Ressalte-se que o MPT, em parceria com o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), obteve eletronicamente dados de falta de EPI's para profissionais de saúde de todo o Brasil. **A única unidade da federação que não apresentou seus dados foi o DF, sob o pretexto de não possuir municípios, o que mais uma vez revela a total falta de transparência e de preocupação em dar informações confiáveis. (DOC. 19 - foto de tela do painel eletrônico).**

Também o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), por meio de seu secretário executivo, informou que **não obtém dados do DF**, possuindo acesso apenas ao link público da sala de situação, em que não há informação detalhada de EPIs, mas apenas a observação ‘com estoque’” e ‘sem estoque’” **(DOC. 20 - print da tela da sala de situação no salasit.saude.df.gov.br/sulog-epis-publico/).**

Como se vê, o Distrito Federal não fornece dados essenciais aos órgãos de saúde, de controle e à população, violando o próprio Código de Saúde, além de diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde, normas e princípios constitucionais. E, ao que tudo indica, diante da resposta tardia e incompleta ao Ofício Conjunto, sequer possui ou monitora tais dados com a diligência e exatidão necessárias.

Tanto é assim que o próprio **Conselho de Saúde de Distrito Federal, instância máxima de deliberação do SUS no Distrito Federal e órgão vinculado à Secretaria de Saúde, por meio da Recomendação CSDF nº 02 de 21 de abril de 2020, manifestou seu posicionamento contrário ao relaxamento das medidas de isolamento e distanciamento sociais, tendo como um dos fundamentos o “fato de que os Equipamentos de Proteção Individual para os servidores da saúde, em quantidade e qualidade necessárias, ainda são um forte e ameaçador entrave.”** A Recomendação Geral do Conselho depois será tratada em outro tópico.

Por outro lado, os profissionais de saúde que precisam dos EPIs nunca foram tão preciosos nesta geração, e os que estão na linha de frente da Covid-19 nunca foram tão demandados. E mesmo os que não estão na linha de frente precisam se proteger ainda mais, uma vez que o maior número de infectados está dentro das unidades de saúde. É mão de obra não renovável em curto período e a cada adoecimento e afastamento leva, além da saúde e vida do profissional, também a saúde de tantos outros que deixa de atender. A cada adoecimento são em média 15 dias fora da linha de frente e, dependendo da especialidade, sem “peça” de reposição imediata.

Além disso, os trabalhadores também estão desprotegidos, porque a **fiscalização do trabalho está mitigada e praticamente paralisada por força da MP 927/20**. Até mesmo para investigação de acidente de trabalho, como por exemplo no caso de uma explosão na cozinha de restaurante funcionando mediante entregas, sempre considerada prioritária, a fiscalização afirma que agora não irá no local, conforme documento anexo **(DOC.21). Diz a Superintendência do Trabalho que** “Por se tratar de

acidente grave, a demanda foi cadastrada e programada para execução assim que a situação relacionada à pandemia se normalizar”. Ora, isso significa que se numa obra houver acidente, num supermercado, num hospital, nem assim a fiscalização irá agir. Não haverá interdição de máquinas perigosas, caldeiras, andaimes mesmo em situação de acidente e todos continuarão em risco. Quando nem a fiscalização repressiva há, é sinal de que a preventiva muito menos. Então, quanto mais atividades forem retomadas, mais pessoas estarão sujeitas a riscos de acidentes e de doenças profissionais, mais máquinas, veículos, atividades sem fiscalização e maior a periclitância da saúde e da vida de todos.

Também a **Vigilância em Saúde do DF, no segmento de Vigilância Sanitária**, e o **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)**, ambos vinculados à Secretaria de Saúde do DF, afirmam que estão sobrecarregados e, o que é pior, sem equipamentos de proteção individual suficientes, trabalhando com pessoal reduzido porque precisaram afastar grupo de risco, tudo conforme documento anexo (**DOC. 22**). Ou seja, nem mesmo os servidores da Secretaria de Saúde estão protegidos, então reabrir atividades econômicas não essenciais é colocar mais trabalhadores, clientes e todos os cidadãos em tarefas e locais cujas regras de funcionamento e condições de trabalho não estarão sob vigilância e fiscalização, novamente violando princípio da precaução e o direito fundamental à saúde, segurança e à vida.

Importa sempre frisar que o Brasil ratificou a **Convenção 155 da OIT**, que estabelece normas de saúde e segurança no trabalho e, segundo este comando internacional **“o controle da aplicação das leis e dos regulamentos relativos à segurança, a higiene e o meio-ambiente de trabalho deverá estar assegurado por um sistema de inspeção das leis ou dos regulamentos”** (art. 9).

Na mesma Convenção consta que **“deverá ser exigido dos empregadores que, na medida que for razoável e possível, garantam que os locais de trabalho, o maquinário, os equipamentos e as operações e processos que estiverem sob seu controle são seguros e não envolvem risco algum para a segurança e a saúde dos trabalhadores”** e **“deverá ser exigido dos empregadores que, na medida que for razoável e possível, garantam que os agentes e as substâncias químicas, físicas e biológicas que estiverem sob seu controle, não envolvam riscos para a saúde quando são tomadas medidas de proteção adequadas. Quando for necessário, os empregadores deveriam fornecer roupas e equipamentos de proteção adequados a fim de prevenir, na medida que for razoável e possível, os riscos de acidentes ou de efeitos prejudiciais para a saúde”**.

Além disso, fixa que **“as medidas de segurança e higiene do trabalho não deverão implicar nenhum ônus financeiro para os trabalhadores”** (art. 21).

Necessário, desse modo, que os réus façam cumprir a norma ratificada pelo Estado Brasileiro.

Por fim, destaque-se a enorme limitação para realização de testes, fato que é público e notório no Distrito Federal e em todo o país e que seria uma medida imprescindível de proteção aos trabalhadores das atividades essenciais, máxime os profissionais de saúde.

Registre-se que o próprio Código de Saúde do DF prevê que em situações em que não há uma legislação específica, como pode ocorrer por exemplo, numa situação como a atual em que critérios e normas precisam ser traçadas num cenário de novidade e de urgência, já preceitua que **“na ausência de legislação específica à preservação da saúde do trabalhador, devem ser adotados regulamentos e normas estabelecidos por órgãos e**

entidades de notório saber e idoneidade, como a Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, a Organização Mundial de Saúde - OMS, a Organização Internacional do Trabalho - OIT (art. 232).

RECOMENDAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E OFENSA AO
REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Em 16 de abril de 2020, a Organização Mundial da Saúde emitiu **Recomendação Temporária (*Interim Guidance*) sobre requisitos e critérios para a retirada de medidas de distanciamento social no contexto da Covid-19**,⁷² com vigência por dois anos.

Nos termos literais do Regulamento Sanitário Internacional - tratado internacional promulgado pelo País -, embora não seja obrigatória a aplicação da Recomendação Temporária, **sua não aplicação deverá necessariamente estar fundamentada**, como se mostrará mais à frente.

Segundo o **dispositivo cogente** do Regulamento, a não aplicação das recomendações da OMS deve formalmente estar fundamentada em princípios científicos; evidências científicas; informações fornecidas pela OMS ou outros entes intergovernamentais ou internacionais relevantes; ou em qualquer orientação ou diretriz específica da OMS disponível.

Em síntese, a OMS listou na Recomendação Temporária os seguintes critérios que cada país deve atender **antes de suspender o distanciamento social**:

- Se a transmissão da covid-19 está controlada
- Se o sistema de saúde é capaz de identificar, testar, isolar e tratar todos os pacientes e as pessoas com as quais eles tiverem entrado em contato
- A capacidade dos ambientes de trabalho e demais locais em proteger as pessoas, à medida que elas retomarem suas atividades
- A capacidade de lidar com os casos importados de pessoas que venham de fora do país
- Se os riscos de surtos estão controlados em locais sensíveis, como postos de saúde ou casas de repouso.
- Se as comunidades estão conscientes, engajadas e capazes de prevenir o contágio e adotar as medidas preventivas, que deverão passar a ser vistas como o "novo normal".

A OMS afirmou que as restrições devem ser removidas *estrategicamente*, e não simultaneamente. Também reforçou que isso **só vale para países onde o número de casos está em queda**. E, mesmo nessas condições, regras rígidas de distanciamento social e de higiene devem continuar a vigorar no longo prazo.

⁷² Os trechos citados a seguir são tradução livre do original. Publicada somente em inglês. Vide anexo ou consultar em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331773/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Acessado em 21/4/2020, às 20h34.

As Recomendações Sanitárias da Organização Mundial da Saúde estão disciplinadas no recentemente aprovado Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020, o qual promulgou o **Regulamento Sanitário Internacional**, tratado internacional acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005.⁷³

Por se tratar de tratado internacional promulgado, possui eficácia de lei ordinária, impondo-se ao Poder Executivo em todos os níveis federativos seu cumprimento.

Transcrevem-se abaixo os dispositivos do Regulamento Sanitário Internacional que regem as Recomendações Temporárias da Organização Mundial da Saúde, bem como seu cumprimento ou não acatamento pelos países a ela obrigados:

Artigo 1 Definições

1. Para os fins do Regulamento Sanitário Internacional (doravante denominado “RSI” ou “Regulamento”):

“recomendação permanente” significa uma orientação de natureza não-vinculante emitida pela OMS consoante o Artigo 16, com referência a riscos para a saúde pública específicos existentes, e relativa às medidas de saúde apropriadas, de aplicação rotineira ou periódica, necessárias para prevenir ou reduzir a propagação internacional de doenças e minimizar a interferência com o tráfego internacional;

“**recomendação temporária**” significa uma orientação de natureza não-vinculante emitida pela OMS consoante o Artigo 15, para aplicação por tempo limitado, baseada num risco específico, em resposta a uma emergência de saúde pública de importância internacional, visando prevenir ou reduzir a propagação internacional de doenças e minimizar a interferência com o tráfego internacional;

Artigo 3 Princípios (...)

4. Os Estados possuem, segundo a Carta das Nações Unidas e os princípios de direito internacional, o direito soberano de legislar e implementar a legislação a fim de cumprir suas próprias políticas de saúde. **No exercício desse direito, deverão observar o propósito do presente Regulamento.**

Artigo 15 Recomendações temporárias

1. Caso se determinar, em conformidade com o Artigo 12, a ocorrência de uma emergência de saúde pública de importância internacional, o Diretor-Geral publicará recomendações temporárias, segundo o procedimento estabelecido no Artigo 49. Tais recomendações temporárias poderão ser modificadas ou prorrogadas, segundo as circunstâncias, mesmo depois de ter sido determinado o término da emergência de saúde pública de importância internacional, ocasião em que outras recomendações temporárias poderão ser emitidas, conforme as necessidades, a fim de evitar ou detectar prontamente sua recorrência.

⁷³ O objeto do Regulamento Sanitário Internacional “prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais” (art. 2º).

Artigo 42 Implementação das medidas de saúde

As medidas de saúde tomadas consoante este Regulamento serão iniciadas e concluídas sem demora e aplicadas de maneira transparente e não discriminatória.

Artigo 43 Medidas adicionais de saúde

1. Este Regulamento não impede que os Estados Partes implementem medidas de saúde, em conformidade com sua legislação nacional relevante e as obrigações decorrentes do direito internacional, em resposta a riscos específicos para a saúde pública ou emergências de saúde pública de importância internacional, que:

(a) confirmam um nível de proteção à saúde igual ou superior ao das recomendações da OMS, ou

(b) sejam proibidas em outras circunstâncias, nos termos do Artigo 25, Artigo 26, parágrafos 1º e 2º do Artigo 28, Artigo 30, parágrafo 1º (c) do Artigo 31, e Artigo 33, desde que tais medidas sejam, em outros aspectos, consistentes com este Regulamento.

Tais medidas não deverão ser mais restritivas ao tráfego internacional, nem mais invasivas ou intrusivas em relação às pessoas do que as alternativas razoavelmente disponíveis que alcançariam o nível apropriado de proteção à saúde.

2. Ao decidir implementar ou não as medidas de saúde de que trata o parágrafo 1º deste Artigo ou as medidas adicionais de saúde contempladas no parágrafo 2º do Artigo 23, parágrafo 1º do Artigo 27, parágrafo 2º do Artigo 28 e parágrafo 2º(c) do Artigo 31, os Estados Partes basearão suas determinações em:

(a) princípios científicos;

(b) evidências científicas disponíveis de risco para a saúde humana ou, quando essas evidências forem insuficientes, informações disponíveis, incluindo informações fornecidas pela OMS e outras organizações intergovernamentais e organismos internacionais relevantes; e

(c) qualquer orientação ou diretriz específica da OMS disponível.

Segue a transcrição das diretrizes fundamentais da Recomendação Temporária da Organização Mundial da Saúde, de 16 de abril de 2020:

AVALIAÇÃO DE RISCO

A decisão de introduzir, adaptar, ou retirar medidas de distanciamento social⁷⁴ deve se basear numa avaliação de risco, mediante metodologia padronizada,⁷⁵ que leve em conta o risco decorrente do

⁷⁴ No original, o termo utilizado é *public health and social measures*, com a sigla PHSM. Optou-se por traduzir essa expressão como *medidas de distanciamento social*, como se tornou usual, inclusive nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

⁷⁵ Rapid risk assessment of acute public health events

https://www.who.int/csr/resources/publications/HSE_GAR_ARO_2012_1/en/

relaxamento das medidas, a capacidade de detectar novos casos, a capacidade de receber mais pacientes nas unidades de saúde ou em outras instalações, e a possibilidade de se implementarem novamente as medidas de distanciamento social se necessário. Uma avaliação nacional de risco deve se apoiar e ser implementada juntamente com uma avaliação de risco em nível subnacional ou mesmo comunitária, uma vez que a transmissão da Covid-19 normalmente não é homogênea dentro de um país.

A avaliação de risco deve se pautar nas seguintes questões:

- 1. Qual o impacto provável da alteração das medidas de distanciamento social em termos de risco de novos casos?*
- 2. O sistema público de saúde tem capacidade de identificar, isolar e tratar os casos e os contatos em quarentena?*
- 3. O sistema público de saúde tem capacidade para detectar rapidamente o surgimento de novos casos?*
- 4. O sistema público de saúde tem capacidade para absorver uma demanda extra de novos pacientes e de oferecer tratamento médico caso surjam novos casos?*

A avaliação de risco deve estar baseada nos seguintes indicadores:

- 1. **Fatores epidemiológicos:** incidência de casos confirmados e prováveis de Covid-19; quantidade de internações e ocupação de leitos de UTI; número de mortes; percentual de casos positivos em relação ao número de pessoas testadas; resultado da testagem sorológica (incluindo a disponibilidade de testes confiáveis).⁷⁶*
- 2. **Capacidade das unidades de saúde:** funções (hospitalares e não hospitalares) e capacidade do sistema de saúde, profissionais de saúde, número de leitos de UTI e de não-UTI, triagem, estoques de equipamento de proteção individual, tratamento de pacientes com Covid-19 e sem Covid-19 de acordo com padrões de atenção nacionais e de crise, força de trabalho em saúde.*
- 3. **Capacidade do sistema de saúde pública:** nível de identificação e testagem de novos casos suspeitos, isolamento de novos casos confirmados, identificação e quarentena de contatos, número de equipes de resposta rápida em saúde pública para investigar caso suspeitos individuais e em grupo.*
- 4. **Disponibilidade de intervenções farmacêuticas efetivas:** atualmente não há terapias ou vacinas específicas para a Covid-19. A OMS, em colaboração com parceiros internacionais, está implementando protocolos para testagens clínicas a fim de desenvolver tratamentos e vacinas⁷⁷ específicas para a Covid-19. A*

⁷⁶ A OMS está trabalhando com parceiros em nível global para compreender a sero-epidemiologia da Covid-19 e a amplitude da imunidade na população a fim de dar suporte à definição de políticas. A definição da proporção de indivíduos potencialmente imunes por grupo etário pode ajudar a estimar o risco do ressurgimento após o afrouxamento das medidas de distanciamento social, e pode ajudar a decidir que medidas são mais apropriadas conforme o grupo etário mais afetado.

⁷⁷ Coronavirus disease (COVID-2019) R&D

disponibilidade futura de instrumentos farmacêuticos seguros e efetivos será importante para a tomada de decisão em relação à adoção ou afrouxamento de medidas de distanciamento social.

PRINCÍPIOS NORTEADORES A SEREM CONSIDERADOS PARA O AJUSTE DAS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL

A decisão sobre quais medidas de distanciamento social e em que ordem devem ser afrouxadas deve ser baseada em diversos fatores:

- o ajuste das medidas não deve ser tomado abruptamente, devendo pautar-se no âmbito subnacional, começando por áreas de baixa incidência. Devem ser mantidas medidas individuais (por exemplo, isolamento e tratamento de casos suspeitos e confirmados, quarentena dos contatos, higiene das mãos e etiqueta respiratória).*
- em princípio e quando possível, as medidas devem ser afrouxadas de maneira controlada, lenta e gradual, por exemplo em etapas de duas semanas (isto é, um período de incubação), a fim de identificar efeitos adversos. O intervalo de tempo entre o afrouxamento de duas medidas depende em boa parte da qualidade do sistema de vigilância e da capacidade de mensurar o efeito adverso.*
- na falta de evidência científica a respeito da eficácia relativa e independente de cada medida de distanciamento individual, e como princípio geral, as medidas de distanciamento com maior aceitação, maior facilidade de implementação e com menos consequências negativas devem ser introduzidas primeiro e removidas por último.*
- a proteção de populações vulneráveis deve ser central na decisão de manter ou retirar a medida de distanciamento.*
- algumas medidas (por exemplo, fechamento de estabelecimentos) devem ser retiradas primeiro nos locais de população ou densidade populacional inferior (rural x urbano, pequenas/médias x grandes cidades, pequenos comércios x shoppings centers), e devem ser retiradas primeiro para apenas parte da força de trabalho, antes de permitir o retorno de 100% da força de trabalho do estabelecimento.*

IMPLEMENTAÇÃO DO AJUSTE DAS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL

O ajuste das medidas de distanciamento social, incluindo as restrições de movimentação em grande escala, deve estar apto a minimizar o risco do reaparecimento de casos de Covid-19:

- 1. A transmissão de Covid-19 deve estar controlada, com apenas casos esporádicos ou localizados, todos com os respectivos contatos e importação rastreados; pelo menos, novos casos deverão estar reduzidos a um nível compatível com a capacidade de atendimento de seu sistema de saúde.**

A transmissão pode ser controlada mediante duas abordagens: (i) rompendo as cadeias de transmissão através da detecção, testagem, isolamento e tratamento dos casos e dos contatos em quarentena, e (ii) monitoramento dos locais com maior incidência de circulação,

através de vigilância de síndrome respiratória e influenza, combinado com testagem sorológica.

2. Quantidade suficiente de profissionais de saúde e de recursos materiais a fim de possibilitar tanto a detecção e tratamento dos casos mais sérios, como de detectar e isolar quaisquer outros casos, independentemente da severidade e de se tratar de transmissão local ou de importação:

- *Assegurar que os recursos estejam prontos para identificar e interromper cadeias de transmissão através da detecção, testagem, isolamento e tratamento dos casos. Uma força de trabalho treinada e em quantidade suficiente deve estar a postos para identificar, testar e tratar dos casos nas unidades de saúde (OMS recomenda que os casos sejam isolados ou em espaços específicos nas unidades de saúde, em ambientes criados ad hoc para a Covid-19,⁷⁸ ou nas residências, desde que com apoio adequado).⁷⁹*
 - *Em cada caso, deve haver força de trabalho suficiente para identificar e monitorar contatos, bem como instalações que assegurem quarentena dos contatos.⁸⁰ O monitoramento dos contatos deve ser feito mediante visitas virtuais diárias de voluntários da comunidade, chamadas telefônicas ou envio de mensagens.*
 - *A força de trabalho e a capacidade hospitalar deverão ser avaliadas e possivelmente aumentadas, bem como estar a postos para tratar de todos os casos que vierem a surgir. Os trabalhadores em saúde deverão ser treinados e munidos de equipamento de proteção individual adequado.*
 - *Sistemas robustos de informação serão necessários para avaliar riscos, mensurar o desempenho de resposta, e avaliar a evolução.*
- 3. Riscos de surto em ambientes de alta vulnerabilidade devem estar minimizados, o que exige que todos os principais fatores e amplificadores de transmissão da Covid-19 tenham sido identificados, com a tomada de medidas apropriadas de maximização do distanciamento físico e a minimização de novos surtos.**
- *Redução da transmissão nosocomial (por exemplo, prevenção e controle apropriado de infecções nas instalações de atenção à saúde),⁸¹ incluindo triagem e controle de pacientes severos, medidas*

⁷⁸ Disponível: Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-en-g.pdf

⁷⁹ Disponível: Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts

[https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(nCoV\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(nCoV)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)

⁸⁰ Disponível: Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19)

[https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

⁸¹ Disponível: Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected

adequadas de controle e prevenção de infecções em instalações residenciais de tratamento.⁸²

- Evitar a transmissão em espaços fechados em que seja difícil assegurar uma distância física apropriada e com ventilação limitada (por exemplo, cinemas, teatros, boates, clubes, bares, restaurantes, academias).
- Ampliar o distanciamento físico em espaços públicos com muitas pessoas (por exemplo, transporte público, supermercados, mercados, universidades e escolas, locais de culto, aglomerações como eventos esportivos etc.)⁸³

4. Fixação de medidas preventivas em ambientes de trabalho, incluindo orientações e meios adequados para promover e assegurar medidas padronizadas de prevenção da Covid-19 como distância física, lavagem das mãos, etiqueta respiratória e, potencialmente, monitoramento da temperatura. Teletrabalho, escalas de trabalho em turnos separados, bem como outras práticas deverão ser encorajadas a fim de reduzir aglomerações.⁸⁴

5. Controlar o risco de exportação e importação de casos de comunidades com alto risco de transmissão. Isso pode ser feito através da análise da origem e das rotas prováveis da importação, da situação epidemiológica das áreas de origem e destinação, e através de medidas para detecção rápida e encaminhamento de casos suspeitos entre viajantes tanto em sua partida como em sua chegada ao destino.⁸⁵ Isso inclui monitoramento na saída e na entrada, e meios para isolamento de viajantes doentes, assim como para quarentena individual de pessoas chegando de áreas de transmissão comunitária. Ainda é importante considerar, através de envolvimento multissetorial, providências que possam ser tomadas em aeroportos ou pontos de entrada a fim de diminuir o risco para viajantes, tais como gerenciamento de passageiros e instalações, bem como operações e segurança aeroportuárias.⁸⁶

[https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected20200125)

⁸² Disponível: Infection Prevention and Control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care2020.1-eng.pdf

⁸³ Disponível: Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak

<https://web-prod.who.int/publicationsdetail/key-planning-recommendations-for-massgatherings-in-the-context-of-the-current-covid-19-outbreak>

⁸⁴ Disponível: Getting your workplace ready for COVID-19

<https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/advice-for-workplace-clean19-03-2020.pdf>

⁸⁵ Disponível: Management of ill travellers at Points of Entry (international airports, seaports, and ground crossings) in the context of COVID-19

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331512/WHO-2019-nCoV-POEmgmt-2020.2-eng.pdf>

⁸⁶ Disponível: Airport Council International. Airport operational practice. Examples for managing COVID-19. ACI, 2020.

<https://store.aci.aero/wpcontent/uploads/2020/04/Airport-OperationalPractice-Examples-for-Managing-COVID19.pdf>

6. Envolvimento amplo das comunidades,⁸⁷ com a compreensão de que a transição, a partir do abandono de restrições de movimento em larga escala e distanciamento social, bem como passando da detecção e tratamento de casos sérios para a detecção e isolamento de todos os casos, é um “novo normal” no qual medidas de prevenção serão mantidas, e que todas as pessoas têm papel fundamental na prevenção do ressurgimento de novos casos.

- A população deverá ser regularmente informada e consultada sobre quando e como o distanciamento social será implementado ou relaxado.
- A população precisa estar preparada e em alguns casos será crítico para a implementação do distanciamento social, assim como para contribuir com a mitigação do impacto social e econômico de certas medidas (por exemplo, cadeias de fornecimento comunitário de alimentos).
- a circulação epidêmica de informações (‘infodemic’) que está associada com toda epidemia deve ser controlada em todos os estágios da resposta. É importante fornecer a informação correta no momento correto para as pessoas corretas, através de canais confiáveis (por exemplo, líderes comunitários, médicos de família, influenciadores sociais). A informação deve esclarecer a situação, as intervenções e plano de resposta, com a indicação da duração das medidas tomadas. Essa comunicação é essencial não somente para manter a adesão às medidas de saúde pública, como também para o desenvolvimento de medidas sociais adaptativas.

A OMS continua a monitorar atentamente a situação em relação a quaisquer mudanças que possam afetar esta recomendação provisória. Caso haja mudança de algum fator, a OMS lançará uma atualização. Caso contrário, **esta recomendação provisória expirará dois anos após sua data de publicação.**

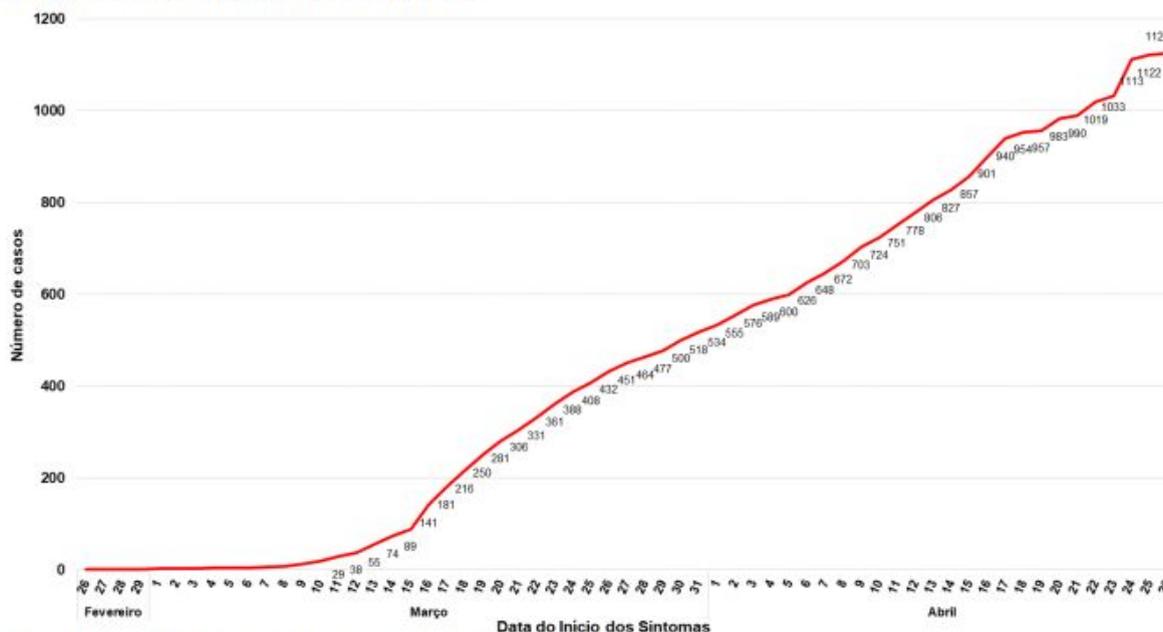
Como se mostrou nos tópicos anteriores, a impossibilidade de o Governo do Distrito Federal cumprir a recomendação da OMS no atual momento da epidemia é manifesta, pois as premissas centrais para a flexibilização das políticas de distanciamento social são de pouco provável cumprimento.

Chama a atenção a circunstância de os dados divulgados pelo próprio Governo do Distrito Federal revelarem que a curva de contágio ainda está crescendo exponencialmente. Nesse sentido, informa o gráfico veiculado no Boletim Epidemiológico do dia 22.04.2020⁸⁸:

⁸⁷Disponível: Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response
[https://www.who.int/publications-detail/riskcommunication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/riskcommunication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)

⁸⁸ Disponível:
http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/03/Boletim-COVID_DF-22.04.2020.pdf

Figura 1. Número acumulado de casos positivos de COVID-19, segundo data do início dos sintomas. Distrito Federal, 26.04.2020.



Fonte: PAINEL COVID-19. Dados atualizados até 26/04/2020 às 16h30m.

*Dados sujeitos à alteração após investigação epidemiológica

Não se constata, portanto, ter havido o controle da transmissão da Covid-19 no Distrito Federal, sendo indispensável a demonstração de um indicador seguro de diminuição do número de casos para que possa se dar início às medidas de abertura.

Outrossim, como mencionado no tópico referente à falta de segurança e risco de contágio de trabalhadores da saúde, não há profissionais e materiais suficientes para atender à demanda atual. Reitere-se que a Secretaria de Saúde sequer consegue avaliar a duração de seu estoque de EPI's de uma semana para outra.

Também não há indicadores da capacidade dos ambientes de trabalho e demais locais em proteger as pessoas, à medida que retomarem suas atividades laborais, não tendo sido previstos mecanismos de aferição desses parâmetros e critérios para fiscalização.

Como mencionado, nem mesmo nos hospitais os padrões de segurança do trabalho vem sendo observados.

Ademais, ainda pairam dúvidas sobre a efetividade da política de uso massivo de máscaras de proteção, haja vista que parte da população ainda não faz o uso correto do equipamento, criando-se, ainda, uma falsa sensação de segurança quanto ao risco de contágio, que poderá incentivar o descuido da população em relação às medidas de higiene e à não formação de aglomerações.

Da mesma forma, não há elementos que indiquem a minimização do risco de surto em ambientes de alta vulnerabilidade, como lares de idosos, locais sem adequada estrutura sanitária e população de rua. O material da Codeplan encaminhado pelo GDF como resposta à Recomendação Conjunta revela que tais situações sequer foram consideradas na Estratégia para Retomada das Atividades Econômicas, havendo apenas uma menção tímida a Plano de Benefício Emergencial Para Famílias em Situação de Vulnerabilidade.

Lado outro, a testagem em massa da população do Distrito Federal teve início apenas em 21/04/2020⁸⁹, com um estoque de 100 mil testes para atender seus 2.881.854 habitantes⁹⁰. Nesse passo, ainda é cedo para se afirmar se o sistema de saúde distrital é capaz de identificar, testar, isolar e tratar os pacientes de Covid-19.

Por fim, a recente desmobilização da população do Distrito Federal quanto ao cumprimento das medidas de distanciamento social evidencia que ainda é necessário reforçar o envolvimento da sociedade nas políticas de enfrentamento da Covid-19, até mesmo para que a retomada das atividades econômicas possam ser bem sucedidas, firmando-se a compreensão de que medidas de prevenção serão mantidas, e que todas as pessoas têm funções chave na prevenção do surgimento de novos casos.

MANIFESTAÇÕES DE ENTIDADES REPRESENTATIVAS

A **Associação Médica Brasileira – AMB** destacou (DOC. 14, antes comentado) que as condições de trabalho dos médicos não são compatíveis com a situação emergencial da saúde pública, uma vez que faltam condições mínimas de trabalho em instituições públicas e privadas de saúde, colocando em risco peças fundamentais na estrutura de combate à pandemia.

Sinalizou que proteger os médicos e agentes de saúde com os EPIs significa proteger a população, na medida em que, médicos em atendimento — mesmo assintomáticos — podem transmitir o Covid-19 para todas as pessoas com as quais tenham contato diariamente.

Destacou que o Estado não pode deixar a classe médica desassistida e desprotegida, tampouco as instituições privadas podem submeter seus médicos contratados a tais situações periclitantes, que violam direitos e deveres constitucionais.

O **Conselho de Saúde de Distrito Federal**, instância máxima de deliberação do SUS no Distrito Federal e órgão vinculado à Secretaria de Saúde, por meio da Recomendação CSDF nº 02, de 21 de abril de 2020 (**DOC. 23**), manifestou seu posicionamento contrário ao relaxamento das medidas de isolamento e distanciamento sociais.

O Conselho baseou-se nos seguintes considerandos: Considerando que a atual pandemia do Covid-19 ainda não enfrentou o seu pico epidemiológico; considerando as ações dos gestores da saúde, visando preparar o Sistema de Saúde do DF para melhor enfrentamento possível da pandemia; considerando a rápida evolução da doença, o número de casos confirmados e de mortes, no Brasil e no Distrito Federal, e a ausência de vacina e de medicamento para enfrentamento da doença; considerando as publicações científicas em torno do controle da pandemia e as melhores experiências em nível internacional; considerando que, no Distrito Federal, os testes em massa para a população iniciaram-se apenas em 21 de abril de 2020, os profissionais da área da saúde e das forças de

⁸⁹

<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/04/21/primeiro-dia-de-testagem-em-massa-detecta-46-pacientes-com-a-covid-19/>

⁹⁰ <http://www.saude.df.gov.br/df-recebe-mais-20-mil-testes-de-coronavirus/>

segurança tiveram seus testes iniciados recentemente, além do fato de que os Equipamentos de Proteção Individual para os servidores da saúde, em quantidade e qualidade necessárias, ainda são um forte e ameaçador entrave; considerando que as medidas até então adotadas permitiram que o Distrito Federal saísse de uma situação mais crítica.

Com os considerandos acima, o Conselho de Saúde assim recomendou:

“Recomenda ad referendum do Pleno do Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF:

Art. 1º Que o Governador do Distrito Federal, Ibaneis Rocha, nesta importante data onde celebramos os 60 anos de Brasília, continue adotando com rigor as medidas de isolamento e distanciamento social, que foram exemplo para o país, e assim proporcione condições de uma resposta adequada do Sistema Único de Saúde do DF, preservando vidas da nossa população e protegendo nossos trabalhadores, pois juntos superaremos esta crise mundial”.

Destaca-se que os principais fundamentos da referida Recomendação foram disponibilizados publicamente pelo endereço virtual do Correio Braziliense⁹¹.

De se lembrar que o Conselho de Saúde possui papel essencial nas políticas, estudos e planejamento de saúde, conforme Regulamento do SUS, e que, segundo seu Regimento Interno, “tem por finalidade atuar na formulação da política de saúde, no acompanhamento e no controle de sua execução, no âmbito do Distrito Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados (art. 2º, da Resolução 522/2019).

Ao Conselho e Saúde compete: I - Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde do DF, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros ;II - Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços no Distrito Federal (art. 12). Ao Plenário do CSDF cabe, dentre outras atribuições, definir as diretrizes gerais da política de saúde, deliberando sobre os modelos de atenção e acompanhar a sua execução; traçar diretrizes de atuação dos planos setoriais de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade operacional dos serviços (art. 13).

Por sua vez, o **Sindicato dos Médicos do DF - SindMedico/DF**, através do Ofício 023/2020, de 22 de abril de 2020 (**DOC. 24**), ressaltou a apreensão entre médicos e demais profissionais da saúde em relação à realização de testes entre os envolvidos na assistência à população, em relação aos estoques e à política de distribuição e uso de EPIs e quanto à qualidade dos exames rápidos em uso pela secretaria para testagem em massa.

Salientou que a utilização de testes de má qualidade, a insuficiência de EPIs, bem como a falta de testagem dos profissionais da saúde, num quadro de

⁹¹ Disponível em <https://bit.ly/2zi8HAZ>

aumento de contaminação entre eles pela Covid-19, são “aspectos possíveis da perspectiva de colapso do sistema de saúde”.

Em nota publicada na página do SindMédico-DF⁹², o sindicato assim destacou:

“O SindMédico-DF entende que as medidas temporárias de contenção social se prestam a dar aos gestores tempo para a estruturação dos serviços de atenção à saúde da população no combate à presente pandemia.

O sindicato também entende que se faz necessário dar maior clareza e transparência à execução das ações de adequações de instalações físicas, aquisição de respiradores, controle de estoques de equipamentos de proteção individual e da evolução da contaminação dos profissionais de saúde atuantes na rede pública de saúde do Distrito Federal.

Entendemos que a devida análise desse conjunto de dados é que deve definir a velocidade e as fases para retomada da normalidade na dinâmica de funcionamento do Distrito Federal, sem que isso implique um colapso do SUS, com aumento de óbitos que podem ser evitados se forem tomados os cuidados pertinentes” (DOC.25).

Já o **Sindicato dos Professores do Distrito Federal - SINPRO-DF** convocou a população a rejeitar a pretensão do Governador do Distrito Federal de reabrir a rede pública de ensino (**DOC. 26**).

Ressaltou que **“reativar as escolas de rede pública neste momento é uma covardia e uma perversidade inominável com estudantes, professores e suas famílias”**. Continuou destacando que todos os países que já passaram pelo pico da pandemia ainda não abriram o setor da educação. **“Com as salas de aulas lotadas e sem nenhuma condição de manter as pessoas afastadas e protegidas da contaminação, esse passo em falso, se for dado, irá expor mais de meio milhão de pessoas da comunidade escolar à mortandade provocada pela pandemia”**.

A **Ordem dos Advogados do Brasil - OAB/DF**, por meio do Ofício nº 266/2020 - SAP, de 22 de abril de 2020 (**DOC. 27**), destinado ao Governador do Distrito Federal, Sr. Ibaneis Rocha Barros Júnior, **mesmo diante da liberação de escritórios de advocacia e demonstrando responsabilidade**, frisou que, até o momento, **não foram demonstrados os critérios necessários para liberação de diversas atividades**, porquanto os elementos de justificação do ato administrativo deveriam acompanhar também suas restrições ou revogações, em virtude, inclusive, do princípio da motivação, em consonância com o artigo 19 da Lei Orgânica do DF, bem como com o artigo 3º, § 1º, da Lei nº 13.979/2020.

Afirmou que a intenção da OAB/DF é que a normalidade seja retomada nos mais variados setores, no entanto, respeitados integralmente os critérios técnicos e científicos que apoiaram os atos praticados pelos entes competentes. Segundo a Ordem dos Advogados, **“se para o fechamento fez-se necessário a fundamentação, ainda mais relevante serão as justificativas para a abertura, sob pena de responsabilidade estatal das graves consequências que podem advir de ações desarrazoadas”**.

⁹² Disponível em:

https://www.sindmedico.com.br/equipamentos-de-seguranca-e-testagem-para-covid19/?fbclid=IwAR0FXN723owmBPiLqIOyxbqckdtEqpPGuu-kLfck3g6rFORry_n0Lkg0Feo

A OAB requereu ao GDF que fossem publicadas no sítio www.coronavirus.df.gov.br e em outros meios cabíveis todos os pareceres, estudos e justificativas que buscam fundamentar a liberação dos mais variados setores e atividades econômicas, a fim de demonstrar as indispensáveis “evidências científicas” e “análises sobre as informações estratégicas em saúde”.

Por fim, o **Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal - CRM/DF** aprovou no dia 24/04/20 uma “NOTA DE APOIO E SOLIDARIEDADE AO MINISTÉRIO PÚBLICO”, destacando que **“vem prestar apoio e solidariedade à ‘Recomendação Conjunta’ realizada pelo Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Federal, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e Ministério Público de Contas do DF”**. Após detalhar algumas medidas descritas na RECOMENDAÇÃO CONJUNTA, enfatiza que **“Esta autarquia entende que as liberações precipitadas das atividades poderá gerar infecção em massa, bem como grave crise no sistema de saúde”**. Ao final da NOTA, o CRM/DF ressalta que “somente com a prevenção, distanciamento social e cuidados indispensáveis, os governantes e a população podem auxiliar no controle dessa situação” **(DOC.28)**

Outras entidades renomadas já se pronunciaram no mesmo sentido, todas preocupadas, em maior ou menor grau, com a liberação de atividades sem critérios científicos e apenas a título de “experiências”, como confessado pelo Exmo. Governador ao sair do Palácio do Planalto no último dia 21/04/20.

PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO

Os princípios da prevenção e da precaução são costumeiramente estudados no Direito Ambiental e indicam que os danos ambientais devem ser evitados, seja porque há certeza ou maior probabilidade da sua ocorrência (precaução), ou mesmo na hipótese de incerteza de dano.

A proteção da segurança é indispensável no Estado Constitucional Democrático e, diante da sociedade de risco, os princípios da prevenção e da precaução também devem ser aplicados no Direito à Saúde e na judicialização da Saúde.

As tecnologias em saúde, bem como medidas sanitárias ou a ausência delas não podem ser utilizadas imprudentemente, sem a proteção e a cautela necessárias.

Prevenção e precaução também são grandes fundamentos que fixam restrição a tratamentos experimentais, pois ainda não possuem demonstração do sucesso e de utilidade ao usuário. Evita-se, assim, prejuízo ao próprio paciente interessado.

Na dúvida, não se deve expor a risco a saúde das pessoas, ou seja, não deve o agente público, no caso concreto o Governo do Distrito Federal, expor toda a sociedade brasiliense e de seu Entorno a risco, ao não suspender completamente o funcionamento de atividades e serviços não essenciais, diante da pandemia da Covid-19.

O princípio da prevenção impõe ao agente público a demonstração de que a medida tomada ou fomentada não compromete a saúde das pessoas. Cabe, pois, ao gestor público, a comprovação cabal da segurança dessa conduta.

Sobre os inadmissíveis riscos do isolamento vertical no Brasil, oportuno transcrever a nota à imprensa divulgada pela Congregação da Faculdade de Saúde Pública da USP sobre a evolução da pandemia de Covid-19 no Brasil,⁹³ *in verbis*:

Com 102 anos de história, sendo uma das instituições pioneiras da saúde pública no Brasil, a Faculdade de Saúde Pública da USP, por meio de sua Congregação, dirige-se aos meios de comunicação para informar o seguinte.

Não há contradição entre proteção da economia e proteção da saúde pública. A recessão econômica decorrente da pandemia será global já é inevitável. Medidas de proteção social, especialmente o provimento de renda mínima para trabalhadores informais e complemento de renda para populações vulneráveis, a exemplo do que outros países estão fazendo, devem ser adotadas imediatamente. Esta proteção econômica é um dever do Estado que garantirá tanto a subsistência dos beneficiários como a preservação de um nível básico de consumo, protegendo a vida e a economia, inclusive os pequenos comércios. Neste cenário, os cortes de salários, inclusive de servidores públicos, constituiriam dano irreparável à economia, com queda ainda mais brusca de patamares de consumo. Não há que se confundir a economia brasileira com interesses econômicos de determinados grupos.

O isolamento exclusivo de pessoas em maior risco não é uma medida viável, especialmente em um país com as características do Brasil, com elevados índices de doenças crônicas não transmissíveis que constituem comorbidades relevantes diante da incidência do novo coronavírus. É importante ressaltar que a COVID-19 pode ser assintomática, tem largo potencial de propagação e, como bem revelam os dados de outros países, pode acometer igualmente jovens saudáveis que, com a sobrecarga dos serviços de saúde públicos e privados, podem vir a engrossar as estatísticas de óbitos evitáveis. Ademais, a experiência de outros países demonstra que, na falta de isolamento, parte significativa dos profissionais de saúde está sendo infectada por transmissão comunitária, ou seja, em seu convívio social, reduzindo o contingente de trabalhadores disponíveis, em prejuízo da saúde desses profissionais e de toda a sociedade.

Neste momento de crise, mostra-se urgente e essencial reforçar as capacidades do Sistema Único de Saúde no Brasil, ampliando o seu financiamento, articulando de forma eficaz e cooperativa as ações e serviços públicos de saúde prestados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, ampliando as ações de vigilância em saúde e consolidando protocolos e diretrizes terapêuticos nacionais que orientem a sociedade brasileira de forma segura e cientificamente eficaz. Deve haver imediata regulação da distribuição dos leitos de UTI, articulando os setores público e privado, a fim de garantir o acesso equitativo ao tratamento intensivo para o conjunto da população.(...)

⁹³ Disponível em: <<https://www.fsp.usp.br/site/noticias/mostra/19357>>.

Reiterando sua missão, seus valores e compromissos com o Estado Democrático de Direito e com a sociedade brasileira, a Congregação da FSP/USP coloca-se à disposição e solidariza-se com as autoridades sanitárias neste momento de extrema dificuldade, reconhecendo o empenho dos mandatários dos Estados da federação brasileira em salvar vidas. Nossa união e nossa solidariedade serão fundamentais para o êxito da resposta à Covid-19.

Como sanitaristas com formação plural e multidisciplinar que dedicamos nossa vida formação e à pesquisa nesta área, pedimos: fiquem em casa, busquem informação confiável e defendam políticas imediatas de proteção social.

Congregação da Faculdade de Saúde Pública da USP. (grifos nossos)

Ora,, Excelência, as medidas moderadas adotadas pelo Governo do Distrito Federal são condescendentes com atividades não essenciais e contrariam recomendações científicas e evidências médicas, ferindo os princípios da precaução e da prevenção aplicáveis ao direito à saúde.

O Governo do Distrito Federal não pode expor a risco o direito à saúde das pessoas diante da pandemia da Covid-19, contrariando determinações de outras autoridades que apontam em sentido contrário.

O direito à saúde compreende a prática de medicina baseada em evidências. Medicina é ciência, não é achismo, não é conversa de boteco. Isso também se desenvolve na perspectiva da precaução. Para evitar que as pessoas se exponham a risco e também para que elas não adotem comportamentos que não são indicados por critérios técnicos, não pode o poder público desconsiderar a medicina baseada em evidências em sua atuação administrativa e autorizar ou não proibir o funcionamento de atividades não essenciais que contrariam as recomendações aceitas pela ciência, como no caso em questão.

Assim reconhece o Supremo Tribunal Federal, como destacado no voto do Min. Luís Roberto Barroso, no julgamento da Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.501/DF:

*Em tema de tamanha relevância, que envolve pessoas fragilizadas pela doença e com grande ansia 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).

O STF, no referido julgamento, além de reconhecer a aplicação do princípio da precaução no direito à saúde, firmou sua posição sobre a reserva de administração.

A reserva de administração é cabível nos casos em que os critérios técnicos devem preponderar sobre razões de índole política. No caso dos autos, a medicina

baseada em evidências determina, para o combate à Covid-19 (critério técnico reconhecido pela Organização Mundial da Saúde), o isolamento social e a quarentena, os quais não podem ser relegados por critérios meramente econômicos ou políticos, criando-se um risco inadmissível para toda a população.

De acordo com a ideia de reserva de administração, se um órgão técnico tem capacidade institucional superior aos agentes políticos para salvaguardar direitos fundamentais, prevalece a atuação do órgão técnico.

IMPACTOS REGIONAIS E NACIONAIS

O Distrito Federal é uma das 27 unidades federativas do Brasil, situado na Região Centro-Oeste, sendo a menor unidade federativa brasileira e a única que não tem municípios, sendo dividida em 33 regiões administrativas⁹⁴.

Devido ao processo de ordenamento de seu território, ocorreu uma intensa expansão da urbanização para a periferia limítrofe ao Distrito Federal, que deu origem a formação da região metropolitana de Brasília, atualmente institucionalizada como Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE, que compreende o Distrito Federal e 34 (trinta e quatro) municípios, divididos da seguinte forma⁹⁵:

Goianos: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Alto Paraíso de Goiás, Alvorada do Norte, Barro Alto, Cabeceiras, Cavalcante, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Flores de Goiás, Formosa, Goianésia, Luziânia, Mimoso de Goiás, Niquelândia, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, São João d'Aliança, Simolândia, Valparaíso de Goiás, Vila Boa e Vila Propício. Mineiros: Arinos, Buritis, Cabeceira Grande e Unai.

Aliado a isso, em seu território está localizada a capital federal do Brasil, Brasília, que é também a sede de governo do Distrito Federal e da Administração Pública Federal de todos os poderes, centralizando em si toda a cúpula dos poderes constituídos.

O Distrito Federal, por estar localizada no centro do Brasil, serve como ligação terrestre e aérea para o país, sendo o Aeroporto Internacional Presidente Juscelino Kubitschek um dos mais movimentados do Brasil por número de passageiros, tornando-o o terceiro mais movimentado do país⁹⁶.

Demais disso, oito rodovias radiais fazem a ligação da capital federal com outras regiões do Brasil⁹⁷.

⁹⁴ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2019/10/02/arniqueira-se-torna-a-33a-regiao-administrativa-do-df.ghtml>

⁹⁵ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/territorio#/N6/IN%20N14%20530> e [https://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_Federal_\(Brasil\)#cite_note-85](https://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_Federal_(Brasil)#cite_note-85)

⁹⁶ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <https://www.bsb.aero/br/noticias/aeroporto-de-brasilia-sobe-de-posicao-e-se-torna-o-3o-terminal-aereo-mais-pontual-do-mundo/2189/>

⁹⁷ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_Federal_\(Brasil\)#cite_note-85](https://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_Federal_(Brasil)#cite_note-85)

No caso, tem-se que no Sistema Viário Nacional as rodovias federais têm como parte as rodovias radiais, cuja quilometragem é iniciada a partir de Brasília (DF-001, (também conhecida como Via EPCT ou Anel Viário de Brasília) e rumam em direção aos extremos do país⁹⁸.

Sobreditas rodovias têm a seguinte composição⁹⁹:

Rodovias Radiais

Rodovias	Localidades	Extensão (KM)
BR-010	Brasília - Paraná - Carolina - Porto Franco - São Miguel do Guamã - Belém	1.954,1
BR-020	Brasília - Posse - Barreiras - Picos - Fortaleza	2.038,5
BR-030	Brasília - Montalvânia - Carinhanha - Brumado - Ubaitaba - Campinho	1.158,0
BR-040	Brasília - Três Marias - Belo Horizonte - Barbacena - Juiz de Fora - Três Rios - Rio de Janeiro (Praça Mauá)	1.139,3
BR-050	Brasília - Cristalina - Uberlândia - Uberaba - Ribeirão Preto - Campinas - São Paulo - Santos	1.025,3
BR-060	Brasília - Anápolis - Goiânia - Rio Verde - Jataí - Campo Grande - Fronteira com o Paraguai	1.329,3
BR-070	Brasília - Jaraguá - Aragarças - Cuiabá - Cáceres - Fronteira com a Bolívia	1.317,7
BR-080	Brasília - Uruaçu - Entroncamento com a BR-158/242 (Ribeirão Bonito)	623,8

Conjugando com referida malha viária, tem-se como forma de acesso principal ao Distrito Federal as seguintes rodovias¹⁰⁰:

BR-010 — São Gabriel de Goiás, São João da Aliança, Alto Paraíso de Goiás, Chapada dos Veadeiros, seguindo para Tocantins.

BR-020 — Barreiras (BA), de onde a BR-242 leva a Salvador, e a BR-135 a Teresina

BR-040 — Cristalina (GO), Belo Horizonte e Rio de Janeiro

BR-050 — Cristalina (GO), Uberlândia, Ribeirão Preto e São Paulo

BR-060 — Anápolis e Goiânia, de onde a BR-153 prossegue para São Paulo por Itumbiara (GO) e São José do Rio Preto (SP)

BR-070 — Cocalzinho de Goiás, de onde há conexões asfaltadas para Pirenópolis e Corumbá de Goiás

BR-080 — Padre Bernardo e Uruaçu (GO), onde faz conexão com a Belém-Brasília (BR-153)

⁹⁸ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <http://www.dnit.gov.br/rodovias/capa-infraestrutura-rodoviaria>

⁹⁹ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <https://189.9.128.64/download/rodovias/rodovias-federais/nomeclatura-das-rodovias-federais/rodovias-radiais.pdf>

¹⁰⁰ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <http://doc.brazilia.jor.br/Vias/DF-vias-de-acesso-ao-Distrito-Federal.shtml>

BR-251 — Unai (MG)

DF-130 — Planaltina de Goiás (ex-Brasilinha)

DF-280 — Santo Antônio do Descoberto

Constata-se, diante de tais dados, que o Distrito Federal, além ser a sede do centro de poder, compreende importante e vital malha viária para todos os extremos do país.

Segundo dados¹⁰¹ constantes no sítio eletrônico da Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN, a Capital Federal apresenta o total de 2.881.854 habitantes (Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios de 2018).

Referida população é composta, em grande parte, por indivíduos de diversas naturalidades, conforme o seguinte gráfico:

Naturalidade		
DF	1.594.043	55,31%
Norte	59.977	2,08%
Nordeste	644.704	22,37%
Centro-Oeste, exceto DF	168.360	5,84%
Sudeste	338.703	11,75%
Sul	42.211	1,46%
Exterior	9.258	0,32%
Não Informado	24.598	0,85%

Por sua vez, tais indivíduos têm como local de trabalho, na sua imensa maioria, o Plano Piloto e outros locais diversos do local de moradia:

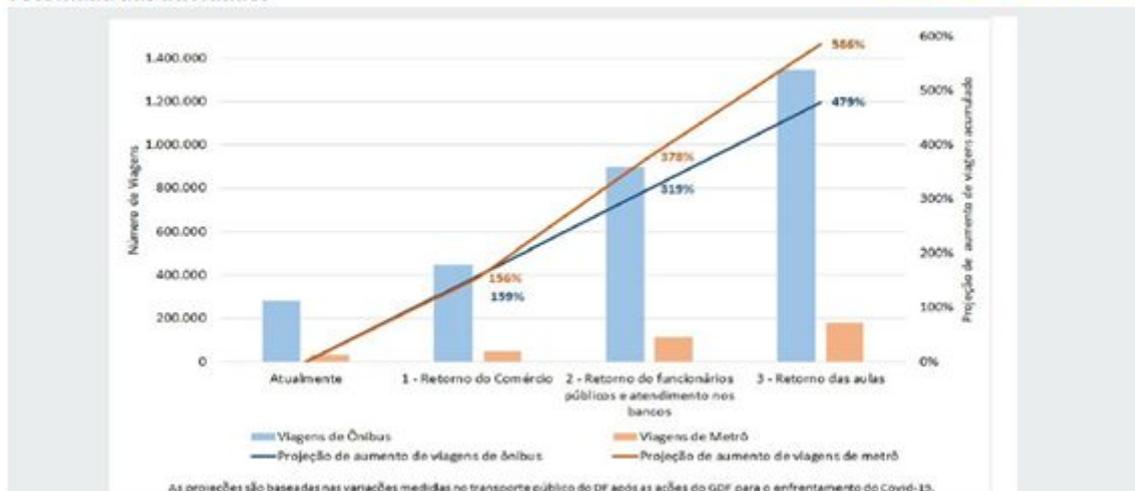
Local de Trabalho		
Plano Piloto	519.649	41,14%
Própria RA	342.498	27,11%
Outros Locais	385.987	30,56%
Não Informado	14.971	1,19%

Analisando sobreditas informações, percebe-se que a maior parte (72%) do número de trabalhadores do Distrito Federal labora em região diversa da que reside, aglomerando-se em mais de 40% no Plano Piloto, local, inclusive, que concentra o maior número de pessoas infectadas.

A fim de subsidiar eventual mitigação das medidas de isolamento social, a Codeplan realizou a projeção de aumento das viagens de ônibus e metrô de acordo com a retomada das atividades, até então suspensas em razão da pandemia do novo coronavírus, cujo resultado alarmante demonstra a probabilidade de ocorrer o aumento de mais de 479% do número de pessoas no transporte por ônibus e de 586% no de metrô, conforme gráfico a seguir.

¹⁰¹ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <http://brasiliametropolitana.codeplan.df.gov.br/d9b9d117-a6f6-4cb5-b96a-103b4fef4845>

Projeções de aumento das viagens de ônibus e metrô de acordo com a retomada das atividades



Tal levantamento ainda apurou que, em 2018, cerca de 173 mil pessoas se deslocaram diariamente da área metropolitana de Brasília para trabalhar no Distrito Federal.



Ante tais informações, verifica-se que as medidas de isolamento e/ou distanciamento social adotadas no Distrito Federal impactam não somente a população de Brasília, mas também de toda região integrada e o restante do país, dada a natureza peculiar e de centro político da capital federal.

Ainda nesse sentido, é importante ressaltar que **as medidas de restrição/abertura adotadas no Entorno do Distrito Federal não têm sido coordenadas com o governo do Distrito Federal, embora impactem diretamente os serviços de saúde do DF.**

Com efeito, estima-se que cerca de **20% das pessoas recebidas na rede pública de saúde do Distrito Federal são do Entorno.**¹⁰²

E, segundo consta dos dados da rede pública de saúde do Distrito Federal, a quantidade de leitos e equipamentos disponíveis para atendimentos de pacientes com Covid-19 não comportaria absorver também a demanda oriunda dos municípios que compõem a região integrada do Entorno, que, na sua maior parte, não possuem rede de atendimento capaz de atender à própria população..

Demais disso, segundo divulgado pela Secretaria de Saúde de Goiás¹⁰³ quando da última atualização de casos (22/04/20), **há pacientes confirmados com coronavírus em grande parte dos municípios que compõem o Entorno do Distrito Federal**, sendo que, segundo Haikal Helou¹⁰⁴, presidente da Associação dos Hospitais Privados de Alta Complexidade do Estado de Goiás, com a adoção das medidas de afrouxamento do isolamento social, a rede pública de saúde não seria capaz de atender a todos os pacientes.

“Teoricamente, sim, seria suficiente. Mas, para isso, teríamos de refrear a ida da população ao sistema de saúde. Mas se sairmos do isolamento para a rua, como está acontecendo hoje, não dá. Se todo mundo pegar a doença junto, acabaram os respiradores e os leitos. O nosso foco deve ser o isolamento social e a testagem e o tratamento de quem está doente. Querer acabar com a quarentena sem fazer testes nem ter UTIs e nem respiradores é irresponsabilidade.”

Considerando essa situação peculiar do Distrito Federal, de polo de trabalho e de atendimento em saúde para os moradores dos municípios do Entorno e região, quaisquer medidas de afrouxamento do distanciamento social precisam levar em conta também esse fluxo de pessoas e o impacto que trará ao sistema de saúde do DF.

Por se tratar da capital do país, o Distrito Federal tem ainda outra peculiaridade: **há em Brasília 197¹⁰⁵ embaixadas e consulados estrangeiros, além de aqui estarem situadas as cúpulas dos poderes instituídos e centralizadas todas as ações nacionais de enfrentamento à Covid-19. O rápido avanço do vírus na capital poderia comprometer o funcionamento dos Poderes da República e de organismos internacionais, na medida em que certamente afastaria do trabalho pessoas de todas as profissões, origens e classes sociais, aí incluídos membros do Legislativo e Executivo federais.**

¹⁰² Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/mais-de-20-dos-pacientes-recebidos-na-rede-publica-de-saude-do-df-sao-do-entorno/>

¹⁰³ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <https://www.saude.go.gov.br/noticias/764-coronavirus/10847-atualizacao-dos-casos-de-doenca-pelo-coronavirus-covid-19-em-goias-22-04-2020>

¹⁰⁴ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <https://www.jornalopcao.com.br/reportagens/pandemia-pode-deixar-legado-para-a-saude-de-goias-248612/>

¹⁰⁵ Acesso em 22 de abril de 2020. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/representacoes-diplomaticas-estrangeiras-no-brasil/18166-embaiadas>

COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL

A competência como regra de limitação do poder estatal define no campo jurisdicional a quem incumbe o exercício da atribuição de julgar de forma organizada, cindindo-se nos critérios em razão do valor, matéria, função e território.

Referidos critérios encontram delineamento na Constituição Federal e demais legislações de cunho processual, como é o caso da Lei nº 13.105/2015.

CAUSA FUNDADA EM TRATADO DA UNIÃO COM ORGANISMO INTERNACIONAL

No caso em apreço depreende-se que o cerne do ponto controvertido em discussão na causa situa-se no descumprimento do Regulamento Sanitário Internacional – RSI, acordo internacional ratificado e aprovado pelo Congresso Nacional através do Decreto Legislativo nº 395/09, publicado no DOU de 10/07/09, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005.

Sobredito **descumprimento de convenção internacional**, em síntese, diz respeito à inobservância pelo Brasil - no caso, o Distrito Federal - do art. 43, §1º, alínea a, e §2º, do Regulamento Sanitário Internacional em razão do descumprimento da Recomendação Temporária de 16/04/2020, da OMS, sobre retirada de medidas de distanciamento social, sem fundamentação consoante o disposto no §2º do art. 43 do Regulamento Sanitário Internacional.

No Brasil, as estruturas setoriais que exercem as atividades do Regulamento Sanitário Internacional têm conformação complexa. O SUS, na esfera federal, é organizado no Ministério da Saúde e integra, entre outros componentes, a Secretaria de Vigilância Sanitária e a Anvisa, áreas de vigilância epidemiológica e sanitária centrais no controle sanitário, conforme estabelece a Lei n. 9.782\99.

Logo, se conclui que, pelo fato da vigilância epidemiológica e sanitária terem como diretriz central de controle a esfera federal, é inegável a competência da justiça Federal para conhecer da presente demanda.

A esse respeito, dispõe a Constituição da República, artigo 109, inciso III, que aos juízes federais compete processar e julgar "*as causas fundadas em tratado ou contrato da União com Estado estrangeiro ou organismo internacional*", como é o caso do Regulamento Sanitário internacional.

A *ratio* da regra de competência, no presente caso conforma-se com a preservação do Estado Brasileiro no plano internacional, de forma que a competência da Justiça Federal está presente em razão de seu interesse político na observância do tratado.

Lógico, pois, que a ação tenha trâmite na Justiça Federal, uma vez que a União reserva para si mesma este poder de conhecer tais demandas, porque é da sua exclusiva atribuição manter relações com Estados estrangeiros e Organismos Internacionais, nos termos do art. 21, I, da Constituição Federal.

De fato, **oportuno apontar a União só veio a promulgar o texto do Regulamento Sanitário Internacional já em meio à Covid-19, em 30.01.2020** (Decreto nº 10.212), não obstante o Congresso Nacional já o houvesse aprovado por meio do Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, estando ele em vigor para a República Federativa do Brasil, no plano jurídico externo, desde 15 de junho de 2007, como se constata pela leitura do preâmbulo do Decreto 10.212

A vigência e aplicação do Regulamento Sanitário internacional é, portanto, norma de direito público internacional de relevante importância instrumental para a atuação do Estado Brasileiro no enfrentamento à Covid-19.

Assegurar tal competência revela-se flagrante preocupação de cunho eminentemente internacional, dentro da política de relações em âmbito sanitário que deve manter com a comunidade mundial, dando à sua própria justiça, a Justiça Federal, o processamento e julgamento de ações fundadas em contrato internacional celebrado pelo Brasil.

Com efeito, em quatro conflitos positivos de competência (ED no CC 2374/SP56, ED no CC 2473/SP57, CC 10.445/SP58 e CC 16.953/SP59), o Superior Tribunal de Justiça entendeu pela competência da Justiça Federal, ao argumento de que, estando à causa fundada em convenção internacional, é competente a Justiça Federal, nos termos do art. 109, III, da Constituição Federal de 1988.

PRESENÇA DO MPF E DO MPT NO POLO ATIVO DA RELAÇÃO PROCESSUAL

Como se sabe, a competência da Justiça Federal em primeiro grau de jurisdição, nas hipóteses estabelecidas no art. 109, I, da Constituição da República, define-se segundo o critério *rationae personae*.

Vale dizer, por expressa injunção constitucional, caberá aos Juízes Federais o processamento e julgamento das "causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho."

Por consequência, sempre que esses sujeitos integrem algum dos polos da relação processual, de modo inafastável, caberá à Justiça Federal o exame das condições da ação e, vencida essa etapa, o juízo de mérito de procedência ou improcedência da pretensão veiculada.

Esse é o critério constitucional de determinação de competência incidente inclusive na hipótese de ajuizamento de ação civil pública.

É importante enfatizar que o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Trabalho, embora detenha personalidade judiciária própria, constitui órgão da União. Nessa

perspectiva, a presença do Ministério Público Federal e do Ministério Público do Trabalho impõe, por si só, a configuração da competência da Justiça Federal.

Adiante-se que isso não significa, por óbvio, que caberá ao Ministério Público Federal livre opção para definir quais demandas serão, ou não, submetidas ao crivo do Poder Judiciário Federal, na medida em que escolha dessa natureza, no mínimo, não se coadunaria com a essencialidade do Princípio do Juiz Natural, corolário do devido processo legal.

Portanto, se, por um lado, a presença do Ministério Público Federal e do Ministério Público do Trabalho na relação processual impõe a competência da Justiça Federal, por outro, esse cenário não assegura que os pedidos formulados efetivamente terão seu mérito apreciado pelo Juiz Federal destinatário da pretensão.

O que se sublinha tão somente, destarte, é que os pedidos veiculados pelo MPF deverão ser dirigidos ao Juízo Federal competente.

É que o Ministério Público Federal, assim como todos os órgãos da República, detém atribuições específicas, embora amplas, que decorrem da Constituição Federal. Nesse sentido, não cabe ao MPF tutelar interesses que desbordem de seu desenho constitucional e com isso, artificialmente, justificar uma inexistente jurisdição federal.

Nada obstante, como se verá adiante, não é disso que se cuida, na medida em que, no caso em exame, é indubitosa a legitimidade da necessária atuação do Ministério Público Federal.

É indispensável que se delimite, portanto, que uma coisa é a competência da Justiça Federal, que se perfectibiliza, entre outras circunstâncias, sempre que o Ministério Público Federal integre a relação jurídica processual. Outra coisa é a legitimidade *ad causam* da atuação ministerial, que se mensura a partir da pertinência subjetiva sob o enfoque dos interesses tutelados e das atribuições constitucionalmente conferidas ao MPF pela Constituição da República.

Importante realçar que a jurisprudência é consolidada nessa idêntica direção.

O Supremo Tribunal Federal, por exemplo, ao enfrentar a questão da competência da Justiça Federal à luz da presença do MPF na relação processual, bem definiu o seguinte:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO A FUNDAMENTO DA DECISÃO AGRAVADA. SÚMULA 284/STF. PRELIMINAR DE REPERCUSSÃO GERAL. FUNDAMENTAÇÃO INSUFICIENTE. ÔNUS DA PARTE RECORRENTE. AÇÃO CIVIL PÚBLICA AJUIZADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. PRECEDENTE DO PLENÁRIO. LEGITIMIDADE DO MPF PARA PROPOR A DEMANDA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULAS 282 E 356 DO STF. AGRAVO REGIMENTAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO. (RE 822816 AgR, Relator(a): Min. TEORI ZAVASCKI, Segunda Turma, julgado em 08/03/2016)

O inteiro teor do julgamento é elucidativo quanto às ressalvas que, na oportunidade, foram delineadas pela Suprema Corte:

O SENHOR MINISTRO GILMAR MENDES - A única dúvida que eu suscitaria é se, na forma como está na ementa, toda ação proposta pelo Ministério Público Federal deveria ser ajuizada na Justiça Federal, porque também ele tem uma competência que é definida a partir de imposições institucionais.

O SENHOR MINISTRO TEORI ZAVASCKI (RELATOR) - Aqui não houve um prequestionamento adequado. De qualquer modo, sendo autor da ação o Ministério Público Federal, ela teria de ser proposta perante a Justiça Federal. Não há hipótese de o Ministério Público Federal ajuizar uma ação perante a Justiça do Estado. A partir disso, a questão não é mais de competência do juízo, mas de saber se o Ministério Público tem a atribuição para ajuizar aquela ação. Quem vai dizer isso é o Juiz Federal.

O SENHOR MINISTRO CELSO DE MELLO – (Presidente): Note-se que, nas hipóteses em que há litisconsórcio ativo entre o Ministério Público estadual e o Ministério Público federal, compete à Justiça Federal processar e julgar a ação civil pública.

O SENHOR MINISTRO TEORI ZAVASCKI (RELATOR) - Exatamente. Então aqui se mistura competência com "atribuição de".

O SENHOR MINISTRO GILMAR MENDES – Sim.

O SENHOR MINISTRO TEORI ZAVASCKI (RELATOR) - E isso acontece muito. O Ministério Público do estado propõe ação na Justiça estadual. Nunca o Ministério Público estadual pode propor uma ação na Justiça Federal, e vice-versa. O Ministério Público Federal, como autor, é um órgão da União e isso por si só determina a competência federal. O juiz federal vai dizer se ele podia ou não podia propor a ação.

O SENHOR MINISTRO GILMAR MENDES - Se a matéria é da atribuição do Ministério Público.

O SENHOR MINISTRO TEORI ZAVASCKI (RELATOR) - Aí já não será mais questão de competência do juiz, mas de atribuição - ou de legitimidade – do Ministério Público Federal.

Da mesma forma, o Superior Tribunal de Justiça constantemente vem reafirmando que a competência da Justiça Federal se faz presente nas hipóteses em que se verificar a atuação do MPF. Confira-se:

(...) a presença do Ministério Público Federal no polo ativo da ação civil pública implica, por si só, a competência da Justiça Federal, nos termos do art. 109, I, supramencionado, tendo em vista que se trata de instituição federal. (AgInt no CC 157.073/SP, Relator Ministro Francisco Falcão, Primeira Seção, julgado em 13.3.2019, DJe 22.3.2019)

Via de regra, o simples fato de a ação ter sido ajuizada pelo Ministério Público Federal implica, por si só, a competência da Justiça Federal, por aplicação do art. 109, I, da Constituição, já que o MPF é parte da União. Contudo, a questão de uma ação ter sido ajuizada pelo MPF não garante que ela terá sentença de mérito na Justiça Federal, pois é possível que se conclua pela ilegitimidade ativa do Parquet Federal, diante de eventual falta de atribuição para atuar no feito. (ROMS - RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA - 58552 2018.02.20280-1, HERMAN BENJAMIN, STJ - SEGUNDA TURMA, DJE: 25/10/2019)

PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO E LEI DA TRANSPARÊNCIA. IRREGULARIDADES NO SÍTIO ELETRÔNICO DE MUNICÍPIO. FISCALIZAÇÃO DO REPASSE DE VERBAS FEDERAIS. PRESENÇA DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NO POLO ATIVO. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. I - Configura-se manifesta a competência da Justiça Federal, para processar e julgar o feito, mormente em se tratando de ação ajuizada pelo Ministério Público Federal, no exercício regular de suas funções institucionais, cuja presença, no pólo ativo da demanda, por si só, estabelece a competência da justiça federal para processar e julgar a demanda, mormente por se tratar de lide a respeito da transparência na utilização de verbas federais, da fiscalização da Administração Pública, entre outros aspectos. Ademais, em casos assim, já decidiu o colendo Superior Tribunal de Justiça que "a ação civil pública, como as demais, submete-se, quanto à competência, à regra estabelecida no art. 109, I, da Constituição, segundo a qual cabe aos juízes federais processar e julgar 'as causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidente de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e a Justiça do Trabalho'. Assim, figurando como autor da ação o Ministério Público Federal, que é órgão da União, a competência para a causa é da Justiça Federal." (REsp 440.002/SE, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, PRIMEIRA TURMA, julgado em 18/11/2004, DJ 06/12/2004, p. 195, grifei).

O Tribunal Regional Federal da 1ª Região, por sua vez, ao qual incumbe papel uniformizador e revisor dos pronunciamentos de Juízes Federais que funcionem em seu âmbito de jurisdição, não destoia da compreensão das Cortes Superiores. Ilustrativamente, menciona-se os seguintes precedentes:

PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO CIVIL POR ATO DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA. VERBAS REPASSADAS POR FORÇA DE CONVÊNIO COM FIRMADO COM A UNIÃO. RECURSOS DO FGTS. CONSTRUÇÃO DE CASAS POPULARES. PRESTAÇÃO DE CONTAS AO TCU. PRESENÇA DO PARQUET COMO AUTOR DA AÇÃO. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL PRECEDENTES DESTA CORTE. RECURSO PROVIDO. 1. Compete à Justiça Federal o

processamento e julgamento de ação civil pública por ato de improbidade administrativa ajuizada pelo Ministério Público Federal, que visa apurar possíveis irregularidades na execução de contratos firmados entre o ente municipal e a União, para a correta utilização dos recursos provenientes do FGTS. 2. A simples presença do Ministério Público Federal, órgão da União, na relação jurídica processual como assistente litisconsorcial faz competente a Justiça Federal competência racione personae, para o processo e julgamento da ação civil pública ajuizada para apurar o cometimento de ato ímprobo, consoante o art. 109, I da Constituição da República de 1988. Precedentes desta Corte e do STJ. 3. A presença do Ministério Público Federal, órgão da União, na relação jurídica como autor faz competente a justiça federal para o processo e julgamento da ação (TRF1. AI 1028065-90.2018.4.01.0000, Terceira Turma, Rel. Des. Federal Mônica Sifuentes, e-DJF1 de 08/07/2019). 4. Agravo de instrumento provido, para declarar a competência da Justiça Federal para processar e julgar o feito. (AG 1032239-45.2018.4.01.0000, DESEMBARGADOR FEDERAL NEY BELLO, TRF1 - TERCEIRA TURMA, PJe 11/03/2020)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA PROPOSTA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. 1. Trata-se de agravo de instrumento contra decisão do Juízo da Subseção Judiciária de Eunápolis que, em sede de ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal em face do Município de Guaratinga/BA, declinou de sua competência ao Juízo Estadual da Comarca de Guaratinga/BA, ante a ausência de ente federal no feito na condição de autor, réu, assistente ou oponente. 2. O agravante sustenta que o Ministério Público Federal, por ser órgão da União, detém personalidade processual determinada pela Carta Magna e sua presença no polo ativo da demanda é suficiente para a fixação da competência federal. 3. "A competência cível da Justiça Federal é definida racione personae, consoante o art. 109, I, da Carta Magna de 1988. Consectariamente, a propositura de Ação Civil Pública pelo Ministério Público Federal, órgão da União, conduz à inarredável conclusão de que somente a Justiça Federal está constitucionalmente habilitada a proferir sentença que vincule tal órgão, ainda que negando a sua legitimação ativa, a teor do que dispõe a Súmula 150/STJ." (STJ, CC 65.604/ES. Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 27/05/2009, DJe 01/07/2009.) 4. Agravo de instrumento provido, reconhecendo a competência da Justiça Federal para processar e julgar a ação civil pública. (AG 0045770-89.2016.4.01.0000, DESEMBARGADOR FEDERAL JAMIL ROSA DE JESUS OLIVEIRA, TRF1 - PRIMEIRA TURMA, e-DJF1 03/03/2020)

Forçoso, portanto, na linha da compreensão firmada pelo STF, pelo STJ e pelo TRF1, que se reconheça a configuração da competência da Justiça Federal em ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal.

LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Convém salientar que a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de que cabe ao Ministério Público verificar a existência de interesse público a justificar sua intervenção, forte nas prerrogativas institucionais que caracterizam o agir ministerial. Nesse sentido, por todos, cita-se o decidido no REsp 602.849/RJ, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJe 11/11/2009.

Mesmo assim, cabe salientar que, no caso em mesa, é indubitosa a presença de interesse público a exigir a atuação do Ministério Público Federal.

Partindo das clássicas lições de Liebman, elucidam Luiz Guilherme Marinoni, Sérgio Cruz Arenhart, Daniel Mitidiero que a "legitimidade para causa (ou legitimatio ad causam), que não se confunde com a legitimidade para o processo (ou legitimatio ad processum, conhecida ainda como capacidade para estar em juízo), concerne à pertinência subjetiva da ação, atine à titularidade (ativa e passiva) da ação" (Código de Processo Civil comentado. 4. ed. rev., atual e ampl. -- São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018).

A legitimidade *ad causam*, na perspectiva da atuação do Ministério Público, diz respeito ao seu respectivo âmbito de atuação, de acordo com estabelecido pelo ordenamento normativo.

Com efeito, o Superior Tribunal de Justiça, ao examinar a questão da atribuição da atuação do Ministério Público Federal, assim se pronunciou:

Quanto à definição da atribuição de cada ramo do Ministério Público, o legislador constituinte adotou o critério do interesse jurídico tutelado merecedor da atuação da instituição ministerial. Assim, se a atuação judicial do Ministério Público estiver relacionada à tutela de um bem ou interesse jurídicos pertencentes à União, atrai a competência da Justiça Federal e, exige atuação do Ministério Público Federal. (EDRESP - EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL - 1760108 2018.01.59941-6, HERMAN BENJAMIN, STJ - SEGUNDA TURMA, DJE DATA:19/12/2019, grifei)

E ainda:

O Ministério Público Federal tem legitimidade para o ajuizamento de ações civis públicas sempre que ficar evidenciado o envolvimento de interesses nitidamente federais, assim considerados em virtude dos bens e valores a que se visa tutelar. (RESP - RECURSO ESPECIAL - 1573723 2015.03.13044-9, RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, STJ - TERCEIRA TURMA, DJE DATA:13/12/2019, grifei)

Portanto, a regularidade da invocação da tutela jurisdicional por parte do Ministério Público Federal se insere na espacialidade de suas funções institucionais, fruto do art. 127 e esmiuçadas pelo art. 129, ambos da Constituição da República, sobretudo se

presentes hipóteses que digam respeito a interesse público que deva ser respeitado, protegido ou promovido pelo poder público federal.

Também é relevante ressaltar que, para fins de atuação do MPF, não se exige que a atribuição seja exclusivamente federal, bastando que se insira no feixe de competências federais. Assim não fosse haveria um desvirtuamento da própria razão de ser das competências federativas comuns e concorrentes, que consiste justamente em propiciar salvaguarda mais enfática e eficiente dos bens jurídicos subjacentes ao compartilhamento de atribuições.

Do litisconsórcio ativo facultativo entre os ramos do Ministério Público

Importante consignar, ainda, que a Lei nº 7.347/85 prevê, **de forma expressa, a possibilidade de litisconsórcio entre os ramos do Ministério Público**, ao dispor, em seu artigo 5º, parágrafo 5º, que:

§ 5.º Admitir-se-á o litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União, do Distrito Federal e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta lei.

O litisconsórcio aqui justifica-se em razão da evidente presença de interesses difusos em diversas áreas em análise no caso concreto, seja pela gama de trabalhadores envolvidos; profissionais de saúde, e profissionais em geral impactados pela situação enfrentada, seja sob o prisma da normas de saúde, tanto no âmbito Distrital, quanto Federal.

Fácil perceber, portanto, que há a presença de campo de atribuição, de forma concorrente, de diversos ramos do Ministério Público, justificando-se, a teor do que dispõe a Lei nº 7347/85, o litisconsórcio ativo pretendido.

Com efeito, já decidiu a jurisprudência anteriormente que:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL. DANO AMBIENTAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA MOVIDA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. LITISCONSÓRCIO FACULTATIVO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL: POSSIBILIDADE. PRAZO PARA IMPUGNAÇÃO: DESNECESSIDADE. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. A Lei nº 7.347/1985, em seu artigo 5º, § 5º, admite expressamente o litisconsórcio facultativo entre os órgãos ministeriais estadual e federal.

2. Nos termos do artigo 128 da Constituição Federal, o Ministério Público abrange o Ministério Público da União, que compreende o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho, o Ministério Público Militar e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios; e os Ministérios Públicos dos Estados.

3. É possível o litisconsórcio ativo facultativo entre os diversos ramos do Ministério Público da União e os Ministérios Públicos dos Estados, em se tratando de ação civil pública que tenha por objeto a responsabilidade por danos morais e patrimoniais causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico e paisagístico, à ordem econômica e urbanística, bem

como a qualquer outro interesse difuso ou coletivo, inclusive de natureza trabalhista. Precedentes.

4. A ação civil pública originária foi ajuizada pelo Ministério Público Federal tendo por escopo a reparação de dano ambiental consistente no derramamento do óleo no mar por navio com bandeira de Singapura atracado no Porto de Santos, fretado pela PETROBRAS para realização de transporte de gasolina.

5. A mera alegação da agravante no sentido de que o Ministério Público do Estado de São Paulo não teria interesse na lide não teria o condão de impedir seu ingresso no feito originário, de sorte que prescinde o Juízo da abertura de prazo para impugnação das partes.

6. Agravo interno não provido. (TRF-3, Agl nº 0017917-90.2012.4.03.0000/SP, pub. 17.03.2017)

Nos dizeres de Hugo Nigri Mazilli:

"...Ademais, embora seja tradicional que o órgão do Ministério Público atue dentro dos limites da competência dos órgãos jurisdicionais perante os quais oficia, na verdade esse paralelismo não é absoluto: a instituição tem hoje inúmeras atividades extra-judiciais, que pouco ou nada têm a ver com sua atuação perante as varas e os tribunais...." (...)

A força da idéia estaria em permitir mais eficaz colaboração entre cada uma das instituições do Ministério Público, até hoje praticamente estanques, com grande benefício à coletividade. (Artigo publicado na RT, 688/252 (Ed. Revista dos Tribunais, fev. 1993, São Paulo). Artigo disponível em www.mazzilli.com.br.)

Por outro lado, a saúde é direito que abarca diversas facetas, como resta patente em nosso ordenamento jurídico, desde a Constituição até normas inferiores. O direito à saúde inclui, por exemplo, a saúde e segurança do trabalhador (art. 7, XXII, da Constituição).

Conforme artigo 200 da Constituição, *"Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador (inciso II); ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (inciso III); colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (inciso VIII)."*

No mesmo sentido, o Código de Saúde do Distrito Federal, que rege a matéria direta ou indiretamente relacionada com a saúde individual ou coletiva no Distrito Federal, o que *"abrange estabelecimentos, ambientes, processos de trabalho, produtos de interesse direto ou indireto para a saúde, ações e serviços relacionados direta ou indiretamente a proteção, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, assim como outros locais e atividades que ofereçam risco à saúde"* (art. 2º).

Evidencia-se, assim, a relevância e mesmo necessidade de que a atuação na atual situação de pandemia seja oriunda de uma conjugação de esforços dos diferentes ramos do Ministério Público, como guardiões da ordem jurídica e dos direitos sociais e

fundamentais. Tal situação revela pontos de convergência e intersecção que demandam o litisconsórcio formulado, na busca da melhor solução para o caso concreto.

Atribuição do Ministério Público Federal no contexto do sistema de saúde

A presente demanda gravita em torno da compreensão constitucional do alcance ao direito à saúde que, a teor do art. 196 da Constituição engloba ações de promoção, proteção e recuperação.

Nos termos do art. 23, II da Constituição, é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios "cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência".

Ainda segundo a arquitetura constitucional, o direito à saúde é prestado por meio de sistema hierarquizado e descentralizado que é financiado, além de outras fontes, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incumbindo ao poder público federal, entre outras funções, a coordenação do sistema, com menção expressa à área de vigilância epidemiológica, bem como o atendimento a demandas de saúde de maior complexidade.

Nessa mesma linha, ao julgar, em sede de repercussão geral, o Tema 793 (RE 855178, Tribunal Pleno, Redator p/ Acórdão Min. Edson Fachin), o Supremo Tribunal Federal fixou a seguinte tese de julgamento:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

A centralidade da compreensão da Suprema Corte é que, ao menos sob a perspectiva judicial, o sistema se apresenta ao cidadão de forma unitária, impondo-se responsabilidade solidária que, ao final, após a prestação do direito, será economicamente ajustada pelo Estado-Juiz.

Em tese, portanto, a União Federal poderá ser demandada em Juízo até mesmo para implementar ações de atribuição de outros entes, cabendo ao Poder Judiciário, após a execução do comando judicial, a equalização e correção de eventuais assimetrias de custeio.

Como se vê, as ações afetas ao direito à saúde já sinalizam, isoladamente, potencial interesse federal, cuja efetiva presença deve ser verificada caso a caso.

Mas cabe salientar ainda que **a presente ação não traduz demanda manejada em contexto de normalidade. Ao revés, trata-se de um cenário de pandemia declarada pela Organização Mundial da Saúde, seguida de declaração, pelo Ministro da Saúde (Portaria nº 188/GM/MS), de situação caracterizadora de Estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), o que culminou na definição do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, como mecanismo central de gestão coordenada de respostas à situação emergencial de envergadura nacional.**

A relevância nacional da matéria, inclusive, motivou a edição da Lei nº 13.979/20, que disciplina medidas específicas de enfrentamento ao novo coronavírus. Registre-se que, ao se impugnar dispositivo da novel legislação, o Min. Marco Aurélio, em

sede de tutela de urgência requerida na ADI 6.341, reafirmou, por força do art. 23, I, CRFB, mesmo ante o quadro de pandemia, a competência concorrente.

Tanto há interesse federal na temática que o próprio Ministério da Saúde vem, na linha do preceituado pela OMS, recomendando publicamente o isolamento social horizontal como estratégia de contenção da propagação da Covid-19.

Esse atual cenário pandêmico, e considerando o modo de disseminação do novo coronavírus, bem evidencia que o interesse subjacente não é apenas de índole local, mas predominantemente federal, desafiando enfrentamento mediante esforços coerentes e coordenados, ao menos, em todo território nacional.

Até porque não há dúvidas de que, diante das fragilidades da estrutura de saúde local, a escalada da pandemia referente ao novo coronavírus conduzirá, de modo inescapável, ao acionamento de suporte do Ministério da Saúde quanto ao suprimento de recursos de todo gênero, inclusive de testagem, equipamentos de proteção individual e demais insumos necessários ao desenvolvimento regular dos serviços de saúde.

Também parece indubitável que a concretização desse cenário no ambiente local ensejará cuidados de maior complexidade que demandarão ações transversais e coordenadas entre outros entes federativos.

Cumpra lembrar ainda que **o Hospital Universitário (HUB) e demais hospitais federais, como o Hospital das Forças Armadas (HFA)**, serão diretamente afetados pelo possível aumento descontrolado de casos decorrente da insuficiência das medidas de isolamento atualmente adotadas pelo Governo Distrital.

O quadro é revelador, portanto, de interesse federal direto na perspectiva do direito à saúde tutelado pela presente ação civil pública. Ademais, cabe salientar que a atuação do Ministério Público, na qualidade de substituto processual cuja independência decorre da própria Constituição, não se condiciona à anuência ou atuação de quaisquer entes federativos ou órgãos públicos federais. Daí a irrelevância da inação de órgãos federais quanto ao combate de medidas locais que se revelem contrárias à política nacional de enfrentamento à disseminação do novo coronavírus.

De fato, outros sujeitos, inclusive a União, poderiam trazer a pretensão ao crivo desse Juízo Federal. Fazendo-o ou não, a atuação do Ministério Público Federal, movida pela preservação de direito coletivo à saúde, insere-se perfeitamente nas atribuições ministeriais e, por consequência, autoriza o processamento e julgamento dos pedidos formulados.

PRESENÇA DOS REQUISITOS PARA TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA

A antecipação provisória dos efeitos da tutela definitiva – ou simplesmente “tutela provisória” – tem por finalidade abrandar os males do tempo e garantir a efetividade da jurisdição, redistribuindo o ônus do tempo do processo. Qualquer tutela definitiva pode ser concedida provisoriamente, de modo que é possível antecipar provisoriamente a satisfação ou a cautela do direito afirmado.¹⁰⁶

¹⁰⁶ DIDIER JR., Fredie; BRAGA, Paula Sarno; OLIVEIRA, Rafael Alexandria. Curso de direito processual civil: teoria da prova, direito probatório, decisão, precedente, coisa julgada e tutela provisória. Vol. 2. 10ª ed. Salvador: Ed. Jus Podivm, 2015, p. 569.

Diante dos fundamentos acima expostos, e a fim de garantir a máxima proteção aos direitos fundamentais envolvidos, passa-se a detalhar de que forma se busca a tutela jurisdicional no presente caso.

As tutelas provisórias de urgência exigem a demonstração da “probabilidade do direito” e do “perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo” (art. 300 do CPC). A Lei nº 7.347/85, que disciplina a ação civil pública, em seus artigos 3º e 11, prevê a possibilidade de se formular pedido consistente em obrigação de fazer e não fazer. Já o artigo 12 da mesma lei autoriza ao juiz conceder mandado liminar, com ou sem justificção prévia, para a efetivação da referida obrigação. O magistrado dispõe, ainda, do poder de cominar multa diária ao réu (astreintes) para que cesse a atividade nociva ao meio ambiente, norma em sintonia com o artigo 497 do CPC.¹⁰⁷

No que se refere à tutela específica de urgência pleiteada nestes autos, esta se dá principalmente com base na tutela de remoção de ilícito. Esta destina-se a retirar, remover os efeitos de uma ação ilícita que já ocorreu. Deve-se ressaltar que o ilícito não se confunde com o dano. O ilícito é a causa do dano, e nem sempre vem acompanhado deste. Sobre o tema, Luiz Guilherme Marinoni aponta que “para remover o ilícito ou a causa do dano basta restabelecer a situação que era anterior ao ilícito. Dessa maneira ocorrerá a sua supressão, secando-se a fonte capaz de gerar o dano.”¹⁰⁸

As ilegalidades e inconstitucionalidades contidas nos Decreto Distritais já comentados devem ser suspensas, mantido o regime instituído anteriormente de isolamento social, de modo a garantir que as medidas emergenciais de saúde sejam adotadas em sua inteireza.

Houve inequívoca extrapolação do poder regulamentar por parte do Distrito Federal ao permitir o funcionamento de atividades de modo indiscriminado, independentemente de se tratar de serviços essenciais ou não, sem guardar **conexão técnica, científica ou jurídica com a Lei nº 13.979/2020**, e não precedida de **justificativas e estudos técnicos e nem de condicionantes impostas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde**.

O crescimento do número de novos casos é exponencial e, embora haja enorme preocupação com a economia e a preservação de empregos – como, a todo momento, se vê nos noticiários locais, nacionais e internacionais –, estes não podem se sobrepor ao **direito à vida e à saúde**, que neste momento exige medidas mais restritivas à circulação de pessoas, sendo recomendado, como visto, o isolamento social, **suspendendo-se as atividades não essenciais** e, mantendo-se apenas as essenciais, mediante a imposição de cuidados que reduzam a transmissão do vírus, justamente porque **a interrupção destas** colocam em perigo a sobrevivência, a saúde e a segurança da população.

Na contramão dessa perspectiva, os decretos citados nesta ação não indicam qualquer justificativa científica ou técnica para a liberação de funcionamento dos estabelecimentos comerciais e de serviços não essenciais, nem dão a garantia de que o funcionamento não prejudicaria o combate à Covid-19.

¹⁰⁷ Nessa linha, o parágrafo único do artigo 497 do Código de Processo Civil: “*para a concessão da tutela específica destinada a inibir a prática, a reiteração ou a continuação de um ilícito, ou a sua remoção, é irrelevante a demonstração da ocorrência de dano ou da existência de culpa ou dolo.*”

¹⁰⁸ MARINONI, Luiz Guilherme. Técnica processual e tutela dos direitos. 4ª ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013, p. 216.

A probabilidade do direito está suficientemente demonstrada pela argumentação contida nesta ação, instruída de **diversos documentos anexos a esta inicial (DOC. 1 a 44) que amparam os pedidos dos autores**. Já o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo decorre do aumento da circulação de pessoas, que já se permitiu e que se pretende ampliar com novas medidas, com milhares de trabalhadores e consumidores envolvidos nas atividades não essenciais liberadas ou que brevemente serão liberadas, o que aumentará o contato social nos ambientes de trabalho, nos deslocamentos e nas atividades acessórias desenvolvidas no percurso (alimentação, por exemplo), contatos esses que são ainda estendidos aos familiares de tais trabalhadores quando estes retornam a suas residências.

Ressalte-se mais uma vez que **o DISTRITO FEDERAL, além de não atender às Recomendações do seu Conselho de Saúde, não atendeu à RECOMENDAÇÃO CONJUNTA de 13/04/20, assinada por 4 (quatro) ramos do Ministério Público**, e depois ainda liberou outras atividades não essenciais quando, no mesmo momento, representantes da Secretaria de Saúde *admitiam* que o índice de isolamento social caiu recentemente para 55%.

Diante de todo o exposto, estão presentes os requisitos legais para a concessão de **tutela de urgência**, conforme pedidos listados no tópico seguinte.

PEDIDOS LIMINARES E FINAIS

1) PEDIDO LIMINAR

Ante o exposto, o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e o Ministério Público do Trabalho requerem a Vossa Excelência, com base no art. 12 da Lei nº 7.347/1985 e art. 300 do CPC, que, *enquanto durar o Estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIN) ou equivalente nos termos da norma aplicável*, seja concedida **TUTELA DE URGÊNCIA** nos seguintes termos:

1.1. OBRIGUE o Distrito Federal a tomar todas as providências necessárias para suspender as atividades não essenciais¹⁰⁹ em seu território, **ATÉ QUE PROVE**, inclusive através de parecer e protocolos de seus órgãos de vigilância em saúde:

1.1.1. que **a suspensão das atividades não essenciais no DF é desnecessária** para assegurar:

- a) regular funcionamento do SUS no DF;
- b) prestação de adequado atendimento médico-hospitalar aos pacientes contaminados pela Covid-19;
- c) prestação de adequado atendimento médico-hospitalar a pacientes com outros agravos, não obstante o bloqueio de recursos médico-hospitalares para atendimento exclusivo à Covid-19;

¹⁰⁹ *Não essenciais*, isto é, como demonstrado na fundamentação, *aquelas cuja prestação seja adiável, por sua suspensão não colocar em perigo iminente a sobrevivência, saúde ou a segurança da população*.

d) plena vigilância da saúde e segurança dos trabalhadores pela Secretaria de Saúde do DF, em conformidade com o Código de Saúde do DF.

1.1.2. o **atendimento pelo DF às recomendações**, orientações e normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde e do Conselho de Saúde do DF **que forem de cumprimento cogente**, referentes à retirada de medidas de distanciamento social para enfrentamento à Covid-19.

1.2. SUSPENDA cautelarmente a eficácia dos atos normativos do Distrito Federal que permitiram a prática de atividades não essenciais durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus, no âmbito do Distrito Federal, ATÉ QUE PROVE o indicado nos itens 1.1.1 e 1.1.2 acima.¹¹⁰

1.3. OBRIGUE o Distrito Federal a se **ABSTER da liberação** de toda e qualquer atividade não essencial, enquanto, através de seus órgãos de vigilância em saúde: **A)** não fundamentá-la específica, prévia e publicamente com evidências técnico-científicas sobre o atendimento aos itens 1.1.1 e 1.1.2 acima, em particular à Recomendação Temporária da OMS, de 16/4/2020 e seus dispositivos,¹¹¹ bem como **B)** não estabelecer protocolos sanitários específicos para cada uma das atividades econômicas específicas, e para a mobilidade dos trabalhadores que utilizam transporte público, indicando os órgãos responsáveis pela fiscalização;

1.4. OBRIGAR a União a APRESENTAR, no prazo de 5 (cinco) dias mecanismos adequados para o orientação, acompanhamento, coordenação e prestação de cooperação técnica e financeira ao Distrito Federal e seu Entorno, para o fim de assegurar o cumprimento das recomendações temporárias definidas pela Organização Mundial da Saúde no território nacional, relacionadas às *medidas de redução do distanciamento social* para enfrentamento à Covid-19;

¹¹⁰ Inclusive, mas não somente, os **Decretos Distritais** de nº **40.570/2020** (suspensão total, porque liberou lojas de conveniência e minimercados em postos de combustíveis, bem como lotéricas e correspondentes bancários), **40.583/2020** (suspensão parcial, apenas da letra “b” do inciso VII, do art. 3º, que liberou algumas “feiras permanentes”, do inciso V do art.4º, que confirmou a liberação de “lojas de materiais de construção e produtos para casa, incluindo home centers”, do inciso VII do art.4º, que confirmou a liberação de lojas de conveniência e minimercados em postos de combustíveis, e do inciso XII do art.4º, que confirmou a liberação total de lotéricas e correspondentes bancários), **40.612/2020** (suspensão total, pois houve liberação total para os setores moveleiro, eletro eletrônico e Sistema S, atividades não essenciais), **40.622/2020** (suspensão total, porque liberou as óticas sem qualquer limitação ou regramento), **40.642/2020** (suspensão total, porque liberou “escritórios e profissionais autônomos” de forma ilimitada, dando exemplos de escritórios de advocacia, contabilidade, engenharia, arquitetura e imobiliárias) e **40.659/2020** (suspensão total, pois liberou a realização de cultos, missas e rituais de qualquer credo ou religião, para acontecer em estacionamentos das igrejas, templos e demais locais religiosos, desde que as pessoas fiquem nos veículos, com distanciamento de 2 metros entre os automóveis; bem como liberou armários e lojas de tecido, cines drive in).

¹¹¹ Seguem os itens recomendados na referida Recomendação Temporária da OMS, conforme indicado no tópico acima **RECOMENDAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E OFENSA AO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL**: 1. A transmissão de Covid-19 deve estar controlada; 2. quantidade suficiente de profissionais de saúde e de recursos materiais; 3. minimização de surto em ambientes de alta vulnerabilidade; 4. fixação de medidas preventivas em ambientes de trabalho;; 5. controle do risco de exportação/importação de casos de comunidades com alto risco de transmissão; 6. envolvimento amplo da população e plena conscientização sobre medidas de prevenção.

1.5. OBRIGAR a **União** e o **DF** a estruturarem adequadamente seus serviços de vigilância em saúde e segurança no trabalho, inclusive no âmbito do SUS e com fornecimento de EPI (equipamento de proteção individual) adequado e em quantidade suficiente para a realização de todas as inspeções necessárias durante a pandemia de Covid-19.

1.6. Na hipótese de não cumprimento da decisão de tutela de urgência, seja imposto aos requeridos **(a) MULTA DIÁRIA** não inferior a R\$100.000,00 (cem mil reais) por dia de descumprimento, ou por ato de violação, conforme o caso, sem prejuízo de posterior apuração de responsabilidade pessoal das autoridades ou gestores que eventualmente descumprirem a ordem judicial, por crime de desobediência ou ato de improbidade administrativa; **(b)** que o valor de multa cominatória referida no item *a* anterior seja revertido em prol de projetos sociais na área de saúde a serem apresentados para homologação prévia desse MM. Juízo Federal.

2. PEDIDO PRINCIPAL

Diante do exposto, requer o Ministério Público Federal a Vossa Excelência, com caráter de **definitividade**, o seguinte:

2.1. o recebimento e a autuação da Inicial, juntamente com os documentos que a instruem;

2.2. a citação da rés;

2.3. a **PROCEDÊNCIA DA AÇÃO** para, confirmando a liminar, e *enquanto durar o Estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIN) ou equivalente nos termos da norma aplicável:*

2.3.1. OBRIGUE o Distrito Federal a tomar todas as providências necessárias para **SUSPENDER** as atividades não essenciais em seu território, até o término do Estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIN), ou até que fique atestado, consoante critérios e prazos estabelecidos em sentença, que a suspensão das atividades não essenciais no DF é desnecessária para assegurar: A) regular funcionamento do SUS no DF; B) prestação de adequado atendimento médico-hospitalar aos pacientes contaminados pela Covid-19, bem com a pacientes com outros agravos; C) atendimento pelo DF às recomendações, orientações e normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde, do Conselho de Saúde do DF, e de outros entes de regulação sanitária, que forem de cumprimento cogente, referentes à retirada de medidas de distanciamento social para enfrentamento à Covid-19.

2.3.2. OBRIGUE o Distrito Federal a se **ABSTER da liberação** de toda e qualquer atividade não essencial, enquanto, através de seus órgãos de vigilância em saúde: **A)** não fundamentá-la específica, prévia e publicamente com evidências técnico-científicas sobre o atendimento aos itens 1.1.1 e 1.1.2 acima, em particular à Recomendação Temporária da OMS, de 16/4/2020 e seus dispositivos,¹¹² bem como

¹¹² Seguem os itens recomendados na referida Recomendação Temporária da OMS, conforme indicado no tópico acima **RECOMENDAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E OFENSA AO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL**: 1. A transmissão de Covid-19 deve estar controlada; 2. quantidade suficiente de profissionais de saúde e de

B) não estabelecer protocolos sanitários específicos para cada uma das atividades econômicas específicas, e para a mobilidade dos trabalhadores que utilizam transporte público, indicando os órgãos responsáveis pela fiscalização;

2.3.3. OBRIGUE a União e o DF a estruturarem adequadamente seus serviços de vigilância em saúde e segurança no trabalho, inclusive com fornecimento de EPI (equipamento de proteção individual) adequado e em quantidade suficiente para a realização de todas as inspeções necessárias durante a pandemia de Covid-19;

2.3.4. OBRIGUE à União, com fundamento nos incisos I, V, VI e VII do artigo 2º da Lei n. 9.782/99 e Decreto Legislativo nº 395/09:

2.3.4.1. normatize e defina os parâmetros técnicos científicos mínimos, com a apresentação concomitante dos respectivos estudos, para orientar as unidades federativas no cumprimento das recomendações temporárias definidas pela Organização Mundial da Saúde no território nacional, relacionadas às medidas de redução do distanciamento social, para enfrentamento à Covid-19;

2.3.4.2. estabeleça mecanismos adequados para o acompanhamento, coordenação e prestação de cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o fim de assegurar o cumprimento das recomendações temporárias definidas pela Organização Mundial da Saúde no território nacional, relacionadas às medidas de redução do isolamento\distanciamento social para enfrentamento à Covid-19.

POSTULA-SE que os pedidos FINAIS e em TUTELA PROVISÓRIA acima formulados contra os réus sejam determinados **(a)** sob pena de **multa cominatória não inferior a R\$100.000,00 (cem mil reais) por dia de descumprimento, ou por ato de violação**, conforme o caso, sem prejuízo de posterior apuração de responsabilidade pessoal das autoridades ou gestores que eventualmente descumprirem a ordem judicial, por crime de desobediência ou ato de improbidade administrativa; **(b)** que o valor de multa cominatória referida no item anterior seja revertido em prol de projetos sociais na área de saúde a serem apresentados para homologação prévia desse MM. Juízo Federal.

Protesta provar por todos os meios em direito admitidos.

Dá-se à causa o valor de R\$100.000,00 (cem mil reais), para cumprimento do disposto no art. 291 do CPC.

Distrito Federal, 27 de abril de 2020.

recursos materiais; 3. minimização de surto em ambientes de alta vulnerabilidade; 4. fixação de medidas preventivas em ambientes de trabalho;; 5. controle do risco de exportação/importação de casos de comunidades com alto risco de transmissão; 6. envolvimento amplo da população e plena conscientização sobre medidas de prevenção.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Mário Alves Medeiros
Procurador da República

Felipe Fritz Braga
Procurador da
República

Wilson Rocha de Almeida Neto
Procurador da República

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

Luísa Nunes de Castro Anabuki
Procuradora do Trabalho

Renata Coelho
Procuradora do Trabalho

Carlos Eduardo Carvalho Brisolla
Procurador do Trabalho

Marici Coelho de Barros Pereira
Procuradora do Trabalho

Joaquim Rodrigues do Nascimento
Procurador do Trabalho

Fábio Leal
Procurador Regional do Trabalho

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

Cíntia Costa da Silva
Promotora de Justiça

Pedro Thomé de Arruda Neto
Promotor de Justiça

Fernanda da Cunha Moraes
Promotora de Justiça



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PR-DF-00031194/2020 REQUERIMENTO n° 219-2020**

.....
Signatário(a): **FELIPE FRITZ BRAGA**

Data e Hora: **27/04/2020 20:35:11**

Assinado com certificado digital

.....
Signatário(a): **WILSON ROCHA DE ALMEIDA NETO**

Data e Hora: **27/04/2020 20:43:47**

Assinado com certificado digital

.....
Signatário(a): **MARIO ALVES MEDEIROS**

Data e Hora: **27/04/2020 20:52:13**

Assinado com certificado digital

.....
Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave E548D702.8F153010.4EBA233A.97DC28FD



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

Assinatura/Certificação do documento **IC 001138.2020.10.0/4 Termo de convênio, acordo de cooperação ou análogo nº 000084.2020**

Signatário(a): **Carlos Eduardo Carvalho Brisolla**

Data e Hora: **27/04/2020 20:18:21**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **Renata Coelho Vieira**

Data e Hora: **27/04/2020 20:28:26**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **Lúisa Nunes de Castro Anabuki**

Data e Hora: **27/04/2020 20:28:36**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **Marici Coelho de Barros Pereira**

Data e Hora: **27/04/2020 20:30:04**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **Joaquim Rodrigues Nascimento**

Data e Hora: **27/04/2020 20:34:51**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **Fabio Leal Cardoso**

Data e Hora: **27/04/2020 20:55:29**

Assinado com login e senha

Endereço para verificação do documento original: http://www.prt10.mpt.mp.br/servicos/autenticidade-de-documentos?view=autenticidades/processoEletronico/consultas/valida_assinatura.php?m=2&id=1805215&ca=6U3RTVGF2YP1D3Z7

Assinado por:

CÍNTIA COSTA DA SILVA - 2º PROREG-RF em 28/04/2020.

FERNANDA DA CUNHA MORAES - 3º PROSUS-BSI em 28/04/2020.

PEDRO THOME DE ARRUDA NETO - 5º PROREG-PL em 28/04/2020.

.