



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) FEDERAL DA ___ VARA DA
SEÇÃO JUDICIÁRIA FEDERAL DO DISTRITO FEDERAL**

Ref.: Inquérito Civil 1.16.000.001440/2021-00

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, pelos Procuradores da República *in fine* assinados, no exercício das atribuições que lhes são conferidas pela Constituição da República (arts. 129, III), pela Lei Complementar n. 75/93 (art. 6º, XIV, “F”) e pela Lei n. 8.429/92 (art. 17), vem ajuizar

AÇÃO CIVIL PÚBLICA
COM PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA

em face da

UNIÃO FEDERAL, pessoa jurídica de direito público interno, representada por seu Procurador-Geral, com endereço funcional no SIG, Quadra 06, Lote 800, Departamento de Imprensa Nacional, 2º andar, Brasília/DF, CEP 70610-460, Tel (61) 4009-4630, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir alinhavados.

ÍNDICE

1. DO OBJETO DA PRESENTE DEMANDA.	3
2. O BRASIL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.	4
3. DOS ÓBITOS EVITÁVEIS, DOS SOBREVIVENTES COM SEQUELAS E OUTROS DANOS CAUSADOS À POPULAÇÃO.	12
4. DAS AÇÕES E OMISSÕES DOS GESTORES PÚBLICOS DA UNIÃO NA CONDUÇÃO DA PANDEMIA DE COVID-19.	29
4.1. Da busca pela imunidade de rebanho por contaminação natural.	29
4.2. Da omissão na aquisição tempestiva de vacinas para imunização coletiva.	32
4.2.1. Das vacinas da Pfizer-Biontech.	37
4.2.2. Das vacinas do Instituto Butantan/Sinovac (Coronavac).	43
4.2.3. Das demais vacinas promissoras e disponíveis para aquisição em 2020.	45
4.3. Do “tratamento precoce” para covid-19.	49
4.4. Da ausência de plano estratégico de gestão da pandemia, das ações contra medidas preventivas não farmacológicas e da política de desinformação na pandemia.	63
5. DO DIREITO.	82
5.1. Da responsabilidade civil da UNIÃO pela gestão gravemente ineficiente e inconstitucional da pandemia de covid-19 no Brasil.	82
5.2. Da INDENIZAÇÃO pela “perda de uma chance” para as vítimas com sequelas graves/persistentes e famílias das vítimas falecidas em razão da covid-19 no Brasil.	92
5.3. Do DANO MORAL COLETIVO decorrente da gestão gravemente ineficiente e inconstitucional da pandemia pela UNIÃO e suas formas de reparação	100
5.3.1. Da reparação específica do dano moral coletivo. Do PEDIDO PÚBLICO DE DESCULPAS e da declaração expressa de pesar pelas vítimas da covid-19.	104
5.3.2. Da COMPENSAÇÃO PECUNIÁRIA do dano moral coletivo.	106
5.4. Da OBRIGAÇÃO DE FAZER: necessidade MAPEAMENTO dos sobreviventes de covid-19 com sintomas e sequelas persistentes (“Covid Longa”) e do dever da UNIÃO de formular POLÍTICAS PÚBLICAS de saúde específicas para essa população.	110
6. DA TUTELA DE URGÊNCIA PRETENDIDA. DA PROBABILIDADE DO DIREITO E DO PERIGO DE DANO OU RISCO AO RESULTADO ÚTIL DO PROCESSO.	114
7. DOS PEDIDOS PRINCIPAIS E REQUERIMENTOS.	116

1. DO OBJETO DA PRESENTE DEMANDA

A presente ação civil pública tem por objeto obter a condenação da UNIÃO à reparação da perda de uma chance às vítimas e famílias de vítimas da covid-19, à indenização de danos morais coletivos e eventuais danos materiais e morais individuais, além da imposição de obrigação de fazer à UNIÃO para mapeamento imediato e formulação de política pública de assistência à “Covid Longa”. Conforme prevê o art. 37, § 6º, da Constituição Federal, reclama-se a responsabilização da UNIÃO em razão de atos praticados, dolosa e culposamente, por diversos agentes públicos federais, na condução da pandemia de covid-19, que resultou em milhares de vítimas – mais de 616 mil mortos às vésperas da propositura desta ação - e um número ainda indeterminado de sobreviventes com sequelas da doença.

O Estado brasileiro e, por consequência, os seus agentes, têm vinculação irrenunciável, nos seus atos, conforme expressa previsão constitucional, aos fundamentos da cidadania e da dignidade da pessoa humana (art. 1º, II e III, da CF), bem como aos direitos fundamentais à vida e à saúde (art. 5º, *caput* e art. 6º, da CF).

Como se descreverá ao longo desta exordial, esta ação aponta, como fatos determinantes da responsabilidade civil da UNIÃO, por atos de seus agentes: a) a **omissão injustificada dos gestores federais na aquisição tempestiva de vacinas** para imunização da população ainda em 2020, a qual resultou e vem resultando em prejuízos inestimáveis à vida e à saúde, bem assim à ordem econômica e social brasileiras; b) a **opção ilegal e anticientífica do governo federal pela busca pela imunidade de rebanho e consequente adoção do chamado “tratamento precoce”** como ação principal da política pública de enfrentamento da covid-19 em 2020-2021, que se concretizou em numerosos atos administrativos (indicação, aquisição, distribuição, propagação e promoção de medicamentos do “kit covid”), os quais resultaram em prejuízos ao patrimônio público e à saúde e à vida da população; c) a **omissão injustificada da UNIÃO em ampliar o número de testes de covid-19**; d) a **deliberada atuação dos diversos gestores federais para dificultar o acesso da sociedade às informações essenciais sobre a pandemia**, suprimindo a publicidade de dados relevantes ao seu acompanhamento e evolução; e) a **omissão injustificada da UNIÃO em coordenar, como gestora nacional do SUS, ações para controle, aquisição e distribuição de medicamentos essenciais para pacientes internados por covid-19** (como os “kits intubação”); f) a **omissão injustificada dos gestores na realização de campanhas informativas e educacionais** sobre a necessidade de distanciamento social e uso de máscaras, bem como g) a **divulgação ativa e constante, por diversos agentes públicos federais, de informações falsas e/ou equivocadas à população, notadamente acerca das medidas não farmacológicas de contenção do vírus e da segurança e eficácia das vacinas**.

2. O BRASIL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

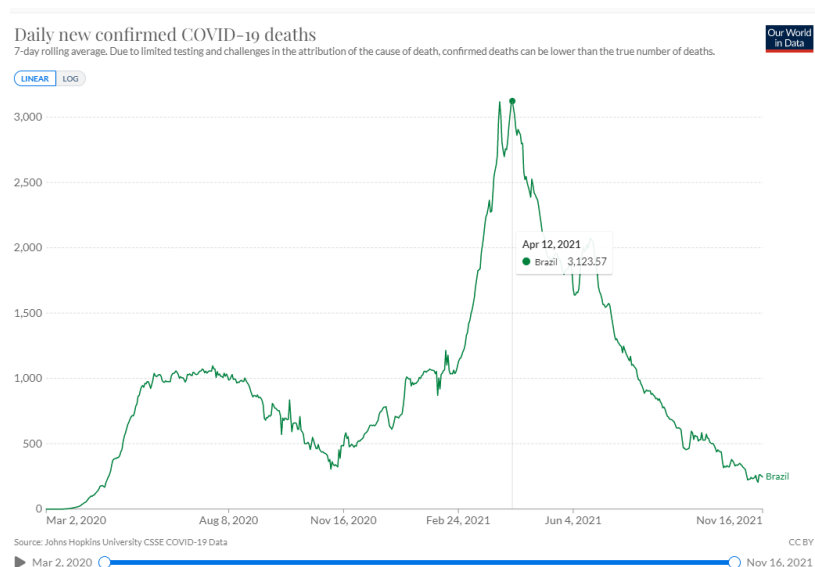
É notória a crise sanitária atravessada pelo mundo em decorrência da pandemia de covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Em 31/12/2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada acerca da ocorrência de um surto de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Em reunião do Comitê de Emergência, convocada pela OMS, em 30/1/2020, foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), diante do crescimento no número de países com casos confirmados.

No Brasil, o Congresso reconheceu a ocorrência do estado de calamidade pública, por meio do Decreto Legislativo nº 06, de 20/03/2020 e o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria GM/MS 188/2020, de 03/02/2020.

Até o dia 24/11/2021, haviam sido confirmados no mundo 259.244.910 casos de covid-19, com um total de 5.187.413 óbitos e uma taxa de letalidade de 2%¹.

No Brasil, até o dia 23/11/2021, foram confirmados 22.0383.731 casos de covid-19 e **613.240** óbitos, sendo 66.868 mortes confirmadas em março de 2021, pior mês da pandemia no país. O gráfico da média móvel semanal de óbitos reproduzido abaixo² aponta que atingimos o pico da pandemia entre março e abril de 2021, após uma subida muito acentuada a partir de fevereiro de 2021:



No nosso pior momento, logo após a exoneração do ex-Ministro da Saúde Eduardo Pazuello (27/03/2021), o Brasil era o segundo país do mundo em número absoluto de casos e em número absoluto de óbitos e o primeiro em número total de novos casos e novas

1 Disponível em <https://www.worldometers.info/coronavirus/> . Acesso em 24/11/2021.

2 Disponível em <https://ourworldindata.org/covid-deaths> Acesso em 17/11/2021.

mortes no mundo, contabilizando 83.039 novos casos e 3.368 novos óbitos naquela data. Para efeito de comparação, na mesma data, os Estados Unidos da América apresentavam 63.967 novos casos e 800 novos óbitos³. Hoje (07/12/2021) seguimos em segundo lugar em número total de óbitos e, em terceiro, em número absoluto de casos.

Naquela mesma data (27/03/2021), o mundo inteiro registrou 9.908 novas mortes em razão da covid-19, tendo o Brasil respondido, assim, por 34% delas, apesar de contar com apenas 2,72% da população mundial⁴. E, mesmo que consideremos o total acumulado de óbitos e casos, o Brasil ainda se sobressaiu, com 11,65% do total de mortes mundiais por covid-19 (até 07/12/2021). Quando analisamos o número de óbitos por milhão de habitantes, tampouco o Brasil foi bem, contando com 2.868 mortes por milhão em 07/12/2021, o que o colocava na 11ª posição mundial entre aqueles com mais vidas perdidas para o vírus até então⁵.

Esse contexto demonstra que a epidemia de covid-19 não foi adequadamente controlada no país, não tendo as autoridades brasileiras logrado sequer que o país se situasse na média de óbitos mundial⁶, ao arrepio da boa ciência e dos inúmeros estudos e alertas da comunidade científica nacional e mundial, conforme demonstraremos adiante.

Diversos cientistas e entidades de pesquisa alertavam, desde 2020⁷, que **a falta de coordenação da gestão pública de saúde e de ações educativas voltadas à população, acerca das medidas necessárias para a contenção do vírus** (limitação de atividades que causem aglomerações, distanciamento social, uso massivo de máscaras, ventilação de ambientes etc), **somada à baixa testagem e ao ineficiente rastreamento de casos, causariam uma segunda onda, mais grave, de casos e óbitos de covid-19.**

Este quadro infelizmente confirmou-se a partir de janeiro de 2021 em Manaus, espraiando-se, nas semanas e meses seguintes, por diversas capitais do país, com o colapso dos sistemas de saúde públicos e privados. Amplamente noticiados pelos meios de comunicação foram os inúmeros óbitos de pacientes com covid-19, por falta de leitos de UTI, muitos casos de pacientes intubados amarrados às próprias macas por falta de medicamentos para sedação e a situação muito

3 Disponível em <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

4 Disponível em <https://ourworldindata.org/covid-deaths> . Acesso em 29/03/2021.

5 Disponível em <https://ourworldindata.org/covid-deaths> . Acesso em 18/11/2021.

6 Em uma conta simples, percebe-se que o Brasil registrou 615.789 óbitos por covid-19 até 07/12/2021. No mesmo período, o mundo computou 5.283.639 mortes. Se tivéssemos perdido vidas de acordo com a porcentagem da população que representamos mundialmente (2,72%), teríamos registrado cerca de 143 mil óbitos, o que equivaleria a mais de 472 mil vidas poupadas.

7 Destaque para os boletins da Fiocruz: O Boletim do Observatório Covid da Fiocruz de janeiro, relativo a 01 a 16/01/2021, apontava aumento no número de casos e óbitos no Brasil, tendo ressaltado que “a permanência ou mesmo a possibilidade de elevação do número de casos e óbitos durante o verão é extremamente preocupante” (Disponível em https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid-2021_semana_01-02_1_0.pdf Acesso em 25/01/2021). Já o Boletim do mesmo Observatório Covid da Fiocruz, relativo a 17 a 30/01/2021 destacou as elevadas taxas de incidência, mortalidade e ocupação de leitos de UTI em grande parte dos estados brasileiros, ainda em janeiro de 2021 (Disponível em https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_03-04.pdf . Acesso em 12/02/2021).

preocupante de exaustão das equipes de saúde de todas as unidades de saúde.

Resultado - absolutamente previsível - da evolução de uma epidemia descontrolada: em 25/04/2021, o Brasil alcançou 195.848 óbitos por covid-19, apenas em 2021, superando o total registrado em todo o ano de 2020 (194.949 óbitos)⁸.

Estima-se que os números de infectados e mortos sejam ainda maiores, em razão da baixa testagem de casos ativos (com o uso de testes moleculares do tipo PCR e similares) e da consequente subnotificação de casos⁹.

Com efeito, levantamentos feitos pelo Infogripe e pelo MonitoraCovid-19, da Fiocruz, indicaram que o número de vítimas de covid-19 seria cerca de 30% maior do que o divulgado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2020¹⁰.

O Boletim Epidemiológico nº 89 do Ministério da Saúde (semana de 07 a 13/11/2021 – SE 45) computava 731.745 óbitos notificados por SRAG no Brasil de 01/01/2020 até 06/11/2021. Considerando que houve apenas 4.939 mortes por SRAG em 2019¹¹ e 5.278 em 2018¹², o excedente de 2020/2021 pode ser atribuído à covid-19. Conforme esclareceram os pesquisadores, na Nota Técnica 14, de 23/11/2020, diversos municípios do país demonstraram um excesso de óbitos não registrados como decorrentes de covid-19, comparado aos anos anteriores¹³.

A fim de reduzir as curvas de contaminações e óbitos, a maior parte dos países adotou medidas como o fechamento de estabelecimentos e atividades, o distanciamento social, a restrição de mobilidade (com ou sem *lockdown*), o uso de máscaras de proteção, além de medidas para incrementar a capacidade de atendimento hospitalar. Também se abriram dezenas de frentes de pesquisa de medicamentos e vacinas destinados a conter o vírus e/ou o agravamento da enfermidade por ele causada. Outras pesquisas procuraram demonstrar quais medidas se mostrariam mais ou menos efetivas para evitar ou diminuir a circulação do SARS-CoV-2.

Medidas como distanciamento social, restrição de mobilidade, uso de máscaras e ampla testagem e rastreamento de casos mostraram-se bastante eficientes na contenção das curvas de contágio do vírus, conforme demonstraram diversos estudos: da Universidade de Oxford (divulgado

8 Dados do CONASS, divulgados em <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/04/25/numero-de-mortes-por-covid-19-no-brasil-em-2021-ja-supera-todo-ano-de-2020>. Acesso em 26/04/2021.

9 O Inquérito Civil nº. 1.16.000.000829/2020-49, em curso nesta Procuradoria da República no DF, tem como objeto o acompanhamento da atuação da União para que garanta, de maneira satisfatória e homogênea, a aquisição e distribuição de testes de COVID-19 em todas as Unidades da Federação e, conseqüentemente, seja reduzida a subnotificação dos casos.

10 Disponível em <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/covid-19-brasil-pode-ter-passado-de-200-mil-mortes-ha-meses-indicam-dados-de-srag-24828221> Acesso em 29/01/2021.

11 Números atualizados pelo Ministério da Saúde até 07/12/2019. Disponível em <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/23/Boletim-epidemiologico-SVS-38-2-interativo.pdf>

12 Disponível em <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/01/Informe-Epidemiologico-Influenza-2018-SE-52.pdf>

13 Disponível em https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/mortalidade_e_desassistencia_no_rio_de_janeiro_20_11.pdf Acesso em 01/02/2021.

em **março de 2021**¹⁴); publicado pela revista Science, em **fevereiro de 2021**¹⁵; realizado por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul¹⁶ (**dezembro de 2020**); divulgado pelo CDC americano em **março de 2021**¹⁷; publicado pela revista Lancet, em **outubro de 2020**¹⁸; publicado pela revista Nature, em **novembro de 2020**¹⁹, dentre outros.

Tais evidências apontam caminhos para os gestores públicos. Quando as curvas de contágio atingem níveis muito altos ou quando estão em franca ascensão, medidas como a adoção de *lockdown* (fechamento radical e total de atividades) podem ser necessárias. Foi o que fizeram, por exemplo, o Reino Unido, em ao menos três ocasiões, desde março de 2020²⁰, e o município de Araraquara, no interior de São Paulo, em fevereiro de 2021²¹.

Em face da explosão de casos e do colapso das unidades de saúde, Araraquara decretou *lockdown* em 21/02/2021, com fechamento de quase todas as atividades e restrição de circulação de pessoas. O município registrou 69 óbitos apenas no mês de fevereiro de 2021, ante o número de 92 óbitos registrados em todo o ano de 2020²². Dois meses após o início do *lockdown* em Araraquara, a média móvel semanal de novos casos de covid-19 passou de 1.327 para 381 novos casos semanais (na semana de 12 a 18/04/2021)²³. Um plano de contingência foi adotado para monitorar de perto os novos casos e evitar que os números voltassem a subir de maneira vertiginosa e que um novo *lockdown* fosse necessário²⁴.

O atual Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, em reunião com integrantes da Confederação Nacional de Municípios em 20/04/2021, também reconheceu que tais medidas eram necessárias para a contenção da pandemia. Confira-se trecho da fala do Ministro divulgada em reportagem da Revista Veja²⁵:

14 Disponível em <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.25.21254330v1> Acesso em 26/04/2021.

15 Disponível em <https://science.sciencemag.org/content/371/6531/eabd9338> Acesso em 26/04/2021.

16 “Social distancing, mask use and the transmission of SARS-CoV-2: A population-based case-control study”. Disponível em https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3731445 . Acesso em 26/04/2021.

17 Disponível em https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7010e3.htm?s_cid=mm7010e3_w Acesso em 26/04/2021.

18 Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30785-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30785-4/fulltext) Acesso em 26/04/2021.

19 Disponível em <https://www.nature.com/articles/s41562-020-01009-0> Acesso em 26/04/2021.

20 O coordenador da Rede Análise COVID-19, Isaac Schrarstzaupt, mostrou em vídeo divulgado em 26/02/2021 como se comportaram as curvas de casos de covid-19 no Reino Unido por ocasião dos 3 lockdowns implementados pelo país. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=7fOwq_4mzs8 . Acesso em 28/02/2021.

21 Os dados apresentados sobre Araraquara até 18/04/2021 foram obtidos no site do município, mas o caso foi também apontado pela Fiocruz como exemplo de redução da transmissão do vírus, no Boletim Observatório Covid-19 de 16/03/2021, anexo aos autos.

22 Disponível em <http://www.araraquara.sp.gov.br/noticias/2021/fevereiro/24/em-55-dias-de-2021-araraquara-registra-mais-mortes-por-covid-19-que-2020> Acesso em 26/04/2021.

23 Disponível em <http://www.araraquara.sp.gov.br/noticias/2021/abril/22/dois-meses-apos-lockdown-media-movel-de-casos-de-covid-19-cai-74-em-araraquara-1/graficosatualizadosem21deabril.pdf> e <http://www.araraquara.sp.gov.br/noticias/2021/abril/22/dois-meses-apos-lockdown-media-movel-de-casos-de-covid-19-cai-74-em-araraquara-1> Acesso em 26/04/2021.

24 Disponível em <http://www.araraquara.sp.gov.br/noticias/2021/abril/22/decreto-mantem-pacto-para-retomada-seguras-das-atividades-economicas> Acesso em 26/04/2021.

25 Disponível em https://veja.abril.com.br/blog/radar/desrespeito-a-regras-sanitarias-agravou-pandemia-no-pais-diz-queiroga/amp/?twitter_impression=true Acesso em 26/04/2021.

“Se a população estivesse usando máscaras, mantendo o distanciamento, evitando aglomerações, se tivesse um programa de testagem mais adequado, isolamento dos casos positivos e dos seus contactantes, se fizéssemos a disciplina dos transportes urbanos, e para o funcionamento dos setores estratégicos, os senhores podem ter certeza que não estaríamos vivendo o momento que estamos vivendo hoje”.

Certo é que, desde o início da pandemia, já se sabia que tais medidas não farmacológicas eram fundamentais para conter as curvas de contágio da covid-19.

Essas foram as recomendações do Imperial College London, que publicou, em **26/03/2020**, um estudo com estatísticas acerca do avanço e provável desfecho da covid-19, em diversos países, conforme a adoção ou não de medidas de contenção/isolamento (nos cenários “sem intervenção”, “com mitigação” e “com supressão” - tardia e precoce). Para elaborar essas previsões, os cientistas utilizaram-se de dados de contágio, estatísticas de hospitalização e óbitos já observados em outros países etc²⁶.

Para o Brasil, os pesquisadores previram cerca de 187.799.806 de infectados e mais de um milhão de mortos até o final de 2020 se nenhuma medida de contenção do vírus fosse adotada (home office, controle de aglomerações, uso de máscaras etc).

Por outro lado, se adotadas medidas de “supressão precoce”²⁷, os cientistas previam cerca de 11.457.197 de infectados e 44.212 óbitos. O Brasil registrou dez vezes mais mortes do que isso até maio de 2021, o que demonstra que as medidas de distanciamento e uso de máscaras, adotadas em muitos estados/municípios por força da atuação pontual de governantes locais – **e não do Ministério da Saúde** – foram certamente insuficientes para conter o avanço da pandemia.

Outras projeções de números de mortos e infectados por Covid-19 foram feitas por cientistas, universidades, centros como a Fiocruz²⁸ e pelo próprio Ministério da Saúde, desde o início da pandemia. Um dos cenários foi elaborado pelo médico e pesquisador Júlio Croda, Diretor do Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde durante a gestão do ex-Ministro Luís Henrique Mandetta²⁹, e previu 180 mil mortes por covid-19 até o final de 2020.

26 Disponível em <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020.pdf> Acesso em 25/01/2021.

27 Supressão envolve testar e isolar os casos positivos, e estabelecer distanciamento social para toda a população. Supressão precoce é a implementação das medidas em uma fase em que há 0,2 mortes por 100.000 habitantes por semana.

28 Desde o início da pandemia a Fiocruz produz relatórios sobre a covid-19 no Brasil, analisando os efeitos da pandemia e traçando possíveis cenários futuros, de acordo com diversas variáveis. No link <https://covid-19.procc.fiocruz.br/> podem ser encontrados os primeiros relatórios divulgados pela instituição, de março a maio de 2020. Já na página do Observatório Covid da Fiocruz (<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>), há inúmeros materiais acerca da pandemia, inclusive dados relativos a “cenários epidemiológicos”. Conforme nota do próprio site, “O eixo Cenários Epidemiológicos, tem como objetivos: 1) permitir o acompanhamento permanente da evolução da pandemia no Brasil; 2) estimar a velocidade de espalhamento da epidemia; 3) avaliar e propor medidas populacionais de contenção ou de diminuição da velocidade de propagação; 4) contribuir para a alocação de recursos dos serviços de saúde, baseada na estimativa do número de casos graves”.

29 Conforme declarado por Henrique Mandetta em depoimento à CPI da covid-19 em 04/05/2020 e também em seu livro “Um paciente chamado Brasil”. Confira-se trecho do referido livro:

“Trabalhávamos, então, com três possíveis conjunturas. **Um dos cenários, elaborado pelo médico Júlio Croda, diretor do Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, previa 180 mil mortes caso o**

Conforme afirmou o ex-ministro Mandetta em seu depoimento à CPI, em 04/05/2021, essa marca chegou a ser ultrapassada, pois o Brasil registrou cerca de 193 mil óbitos pela doença até 31/12/2020.

Dessa forma, as poucas medidas de contenção adotadas por estados e municípios evitaram o catastrófico prognóstico de 1 milhão de mortos em 2020, previsto pelo estudo do Imperial College London³⁰. No entanto, a **ausência de diretriz nacional sobre as medidas consideradas eficazes para o enfrentamento da pandemia**, aliada à opção da UNIÃO por uma **estratégia ineficaz de enfrentamento do pandemia** e a **outras omissões relevantes**, custaram, até o momento, mais de 616 mil mortes, em grande parte evitáveis.

Ressalte-se que, **no Brasil, as mortes efetivamente só começaram a diminuir com o avanço da imunização contra a covid-19**. Conforme se demonstrará adiante, ainda que tenham se omitido, atrasado e até mesmo boicotado a vacinação contra a covid-19, fato é que os gestores da UNIÃO viram-se, em 2021, compelidos a adquirir, distribuir e aplicar diversas vacinas para covid-19 na população brasileira, o que claramente conteve – **com um atraso que resultou em milhares de mortes** - os números de casos e óbitos, ainda que outras medidas não farmacológicas continuem sem receber incentivo pelos representantes da UNIÃO.

A realidade do agravamento da covid-19 foi extremamente trágica no Brasil, tendo em vista que, **sem protocolos de saúde nacionais para orientar o atendimento dos casos moderados e graves**³¹, **a mortalidade chegou a 80% entre os pacientes que necessitavam de ventilação mecânica (intubados)**³². Na Europa, **a média é de 36%** de óbitos nesse mesmo grupo, conforme apontou estudo publicado na revista Lancet em 15/01/2021³³.

Ante um vírus que se espalha e transmite facilmente pelo ar e que, sem vacinas, demanda a internação de cerca de 15% dos contaminados, o súbito, **embora previsível**, aumento de casos ultrapassou a capacidade dos sistemas de saúde de receberem os doentes, gerando colapso, como ocorreu em Manaus em janeiro de 2021 e em várias partes do país a partir de fevereiro, e disso

país não adotasse as medidas necessárias de distanciamento social e padrões rígidos de higiene e proteção. Tínhamos também o cenário do Wanderson, que trabalhava com a hipótese de haver entre 60 mil e 80 mil óbitos no Brasil durante a pandemia, e que levava em conta que o governo ia trabalhar direito: preparar, isolar bem, proteger os idosos, aumentar o número de UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo) e de leitos, conseguir abastecer a rede toda. E, por fim, mostrei a estimativa feita pelo secretário-executivo do ministério, João Gabardo, que naquele momento falava em 30 mil óbitos. Este último cenário eu sempre achei otimista demais”.

30 Em agosto de 2020, o coordenador da Rede Análise COVID-19, Isaac Schrarstzhaupt, publicou uma análise acerca das projeções do Imperial College, **explicando por que a diferença de casos e óbitos foi grande em números absolutos, mas muito pequena em termos estatísticos** (a diferença da projeção inicial do Imperial College para o que de fato aconteceu foi de 1,6% na taxa média de crescimento diária), em razão do crescimento exponencial da transmissão da doença. Artigo disponível em https://redeaanalisecovid.wordpress.com/2020/09/04/o-erro-das-projecoes-nao-foi-tao-grande-como-parece/amp/?_twitter_impression=true&s=08 . Acesso em 26/04/2021.

31 Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56407803?s=08> Acesso em 27/04/2021.

32 Conforme estudo de iniciativa do grupo Alerta “Mortes evitáveis por covid-9 no Brasil”, publicado em junho/2021 pelos pesquisadores Guilherme Loureiro Werneck, Ligia Bahia, Jéssica Pronestino de Lima Moreira e Mário Scheffer, envolvendo UERJ, UFRJ, USP, dentre outros. Anexo à exordial.

33 Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. Disponível em <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930560-9> Acesso em 26/04/2021.

resultou um número muito maior de mortes - de covid-19 e de outras causas - porque não havia leitos para acolher todas as pessoas que precisaram de internação/UTI^{34 35}.

O Boletim do Observatório Covid-19 da Fiocruz, de 16/03/2021, apontou o colapso dos sistemas de saúde e traduziu em imagens a catástrofe já anteriormente anunciada:

“Este quadro absolutamente crítico resulta em impactos diretos e indiretos sobre a saúde da população e trabalhadores da saúde que vêm trabalhando na linha de frente de resposta à pandemia. Apesar de ocupação inferior a lotação máxima de 100%, vários locais apresentam filas de espera por leitos, o que configura situação de colapso no atendimento.

No que se refere aos impactos sobre a saúde da população, **além dos óbitos diretamente relacionados à Covid-19**, que ocorrem no momento da pandemia e que podem ser contabilizados de forma direta, **outros problemas de saúde são decorrentes da desassistência neste contexto**. Outras causas de internação como doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho digestivo, entre outras que estão deixando de ser atendidas devido à elevada ocupação dos leitos hospitalares, resultando em um aumento do excesso de mortalidade.

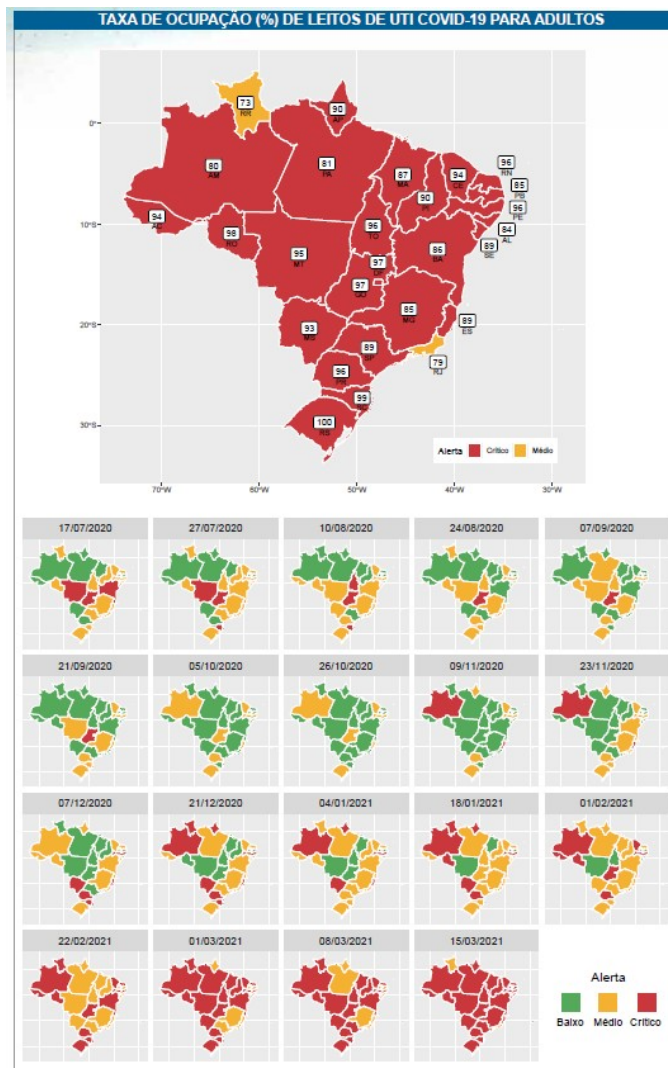
(...)

Neste contexto de crise e catástrofe, a necessidade de adoção rigorosa de ações de prevenção e controle continua se impondo, em um cenário em que o descontrole da pandemia parece se alastrar. O bloqueio ou lockdown é uma estratégia a ser considerada em situações mais críticas. Por outro lado, a necessidade de ampliação das medidas de distanciamento físico e social, do uso de máscaras em larga escala e a aceleração da vacinação colocam-se como medidas fundamentais a serem insistentemente repetidas e perseguidas. Os trabalhadores da saúde precisam ser apoiados e protegidos, considerando suas necessidades de saúde mental e o sofrimento psíquico, em suas mais variadas manifestações, que devem ser adequadamente reconhecidas e enfrentadas.” (grifamos)

34 Um exemplo diretamente ligado à covid-19 consta de levantamento feito pelo jornal Estadão e divulgado em maio de 2021, mostrando que “mais de 22 mil pessoas morreram de covid-19 em unidades de pronto atendimento (UPAs) do País desde o início da pandemia após ficarem internadas por mais tempo do que o recomendado por não conseguirem leitos em hospitais. Cerca de 10% das vítimas tinham menos de 60 anos e nenhum fator de risco associado”.

Disponível em https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,improvisadas-para-internar-doentes-graves-upas-tem-22-mil-mortes-por-covid-19,70003709384.amp?_twitter_impression=true&s=08 Acesso em 11/05/2021.

35 O estudo de iniciativa do grupo Alerta “Mortes evitáveis por covid-9 no Brasil”, publicado em junho/2021 também faz referência aos pacientes que faleceram por falta de leitos de UTI. Anexo à exordial.



Conforme se demonstrará nos tópicos a seguir, os gestores da UNIÃO, sem motivação plausível, **omitiram-se quanto às medidas necessárias à aquisição oportuna das vacinas** em desenvolvimento, única alternativa terapêutica disponível para efetivo combate da pandemia. Além disso, ao apostar na “**imunidade de rebanho**” por contaminação, **optaram ilegalmente por disponibilizar remédios sem eficácia comprovada como estratégia principal de contenção da covid-19, deixaram de realizar campanhas informativas e educacionais** sobre a necessidade de distanciamento social e uso de máscaras, assentindo, em vez disso, a campanhas sobre o “tratamento precoce”; **deixaram, injustificadamente, de ampliar o número de testes de covid-19; deixaram de distribuir milhões de kits de testes tipo PCR**, que perderam sua validade nos almoxarifados do Ministério da Saúde; **deixaram de coordenar**, como gestores nacionais da pandemia, ações para controle, aquisição e distribuição de medicamentos essenciais para pacientes internados por covid-19 (como os “kits intubação”) e **dificultaram o acesso da sociedade às informações essenciais sobre a epidemia**, suprimindo dados relevantes ao acompanhamento de sua evolução, bem como ao controle social da efetividade das ações da UNIÃO. Mais que isso, atuaram deliberadamente **para**

promover desinformação sobre a gravidade da covid-19, sobre a imprescindibilidade de distanciamento social e uso de boas máscaras e sobre a segurança e eficácia das vacinas.

Esse conjunto de atos teve como **consequência direta** a baixa adesão da população às medidas não farmacológicas (distanciamento social, ventilação, uso de máscaras), a maior exposição das pessoas ao risco (confiando que haveria um mix de fármacos capazes de combater efetivamente a infecção) e o evidente atraso na imunização da população contra a covid-19. Esses fatores, por sua vez, **determinaram** centenas de milhares de mortos a mais do que a média mundial (cerca de 80% de mortes evitáveis) e incontáveis sobreviventes com sequelas graves/persistentes, como demonstraremos a seguir.

3. DOS ÓBITOS EVITÁVEIS, DOS SOBREVIVENTES COM SEQUELAS E OUTROS DANOS CAUSADOS À POPULAÇÃO

Conforme demonstrou o estudo “A Linha do Tempo da Estratégia Federal de disseminação da covid-19”, elaborado por pesquisadores do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Universidade de São Paulo (USP), a análise do conjunto de atos dos gestores da UNIÃO ao longo da pandemia de covid-19 no Brasil “**revela o empenho e a eficiência em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional**, declaradamente com o objetivo de retomar a atividade econômica o mais rápido possível, o que segundo o Tribunal de Contas da União, configura a “opção política do Centro de Governo de priorizar a proteção econômica”.

De acordo com o que será detalhado adiante e que se confirma pelo estudo citado, os gestores federais atuaram em defesa da imunidade de rebanho por contágio, contra as medidas sanitárias não farmacológicas de controle da transmissão da doença (uso de máscara, distanciamento social, testagem e rastreamento de casos), a favor do chamado “tratamento precoce” sem respaldo legal ou científico, pela incitação constante da população a se expor ao vírus, pela banalização das mortes e sequelas causadas pelo SARS-CoV-2 e contra a vacinação em massa da população, com atrasos injustificáveis para aquisição de imunizantes e ataque direto à segurança e eficácia das vacinas.

Números apresentados pelo Professor em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas-RS e coordenador do EPICOID19, Pedro Rodrigues Curi Hallal, à CPI da Pandemia, demonstraram que o Brasil poderia ter poupado 80% das vidas perdidas para a covid-19 se tivesse atuado apenas de forma mediana durante a pandemia. Segundo documento apresentado à CPI, por ocasião de seu depoimento³⁶:

36 Cópia dos documentos apresentados à CPI foram enviadas a este MPF por meio do Ofício nº 383/2021/GR/REITORIA-UFPel, de 09/10/2021.

“Existem inúmeras abordagens metodológicas para comparar o desempenho brasileiro com o restante do mundo no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Em **publicação na revista The Lancet**, em janeiro de 2021 (Anexo 7), o depoente utilizou uma metodologia simples: **comparar o percentual de mortes por Covid-19 no Brasil com o que seria esperado de acordo com o tamanho da população do país. O Brasil tem 2,7% da população mundial e, portanto, se tivesse um enfrentamento da pandemia na média mundial, seria esperado que tivesse 2,7% das mortes por Covid-19 no mundo.** No entanto, na época da publicação, o Brasil concentrava 10,8% das mortes por Covid-19 no planeta. Portanto, até aquela data, o Brasil possuía 4,0 vezes mais mortes por Covid-19 do que seria esperado de acordo com o tamanho de sua população.

Em função do depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito, o depoente atualizou os cálculos, **até o dia 19 de junho de 2021**, com dados do sítio eletrônico <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Até essa data, **o Brasil representava 12,9% das mortes por Covid-19 no planeta.** Portanto, até a presente data, o Brasil possui 4,8 vezes mais mortes por Covid-19 do que seria esperado de acordo com o tamanho de sua população.

É possível, portanto, afirmar que **quatro de cada cinco mortes por Covid-19 no Brasil poderiam ter sido evitadas caso o país estivesse na média mundial em termos de enfrentamento da pandemia.**

(...)

Outra maneira de comparar o desempenho brasileiro com o do resto do mundo é avaliar a mortalidade acumulada por Covid-19. Os dados, extraídos do sítio eletrônico <https://ourworldindata.org/covid-deaths>, estão disponibilizados na Figura 1.

(...)

A mortalidade acumulada por Covid-19 era de 494 mortes por 1 milhão de habitantes no dia 18 de junho de 2021. No Brasil, a mortalidade acumulada era de 2345 mortes por 1 milhão de habitantes, na mesma data. A diferença é de 4,7, muito parecida com a obtida no método de comparação pelo tamanho da população.

Novamente, é possível afirmar que quatro de cada cinco mortes ocorridas por Covid-19 no Brasil poderiam ter sido evitadas caso o Brasil estivesse na média mundial de enfrentamento da pandemia. Para ser exato, no momento que o Brasil atingiu 500 mil mortes, 394 mil poderiam ter sido evitadas caso nosso desempenho no enfrentamento da pandemia fosse igual a média mundial. **Analizando-se o ranking dos países com maior mortalidade acumulada por Covid-19 no planeta, o Brasil ocupa a 9ª posição**, atrás apenas do Peru, Hungria, Bósnia, República Tcheca, San Marino, Macedônia, Bulgária e Montenegro.

Entre os 10 países com maior população do mundo, o Brasil é disparadamente aquele com maior mortalidade acumulada, sendo o único com mais de 2000 mortes por 1 milhão de pessoas. Sete dos 10 países mais populosos do mundo possuem mortalidade acumulada inferior a 1000 mortes por 1 milhão de pessoas (Figura 2)”. (grifamos)

Atualizando os cálculos acima para o início de dezembro de 2021, podemos afirmar que **mais de 492 mil óbitos por covid-19 poderiam ter sido evitados entre 2020 e 2021** se a UNIÃO tivesse cumprido minimamente seu papel constitucional de gestora do SUS e garantidora da saúde e da vida da população.

Conforme destacou o médico sanitário da Fundação Oswaldo Cruz e ex-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Cláudio Maierovitch, em seu depoimento à CPI da Pandemia em 11/06/2021, embora tivéssemos um robusto sistema de saúde pública e vigilância

epidemiológica e um programa nacional de imunização exemplar, não organizamos nem utilizamos esses recursos da forma devida para garantir a segurança, a saúde e a vida da população. Confira-se:

“Apenas para trazer uma ilustração, **no ano de 2019**, houve um estudo feito pela Universidade Johns Hopkins em que **o Brasil era o 22º país num índice chamado Índice Global de Segurança em Saúde**, que avalia diferentes dimensões da preparação e da organização do país para responder a possíveis ameaças à saúde pública. Naquele momento, os Estados Unidos ocupavam o primeiro lugar nesse índice; e a China, o 41º lugar, ou seja, 19 posições abaixo do Brasil. **O Brasil, nesse mesmo estudo, ocupava o nono lugar no mundo, entre 195 países, no quesito resposta rápida ao alastramento de epidemias e mitigação.**

Já um **outro estudo realizado no ano passado** – um ano depois, aproximadamente –, um estudo australiano **situava o Brasil em último lugar na resposta à pandemia, 98º, para ser mais preciso, entre os países estudados**; Estados Unidos, em 94º. O Brasil e os Estados Unidos, então, estavam juntos num conjunto de países com lideranças negacionistas, naquela definição que a Natalia apresentou agora, e que resistiram à imposição de medidas de contenção da epidemia, ao lado de Donald Trump, ao lado inicialmente de Boris Johnson, Alexander Lukashenko, que dizia que vodka e sauna poderiam resolver a epidemia. E, neste período, vários desses líderes foram revendo suas posições. Um exemplo mais conhecido, eu acredito, era o Primeiro-Ministro do Reino Unido, o Boris Johnson, que inicialmente falava do isolamento vertical, da necessidade de que o vírus se espalhasse, para que a população ficasse imunizada e que as pessoas mais frágeis deveriam ser isoladas.

(...)

No Brasil, nós tínhamos um sistema instalado. Esse que aparece no estudo da Johns Hopkins reflete o que era a preparação do Brasil para a epidemia. E eu vou descrever sucintamente o significado disso.

Nós temos, em primeiro lugar, **o Sistema Único de Saúde, um dos poucos países ou o único país com esta dimensão de mais de 100 milhões de habitantes com um sistema público dessa magnitude, de acesso universal, capilarizado, que, portanto, dá acesso a pessoas dos mais diferentes locais do país à atenção à saúde.** Qual é a importância disso? Em qualquer lugar deste País que alguém apresente sintomas, esse alguém pode ser captado pelo serviço de saúde, pode ser diagnosticado, tratado e orientado e podem ser adotadas, em consequência, medidas de controle a partir daquela localidade, seja o Município, seja a vila mais remota deste País, particularmente, com a existência da estratégia de Saúde da Família, onde equipes de profissionais atuam no território, conhecem as pessoas e são conhecidas pelas pessoas, conhecem a maneira como se organizam os serviços, o comércio, o ambiente, o saneamento das suas áreas de atuação.

É um país que tem um sistema nacional de vigilância em saúde e que estabeleceu, ao longo dos anos – vou lembrar aqui uma referência – **os seus planos de emergência e planos de contingência.** **Nós temos, desde 2014, um plano mestre para resposta em emergência de saúde pública neste País e vários planos específicos.** Falo isso com certa tranquilidade, porque tive a oportunidade de estar envolvido na confecção e na coordenação do trabalho de elaboração desses planos quando estive no Ministério da Saúde naquele período. Esses planos... Qual é o sentido deles? É que justamente diversas coisas estejam pensadas previamente para quando da ocorrência de uma crise. Posso citar exemplos: no momento de crise, em que há necessidade de resposta, é preciso comprar insumos emergenciais. É apenas um exemplo. Quando... O Senador Humberto foi Ministro, tive a honra de conviver com ele naquele momento e de integrar a equipe do ministério, e sabe do que eu estou falando aqui com muita propriedade. Quando, no momento de uma crise, se identificar: "Precisa comprar um medicamento tal", então isso passa por um período de definição de qual é o medicamento, definição técnica, especificação, elaboração de edital, passagem pelo jurídico etc. etc., até que se consiga, enfim, lançar uma compra emergencial ou uma licitação, qualquer coisa nesse sentido, para adquirir o medicamento. **Quando há preparação, tudo isso deve ter sido aprontado previamente. Então, está lá pronto o edital, está lá pronta a especificação do**

medicamento adequado para cada uma das crises que podem surgir. Então, isso tem um significado enorme quando se trata de velocidade. E, em geral, se agente fala de epidemia, a gente fala de velocidade, a gente fala de pressa para resolver as coisas.

Então, o Brasil tinha isto: planos de emergência, planos de contingência específicos.

O Brasil tem uma Agência Nacional de Vigilância Sanitária organizada. Isso significa a possibilidade de medidas necessárias nos pontos de entrada do País, nos pontos de circulação, medidas em relação a produtos, à organização de serviços, para verificação da garantia de segurança para os profissionais de saúde, segurança dos equipamentos como estes que a gente está utilizando, indicação de quando deve ser usado ou não deve ser usado, orientação à população quanto à sua proteção.

Temos uma rede de laboratórios de saúde pública, uma rede de laboratórios de pesquisa preparada para responder à emergência de saúde pública também. Temos laboratórios de produção de medicamentos invejáveis no mundo, laboratórios públicos de produção de medicamentos. Estamos entre os poucos países de baixa e média renda – somos de média renda nessa classificação – que têm esse tipo de estrutura.

O Programa Nacional de Imunizações, que vai completar seus 50 anos de vida, também é tido como exemplar no mundo inteiro. É um programa que oferece todas as vacinas do calendário sugerido pela Organização Mundial da Saúde de forma gratuita a toda a população, atingindo todas as faixas etárias.

Temos planos específicos, como o treinamento de epidemiologia em serviço de saúde, o EpiSUS, já completando 20 anos. Apenas mencionando a existência desse programa, nesse momento estamos aqui, na nossa organização Fiocruz, formando 800 pessoas em especialização em Epidemiologia de Campo para respostas à epidemia. Temos estruturas de formação, tanto no aparelho universitário, como nas instituições próprias de Governo. A Fiocruz, onde eu trabalho – não represento aqui institucionalmente, estou como pessoa física, mas onde eu trabalho –, me traz orgulho pelo seu desempenho nesse campo, a universidade aberta do SUS, uma estrutura de comunicação que sempre conseguiu se colocar frente às crises do campo da saúde pública.

E, no entanto, com tudo isso, o que nós vimos, desde o início da crise, foi a existência de um plano, a existência de uma coordenação nacional de resposta à pandemia. Trago isso para explorar esta contradição entre aqueles dois estudos que citei inicialmente: o do Brasil como liderança e o do Brasil em último lugar na resposta à pandemia.

Então, o que poderíamos ter tido desde o início? Em primeiro lugar, a presença do Estado, naturalmente. A presença do Estado como? **A presença do Estado com um plano de contenção – era a ideia inicial, antes de a epidemia entrar no Brasil.** Isso significava **uma preparação não apenas para as chamadas barreiras sanitárias, de muito baixa eficácia para doenças que têm portadores assintomáticos, mas, especialmente, para detecção rápida, para testagem, para isolamento, para rastreamento de contatos. Nós tínhamos experiência para fazer isso no nosso Sistema Único de Saúde em diversas doenças.** Sarampo é um dos grandes exemplos, mas temos muitas doenças de natureza semelhante, de transmissão respiratória, que conseguimos controlar na nossa história.

Esse plano deveria prever uma organização, então: de que maneira o sistema de saúde deve funcionar para responder à epidemia? **Um plano, naturalmente, tem que conter um planejamento em relação a insumos.** Então, aquilo a que a gente assistiu... "Olha, falta oxigênio, falta kit de intubação, faltam profissionais etc.!" Vai faltar tudo se não houver plano. Um plano prevê necessariamente o seu monitoramento. **Nós estávamos acostumados a trabalhar com isso em diversas crises com a constituição de um Comitê de Operações de Emergência em Saúde, o Coes, acompanhando as respostas e necessidades de cada Estado e de cada Município.**

Trago, para o meu orgulho, no currículo, digamos assim, a experiência – e a experiência em si não é feliz no campo da saúde pública nunca – de um resultado positivo no enfrentamento da

epidemia de zika, que aconteceu há poucos anos, cinco anos atrás, em que o Brasil foi o epicentro de uma emergência em saúde pública de importância internacional. **Naquele período, se constituíram os mecanismos de gestão, planejamento, comunicação e organização, que conseguiram colocar o conjunto das forças da saúde e das forças do Poder Público e, inclusive, privado** – houve cooperação privada naquele momento – com objetivos comuns. Então, tínhamos o nosso Coes funcionando com um comitê executivo, digamos assim, para cuidar dos assuntos operacionais da crise. Tínhamos o GEI, que é o Grupo Executivo Interministerial, que existe por força de dispositivo legal; é um dispositivo de emergência em saúde pública que reúne quase todo o conjunto dos ministérios dessa Esplanada, com as suas diferentes atribuições. **Tínhamos, então, coordenação dentro da saúde, coordenação interministerial e coordenação nacional.**

Naquele momento, funcionou um gabinete de crise e uma coordenação operacional, com a sala de controle nacional funcionando, com o apoio da Defesa Civil nacional, que se comunicava continuamente com todos os Estados, onde se instalaram também salas de controle estaduais e salas de controle em cada uma das capitais brasileiras, ou seja, **trata-se de uma estrutura de coordenação, coisa que nós não vimos acontecer neste período, senão para caçar responsabilidade do próprio Ministério da Saúde, na medida em que se constituíram grupos fora do Ministério da Saúde para cuidar da crise.**

Tampouco tivemos o planejamento da resposta social e da resposta econômica. O que significaria isso? Criar formas de permitir às pessoas que adotassem as medidas de isolamento físico, particularmente um auxílio emergencial substancial que fosse mantido. Apenas lembro que este Congresso Nacional aprovou um valor bastante superior àquele que era proposto pelo Governo inicialmente no ano passado e conseguiu mantê-lo até o final do ano passado. Entre janeiro e abril, não houve qualquer tipo de auxílio; houve, ao contrário, o estímulo pra que as pessoas trabalhassem e retomassem suas atividades normais. Em seguida, um auxílio de valor insuficiente pra manutenção das pessoas, que lhes permitisse qualquer medida de isolamento.

Tampouco tivemos algum plano na área econômica pra reorganizar o funcionamento dos diferentes segmentos à realidade da pandemia, desde a produção de insumos específicos necessários pra resposta à epidemia até a reorganização de trabalho em empresa, de forma que as pessoas fossem estimuladas a trabalhar em setores que necessitavam. Nós vimos aí muitos exemplos citados na imprensa, ao longo desse tempo, de segmentos que cresceram, cresceram de forma espontânea, sem apoio oficial, sem articulação, de forma que este crescimento significasse geração de emprego, significasse algum tipo de suporte às pessoas e distribuição de renda.

E mais especificamente, o plano de imunização que tivemos é um plano pífio, é um plano que não entra nos detalhes necessários pra um plano de imunização que deve existir no País. E, mais uma vez, assim, sinto-me à vontade, porque, no departamento que eu cuidava no Ministério da Saúde, encontrava-se a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Não tivemos, por exemplo, critérios homogêneos definidos para o Brasil inteiro, de forma que ficou a cargo de cada Estado e de cada Município definir seus próprios critérios. O que pode parecer democrático, um sistema descentralizado, mas, frente a uma epidemia dessa natureza e com a escassez de recursos que temos, isso deixa de ser democrático pra produzir iniquidades, na medida em que é difícil para os gestores locais ou mesmo para os estaduais gerenciar diferentes expressões e diferentes critérios pra adoção de prioridades pra vacinação. **Não tivemos sequer um plano pra aquisição dos imunobiológicos. Então, assistimos estarecidos a um desestímulo oficial a que um grande laboratório nacional assumisse a produção de vacinas.**

Certamente o cenário teria sido muito diferente se houvesse uma política oficial não apenas de busca da compra de imunizantes, mas de busca de articulações e de acordos para a produção nacional. Certamente o Instituto Butantan poderia ter agido mais rápido e com mais pujança, com uma produção mais relevante e possivelmente até mesmo acelerando os seus estudos.

(...)

Não tivemos a implantação de um sistema de informação específico em tempo hábil e isso seria fundamental para organizara imunização, especialmente com a quantidade de variedades de vacinas diferentes, com tempos diferentes, eventualmente com indicações ligeiramente diferentes.

Não tivemos treinamento – isso é uma coisa inédita praticamente no Brasil –, implantação de uma vacina nova sem o treinamento específico para que isso acontecesse.

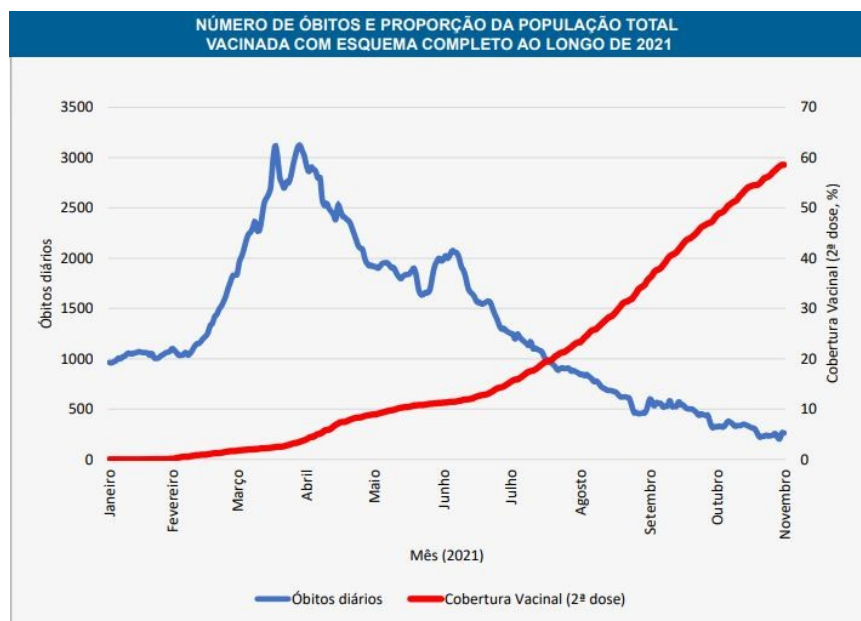
Não tivemos investimento na atenção básica, que é o ponto do sistema de saúde mais fundamental para resposta a maior parte das epidemias. Nós temos perdido gente na atenção básica, perdido agentes comunitários de saúde, perdido médicos, apenas... Nem precisamos lembrar disso, do fim do Programa Mais Médicos, perdido enfermeiros, perdido outros profissionais; então, os profissionais que já estavam sobrecarregados antes desta crise foram insuficientes para qualquer tipo de resposta excepcional.

Não tivemos comunicação. Não me lembro, talvez alguém se lembre, posso citar como exemplo, algum tipo de campanha nacional, **seja para orientação quanto a conduta das pessoas para se proteger, fosse especialmente para dizer o que é a vacina.** Por que duas doses? Quem deve tomar? Qual é a ordem? Então, **com isso, tivemos um sistema desorganizado que respondeu apenas pelo acúmulo anterior que ele tinha, sem protocolos operacionais, sem formação das pessoas para evitar perdas de vacinas, sem anotação adequada, sem que os profissionais estivessem preparados para orientar as pessoas**”. (grifamos)

De acordo com as estimativas dos especialistas, portanto, é certo que poderíamos ter tido cerca de 20% dos óbitos totais por covid-19 se ficássemos na média mundial (aproximadamente 123 mil), desde que tivéssemos adotado *as ações baseadas em evidências científicas*, como pontuado pelo Professor Pedro Hallal à CPI.

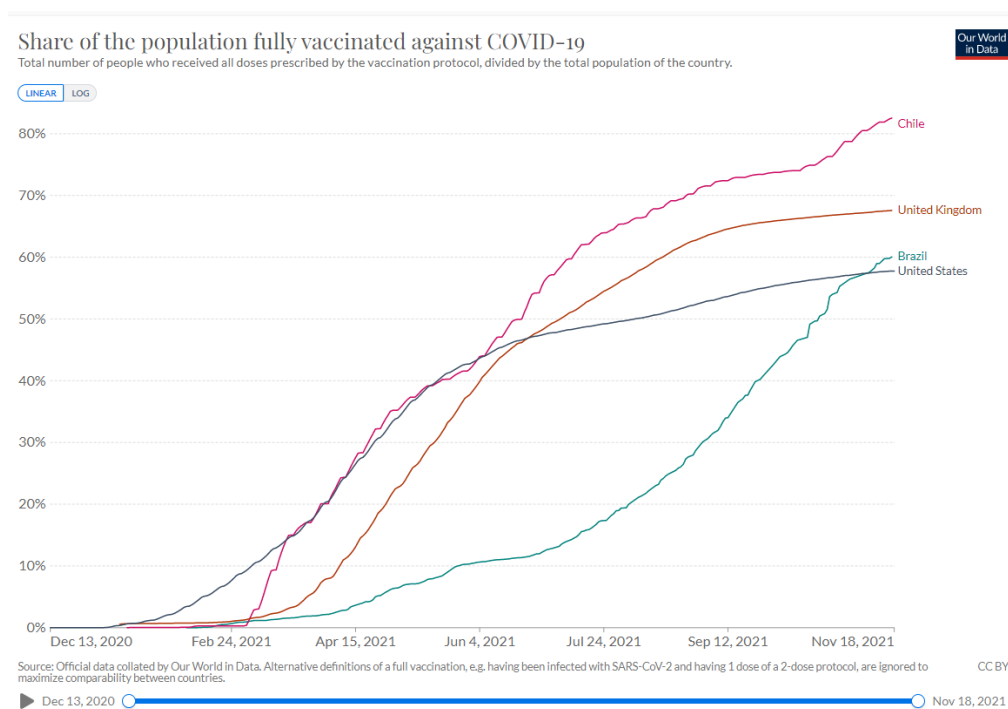
No que se refere às vacinas, não há dúvidas de que efetivamente têm prevenido milhares de infecções e óbitos. Entretanto, os atrasos na ampla imunização da população resultaram em **ao menos 145 mil mortes evitáveis no Brasil até junho de 2021.**

O Boletim do Observatório Covid-19 da Fiocruz, de 17/11/2021, apontou a manutenção das tendências de queda dos indicadores relacionados à transmissão do SARS-CoV-2, **“comprovando a efetividade da campanha de vacinação, que tem por um dos seus objetivos reduzir a gravidade da doença entre os vacinados”**. Conforme o gráfico constante do referido Boletim, é possível visualizar como a queda de óbitos acompanha o crescimento da cobertura vacinal na população, o que corrobora que as vacinas cumprem o objetivo de impedir casos graves e fatais da



doença. Confira-se:

No entanto, o atraso no início da vacinação brasileira fica evidente quando comparado à imunização em países como Chile, Estados Unidos e Reino Unido, que adquiriram as vacinas com a antecedência necessária e, em meados de agosto de 2021, alcançavam mais da metade de seus cidadãos devidamente imunizados (Chile com 66%, Estados Unidos com 50% e Reino Unido com 57%), contra apenas 20% da população brasileira totalmente vacinada. Confira-se³⁷:



Iniciamos a vacinação em 17/01/2021. Mais de 3 meses depois, em 18/04/2021, contávamos somente com 4% da população totalmente vacinada. Com as doses adicionais da Pfizer e da Coronovac que poderíamos ter adquirido para entrega **ainda no 1º trimestre de 2021** (janeiro a março), poderíamos ter imunizado mais de 20% da população brasileira no mesmo período. E isso sem contar com outras vacinas que também poderiam ter sido negociadas com maior antecedência ou em maior quantitativo, como Janssen e AstraZeneca.

37 Dados e gráficos disponíveis em <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> Acesso em 18/11/2021.

Em documentos apresentados à CPI, o Professor Pedro Hallal estimou que essas doses adicionais e antecipadas de vacinas da Pfizer e Coronavac poderiam ter poupado entre 95 mil e 145 mil vidas. Confira-se:

“4. Impacto do atraso na aquisição de vacinas

Considerando somente as informações prestadas nos depoimentos dos senhores Carlos Murillo (Pfizer) e Dimas Covas (Butatan) a esta egrégia Comissão Parlamentar de Inquérito, **o depoente estimou, conservadoramente, que o atraso na compra de vacinas pelo Governo Federal resultou na morte de 95.500 pessoas**, utilizando equação simples considerando a eficácia das vacinas, a taxa de infecção e a letalidade da doença. O cálculo é conservador porque o depoente, ao considerar a eficácia das vacinas, utilizou a eficácia global, e não a eficácia contra mortalidade, que é maior tanto para a Coronavac quanto para a vacina da Pfizer. Além disso, o depoente utilizou a letalidade média, desconsiderando que as vacinas seriam inicialmente aplicadas para a população idosa, que possui letalidade por Covid-19 bastante superior a observada nas outras faixas etárias.

Estudo recente, liderado pelo Dr. Eduardo Massad, Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e Professor de Matemática Aplicada da Fundação Getúlio Vargas, **estimou que esse número é, na verdade, de 145 mil mortes**. O estudo reuniu um grupo de pesquisadores e o modelo utilizado usa técnicas de cálculo mais complexas e considera 24 variáveis, como a taxa de infecção de pessoas expostas, a mortalidade natural dos brasileiros, a taxa de recuperação de quem pegou Covid-19, a taxa de hospitalização e o ritmo de vacinação. A pesquisa identificou o comportamento dessas variáveis desde o início da pandemia até o final de 2020, e a partir dessa dinâmica projetou a evolução para 2021. **Importante destacar que esse número ignora mortes que poderiam ter sido evitadas por outras políticas públicas, como maior incentivo ao uso de máscaras e ao distanciamento social**. Segundo o pesquisador principal, Dr. Massad: "Essas 145 mil mortes neste ano são atribuíveis apenas ao fato de o governo ter rejeitado as ofertas de vacina". (grifamos)

Outro estudo, de SANTOS et al. (2021), denominado “Impactos das decisões das autoridades públicas na vida e na morte da população: covid-19 no Brasil, março de 2021”³⁸, analisou quantas vidas de maiores de 80 anos poderiam ter sido poupadas em março de 2021 apenas com cerca de 3 milhões de doses de imunizantes da Pfizer recebidos e aplicados até 28/02/2021, conforme calendário proposto pela empresa ao Ministério da Saúde em agosto de 2020.

Adotando-se postura e cálculos muito conservadores, os pesquisadores concluíram que ao menos 3.564 óbitos de maiores de 80 anos poderiam ter sido evitados **no mês de março de 2021**, “*caso o Ministério da Saúde do Brasil tivesse contratado, em agosto de 2020, as 70 milhões de doses da vacina Pfizer/BioNTech, conforme proposta apresentada pela farmacêutica Pfizer*”.

O Relatório Final da CPI da Pandemia menciona, ainda, dois outros estudos realizados pelo mesmo grupo de pesquisadores, a fim de estimar o número de vidas de maiores de 70 anos e de maiores de 60 anos que poderiam ter sido poupadas em abril de 2021 e maio de 2021, respectivamente, com a compra antecipada de vacinas da Pfizer. Confira-se:

38 Santos et al (2021). Impacto das decisões das autoridades públicas na vida e na morte da população: covid-19 no Brasil. Março de 2021. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2182/version/2315> Acesso em 22/11/2021.

“Oportuno mencionar, ainda, os estudos de Santos et al. (2021). Até o momento foram produzidos 3 artigos, que buscam mensurar o impacto das decisões das autoridades públicas na vida e na morte da população, com foco na covid-19. O objetivo do primeiro artigo foi responder à pergunta: entre as pessoas que faleceram de covid-19 com 80 anos ou mais de idade no mês de março de 2021, no Brasil, quantas dessas poderiam estar vivas, caso o Ministério da Saúde tivesse adquirido, em agosto de 2020, as 70 milhões de doses da vacina Pfizer/BioNTech?

O segundo artigo focou nas pessoas com 70 anos ou mais de idade que não teriam falecido de covid-19 no mês de abril de 2021 e o terceiro artigo nas pessoas com 60 anos ou mais que não teriam falecido no mês de maio de 2021. A metodologia é a mesma nos 3 artigos.

Uma quantidade estimada de 13.855 pessoas com 80 anos ou mais de idade faleceu no Brasil no mês de março de 2021 vítima da covid-19. A imunização com as duas doses da vacina Pfizer teria representado um percentual aproximado de imunização de 27,08% da população com idade igual ou superior a 80 anos que estava sujeita ao risco de falecer por covid-19 nesse período no Brasil (com controle para idosos que só tomaram uma dose e para idosos que declararam não ter interesse em se vacinar). O estudo considerou a eficácia de 95% da vacina para prevenção do óbito por covid-19.

Ou seja, $13.855 \times 27,08\% \times 95\%$ equivaleriam a 3.564 vidas salvas em março de 2021.

Considerou-se um atraso de 5% na entrega das doses e a perda de 1% das doses por conta de eventuais desperdícios, acidentes etc. O segundo artigo, seguindo a mesma metodologia, estimou que 5.326 pessoas com 70 anos ou mais de idade não teriam falecido de covid-19 no Brasil no mês de abril de 2021, e o terceiro artigo estimou que 3.773 pessoas com 60 anos ou mais não teriam morrido de covid-19 no Brasil em maio de 2021.

(...)

Os três estudos supracitados estimam que 12.663 pessoas com 60 anos ou mais de idade não teriam falecido nos meses de março, abril e maio de 2021 caso o Ministério da Saúde tivesse contratado, em agosto de 2020, as 70 milhões de doses da vacina Pfizer”.

Sem vacinas e sem medidas não farmacológicas de contenção da transmissão viral, vimos casos e óbitos dispararem tragicamente, especialmente a partir de fevereiro de 2021, por todo o país. Como demonstraremos, além de não adquirir as vacinas a tempo de imunizar rapidamente grande parte dos brasileiros, os gestores da UNIÃO atuaram contra o distanciamento social, o uso de máscaras e o fechamento de atividades não essenciais, o que elevou ainda mais o número de infectados e mortos.

Estudo publicado em junho de 2021 pelos pesquisadores Guilherme Loureiro Werneck, Ligia Bahia, Jéssica Pronestino de Lima Moreira e Mário Scheffer, envolvendo o Instituto de Medicina Social da UERJ, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, denominado “**Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil**”³⁹, estimou que ao menos 120 mil óbitos poderiam ter sido evitados até março de 2021, com políticas adequadas de controle de transmissão e atendimento de pacientes:

“Políticas de controle da transmissão da Covid-19 e relacionadas ao atendimento aos pacientes foram incorretas, tardias, insuficientes e intermitentes. Houve falhas na

39 Documento disponibilizado à CPI da Pandemia, acessível pelo link <https://legis.senado.leg.br/comissoes/docsRecCPI?codcol=2441&s=08> (documento 1174), apresentado pela pesquisadora Jurema Werneck, diretora-executiva da ONG Anistia Internacional, por ocasião de seu depoimento, em 24 de junho de 2021.

coordenação das ações e no provimento de recursos e insumos estratégicos para a saúde e concessão de apoios financeiros e redução de tarifas a pessoas e famílias bem como oferta de créditos e empréstimos a empresas. Omissões conjugadas com ações equivocadas do governo federal impediram a adoção de bloqueios com estratégias populacionais e uma melhor organização dos serviços de saúde. **A responsabilidade de evitar mortes na pandemia compete aos governos nacionais. No Brasil, a recusa às orientações para mitigar casos e mortes impediu poupar vidas. Aproximadamente 120 mil mortes, entre as que ocorreram até o final de março de 2021, poderiam ter sido evitadas por medidas não farmacológicas para o controle da transmissão na comunidade.**

Os pesquisadores elaboraram um quadro com representação das etapas dos processos de transmissão e adoecimento da covid-19 e ações que podem impactar nessas etapas:



Elaboração própria: adaptação de Krieger, 2020⁴; IASC, 2020⁵

Esclareceram, ainda, que:

Nesse contexto, **destacam-se as medidas de vigilância epidemiológica, incluindo ampla testagem, busca ativa de casos para promover o isolamento e o rastreamento de contatos com recomendação de quarentena.** Essas medidas visam quebrar as redes de transmissão comunitária da infecção.

Em conjunto com as medidas de vigilância epidemiológica, deve-se lançar mão das medidas não farmacológicas (por exemplo, uso de máscaras, manutenção do distanciamento

físico, restrição da mobilidade e da taxa de contato entre pessoas, entre outras ações).

Reduzir a transmissão é uma forma efetiva de reduzir a carga da mortalidade, já que a diminuição dos níveis de transmissão leva à redução do número de casos e, por conseguinte, do número de casos que evoluirão para formas graves da doença e, eventualmente, morte.

A segunda frente envolve a preparação do sistema de saúde para prover atenção imediata e adequada ao doente. Nesse contexto destacam-se a oferta de recursos humanos treinados e em quantidade suficiente, leitos hospitalares e de UTI, medicamentos de suporte (anestésicos, corticoides e relaxantes musculares, por exemplo), oxigênio e ventiladores mecânicos, entre outros insumos. Uma adequada assistência ao paciente com Covid-19 é um elemento central para a redução da letalidade dos casos sintomáticos (case-fatality rate).

Não restam dúvidas que essas medidas reduzem os níveis de transmissão, simplesmente porque elas limitam as oportunidades de transmissão, já que para uma infecção respiratória se propagar há a necessidade de contato próximo entre pessoas.

Assim, qualquer medida que reduza o contato entre pessoas (por exemplo, isolamento, quarentena, proibição de agrupamentos em ambientes fechados) terá um efeito de reduzir a transmissão.

Argumentos contrários ao uso de medidas não farmacológicas não encontram base no conhecimento sobre a dinâmica de transmissão de doenças respiratórias e podem gerar, portanto, ações inapropriadas para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.

A falta de implementação de medidas não farmacológicas tem como resultado o aumento e/ou manutenção da transmissão, gerando novos casos e mortes. Em termos objetivos, a opção deliberada por esse tipo de conduta tem um efeito de contribuir para a promoção da transmissão e suas consequências principais, as hospitalizações e as mortes. (grifamos)

Ainda nesse sentido, um estudo conduzido por pesquisadores do IPEA, denominado “Mortalidade por covid-19 e queda do emprego no Brasil e no mundo”⁴⁰ apontou que **o Brasil registrou, somente em 2020, proporcionalmente mais mortes por covid-19 do que 89,3% dos demais 178 países.** Ainda segundo o estudo, *“quando a comparação desses registros é ajustada à distribuição populacional por faixa etária e sexo em cada país, o resultado brasileiro se torna pior que os de 94,9% dos mesmos 178 países”.*

Dessa forma, mesmo com população muito mais jovem e enfrentando um vírus que é significativamente mais letal para idosos, o Brasil conseguiu sair-se pior do que quase todos os países, ficando atrás apenas de nove nações (Peru, México, Belize, Bolívia, Equador, Panamá, Macedônia do Norte, Colômbia e Irã).

Além dos mortos, tragicamente o Brasil contabiliza milhares de cidadãos lutando contra sequelas da doença ou com a chamada “Síndrome pós-covid” ou “Covid Longa”.

Dos 22.043.112 de casos confirmados de covid-19 no Brasil até 24/11/2021, a

⁴⁰ Disponível em

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210514_nt_mortalidade_emprego_marcos_hecksher_public_preliminar.pdf Acesso em 22/11/2021.

UNIÃO listava 21.264.713 de “*casos recuperados*” em suas páginas oficiais⁴¹. Ocorre que uma parcela considerável desses cidadãos não está, de fato, recuperada. **Muitos enfrentam ou enfrentaram por meses sintomas do que se tem chamado de Covid Longa. Outros deixaram os hospitais com inúmeras sequelas e estima-se que cerca de 25% dos pacientes graves tenham falecido no prazo de até seis meses após a alta hospitalar, em razão das complicações causadas pela doença**⁴².

“Para Regis Goulart Rosa, médico intensivista e pesquisador do Hospital Moinhos de Vento, de Porto Alegre, e representante da Coalizão COVID Brasil⁴³, **os sistemas de saúde devem se preparar para o tratamento intensivo de recuperação dos pacientes com Long Covid, um fenômeno que faz com que os infectados fiquem com sequelas a longo prazo.**

Os sintomas podem persistir dos casos leves aos mais graves, afetando coração, pulmões, rins e intestino. O projeto Coalizão VII ainda está em andamento e conta com a participação de mais de mil pessoas que já foram infectadas. Estas são monitoradas por ligações a cada três, seis, nove e 12 meses após a alta hospitalar.

(...)

A Coalizão VII constatou que um a cada quatro pacientes que foram intubados na UTI morrem em até seis meses após alta hospitalar, em consequência de alguma complicação da doença. Os dados mostram que 46,3% das pessoas que precisaram de ventilação mecânica, 66,3% morreram. Aqueles que não precisaram do tratamento intensivo representam 9% no índice de mortalidade. **A porcentagem não representa um problema no processo de intubação e, sim, a gravidade da sequela deixada após a infecção.** A intubação feita de forma correta e no momento certo, ao contrário que muitos pensam, salva vidas.

(...)

Além dos problemas cardiológicos, respiratórios, neurológicos e fraqueza muscular, o que também vem preocupando os médicos é a precariedade da saúde mental daqueles que precisaram ficar hospitalizados. O estresse pós-traumático, ansiedade e depressão são algumas doenças que os profissionais da saúde consideram como sequelas da infecção da COVID-19, independente da gravidade da doença. **Os pacientes mais graves vêm apresentando a chamada “síndrome pós-UTI”,** que acarreta a fraqueza muscular e redução da capacidade física. Os dados apontam que 52% dos pacientes pós-UTI têm sequelas mentais: 22% dos pacientes desenvolveram ansiedade, 19% depressão e 11% estresse pós-traumático. Os outros 48% pacientes que foram internados em UTI e acompanhados pelo estudo não reportaram sequelas mentais.⁴⁴”

Um estudo publicado em agosto de 2021 por pesquisadores da University College London, da Oregon Health and Science University e do NewYork-Presbyterian Hospital⁴⁵ acompanhou milhares de voluntários de 56 países e **também constatou que pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 podem apresentar mais de 200 sintomas, por prazos maiores de seis meses, e**

41 Disponível em <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 25/11/2021.

42 Conforme o estudo “Coalizão Covid-19 Brasil”, uma aliança para condução de pesquisas da OMS formada pelo Hospital Israelita Albert Einstein, HCor, Hospital Sírio-Libanês, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Brazilian Clinical Research Institute (BCRI) e Rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva (BRICNet).

43 Artigo sobre o Estudo Coalizão VII está disponível em <https://www.scielo.br/j/rbti/a/4PPZnCTrD4f7FyWFnzDn3kR/>

44 Disponível em <https://sites.unipampa.edu.br/cienciacao/files/2021/04/coalizao-covid-brasil-um-estudo-sobre-as-sequelas-do-coronavirus.pdf> Acesso em 25/11/2021.

45 Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00299-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00299-6/fulltext) Acesso em 5/11/2021.

mesmo que não tenham tido covid-19 grave. É a Covid Longa, condição que inclui sintomas como névoa mental, sensação de zumbido, fadiga, alucinações visuais, tremores, coceira na pele, alterações no ciclo menstrual, disfunção sexual, palpitações cardíacas, problemas de controle da bexiga, herpes zoster, perda de memória, visão turva, diarreia, dentre outros. De acordo com o estudo, cerca de 22% dos pacientes afirmaram não conseguir mais trabalhar em razão da Covid Longa e cerca de 45% precisaram solicitar horário de trabalho reduzido.

Em artigo publicado no jornal O Globo em 13/07/2021, a médica e pesquisadora da Fiocruz, Margareth Dalcolmo⁴⁶, afirmou que:

“A curva de aprendizado por ela gerada, para que a entendêssemos como uma doença sistêmica, trombogênica, capaz de comprometer a microcirculação em todos os órgãos, foi e é ainda permanente. **Hoje, nosso maior desafio é lidar com as sequelas da chamada “Covid longa”**, presente em cerca de 80% dos que se curam, e comprometendo diferentes sistemas do corpo, com diversos graus de gravidade. A **reabilitação pós-Covid-19 exige serviços multidisciplinares, a serem implementados na estrutura do SUS**”.

Já em entrevista ao portal Colabora, publicada em 24/11/2021⁴⁷, a Dra. Margareth enfatizou novamente que a Covid Longa é o maior desafio da medicina e exige a formação de serviços multidisciplinares voltados à reabilitação dessas pessoas:

“**A Síndrome de Covid Longa (ou Pós-Covid) eu hoje considero o maior desafio da Medicina. Exige serviços de reabilitação muito complexos e multidisciplinares, porque as sequelas não são apenas respiratórias, mas até mesmo psíquicas.** Há uma enorme quantidade de trabalhos publicados sobre as consequências a médio e longo prazos da covid-19 em termos psiquiátricos. **Além disso, sabemos que 58% dos pacientes saem da doença com um quadro de fadiga crônica, o que torna a reincorporação a uma vida de normalidade bastante complexa.** A Covid Longa exige a formação de serviços muito bem montados, com médicos de diversas especialidades, como cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, fisioterapeutas motores e respiratórios e neurologistas, entre outros. Há muitas sequelas neurológicas, vasculares e cardíacas, há pacientes que fazem necroses de extremidade tardiamente. A reabilitação dessas milhares de pessoas que precisam ser reincorporadas à vida normal é bastante difícil.”

Infelizmente, não sabemos, no Brasil, quem ou quantas são essas pessoas padecendo de complicações de saúde pós covid-19, eis que a UNIÃO simplesmente as contabiliza num painel de “recuperados” e, mais de 20 meses após o início da pandemia no Brasil, **não foi capaz de elaborar um protocolo de cuidados multidisciplinares específico para esses pacientes**⁴⁸.

Na ausência de protocolos nacionais para atendimento dos pacientes acometidos de Covid Longa ou outras sequelas decorrentes da doença, **alguns entes federativos vêm criando serviços específicos de reabilitação, dentro da estrutura do SUS.** É o caso, por exemplo, das

46 Disponível em <https://blogs.oglobo.globo.com/a-hora-da-ciencia/post/oito-em-cada-dez-pessoas-que-se-curam-da-covid-19-tem-sequelas-nosso-desafio-tratar.html> Acesso em 25/11/2021.

47 Disponível em <https://projetocolabora.com.br/ods3/margareth-dalcomo-pos-covid-e-o-maior-desafio-da-medicina/> Acesso em 25/11/2021.

48 A UNIÃO não tem mapeado ou avaliado sistematicamente os casos de Covid Longa ou de óbitos após alta hospitalar por complicações e sequelas decorrentes da doença.

cidades de São Paulo⁴⁹ e dos estados do Rio de Janeiro⁵⁰ e Rio Grande do Sul.

O Rio Grande do Sul publicou, inclusive, uma “Nota Orientadora para Atenção Primária à Saúde nos casos de pós-COVID-19”⁵¹, que, corroborando os estudos acerca da Covid Longa (ou Síndrome pós-covid), esclarece que:

“Quanto ao tempo de duração dos sintomas, estudos realizados até o momento o classificam em dois grupos: a) sintomas persistentes da COVID-19: sinais e sintomas da COVID-19 que duram de 4 a 12 semanas após a infecção aguda; b) síndrome pós-COVID-19: sinais e sintomas que se desenvolvem durante ou após a infecção por SARS-CoV-2, continuam por mais de 12 semanas e não são explicados por diagnósticos alternativos.

Em relação à prevalência populacional dos sintomas prolongados, não há estudo definitivo, porém, um estudo (CARFI et al, 2020) estimou que cerca de 80% dos pacientes relataram ao menos um sintoma após 60 dias do início do quadro. Sabe-se que a maioria dos casos irá apresentar quadro auto-limitado, com resolução em até 12 semanas e a terapia deve ser direcionada para o alívio dos sintomas e estratégias de enfrentamento.”

Não há, no entanto, diretrizes nacionais aptas a embasar esses atendimentos ou mesmo centros de reabilitação em todas as localidades brasileiras, o que aumenta as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no país.

É extremamente importante lembrarmos, ainda, que não se trata de simples números de mortos ou números de sobreviventes com sequelas, mas **de indivíduos, de famílias, cujas histórias de vida foram interrompidas e/ou tragicamente alteradas por uma doença evitável e controlável.**

O relato da enfermeira obstétrica Mayra Pires Lima à CPI da Pandemia, em 18/10/2021, ilustra bem as incontáveis e inestimáveis chances (de vida e de saúde) perdidas pelos brasileiros em razão das ações e omissões dos agentes da UNIÃO na condução da pandemia:

49 “Na cidade de São Paulo, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) oferece o serviço de reabilitação e acompanhamento de pessoas que tiveram Covid-19 e ficaram com alguma sequela da doença após a recuperação. (...)

Nos casos de sequelas mais leves, que não oferecem tanto impacto às atividades de rotina, o acompanhamento é feito na própria UBS, com apoio de equipes multiprofissionais da Atenção Básica compostas por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e educador físico.

Já em casos de sequelas moderadas e graves, o atendimento ocorre nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centro de Apoio Psicossocial (Caps) e ambulatório de especialidades médicas, entre outros serviços, também com apoio de equipe multiprofissional.

A SMS oferece, ainda, reabilitação no domicílio para pacientes acamados que necessitam de pelo menos uma visita semanal. Esse serviço é realizado pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap)”. Trecho de reportagem disponível em <https://www.capital.sp.gov.br/noticia/saude-oferece-acompanhamento-pos-covid-para-usuarios-do-sus> Acesso em 26/11/2021.

50 “O Governo do Estado inaugurou, nesta segunda-feira (31/05), um ambulatório multidisciplinar para o tratamento das sequelas da Covid-19 no Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe), vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A expectativa é atender, por semana, 300 pacientes encaminhados pelos sistemas de regulação estadual e municipal.” Trecho de reportagem disponível em http://www.rj.gov.br/NoticiaDetalhe.aspx?id_noticia=14477&pl=governo-do-estado-inaugura-ambulat%C3%B3rio-multidisciplinar-para-tratamento-das-sequelas-da-covid Acesso em 26/11/2021.

51 Disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202107/23152302-nota-orientadora-aps-pos-covid-19-ses-rs-jul-2021-1-3.pdf> Acesso em 26/11/2021.

“Nós tivemos muitos óbitos, infelizmente perdemos ótimos médicos obstetras, perdemos colegas para depressão, para suicídio; e isso falo de todas as categorias. **Na enfermagem, nós tivemos 82 óbitos** – isso registrado, **fora os que ficaram sequelados**, que ficaram com depressão, que realmente tiveram a saúde mental debilitada. Até hoje, eu faço terapia. **Eu peguei covid duas vezes, cuidei da minha irmã internada em um dos hospitais de Manaus**. Eu estava no 14º dia de tratamento e mal conseguia respirar, mas eu tive que levá-la para o hospital porque ela também não conseguia respirar.

Então, nós tivemos várias situações no Amazonas que poderiam ter sido resolvidas com um pouco de bom senso e um pouco de humanidade por parte dos gestores, principalmente porque vários conselhos de saúde, não somente da enfermagem, não somente da medicina, tentaram orientar os gestores quanto à necessidade de alguns EPIs, quanto à necessidade de profissionais capacitados.

Hoje eu vejo que a minha irmã não sobreviveu não somente por culpa de uma pessoa, mas por causa de uma rede de culpabilidade que precisa realmente ser identificada, precisa ser resolvida essa situação.

Ano passado, nós tivemos muitos casos de óbitos de colegas, tivemos grávidas... Uma situação: **onde eu trabalho, nós tivemos seis óbitos de gestantes em uma semana**. E a gente sabe que, quando a gestante falece, **muitas vezes os bebês vão junto**, porque muitas vezes a gente não consegue resolver a situação

(...)

O que é que aconteceu? **A minha irmã faleceu no dia 10 de fevereiro com 100% do pulmão comprometido, e a minha irmã entrou no hospital saturando 95% em ar ambiente. Todos os dias, nós víamos dez pessoas morrerem na nossa frente, agonizando**. Elas entravam e morriam por causa de várias situações. Eu não culpo os médicos, não culpo os meus colegas, porque eles não tinham com o que trabalhar.

(...)

Mas, enfim, a situação da minha irmã se agravou por causa disso. Ela agravou, foram feitos todos os tratamentos, toda a equipe médica fez o tratamento, e **ela faleceu no dia 10 de fevereiro, às 12h50. Dois dias antes, os filhos dela, os gêmeos, fizeram quatro meses de idade. E ela faleceu, deixando os dois órfãos, assim como tantas outras crianças em Manaus ficaram órfãs, desamparadas**.

(...)

Lá teve caso, na ONG que ajudo, em que **a menina perdeu o pai, a mãe, a avó, todo mundo. Ela ficou sozinha com outras crianças menores**. Será que a gente conhece essa história? Será que a gente realmente se preocupa com isso? Sinceramente, eu estou aqui mais preocupada com o futuro das crianças do que realmente por qualquer outro motivo.

Hoje, sim, apesar de toda a minha situação financeira, que não é muito boa, mas que também não é tão ruim... Muitas vezes os bebês receberam doações. É difícil! **Antes de eu adotar os bebês, eu tinha um filho e, agora, cuido de quatro crianças. Então, imaginem a mudança na minha vida total, não é?**

(...)

Com relação a tudo isso, fica aqui o meu desabafo, porque a minha irmã não volta, não volta mesmo. **Até hoje eu não consegui nem viver o meu luto, porque, dois meses depois, eu perdi outro irmão. Então, assim, a minha mãe, que tinha cinco filhos, hoje tem três**. Então, ela não conseguiu viver... (...)

Estou sequelada, tenho problemas de respiração porque peguei covid, tive 30% do meu pulmão comprometido, trabalhei, cuidei da minha irmã com falta de ar, doente; mesmo assim eu tive que cuidar dela, porque não tinha condições de outra pessoa cuidar. Se todas as pessoas da minha casa estavam doentes, quem ia cuidar dela? Minha irmã foi para o hospital se arrastando, e, muitas vezes, as pessoas não sabem disso porque não conhecem a realidade

do outro”. (grifamos)

A jovem Giovana Gomes Mendes da Silva também contou sua história à CPI. Aos 19 anos, perdeu a mãe e o pai para covid-19 num intervalo de 14 dias, ficando responsável pela guarda e cuidados da irmã de apenas 11 anos. Em sua fala, traduziu como “a perda de uma vida de alegria” a consequência da tenebrosa gestão da pandemia pela UNIÃO e estampou o abandono da UNIÃO a todos os filhos e familiares daqueles que se foram:

“Então, dois dias depois do falecimento da minha mãe, meu pai foi internado. E a gente não teve nem tempo de sofrer pela minha mãe, não é? Porque eu... Por exemplo, minha mãe tinha falecido há dois dias, e já tive que estar com meu pai no hospital, não tive nem oportunidade de chorar nem nada do tipo, porque eu não podia ficar chorando na frente do meu pai, não é? Eu tinha que passar que estava tudo bem, tinha que mostrar força, não é? Então, ele passou acho que foram 13 dias internado e veio a óbito também. Foi uma diferença de 14 dias do meu pai e da minha mãe. Quando meus pais faleceram, a gente não perdeu só os pais, a gente perdeu uma vida, não é? Uma vida de alegria... Eu costumo dizer que a gente vive uma vida de alegria com momentos de tristeza, uma vida normal, sempre tem alguma coisa assim, mas hoje a gente vive uma vida triste, com uma ou outra coisa que deixa a gente alegre. Então, eu penso dessa forma.

(...)

Continuando. Então, **hoje a gente tem esses mais de 600 mil mortos pela covid, essas mais de 120 mil crianças e adolescentes órfãos por conta da covid.** Inclusive, essa ajuda de custo que o senhor mencionou é de extrema importância, mesmo porque eu e minha irmã, a gente sentiu isso diretamente, assim como está sentindo até agora. Inclusive, eu tenho uma dúvida sobre isso, porque **a minha mãe faleceu de covid e meu pai faleceu com uma sequela da covid.** Ele tinha um câncer que ainda poderia ter um tratamento; ele pegou a covid; e o câncer dele se generalizou a ponto de não ter mais tratamento; e depois ele faleceu de câncer. Então, isso daí vai contemplar a gente, por exemplo, eu e minha irmã? A pergunta era essa.

(...)

Sim. E, além disso, também o apoio psicológico. **Hoje eu e minha irmã temos psicólogo e psicopedagogo porque alguém se propôs a fazer gratuitamente, um amigo, mas a gente não teria se não fosse isso. Então, também é importante essa ajuda psicológica”.** (grifamos)

Marcia de Azeredo Neto, a seu turno, deu seu relato à **AVICO – Associação de Vítimas e Familiares de Vítimas da Covid-19**, contando o pesadelo enfrentado durante a doença e a absoluta falta de amparo estatal para lidar com as sequelas dela decorrentes:

Trabalho em uma escola, no final de janeiro eu e minha mãe apresentamos sintomas do covid, fizemos o teste que positivou. Minha mãe foi internada na Santa Casa e o médico do posto mandou ficar 7 (eu disse 7 dias) em casa. Em 5 dias eu estava semi morta por hipoxia silenciosa, minha sobrinha me internou na santa casa e precisaram entubar. Tive a primeira parada cardiorrespiratória, os médicos falaram pra minha sobrinha se despedir, pois não voltaria mais. Fui transferida para Piracicaba, no hospital da Unimed, **fiquei febre inteiro entubada. Nesse tempo tive mais 3 paradas cardiorrespiratórias, me desentubaram, entubaram novamente, enfim, resisti,** (os médicos dizem que foi um milagre eu ter sobrevivido).

Saí sem andar, comer, não fazia nada sozinha. Minha mãe também foi entubada e hoje está com traqueostomia, está voltando a andar, mas as sequelas estão muito grandes. Estou fazendo vaquinhas para conseguir fazer um exame porque o SUS não está fazendo

(broncoscopia). Estamos sobrevivendo mal e porcamente, ela na fisioterapia e eu cuidando dela.

Minha vida nunca mais voltou a ser normal, estou psicologicamente abalada e esgotada, é como um sonho que nunca acaba. (grifamos)

A AVICO⁵² foi fundada em 08/04/2021 com a finalidade de reunir, apoiar e mobilizar sobreviventes e familiares de vítimas da pandemia de covid-19 no Brasil e vem realizando um trabalho pioneiro de acolhimento às famílias das vítimas e aos sobreviventes com sequelas, tendo coletado mais de uma centena de depoimentos constantes de planilha anexa a essa exordial, dentre os quais o de Marcia de Azeredo Neto.

Como ela, **diversos sobreviventes relataram à AVICO o sofrimento por que têm passado em razão das sequelas da doença**, incluindo alterações radicais de vida e saúde – como as geradas por amputação de membros por trombose causada pela covid-19 – e aquelas que impedem – não se sabe se provisória ou definitivamente - o retorno ao trabalho e às atividades do dia a dia, como ansiedade, fadiga excessiva, depressão, problemas cardíacos, dentre outros.

Conforme estimam as pesquisas sobre Covid Longa, além das centenas de milhares de mortos que pranteamos, **outros milhões de brasileiros podem estar enfrentando dificuldades em obter atendimento para diagnóstico e tratamento das sequelas deixadas pelo SARS-CoV-2, sem que sequer sejam contabilizados pela UNIÃO**. As vítimas, portanto, são todos aqueles que perderam a chance de sobreviver ou de seguir vivendo sem novos agravos à saúde, bem como os familiares enlutados, privados da convivência com aqueles que tanto amavam, tudo em razão de ações e omissões dos gestores da UNIÃO na condução da pandemia, conforme veremos a seguir.

4. DAS AÇÕES E OMISSÕES DOS GESTORES PÚBLICOS DA UNIÃO NA CONDUÇÃO DA PANDEMIA DE COVID-19

4.1. Da busca pela imunidade de rebanho por contaminação natural

Desde o início da pandemia de covid-19 no Brasil, o Presidente da República JAIR BOLSONARO, juntamente com outros agentes públicos federais, apostou na contaminação massiva da população, a fim de alcançar a propalada “imunidade de rebanho”.

Conforme apontado pela CPI da Pandemia em seu Relatório Final, *“a atuação negligente do governo federal na aquisição de vacinas apenas reforça as hipóteses levantadas nos capítulos anteriores deste Relatório: optou-se por priorizar a cura via medicamentos, e não vacinação, e expor a população ao vírus, para que fosse atingida mais rapidamente a imunidade de rebanho pela contaminação natural”*.

52 <https://avicobrasil.com.br/>

A ideia, que tudo indica ter partido de um grupo de aconselhamento paralelo do Presidente BOLSONARO (que ficou conhecido como “gabinete paralelo”), consistiu em permitir que o SARS-CoV-2 se propagasse livremente entre a população, fazendo-se, quando muito, um (impossível⁵³) isolamento vertical, a fim de se evitar tão somente a contaminação de idosos e pessoas com comorbidades.

Essa estratégia levou os gestores federais a resistirem fortemente à implementação de medidas não farmacológicas, tais como o uso de máscaras e o distanciamento social, bem como a não adquirir, com a celeridade devida, vacinas para covid-19. Por outro lado, resultou na propagação absolutamente ilegal do ineficaz “tratamento medicamentoso precoce”, o que levou a população a se expor mais ao vírus, confiante de que bastariam algumas pílulas do “kit covid” para que não corresse risco de desenvolver a forma grave da doença.

Ainda de acordo com a CPI da Pandemia:

“Pelas provas colhidas, foi possível concluir que **o Presidente da República assessorado pelo gabinete paralelo defendia o atingimento da imunidade de rebanho por meio da contaminação coletiva pelo vírus**. A estratégia era favorecer a propagação do novo coronavírus, contrapondo-se à adoção de medidas não farmacológicas que contribuíssem para evitar a contaminação, sobretudo o distanciamento social e o uso de máscaras.

Dessa forma, **o governo federal, de maneira reiterada, estimulou a população brasileira a seguir normalmente com suas vidas, sem tomar as cautelas necessárias**. Para defender esse ponto de vista, invocava a proteção e a preservação da economia e incentivava a manutenção de toda e qualquer atividade econômica, bem como das aulas presenciais nas redes pública e privada de ensino. **Foram feitas campanhas publicitárias com foco na economia e até mesmo em detrimento da saúde**.

A tese chegou a ser defendida de modo velado pela Secretaria de Comunicação (SECOM), que elaborou o vídeo intitulado “O Brasil não pode parar”, em momento em que a OMS e o próprio Ministério da Saúde recomendavam a adoção de medidas de distanciamento social, vídeo esse teve sua distribuição proibida pelo ministro do STF, Luís Roberto Barroso.

(...)

Em sintonia com a peça publicitária elaborada pela Secom, **o Ministério da Educação, sob o comando do então ministro Abraham Weintraub, lançou a campanha publicitária “A vida não pode parar”, com foco na manutenção das datas do Enem 2020**, mesmo após a Justiça Federal de São Paulo determinar o adiamento do exame. No vídeo da referida campanha, atores interpretando o papel de estudantes dizem que “a vida não pode parar”, que uma geração de novos profissionais das mais diversas áreas não pode ser perdida.¹¹ A campanha custou aproximadamente R\$ 320 mil aos cofres públicos.¹²

Abraham Weintraub somente admitiu a possibilidade de adiamento do Enem quando o Senado Federal aprovou um projeto determinando o adiamento do exame¹³ e remeteu esse projeto à Câmara dos Deputados. Diante de uma iminente derrota no parlamento, o então ministro admitiu a possibilidade de adiamento do Enem e defendeu uma consulta aos candidatos inscritos para definição das novas datas¹⁴.

53 A realidade brasileira, em que uma grande parcela da população mora com vários familiares, em pequenos espaços, em que coabitam crianças, jovens, idosos e pessoas com as mais diversas doenças e comorbidades de risco para covid-19, não permite sequer que se cogite algum tipo de isolamento vertical, pois, na prática, é impossível isolar somente os idosos e com doenças prévias.

Ademais, **Abraham Weintraub explorou o orçamento público como um instrumento de chantagem e de pressão pelo retorno às aulas.** Em seu perfil no Twitter, o então ministro anunciou que as universidades que estivessem dando aulas receberiam mais recursos e seriam premiadas, além de acusar os governadores de terem parado o Brasil e paralisado as aulas nas instituições privadas de ensino.¹⁵

(...)

A princípio, **a imunidade de rebanho adquirida pelo contato com o vírus foi defendida abertamente por pessoas ligadas ao Presidente da República**, tal como pelo Deputado Osmar Terra, como já visto. Entretanto, com a evolução e o agravamento da pandemia, o assunto passou a ser tratado com menos profusão, o que, como já dito, não impediu o Presidente Jair Bolsonaro de defender essa tese, ora de forma velada, ora de maneira explícita. Esse comportamento restará claramente evidenciado neste Relatório, quando da análise do desestímulo governamental ao uso de medidas não farmacológicas.

(...)

Uma **comunicação diplomática de 21 de outubro de 2020** relata conversa entre o embaixador Sérgio Eduardo Moreira Lima e o professor Nicolai Petrovsky, diretor de pesquisas da empresa Vaxine. Na ocasião, o Brasil solicitava mais informações sobre a vacina. **O professor informa que, ao contrário da gripe espanhola, a imunidade contra a covid-19 tem-se mostrado temporária, o que torna inviável a estratégia de imunidade de rebanho.** O embaixador pede para transmitir as informações ao Ministério da Saúde.”

O MRE parecia buscar por mais informações sobre a imunidade de rebanho no exterior. A fala do professor Petrovsky contrasta flagrantemente com a fala da Secretária Mayra Pinheiro na CPI.

Diante do que restou apurado, portanto, nota-se que **o governo federal estava alinhando com a ideia da imunidade de rebanho por contaminação natural**, não só em época que não se sabia sobre agressividade do vírus, como depois que se verificou que estávamos diante de uma doença para a qual não havia vacina ou tratamento, ou seja, com alto poder de letalidade. Da mesma forma, **verificou-se que a estratégia adotada foi temerária e ignorou o fato de nenhuma pandemia ter sido, até hoje, controlada por meio da imunidade de rebanho pela infecção**”.(grifamos)

Merece registro, ainda, a 88ª Reunião da Comissão Externa de Enfrentamento à COVID-19 no Brasil, ocorrida na Câmara dos Deputados em 28/10/2020⁵⁴, da qual participaram, dentre outros, o líder do governo Deputado Ricardo Barros e médicos que assessoravam o “gabinete paralelo” sobre a pandemia (Anthony Wong, Nise Yamaguchi, Paolo Zanotto), ocasião em que foi defendida **publicamente** a tese da “imunidade de rebanho” e foram apresentadas teorias – sem embasamento científico – de que o isolamento horizontal aumentaria os casos de covid-19, de que 50% a 60% da população brasileira já teria um tipo de “imunidade cruzada” por exposição a outros vírus e vacinas e, portanto, *“elas jamais vão desenvolver a doença”* e de que a população poderia voltar à normalidade porque haveria um tratamento precoce eficaz para a doença. O Dep. Ricardo Barros, inclusive, abriu a reunião afirmando expressamente que *“Eu pessoalmente acredito que nós deveríamos retomar totalmente a normalidade da sociedade, fazer o isolamento vertical, ou seja, só idosos e imunodeprimidos terem cuidados especiais, e, desta forma, nós adquiriríamos a*

54 Disponível em <https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/60054> e <https://escriva.camara.leg.br/escriva-servicosweb/html/60054> Acesso em 24/11/2021.

imunidade de rebanho, encerrariamos a epidemia e faríamos um plano de retomada econômica sustentável, no médio e longo prazos”.

Especialistas ouvidos pela CPI esclareceram, no entanto, que a covid-19 é uma infecção por vírus RNA, um tipo de material genético com tendência a sofrer mutações com facilidade e, portanto, a imunidade de rebanho pela exposição ao vírus seria impossível de ser atingida e não seria uma estratégia inteligente. **A imunidade de rebanho seria, assim, um termo vacinal, só alcançada com campanhas de vacinação, e não pela transmissibilidade da doença.**

Ademais, acrescentaram que, no cenário da covid-19, a implementação da imunidade de rebanho pela simples transmissibilidade da doença **implicaria uma quantidade tão grande de doentes e mortos, que não seria sequer eticamente aceitável cogitá-la.** Confira-se trecho do Relatório Final da CPI a esse respeito:

No mesmo sentido, foram as explicações dadas pelo Dr. Maierovitch. Ele explicou, inicialmente, que a expressão imunidade de rebanho originou-se na área veterinária, pois a vacinação de uma parte da criação de animais evita a circulação do agente infeccioso, proporcionando proteção mesmo dos animais que não foram vacinados. No cenário da covid-19, a teoria da imunidade de rebanho pela transmissibilidade da doença implica uma quantidade tão grande de doentes e mortos, que não seria sequer eticamente aceitável cogitá-la.

Ademais, discorreu sobre um estudo da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – entregue a esta CPI –, no qual se alega que **a aparente inexistência de planejamento do governo frente à pandemia talvez revele a existência de um plano interrompido em março de 2020.** Nesse plano, alguns poucos líderes internacionais acreditaram que o melhor caminho para vencer a crise era que **a doença se espalhasse rapidamente para que os mais frágeis morressem, desonerando a previdência e os serviços de saúde – acontecimento positivo do ponto de vista econômico –, enquanto os que sobrevivessem continuariam “tocando” a economia.** Isso foi chamado de **imunidade de rebanho.** Afirmou, por fim, que **o governo brasileiro se manteve na posição de produzir imunidade de rebanho na população, às custas de vidas humanas,** ao invés de adotar as medidas reconhecidas pela ciência para enfrentar a crise. (grifamos)

Com efeito, se considerarmos apenas a mortalidade direta pelo vírus (cerca de 1% dos infectados), teríamos 150 milhões de infectados (70% da população brasileira), com 1,5 milhão de mortos. Entretanto, como vimos ocorrer entre janeiro e abril de 2021 em todo o país, **mesmo uma pequena parcela da população contaminada simultaneamente gerou colapsos em cadeia em todo o sistema de saúde** (público e privado), resultando em falta de leitos, de insumos e de pessoal capacitado para atendimento dos doentes (seja de covid-19, seja de outras doenças ou condições).

Defender que 150 milhões de brasileiros deveriam se infectar rapidamente a fim de se atingir a propalada “imunidade de rebanho” equivale a dizer que mais de 22 milhões de doentes precisariam de leitos hospitalares quase concomitantemente. E isso somente para covid-19! É o mesmo que afirmar que centenas de milhares de enfermos necessitariam de suporte

ventilatório e leitos de UTI num país que contava com cerca de 46 mil leitos no início de 2020⁵⁵ e mais 21 mil leitos abertos entre 2020 e início de 2021.

Num cenário hipotético de alta contaminação, sem distanciamento social e sem uso de máscaras, faltariam leitos para milhões de brasileiros, o que aumentaria exponencialmente o número de óbitos, com uma letalidade por covid-19 muito acima de 1%.

Não fossem as medidas de limitações de atividades, distanciamento social e uso obrigatório de máscaras adotadas por prefeitos e governadores, o plano federal de obtenção de “imunidade de rebanho” por contaminação natural teria causado um número ainda mais trágico de mortes e de sobreviventes com graves sequelas.

4.2. Da omissão na aquisição tempestiva de vacinas para imunização coletiva

Os gestores da UNIÃO permaneceram, ao longo do ano de 2020, durante largo tempo, omissos em relação à negociação e à aquisição de vacinas contra a covid-19, como estratégia de combate à pandemia.

Como se explicará adiante, nesta inicial, **ainda não há** nenhuma droga acessível, de forma massiva, que possa prevenir o contágio, o desenvolvimento de sintomas ou que evite a internação de um grande número de enfermos por covid-19. Assim, como bem frisou a ANVISA, quando da aprovação emergencial das vacinas do Butantan e da Fiocruz, em 18/01/2021, **a vacina é a única alternativa terapêutica realmente eficaz para prevenir o contágio, minimizar as formas graves da doença e reduzir a transmissibilidade coletiva do vírus, o que se comprovou, na prática, com o avanço da imunização da população brasileira.**

Diante de uma doença que leva à internação de cerca de 15% dos infectados e a óbito algo próximo de 1% dos pacientes (se disponível atendimento médico adequado), comunidade científica e governos de vários países iniciaram, em 2020, verdadeira corrida contra o tempo para pesquisar e desenvolver tratamentos e/ou vacinas aptos a controlar a pandemia.

Se os resultados das pesquisas com medicamentos ainda não foram muito promissores⁵⁶, é certo que, **no final de novembro de 2020**, havia quase três centenas de vacinas em desenvolvimento, sendo 58 delas com estudos clínicos (em pessoas) e 12 dessas com estudos das fases II e/ou III publicados, ou seja, prontas ou quase prontas para uso em massa na população⁵⁷.

55 Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf Acesso em 12/11/2021.

56 À exceção de anticorpos monoclonais e medicamentos orais, cujos resultados ainda pendem, em sua maioria, de análise pelas agências reguladoras. Os únicos fármacos do tipo atualmente autorizados pela Anvisa são o casirivimabe e imdevimabe, que não foram incorporados ao SUS.

57 Conforme dados do Relatório Técnico “Monitoramento de vacinas em desenvolvimento contra SARS-CoV-2” do

Paralelamente às pesquisas, governos de diversos países negociaram contratos com laboratórios e farmacêuticas a fim de garantir doses de vacinas aos seus cidadãos tão logo fossem comprovadas sua eficácia e segurança pelas agências reguladoras.

Nesse passo, o **Reino Unido** deu início à vacinação com o imunizante do laboratório Pfizer em **08/12/2020** e, até o dia 02/02/2021, já havia administrado 10,52 milhões de doses de vacina em seus habitantes. Os **Estados Unidos** também fecharam acordos de compra de vacinas com os laboratórios Pfizer e Moderna. O acordo com a Pfizer foi **fechado em 22/07/2020 para aquisição de 100 milhões de doses ainda em 2020** e, até o dia 03/02/2021, os EUA já haviam aplicado 33,88 milhões de doses de suas vacinas na população⁵⁸.

Países como Israel, China, Argentina, Rússia, Suíça, Sérvia, Noruega, Alemanha, Portugal, França, Itália, Chile, México e Arábia Saudita também iniciaram a vacinação da população **no final de 2020, com contratos e planos de vacinação elaborados com a antecedência que a pandemia reclamava.**

O Canadá celebrou tantos contratos com fabricantes de vacinas que pareciam promissoras que se estima que adquiriu vacinas suficientes para vacinar várias vezes a sua população⁵⁹. Dentre as vacinas compradas estão as das farmacêuticas Moderna, Pfizer, Astra Zeneca e Johnson & Johnson. A vacinação no país começou em **14/12/2020**.

Entretanto, no Brasil, a **UNIÃO não negociou a compra antecipada de vacinas com diversos fabricantes**, limitando-se, em 2020, a firmar contrato bilateral, via Fiocruz, com a empresa AstraZeneca, em **09/09/2020**⁶⁰, a partir de uma negociação iniciada pelos ex-Ministro da Saúde Nelson Teich⁶¹.

Em **03/11/2020**, dada a **injustificada omissão da UNIÃO em relação à contratação das vacinas**, o Conselho Nacional de Saúde expediu a **Recomendação nº 067/2020**⁶², provocando o Ministério da Saúde para que:

I – Assuma o papel de Coordenador-Geral das atividades de combate à Covid-19, em especial neste momento, com o gerenciamento e harmonização das condutas científicas e técnicas que levem a obtenção de vacina, em qualidade, eficácia, segurança e em número adequado para toda a população brasileira, de modo gratuito e oportuno;

II – Envie esforços para a aprovação da Medida Provisória nº 1.003/2020, que autoriza

Ministério da Saúde, de 30/11/2020, disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/20201130_cgpcclin_decit_sctie_ms_relatorio_tecnico_monitoramento_vacinas_sras-cov-2_atualizado.pdf. Acesso em 23/04/2021.

58 <https://operamundi.uol.com.br/coronavirus/67957/mapa-da-vacinacao-no-mundo-quantas-pessoas-ja-foram-imunizadas-contra-covid-19>

59 Disponível em <https://piaui.folha.uol.com.br/oferta-de-vacinas-no-canada-por-habitante-e-nove-vezes-do-brasil/>

60 Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-assina-contrato-de-100-milhoes-de-doses-da-vacina>

61 Conforme afirmou o ex-Ministro Nelson Teich em seu depoimento à CPI da covid-19, em 05/05/2021.

62 Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1442-recomendacao-n-067-de-03-de-novembro-de-2020>. Acesso em 29/04/2021.

a adesão do Brasil ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 – Covax Facility, administrados pela Aliança Gavi, para garantir o desenvolvimento e o acesso de todos às vacinas contra a Covid-19;

III - As vacinas vinculadas ao Covax Facility possam ter seus protocolos analisados pela ANVISA para verificação e possível obtenção de registro para uso no Brasil e incorporação no SUS;

IV – **Garanta a cobertura vacinal, divulgando, incentivando e mobilizando amplamente, por meio de uma campanha efetiva de vacinação para a Covid-19, quando houver vacina registrada na ANVISA**, e incorporada no SUS, e, ainda, que mantenha a população informada quanto às medidas não farmacológicas (como uso correto de máscaras, álcool 70, lavagem das mãos e distanciamento social);

V - Utilize, junto à ANVISA, de estratégias de comunicação para enfrentar notícias falsas quanto às vacinas e encaminhar ao Poder Público os casos que constituírem crimes, abusos ou situações que prejudiquem de alguma forma a saúde dos brasileiros e brasileiras;

VI - Garanta a aplicação do disposto na legislação brasileira de Propriedade Industrial, e outros dispositivos legais ou acordados, no que se aplica o abuso do poder econômico e a possibilidade de efetivação de Licença Compulsória para a produção de vacinas e outros itens necessários para atender a população brasileira;

VII - Garanta que os acordos internacionais de transferência de tecnologia na saúde, firmados pelo Ministério da Saúde, considerem todos os aspectos de boas práticas de pesquisa clínica, a fim de garantir a qualidade e segurança no uso de vacinas pela população brasileira. (grifamos)

Para ilustrar a dimensão da inação dos gestores federais, vale registrar que **não foram sequer adquiridas seringas suficientes em 2020** para que a vacinação contra a covid-19 pudesse abranger toda a população do país. Em ofício encaminhado ao STF em 12/01/2021 (ADPF nº 754), o ex-Ministro EDUARDO PAZUELLO informou que **sete dos estados brasileiros não tinham estoques de seringas e agulhas suficientes para a vacinação contra a covid-19**, restringindo-se a afirmar que o país receberia seringas e agulhas da OPAS, com entregas mensais previstas entre 25/01/2021 e 26/07/2021, em quantitativo que, se não fosse reforçado por novas aquisições, não seria igualmente suficiente para a aplicação de todas as doses⁶³.

Fato é que, enquanto países de todo o mundo se movimentavam para fechar contratos antecipados com diversos fabricantes de vacinas para garantir a imunização de seus cidadãos, a **UNIÃO não se antecipou nas tratativas com as farmacêuticas responsáveis pela produção das vacinas**, conforme se demonstrará nos itens a seguir.

Ademais, para além da inação na aquisição dos imunizantes tempestivamente, **houve atuação constante dos agentes públicos da UNIÃO, notadamente do Presidente da República JAIR BOLSONARO, para desacreditar a necessidade, a segurança e a eficácia das vacinas**.

Algumas das principais falas do representante máximo da UNIÃO, abaixo listadas, comprovam esse comportamento.

63 Com o fracasso do Pregão Eletrônico nº 159/2020 do Ministério da Saúde, que visava à aquisição de 300.000.000 (trezentos milhões) de seringas e agulhas, o governo suspendeu por tempo indeterminado novas aquisições, acusando o mercado de aumentar abusivamente os preços desses insumos.

Em 31/08/2020, em conversa com apoiadores no Palácio da Alvorada, o Presidente afirmou “*A vacina, ninguém pode obrigar ninguém a tomar*”⁶⁴.

Em 20/10/2020, ao desautorizar a compra de 46 milhões de doses da Coronavac anunciada pelo Ministério da Saúde, o Presidente postou no Twitter a seguinte mensagem: “*A vacina chinesa de João Doria: Para o meu Governo, qualquer vacina, antes de ser disponibilizada à população, deverá ser COMPROVADA CIENTIFICAMENTE PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE e CERTIFICADA PELA ANVISA. O povo brasileiro NÃO SERÁ COBAIA DE NINGUÉM. Não se justifica um bilionário aporte financeiro num medicamento que sequer ultrapassou sua fase de testagem. Diante do exposto, minha decisão é a de não adquirir a referida vacina*”⁶⁵.

Dias depois (22/10/2020), o ex-Ministro PAZUELLO, recuperando-se da infecção por coronavírus, participou de gravação online com o Presidente JAIR BOLSONARO e, em meio à propaganda do “kit covid” (cloroquina, azitromicina e Annita/nitazoxanida), ao final afirmou: “*Senhores, é simples assim, um manda e o outro obedece*”⁶⁶.

Em 26/10/2021, mais uma vez em conversa com apoiadores, o Presidente BOLSONARO fez novas críticas às vacinas e exortou o tratamento precoce: “*Todo mundo diz que a vacina que menos demorou até hoje foram quatro anos. Eu não sei por que correr em cima dessa (...) Não é mais barato, nem fácil, investir na cura do que até na vacina ou jogar nas duas? Mas também não esquecer a cura. A cura aí... Eu, por exemplo, sou um testemunho. Eu tomei a hidroxicloroquina, outros tomaram a ivermectina, outros tomaram Annita... E deu certo. E, pelo que tudo indica, todo mundo que tratou precocemente com uma dessas três alternativas aí foi curado*”⁶⁷.

Em 30/10/2020, em nova conversa com apoiadores, o Presidente voltou a atacar a vacinação: “*Está acabando a pandemia [no Brasil]. Acho que [o Dória] quer vacinar o pessoal na marra rapidinho porque vai acabar e daí ele fala: 'acabou por causa da minha vacina'. Quem está acabando é o governo dele, com toda certeza" (...) "Tem um governador lá [em São Paulo] um tanto quanto autoritário, que até [quer] dar vacina na marra na galera. O que eu vejo na questão da pandemia? Está indo embora, isso já aconteceu, a gente vê livros de história*”⁶⁸.

Já em 10/11/2020, em publicação no Facebook, o Presidente comemorou a suspensão

64 Disponível em <https://www.metropoles.com/brasil/politica-brasil/bolsonaro-diz-que-ninguem-e-obrigado-a-tomar-vacina-contracovid-19> Acesso em 12/11/2021.

65 Disponível em <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/10/21/nao-compraremos-a-vacina-da-china-diz-bolsonaro-em-rede-social.ghtml> Acesso em 19/11/2021.

66 Gravação de Pazuello e Bolsonaro de 22/10/2020, disponível em <https://youtu.be/H-XREELbrfs> Acesso em 19/11/2021.

67 Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/10/26/bolsonaro-volta-a-falar-em-cautela-para-adquirir-vacina.htm> Acesso em 12/11/2021.

68 Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/10/bolsonaro-diz-que-doria-e-autoritario-e-que-pandemia-no-brasil-esta-acabando.shtml?origin=folha> Acesso em 12/11/2021.

dos testes da vacina Coronavac (que foram retomados poucos dias depois): “*Morte, invalidez, anomalia. Esta é a vacina que o Doria queria obrigar todos os paulistanos a tomá-la. O presidente disse que a vacina jamais poderia ser obrigatória. Mais uma que Jair Bolsonaro ganha*”⁶⁹.

Em 15/12/2020, em evento organizado pela CEAGESP, desconsiderando que qualquer plano de vacinação diz respeito à proteção coletiva da saúde, o Presidente afirmou que “*Eu não vou tomar vacina e ponto final. Minha vida está em risco? O problema é meu*”⁷⁰.

Já em 16/12/2020, em entrevista após o protocolo do primeiro Plano Nacional de Imunização contra covid-19 ao STF, em entrevista, o Presidente JAIR BOLSONARO alegou que “*Lá no meio dessa bula está escrito que a empresa não se responsabiliza por qualquer efeito colateral. Isso acende uma luz amarela. A gente começa a perguntar para o povo: você vai tomar essa vacina?*”⁷¹. No mesmo dia, o ex-Ministro PAZUELLO questionou à imprensa sobre a vacinação: “*Para que essa ansiedade e essa angústia?*”⁷²

Em 19/12/20, o Presidente divulgou entrevista concedida ao Deputado Eduardo Bolsonaro, afirmando que “*A pandemia, realmente, está chegando ao fim. Temos uma pequena ascensão agora, que chama de pequeno repique que pode acontecer, mas a pressa da vacina não se justifica. (...) Vão inocular algo em você. O seu sistema imunológico pode reagir, ainda de forma imprevista*”⁷³. Na mesma data, em evento em Porto Seguro-BA, pontuou: “*Quem vai tomá-la? Eu não vou tomar! (...) Lá na Pfizer, tá bem claro lá no contrato: nós não nos responsabilizamos por qualquer efeito colateral. Se você virar um, um chin..., um jacaré, é problema de você (...) Se você virar Super-Homem, se nascer barba em alguma mulher aí, ou algum homem começar a falar fino, eles não têm nada a ver isso. E, o que é pior, mexer no sistema imunológico das pessoas. Como você pode obrigar alguém a tomar uma vacina que não se completou a terceira fase ainda, está na experimental.*”⁷⁴

Em 07/01/2021, em live ao lado do ex-Ministro PAZUELLO, o Presidente afirmou mais uma vez que “*Os laboratórios não querem assumir qualquer responsabilidade em caso de efeito colateral. (...) É uma vacina emergencial, não tem uma comprovação científica ainda. É irresponsabilidade qualquer autoridade no Brasil falar que se você não tomar, no meu estado, no seu município, você vai sofrer certas sanções*”⁷⁵.

69 Disponível em <https://www.dw.com/pt-br/bolsonaro-comemora-suspens%C3%A3o-de-testes-da-coronavac/a-55558007> Acesso em 12/11/2021.

70 Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/eu-nao-vou-tomar-vacina-e-ponto-final-problema-meu-diz-bolsonaro.shtml> Acesso em 12/11/2021.

71 Disponível em <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2020-12-16/bolsonaro-orienta-pazuello-a-mostrar-perigos-da-vacina-a-populacao-entenda.html> Acesso em 12/11/2021.

72 Disponível em <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2020/12/4895235-para-que-essa-ansiedade-e-essa-angustia--diz-pazuello-sobre-plano-de-vacinacao.html> Acesso em 12/11/2021.

73 Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=NjWRPVu-QsU> Acesso em 12/11/2021.

74 Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=IBCXkVOEH-8> Acesso em 24/11/2021.

75 Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=SzKDFYhRzOU> Acesso em 24/11/2021.

A mais recente investida do Presidente JAIR BOLSONARO contra as vacinas ocorreu em live transmitida em 21/10/2021⁷⁶, em que alegou que pessoas vacinadas contra a covid-19 teriam mais risco de ter AIDS: “*Outra coisa grave aqui. Só vou dar a notícia, não vou comentar. Já falei sobre isso no passado, apanhei muito, tá? Vamos lá. Relatórios oficiais do Governo do Reino Unido sugerem que os totalmente vacinados – quem são os totalmente vacinados? Aqueles que depois da segunda dose, né, 15 dias depois, 15 dias após a segunda dose, é totalmente vacinado – estão desenvolvendo a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida muito mais rápido que o previsto. Recomendo leia a matéria. Não vou ler aqui pra vocês porque posso ter problema com a minha live.*”

Registre-se, finalmente, que o Presidente BOLSONARO, ainda, repetiu, insistentemente, que a vacinação não seria obrigatória, tendo sido necessária decisão do STF, proferida no bojo na ADI 6586/DF, para assegurar que as entidades federativas pudessem aplicar medidas restritivas para, indiretamente, exigir a vacinação de toda a população, salvo contraindicações expressas⁷⁷.

4.2.1. Das vacinas da Pfizer-Biontech

A empresa Pfizer-Biontech ofereceu formalmente, **por pelo menos sete vezes**, contratos de aquisição de vacinas ao Brasil, **entre agosto de 2020 e março de 2021**.

Em ofício enviado ao MPF em 09/04/2020⁷⁸, a Pfizer informou datas e pautas das principais reuniões realizadas **desde maio de 2020** com o governo brasileiro, relativas à vacina para covid-19. Por exemplo, em 14/07/2020, a farmacêutica realizou um encontro técnico com representantes do Programa Nacional de Imunização (PNI) e, em 06/08/2020, houve reunião acerca do interesse do governo brasileiro em adquirir doses do imunizante da empresa.

Também foram encaminhadas **81 cópias de e-mails enviados pela Pfizer a**

76 Todos os vídeos com a referida transmissão ao vivo foram retirados das redes sociais pelas próprias plataformas. O trecho com a afirmação foi preservado pela assessoria técnica do MPF e consta dos autos do IC 1.16.000.001440/2021-00.

77**Decisão:** O Tribunal, por maioria, julgou parcialmente procedente a ação direta, para conferir interpretação conforme à Constituição ao art. 3º, III, *d*, da Lei nº 13.979/2020, nos termos do voto do Relator e da seguinte tese de julgamento: “(I) A **vacinação compulsória** não significa vacinação forçada, porquanto facultada sempre a recusa do usuário, **podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes**, e (i) tenham como base evidências científicas e análises estratégicas pertinentes, (ii) venham acompanhadas de ampla informação sobre a eficácia, segurança e contraindicações dos imunizantes, (iii) respeitem a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas, (iv) atendam aos critérios de razoabilidade e proporcionalidade e (v) sejam as vacinas distribuídas universal e gratuitamente; e (II) tais medidas, com as limitações acima expostas, **podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios**, respeitadas as respectivas esferas de competência”. Vencido, em parte, o Ministro Nunes Marques. Presidência do Ministro Luiz Fux. Plenário, 17.12.2020 (Sessão realizada inteiramente por videoconferência - Resolução 672/2020/STF).

78 Documento PR-DF-00031507/2021

representantes do Ministério da Saúde desde 20/05/2020⁷⁹, para tratar da vacina contra covid-19.

Em depoimento à CPI da covid-19, ocorrido em 13/05/2021, o Gerente-Geral da Pfizer na América Latina (e ex-Gerente-Geral no Brasil), Carlos Murillo, confirmou ter enviado ao Ministério da Saúde, em 16/07/2020, uma primeira “expressão de interesse”, resumindo as condições do processo que a Pfizer estava realizando em todo o mundo. Como consequência de reuniões realizadas com integrantes do Ministério da Saúde em agosto de 2020 (ainda sem participação do Ministro da Saúde), **foi realizada, em 14/08/2020, a primeira oferta formal vinculante ao Ministério, com prazo de validade de quinze dias, dividida em dois documentos: um para fornecimento de 30 milhões de doses e outro, para oferta de 70 milhões de doses.**

Sem obter qualquer resposta da UNIÃO, a Pfizer enviou **nova proposta em 18/08/2020**, com alterações no cronograma de entrega. Ainda ignorada, a empresa enviou uma **terceira proposta, em 26/08/2020**, mais uma vez alterando a previsão de entrega das doses. Eis um resumo das propostas e dos quantitativos oferecidos:

Data oferta	Total de doses	Dez/2020	1º trimestre/2021	2º trimestre/2021	3º trimestre/2021	4º trimestre/2021
14/08/2020	30 milhões	500 mil	1,5 milhões	5 milhões	14 milhões	9 milhões
14/08/2020	70 milhões	500 mil	1,5 milhões	5 milhões	33 milhões	30 milhões
18/08/2020	30 milhões	1,5 milhões	1,5 milhões	5 milhões	14 milhões	8 milhões
18/08/2020	70 milhões	1,5 milhões	1,5 milhões	5 milhões	33 milhões	29 milhões
26/08/2020	30 milhões	1,5 milhões	2,5 milhões	8 milhões	10 milhões	8 milhões
26/08/2020	70 milhões	1,5 milhões	3 milhões	14 milhões	26,5 milhões	25 milhões

Ressalte-se que **esses números nunca foram objeto de negociação pelos nossos gestores federais**. Constituíam, portanto, a primeira oferta da farmacêutica, que poderia ter, inclusive, melhorado os quantitativos a serem entregues no primeiro e segundo trimestre de 2021 se tivesse havido real demonstração de interesse por parte do Brasil e abertura de conversação acerca desse cronograma.

Ainda de acordo com o Gerente da Pfizer, Carlos Murillo, os **possíveis entraves legislativos e a discussão acerca de cronograma de entrega de doses não foram sequer aventados pela equipe do Ministério da Saúde desde agosto até o final de novembro de 2020**. Mas o desinteresse pelo imunizante da Pfizer era tamanho que **o ex-Ministro da Saúde EDUARDO PAZUELLO não participou de nenhuma das reuniões com a empresa até o primeiro contato em novembro de 2020 e, depois, em 22/12/2020**, conforme informado por Carlos Murillo à CPI da covid-19.

Diversos outros e-mails foram enviados pela Pfizer aos gestores da UNIÃO, sempre ressaltando a alta procura mundial pelo imunizante e a necessidade de manifestação de interesse pelo

79 Todos os documentos apresentados pela Pfizer foram originalmente juntados como sigilosos aos autos do IC 1.16.000.000183/2021-81.

Brasil o quanto antes fosse possível. **Na Nota Explicativa nº 2, anexa à presente exordial, detalhamos o conteúdo dessas correspondências, as diversas tentativas de contato, a falta de resposta tempestiva brasileira às ofertas em questão e as falsas objeções da UNIÃO à celebração do contrato com a farmacêutica ainda em 2020.**

Somente no dia 22/12/2020 o Sr. Carlos Murillo teve a primeira reunião com o ex-Ministro PAZUELLO. As negociações, mais uma vez, não avançaram e nova proposta da Pfizer só foi apresentada ao Ministério da Saúde em 15/02/2021. A oferta final ocorreu em 08/03/2021, com a assinatura do contrato em 19/03/2021, para entrega dos seguintes quantitativos:

Data oferta	Total de doses	Dez/2020	1º trimestre/2021	2º trimestre/2021	3º trimestre/2021	4º trimestre/2021
08/03/2021	100 milhões	-	00	14 milhões	86 milhões	00

Resta claro, das informações prestadas pela Pfizer sobre os atos de negociação da vacina, que os gestores da UNIÃO foram omissos e negligentes na consideração das propostas apresentadas pela empresa, **postura que retardou o início da vacinação da população brasileira. A campanha de vacinação poderia ter-se iniciado ainda em dezembro de 2020 e o país poderia ter recebido, até o final do primeiro semestre de 2021, pelo menos 22 milhões de doses da vacina, tivesse sido aceita a proposta apresentada pela Pfizer em 26/08/2020, acima transcrita.**

Ocorre que a UNIÃO não só não tinha interesse em adquirir os imunizantes da Pfizer, como seus gestores **faziam pública campanha contra as vacinas e a vacinação**, não tendo o Presidente JAIR BOLSONARO poupado esforços para espalhar desinformação e ideias negacionistas sobre as vacinas, especialmente no que diz respeito à sua segurança, tendo mesmo afirmado, em coletiva de imprensa de 17/12/2020, que os fabricantes das vacinas não se responsabilizariam caso o paciente imunizado se transformasse em um JACARÉ⁸⁰(!)

Posteriormente, o Presidente JAIR BOLSONARO, pressionado pelo início da vacinação em vários países, tentou justificar a sua omissão, em 28/12/2020, afirmando que era obrigação dos laboratórios procurarem o governo para vender seus imunizantes, dando a entender que era a farmacêutica Pfizer que não teria interesse em fechar acordo com o Brasil ou não teria procurado a UNIÃO para oferta de sua vacina⁸¹.

No mesmo dia, porém, a Pfizer explicou que não submeteria sua vacina à aprovação **emergencial** da Anvisa⁸², pois as informações detalhadas requeridas pela autarquia, como

80 Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=IBCXkVOEH-8> Acesso em 17/11/2021.

81 Assim se manifestou o Presidente da República: “O Brasil tem 210 milhões de habitantes, um mercado consumidor de qualquer coisa enorme. Os laboratórios não tinham que estar interessados em vender para a gente? Por que eles não apresentam documentação na Anvisa? Pessoal diz que eu tenho que ir atrás. Não, não. Quem quer vender, se eu sou vendedor, eu quero apresentar”. Disponível em <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/12/28/pfizer-diz-que-anvisa-pediu-analises-especificas-para-liberar-uso-emergencial-de-vacina-no-brasil.ghtml>

82 Essa autorização emergencial teria ocorrido antes do registro definitivo – por se tratar de processo distinto e mais

quantitativo de doses e cronograma que seria utilizado no país, **só poderiam ser fornecidas caso houvesse um contrato firmado com o governo brasileiro**. A empresa ainda informou que "já submeteu à agência, pelo processo de submissão contínua, os resultados da Fase 3 dos estudos, o que significava mais um passo rumo à aprovação da vacina"^{83 84}.

Já em 22/01/2021, veio à tona carta do CEO mundial da Pfizer⁸⁵, **datada de 12/09/2020**, dirigida ao Presidente da República, com cópia ao Vice-presidente da República, aos Ministros de Estado da Casa Civil, da Saúde e da Economia, bem como ao Embaixador do Brasil para os Estados Unidos, em que requeria pressa ao governo brasileiro para resposta sobre a proposta de contrato da Pfizer.

No dia seguinte à divulgação da carta, o Ministério da Saúde apressou-se em divulgar **nota de esclarecimento sobre a não aquisição de vacinas da Pfizer⁸⁶, em que apontava diversas objeções à celebração do contrato com a farmacêutica**. Sucede que **nenhuma das objeções apontadas pelo Ministério da Saúde para aquisição das vacinas da Pfizer se sustentava do ponto de vista fático e/ou jurídico⁸⁷**.

No que se refere às **cláusulas de garantias de pagamento e de não assunção de responsabilidade civil pela empresa fornecedora, a UNIÃO, tão logo vislumbrou o apontado óbice, poderia ter proposto projeto de lei que explicitasse a possibilidade de celebração do contrato**.

No entanto, a edição da **Lei 14.125/2021, aprovada em caráter de urgência, só ocorreu no dia 10 de março de 2021, não por iniciativa do Poder Executivo, mas do Presidente do Senado Federal**. Conforme noticiado pelo *site* do Senado⁸⁸, "*o presidente do Senado, Rodrigo Pacheco, autor do projeto que originou a lei (PL 534/2021), explicou que foi a partir de uma conversa com as indústrias farmacêuticas, para descobrir por que as negociações para a aquisição de vacinas da Pfizer estavam travadas, que surgiu a ideia da proposta.*"

célere - e, possivelmente, em data próxima à autorização do FDA americano, ocorrida em 11/12/2020, caso o Brasil tivesse firmado contrato com a Pfizer após as primeiras ofertas da empresa em agosto de 2020. E-mail do Gerente-Geral da Pfizer ao ex-Ministro Eduardo Pazuello e seu Secretário-Executivo, datado de 15/12/2020, deixa clara a impossibilidade de submissão do imunizante para uso emergencial sem que houvesse "*detalhes do quantitativo de doses e cronograma que será utilizado no país (pré-requisito para a submissão emergencial), tema que só poderá ser fechado na celebração do contrato definitivo*".

83 Disponível em <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/12/28/pfizer-responde-declaracao-de-bolsonaro-sobre-suposta-falta-de-interesse-dos-laboratorios-de-venderem-vacinas-para-o-brasil.ghtml>

84 Ante a inexistência de contrato com o governo brasileiro, a farmacêutica Pfizer optou por dar entrada diretamente no pedido de registro definitivo da vacina perante a Anvisa, que foi concedido em 23/02/2021. O contrato de aquisição das vacinas da Pfizer pelo Brasil só foi assinado em 19/03/2021.

85 Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2021/01/22/em-carta-ceo-mundial-da-pfizer-pedi-u-a-bolsonaro-press-na-compra-de-vacinas> e anexa aos autos, junto aos documentos enviados pela Pfizer ao MPF.

86NOTA — Português (Brasil) (www.gov.br)

87 Trataremos das objeções em detalhes na Nota Explicativa nº 2, anexa à presente exordial.

88 Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/03/11/lei-abre-caminho-para-compra-de-vacinas-que-requerem-responsabilizacao-civil> Acesso em 13/05/2021

Além disso, uma das cláusulas do contrato da Pfizer, apontadas pela UNIÃO como óbice **supostamente** intransponível para aquisição dos imunizantes, dizia respeito à **isenção de responsabilidade do fabricante sobre eventuais efeitos colaterais das vacinas**. Ocorre que tal cláusula não era exigência apenas da Pfizer, mas também da empresa AstraZeneca, cujo contrato com o Ministério da Saúde (por meio da Fiocruz) fora assinado em **08/09/2020**, muito antes da finalização dos testes clínicos e da aprovação da vacina pela Anvisa, **sem que nenhum impedimento legal tivesse sido suscitado pela UNIÃO na ocasião**.

Conforme apontado no Terceiro Relatório de Acompanhamento do TCU, no bojo da TC 014.575/2020-5⁸⁹:

324. O documento destaca ainda que **o contrato prevê que a Fiocruz indenizará e isentará a AstraZeneca por todos e quaisquer danos e responsabilidades relacionados ou decorrentes do uso ou administração da vacina acabada** e que a responsabilidade da AstraZeneca por descumprimento do contrato ou relativamente a qualquer reclamação baseada no contrato, decorrente de culpa, não excederá os valores efetivamente pagos pelas Fiocruz à AstraZeneca.

325. Segundo o documento, a discussão de tais cláusulas representou o ponto mais controverso da negociação, uma vez que **a proposta da Fiocruz, que previa reciprocidade quanto aos direitos e deveres das partes, não foi aceita pela AstraZeneca. A Instituição brasileira, contudo, optou por aceitar tais termos e condições, tendo em vista o interesse público envolvido no acesso à vacina e por considerar que a cláusula não a sujeita a riscos relevantes.** (grifamos)

Vale salientar que, para permitir a adesão do Brasil ao Consórcio Covax Facility, o Presidente da República editou a **MP 1.003/2020, em 24/09/2020**, a fim de autorizar *“o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - Covax Facility, administrado pela Aliança Gavi (Gavi Alliance), com a finalidade de adquirir vacinas contra a covid-19”*, prevendo que seriam observadas *“as normas contratuais estabelecidas pela Aliança Gavi, inclusive aquelas relativas à responsabilidade das partes, e não serão aplicáveis as disposições da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, e de outras normas em contrário”*.

Também a **MP 1.026, de 06/01/2021**, dispôs sobre medidas excepcionais para aquisição de vacinas, permitindo que houvesse **pagamento antecipado, inclusive com possibilidade de perda do valor pago e prevendo hipóteses de não penalização da contratada**.

Esse histórico demonstra que, **da mesma forma que o Executivo Federal editou medidas provisórias para amparar a contratação do consórcio Covax Facility, poderia ter realizado modificações na legislação a fim de assumir, com segurança e em tempo hábil, as obrigações constantes do contrato com a Pfizer.**

89 Cópia do documento sigiloso (Terceiro Relatório de Acompanhamento do TCU na TC 014.575/2020-5) segue anexa aos autos.

O que se observa, porém, é que não havia disposição dos gestores da UNIÃO para efetivar as necessárias compras, pois, **mesmo após a edição da MP 1003/2020 e da MP 1026/2021, e das leis que delas se originaram, a UNIÃO ainda se permitiu duvidar da oportunidade de adotar a decisão administrativa mais ansiada pela sociedade brasileira naquele momento**, tendo ainda realizado **questionamento ao TCU** sobre o tema, o qual fora respondido conforme o Acórdão nº 534/2021, apenas 17/03/2021.

Ora, os gestores federais poderiam ter feito tais questionamentos ao TCU **tão logo vislumbraram os óbices** normativos que se antepunham, em sua visão, à celebração de contratos para aquisição de vacinas, mas, **em lugar disso, retardaram conscientemente a tomada de iniciativas administrativas, em omissão que custou - e tem custado - a vida de milhares de brasileiros.**

Conforme exposto acima, o contrato com a Pfizer foi firmado apenas em 19/03/2021, para o fornecimento de 100 milhões de doses do imunizante, sendo apenas 14 milhões no segundo trimestre de 2021, ou seja, 4,5 milhões a menos do que o ofertado em agosto de 2020 e com a primeira entrega ocorrendo apenas em abril de 2021.

Como apurado por reportagem do jornal O Globo, de 13/05/2021⁹⁰, o Brasil foi o 6º país procurado pela Pfizer, mas a demora no fechamento do contrato fez com que o país perdesse 40 posições na fila de espera mundial do imunizante.

Fato é que a omissão e a negligência da UNIÃO no trato das negociações das vacinas custou caro à sociedade **(que sofre os efeitos sociais de uma economia em crise e sem perspectiva de reação)**, à saúde da população **(que amargou índices descontrolados de morbidade e mortalidade por covid-19 especialmente no primeiro semestre de 2021)** e ao SUS **(cujos leitos de UTI covid adulto, só no primeiro semestre de 2020, custaram R\$ 42 milhões/dia ou R\$ 1,27 bilhão/ mês)**, conforme estudo elaborado pelas empresas Planisa, Funcional Health Analytics e Prospera⁹¹ e levantamento realizado pelo CONASS⁹².

A resistência da UNIÃO em negociar a contratação e a aquisição de vacinas, **com a antecedência o planejamento necessários, é injustificável e irrazoável, uma vez que o Brasil, um ano após a constatação do primeiro caso de covid-19, em março/2021, ainda prosseguia com tendência de ascensão no número de óbitos, curvas de transmissão em crescimento e**

90 Disponível em <https://infograficos.oglobo.globo.com/brasil/acordo-pfizer-plano-nacional-imunizacao.html> Acesso em 13/05/2021.

91 Disponível em <https://planisa.com.br/site/em-todo-o-brasil-custos-de-utis-com-a-covid-19-poderao-chegar-a-r-42-milhoes-por-dia/>

92 Por meio do Ofício nº 120/2021, de 2/03/2021, enviado ao TCU (TC 014.575/2020-5), o CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde informou que “os leitos UTI SRAG/COVID-19 - adulto e pediátrico - passaram a ser habilitados a partir de 18 de março de 2020, conforme previsto na PORTARIA GM/MS 237/2020, ao valor de R\$ 1.600,00 cada diária” e que é “difícil crer que até R\$ 800,00 e/ou R\$ 1600,00 sejam suficientes para os custos totais dos leitos de UTP”. O custo diário de um paciente em UTI é estimado em cerca de R\$ 1.934,00.

sistemas de saúde ainda à beira do colapso.

4.2.2. Das vacinas do Instituto Butantan/Sinovac (Coronavac)

A UNIÃO também ofereceu grande resistência às negociações para aquisição das vacinas do **Instituto Butantan, parceiro, no Brasil, do laboratório Sinovac, desenvolvedor da Coronavac.**

Com efeito, o Butantan - principal produtor de imunobiológicos do Brasil, também tentou firmar contrato com o governo federal em 2020, igualmente sem sucesso. Coube ao próprio Instituto financiar a aquisição e o desenvolvimento das vacinas no Brasil, por meio de acordos com o laboratório Sinovac e doações da iniciativa privada.

Em seu depoimento à CPI da pandemia, em 27/05/2021, o Diretor do Instituto, Dimas Covas, esclareceu que, **desde julho de 2020, o Instituto Butantan fez diversas ofertas da vacina Coronavac ao Ministério da Saúde, mas o contrato só veio a ser firmado em 07/01/2021.**

Na **Nota de Fim nº 2, anexa à presente exordial, detalhamos os contatos e envios de correspondência feitos pelo Butantan à UNIÃO, bem como a absoluta omissão dos gestores federais em firmarem parceria com um dos principais laboratórios brasileiros aptos a produzir imunizantes para a doença que assolava o país.**

Das tratativas feitas pelo Butantan, merece destaque a **oferta de 100 milhões de doses feita em 07/10/2020, sendo 45 milhões a serem entregues ainda em 2020, 15 milhões disponíveis no 1º trimestre de 2021 e mais 40 milhões de doses adicionais até maio de 2021.** O documento alertava, ainda, para a grande demanda por imunizantes no mercado mundial e para os custos com os quais arcava o Butantan até então.

Por meio do Ofício FB nº 070/2020, a Fundação Butantan fez **nova oferta em outubro de 2020**, dessa vez com um total de 46 milhões de doses, da seguinte forma:

2020	Novembro	Dezembro
	4 milhões de doses	7 milhões de doses
2021	Janeiro	Fevereiro
	20 milhões de doses	15 milhões de doses

Sobre as tratativas de outubro de 2020, o Diretor Dimas Covas afirmou à CPI, em 27/05/2021, que **fez ao menos três reuniões naquele mês com o Ministério da Saúde e pessoalmente com o ex-Ministro Pazuello⁹³**, sendo que “no dia 20 foi a reunião de anúncio, onde

93 Confira-se trechos do depoimento de Dimas Covas à CPI da covid-19, de 27/05/2021:

“No mês de outubro, eu, pessoalmente, fui três vezes ao Ministério da Saúde, antes dessa data. Inclusive, essa data foi a

foram convidados os Governadores e as lideranças políticas do Senado, da Câmara, enfim, houve... Na realidade, seria até uma comemoração capitaneada pelo então Ministro da Saúde no anúncio dessa vacina”. Conforme explicou Dimas Covas, **a entrega de um grande montante de doses ainda em 2020 seria possível àquela época porque o Brasil fora o primeiro país a firmar colaboração com a empresa chinesa Sinovac para o desenvolvimento e teste da vacina Coronavac**, com uma tecnologia já conhecida no mundo e já utilizada pelo Butantan para produção das vacinas contra a raiva e a dengue.

Todavia, tendo em vista que **não houve aceno favorável do Ministério da Saúde ao Butantan**, a partir das primeiras ofertas, a capacidade de produção do Instituto restou prejudicada à medida que avançavam os estudos clínicos da vacina, pois os insumos necessários à produção, que poderiam ser destinados ao Brasil, acabaram sendo vendidos a outros países

Em 20/10/2020 o ex-Ministro EDUARDO PAZUELLO divulgou, finalmente, que o **“Brasil negocia aquisição de 46 milhões de doses contra a Covid-19 com Instituto Butantan”**. O primeiro parágrafo da notícia publicada pelo Ministério da Saúde afirmava que Eduardo Pazuello **“assinou protocolo de intenções para adquirir 46 milhões de doses da Vacina Butantan - Sinovac/Covid-19, em desenvolvimento pelo Instituto Butantan”**⁹⁴.

Mas a notícia foi rapidamente retirada do ar, tendo sido o ex-ministro PAZUELLO **desautorizado pelo Presidente da República**, que afirmou, na ocasião, que o Brasil não compraria aquela vacina⁹⁵.

Naquele momento, então, **cessaram as negociações para aquisição da Coronavac, pelo Ministério da Saúde**, e, conforme afirmou o Diretor Dimas Covas à CPI da Covid-19, o fato impossibilitou que o Butantan adquirisse insumos da empresa Sinovac em quantidade suficiente para produzir as 46 milhões de doses até fevereiro de 2021.

Nova oferta do Instituto Butantan só voltou a ocorrer em 16/12/2020, para

última vez que eu fui ao Ministério da Saúde para tratar desse assunto.

(...)

Reunião presencial. Foram três reuniões e outras reuniões com os técnicos, porque nós estávamos trabalhando intensamente na construção de um instrumento jurídico, inclusive atendendo a uma norma técnica que foi expedida pelo ministério para tentar fazer uma medida provisória, aos moldes do que foi feito com a Fiocruz. Então isso, de fato, foi, naquele momento, um divisor de águas, quer dizer, a partir do dia 20, Senador, essas tratativas simplesmente pararam”.

94 Disponível inicialmente em <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/10/21/ministerio-da-saude-retira-dor-ar-comunicado-sobre-compra-de-vacina-e-republica-falando-em-possivel-aquisicao.ghtml>

95 Disponível em <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/10/21/nao-compraremos-a-vacina-da-china-diz-bolsonaro-em-rede-social.ghtml>: “os números têm apontado que a pandemia tá indo embora (...) **nada será dispendido agora para comprarmos uma vacina chinesa que, eu desconheço, mas parece que nenhum país do mundo tá interessado nela** (...) toda e qualquer vacina está descartada, toda e qualquer, ela tem que ter uma validade no Ministério da Saúde e tem que ter uma certificação por parte da Anvisa também. Fora isso, não existe qualquer dispêndio de recurso, ainda mais um vultoso como esse, né, que seria pra vacinarmos 100 milhões de pessoas (...) Houve uma distorção por parte do João Dória no tocante ao que ele falou. Ele tem um protocolo de intenções, né. **Já mandei cancelar se ele assinou, já mandei cancelar, o presidente sou eu, não abro mão da minha autoridade, até porque estaria comprando uma vacina que ninguém tá interessado por ela, a não ser nós”**.

entrega de 45 milhões de doses do imunizante até 15/03/2021 (Ofício DIR IB 321/2020) e o contrato, com o Ministério da Saúde, fora firmado somente em 07/01/2021.

Certamente pressionado pela opinião pública, uma vez iniciada a vacinação contra a Covid-19 em vários países, o ex-Ministro da Saúde **assinou contrato com o Butantan**, em 07/01/2021, para entrega de 46 milhões de doses da Coronavac (**não mais as 100 milhões anteriormente ofertadas) até maio de 2021 (não mais em fevereiro de 2021, como constava da oferta anterior)**).

A falta de priorização das vacinas, como política de enfrentamento da covid-19, por parte do ex-Ministro da Saúde, redundou em **claro prejuízo à saúde pública**, porque, além de não assegurar o maior montante possível de doses, ainda prejudicou os cronogramas de entrega inicialmente postos nos contratos firmados com a Fiocruz e com o Instituto Butantan. Em razão da indefinição administrativa, os insumos necessários à produção das vacinas também escassearam no mercado mundial e prejudicaram a produção e as entregas de vacinas, pela Fiocruz e pelo Butantan⁹⁶.

Assim, não restam dúvidas de que **os gestores federais quedaram-se inertes em relação às necessidades de vacinação a população brasileira contra a covid-19, limitando-se a firmar um único contrato bilateral com a Fiocruz/Astrazeneca no ano de 2020**.

Essa inércia impediu que o Brasil tivesse, **ainda no 1º trimestre de 2021 (janeiro a março)**, a disponibilidade de 4,5 milhões de doses da Pfizer e de 60 milhões de doses da Coronavac, montante que teria possibilitado a vacinação antecipada de 32 milhões de brasileiros, tão logo os imunizantes fossem aprovados pela Anvisa⁹⁸.

4.2.3. Das demais vacinas promissoras e disponíveis para aquisição em 2020

Para vacinar a população adulta brasileira, seriam necessárias mais de 320 milhões de doses de imunizantes, considerando vacinas cujo esquema completo seja de duas doses.

Todavia, a UNIÃO, no ano de 2020, celebrou contratos para a aquisição de apenas 142 milhões de doses, com cronograma de entrega até o final de 2021.

Esse quantitativo não seria suficiente sequer para vacinar os cerca de 80 milhões de brasileiros dos grupos prioritários do PNI – Programa Nacional de Imunizações, muito longe,

96 Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/covid-19-butantan-recebe-insumos-para-86-milhoes-de-doses-da-vacina>

97 Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-esclarece-sobre-ifa-e-vacinas-prontas-adicionais>

98 Vale lembrar que a Pfizer não deu entrada no pedido de registro emergencial de seu imunizante na Anvisa por não haver contrato firmado com o Brasil. Com esse pedido, a aprovação pela agência reguladora poderia ter ocorrido de forma mais célere do que ocorreu com o registro definitivo (concedido em fevereiro de 2021). De toda forma, ainda que a empresa obtivesse somente o registro definitivo, o país poderia ter contado com ao menos 4,5 milhões de doses da vacinas da Pfizer ainda no 1º trimestre de 2021.

portanto, da meta de imunização de pelo menos de 70% da população, a ser atingida para o controle da pandemia.

Embora disponíveis vacinas de diversas farmacêuticas **ainda em 2020**, o **Ministério da Saúde não fechou acordos de compra antecipada** com a Moderna, a Novavax, a Janssen/Johnson & Johnson (que inclusive aplicava testes no Brasil), o Instituto Gamaleya da Rússia/União Química (vacina Sputnik V), a Sinopharm da China, a Bharat Biotech da Índia (vacina Covaxin), todas elas com estudos promissores em andamento, à época.

Por exemplo, o acordo para aquisição de imunizantes da **Janssen/Johnson & Johnson** foi assinado somente em **18/03/2021**, prevendo a entrega de 38 milhões de doses de imunizante até o **final de 2021**⁹⁹, tendo sido entregues 1,5 milhões de doses no final de junho de 2021¹⁰⁰.

Já o contrato com a União Química Farmacêutica Nacional S/A, para aquisição da vacina **Sputnik V**, foi assinado em **12/03/2021**, prevendo a aquisição de 10 milhões de doses¹⁰¹, estando esta vacina ainda sem autorização de uso pela ANVISA¹⁰².

A compra da **Covaxin**, da empresa indiana Bharat Biotech e intermediada no Brasil pela Precisa Comercialização de Medicamentos Ltda., foi assinada em **25/02/2021**, prevendo o fornecimento de 20 milhões de doses, dos quais **nenhum lote foi entregue**, seja porque a Anvisa não aprovou o pedido de uso emergencial, seja porque foram encontradas diversas irregularidades na compra deste imunizante, o que levou à rescisão do contrato e abertura de investigação para eventual responsabilização cível e criminal dos envolvidos.

Conforme documentos encaminhados pelo Ministério da Saúde ao TCU (TC 014.575-2020-5), especialmente o expediente “Vacinas contra a covid-19 – Marcos Estruturantes”, de 18/03/2021, **as reuniões técnicas entre o Ministério da Saúde e as empresas Janssen, Pfizer e Moderna tiveram início em abril, maio e junho de 2020**, respectivamente. Já as **tratativas com a Sinopharm e com o Fundo de Investimentos Russo começaram em agosto de 2020**.

A demora de quase um ano entre a primeira reunião técnica (abril/2020) e a

99 Conforme dados apresentados pelo Ms ao TCU, no bojo da TC 014.575-2020-5, por meio do OFÍCIO Nº 311/2021/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS, de 31/03/2021.

100 A vacinação recentemente iniciada (junho de 2021) com o imunizante da Janssen foi possibilitada pela antecipação de entrega de 1,5 milhões de doses e também pela doação de 3000 doses recebidas dos EUA e não correspondentes a lotes adquiridos pelo Brasil.

101 Conforme dados apresentados pelo Ms ao TCU, no bojo da TC 014.575-2020-5, por meio do OFÍCIO Nº 311/2021/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS, de 31/03/2021.

102 A ANVISA, em 16 de junho de 2021, autorizou a importação excepcional (Circuito Deliberativo nº 539/2021) da vacina Sputnik V pelos estados do Rio Grande do Norte, de Mato Grosso, Rondônia, do Pará, Amapá, da Paraíba e de Goiás, em quantitativo reduzido e mediante uma série de condicionantes que possam atestar a sua qualidade, segurança e eficácia, como a necessidade de submissão prévia ao Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-06/anvisa-autoriza-importacao-excepcional-da-vacina-sputnik-v>.

assinatura do contrato de aquisição com a Janssen (março/2021), posicionou o Brasil no fim da fila de recebimento das doses do imunizante Janssen/Johnson & Johnson, de dose única, com 38 milhões de doses previstas para entrega **somente no segundo semestre de 2021**. Para efeito de comparação, os Estados Unidos fecharam contrato com a farmacêutica em **agosto de 2020** e a União Europeia, em **outubro de 2020**, tendo reservado 300 milhões de doses para suas populações, com a antecedência que se fazia necessária¹⁰³.

Sobre os imunizantes da Moderna, até o momento da propositura da presente ação, não havia registro de aquisição pelo governo brasileiro.

Mesmo as vacinas decorrentes do consórcio Covax Facility, firmado em abril de 2020 entre a OMS, a Aliança Global para Vacinas e Imunização (Gavi), a Coalização para Inovações em Preparação para Epidemias (Cepi) e diversos países **foram, em grande parte, desprezadas pelo Brasil, pois o país teve a opção de adquirir doses para cobrir até 50% de sua população, mas optou pela cota mínima de apenas 10%**¹⁰⁴, sob a justificativa de que já teria uma estratégia dedicada a acordos bilaterais, nos quais teria melhores condições de negociar preço e transferência de tecnologia, **justificativa que, como se observa, não se verificou.**

Ressalte-se que todos os empecilhos colocados pela UNIÃO para aquisição dos imunizantes, em 2020, **poderiam ter sido superados em tempo hábil tivesse havido real disposição em contratar as vacinas, pois assim ocorrera, por exemplo, com a adesão do Brasil ao consórcio Covax Facility, proporcionado pela edição da Medida Provisória 1003/2020**¹⁰⁵. Além disso, **logo no início de 2021**, a edição da Medida Provisória 1026/2021, de 06/01/2021, **dispensou, para a aquisição de vacinas, uma série de requisitos legais dos contratos administrativos, permitindo o pagamento antecipado, a previsão de hipóteses contratuais de não penalização das contratadas, a aquisição por preços superiores às estimativas, por variação justificada do mercado, a aquisição de vacinas antes do registro na ANVISA ou mesmo antes de autorização temporária para uso emergencial, entre outras situações.**

Apesar do ambiente de segurança jurídica proporcionado pelas alterações legislativas, os contratos com as farmacêuticas só foram autorizados pelo Ministério da Saúde **dois meses depois**, em março de 2021. Além disso, **é injustificável, diante do contexto do mercado mundial e da necessidade de adotar a vacinação como meio estratégico para o enfrentamento da pandemia,**

103 Disponível em <https://veja.abril.com.br/blog/diario-da-vacina/como-outros-paises-compraram-a-vacina-da-janssen-e-nos-ficamos-para-tras/> Acesso em 05/05/2021.

104 <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/700-dias/arquivo-700-dias/presente-na-linha-de-frente-contra-a-covid-19>

<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/10/07/alianca-covax-da-oms-preve-vacinas-para-10percent-da-populacao-brasileira-diz-secretario-executivo-da-saude.ghtml>

105 A MP 1003/2020, posteriormente convertida na Lei 14121/2021, autorizava a adesão do Brasil à Aliança GAVI que, dentre outras cláusulas, previa pagamento antecipado, compartilhamento de riscos e arbitragem como mecanismo de resolução de conflitos. A MP também excepcionava expressamente a normas de responsabilidades contratuais previstas na 8666/93.

que esse mesmo ambiente de segurança jurídica não tivesse sido proporcionado pelo governo federal ainda em 2020.

Portanto, a omissão dos gestores federais em adotar as **providências que estavam ao seu alcance** para permitir a contratação de todas as vacinas possíveis, **ainda no ano de 2020**, colocou o Brasil numa situação de desvantagem na fila dos laboratórios farmacêuticos, impossibilitando que uma grande porcentagem de brasileiros fosse imunizada ainda no primeiro semestre de 2021.

Consoante se vem demonstrando, além de privilegiar, como política pública, a divulgação de tratamento medicamentoso precoce que carece de comprovação científica e de amparo legal, a UNIÃO ignorou a oferta de vacinas das diversas farmacêuticas, não buscou ativamente os fabricantes, desprezou a cota máxima a que tinha direito no consórcio Covax-Facility da OMS, rejeitou e depreciou a Coronavac até o início de 2021 e não promoveu ações e campanhas para informar adequadamente a população ou para orientar gestores locais sobre as medidas realmente efetivas para controlar a pandemia.

A gestão do ex-Ministro EDUARDO PAZUELLO à frente do Ministério da Saúde, no particular, gerou a reação negativa de **onze ex-Ministros da Saúde**, em carta publicada na Folha de São Paulo em 08/12/2020¹⁰⁶, na qual os signatários lembraram que, em 2010, 100 milhões de brasileiros foram vacinados contra o H1N1 em poucos meses, tudo graças à capacidade endógena do Brasil de produzir imunizantes e também à nossa capacidade logística, “*que nos permite dispor de milhares de pontos de vacinação em todo o território nacional e de mobilizar milhares de profissionais plenamente capacitados na organização e execução de campanhas de vacinação em massa*”.

Igualmente **nunca houve campanha oficial** maciça pela vacinação¹⁰⁷.

Outrossim, **o primeiro plano nacional de imunização fora elaborado às pressas, pelo Ministério, por ordem do Supremo Tribunal Federal, na ADPF 754**¹⁰⁸. Apresentado em 12/12/2020, sequer continha datas ou detalhes acerca da vacinação e trazia como supostos elaboradores ao menos **36 pesquisadores que afirmaram nunca terem sido consultados sobre o documento em questão**¹⁰⁹.

Já o plano divulgado em 25/01/2021¹¹⁰ previu vacinar apenas um terço dos brasileiros

106 Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/12/vacina-para-todos-ja.shtml>

107 As poucas campanhas lançadas priorizaram veículos de comunicação de menor alcance (conforme planilhas encaminhadas ao MPF pela Secom) e não focaram as informações mais importantes sobre o combate da pandemia.

108 Cópia do Ofício nº 1499/2020/DATDOF/CGGM/GM/MS com o primeiro PNI apresentado em 11/12/2020 ao STF nos autos da ADPF 754, disponível em <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6034102>.

109 Disponível em <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/12/12/grupo-de-pesquisadores-diz-nao-ter-sido-consultado-sobre-plano-de-vacinacao-enviado-ao-stf.ghtml>

110 Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/25/planovacinaocovid_v2_25jan21.pdf

no ano de 2021 (77.219.259 de pessoas), embora o próprio Ministério da Saúde tenha reconhecido, naquele momento, que a pandemia só estaria controlada com a imunização de cerca de 70% da população, o que corresponde a aproximadamente 148 milhões de brasileiros, praticamente o dobro da população prevista, naquele momento, para ser vacinada no ano de 2021. Confira-se:

“Considerando a transmissibilidade da covid-19 (R0 entre 2,5 e 3), **cerca de 60 a 70% da população precisaria estar imune (assumindo uma população com interação homogênea) para interromper a circulação do vírus. Desta forma seria necessária a vacinação de 70% ou mais da população (a depender da efetividade da vacina em prevenir a transmissibilidade) para eliminação da doença.** Portanto, em um momento inicial, onde não existe ampla disponibilidade da vacina no mercado mundial, o objetivo principal da vacinação passa a ser focado na redução da morbimortalidade causada pela covid-19, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.”

Ora, mesmo cientes da necessidade de imunização em massa da população, os gestores federais deixaram, consciente e dolosamente, de adotar as medidas necessárias para adquirir milhões de doses de vacinas ainda em 2020.

Consequência dessa omissão foi a **vacinação lenta e pouco eficiente da população**, que permitiu a perda de vidas em sucessão incontrolável, mesmo após o início da imunização e ainda **pode estimular o surgimento de novas mutações do SARS-CoV-2¹¹¹, eventualmente resistentes aos anticorpos das pessoas previamente infectadas e às próprias vacinas existentes¹¹².**

4.3. Do “tratamento precoce” para covid-19

Desde o início da pandemia de covid-19, diversas pesquisas e estudos foram realizados para selecionar fármacos que pudessem contribuir para uma melhor evolução dos pacientes. Um dos primeiros medicamentos a adquirir fama de “anti-covid”, antes mesmo que estudos robustos fossem realizados, foi a cloroquina (e/ou hidroxicloroquina).

Após ser defendida pelo então presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, a cloroquina também passou a ser objeto de intenso interesse do Presidente BOLSONARO que, em 21/03/2020, publicou vídeo, em sua conta no Twitter, anunciando que ordenara ao Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército que ampliasse a produção do fármaco, sem qualquer

111 Disponível em <https://www.paho.org/pt/documentos/atualizacao-epidemiologica-variantes-sars-cov-2-nas-americas-26-janeiro-2021>

112 Em artigo publicado na Folha de São Paulo em 02/02/2021, Átilo Iamarino, microbiologista e doutor em ciências pela USP, explica o colapso de Manaus pelo possível surgimento de uma variante que escapa à imunidade dos pacientes anteriormente infectados (disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/atila-iamarino/2021/02/por-que-variante-de-coronavirus-surgiu-agora-e-em-manaus.shtml>).

A esse respeito, confira-se também estudo publicado em 27/01/2021: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00183-5/fulltext)

embasamento ou autorização da Anvisa ou da Conitec¹¹³.

Três dias depois (24/03/2020), em pronunciamento à nação¹¹⁴, o Presidente JAIR BOLSONARO, defendeu a cloroquina, ao mesmo tempo em que minimizou a gravidade da doença, ao afirmar que se tratava de uma “gripezinha”, e que as notícias da mídia espalhavam pânico e pavor desnecessários:

“O sustento das famílias deve ser preservado. **Devemos, sim, voltar à normalidade.** Algumas poucas autoridades estaduais e municipais devem abandonar o conceito de terra arrasada, como proibição de transporte, fechamento de comércio e confinamento em massa. O que se passa no mundo tem mostrado que o grupo de risco é o das pessoas acima dos 60 anos. Então, por que fechar escolas? Raros são os casos fatais de pessoas sãs, com menos de 40 anos de idade. 90% de nós não teremos qualquer manifestação caso se contamine. Devemos, sim, é ter extrema preocupação em não transmitir o vírus para os outros, em especial aos nossos queridos pais e avós. Respeitando as orientações do Ministério da Saúde.

No meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, **nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho**, como bem disse aquele conhecido médico daquela conhecida televisão.

Enquanto estou falando, o mundo busca um tratamento para a doença. **O FDA americano e o Hospital Albert Einstein, em São Paulo, buscam a comprovação da eficácia da cloroquina no tratamento do Covid-19. Nosso governo tem recebido notícias positivas sobre este remédio fabricado no Brasil** e largamente utilizado no combate à malária, lúpus e artrite. Acredito em Deus, que capacitará cientistas e pesquisadores do Brasil e do mundo na cura desta doença.”

Em 25/03/2020¹¹⁵, novamente sem qualquer respaldo científico, o Presidente BOLSONARO divulgou em suas redes sociais que o tratamento com hidroxicloroquina estaria sendo eficaz contra a covid-19. E, em 31/03/2020¹¹⁶, em novo pronunciamento à nação, o Presidente afirmou que *“o vírus é uma realidade, ainda não existe vacina contra ele, ou remédio com eficiência cientificamente comprovada, apesar da hidroxicloroquina parecer bastante eficaz”*, acrescentando que *“os laboratórios químicos-farmacêuticos militares entraram com força total e, em 12 dias, serão produzidos 1 milhão de comprimidos de cloroquina, além de álcool gel.”*

À época, o Ministério da Saúde era comandado pelo ex-Ministro Luiz Henrique Mandetta, que defendia medidas de distanciamento social, restrição de determinadas atividades econômicas e era contrário ao endosso, pela UNIÃO, de medicamentos que não tinham qualquer comprovação científica e não contavam com recomendação formal de órgãos como ANVISA ou CONITEC. Conforme fica claro de seu depoimento à CPI da Pandemia, ele chegou, inclusive, a

113 Disponível em <https://twitter.com/jairbolsonaro/status/1241434576049840130> Acesso em 09/11/2021.

114 Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=Vl_DYb-XaAE Acesso em 09/11/2021.

115 “O tratamento da COVID-19, a base de Hidroxicloroquina e Azitromicina, tem se mostrado eficaz nos pacientes ora em tratamento. Nos próximos dias, tais resultados poderão ser apresentados ao público, trazendo o necessário ambiente de tranquilidade e serenidade ao Brasil e ao mundo”. Disponível em <https://www.facebook.com/jairmessias.bolsonaro/posts/1832652320217079> . Acesso em 09/11/2021.

116 Disponível em <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2020/03/pronunciamento-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-31-03-2020> Acesso em 09/11/2021.

encaminhar comunicação oficial à Presidência da República, em que **reclamava da falta de apoio do governo federal na implementação das orientações e recomendações da Pasta.**

Seu sucessor, Nelson Teich, enfrentou desafios semelhantes durante o brevíssimo período em que esteve à frente do Ministério da Saúde. Em seu depoimento à CPI da Pandemia, **confirmou que a persistência na indicação da cloroquina para covid-19 pelo Presidente BOLSONARO motivou sua saída do Ministério.** Conforme o Relatório Final da CPI, *“Teich sustentou que, **sem fundamentos científicos, a prescrição da cloroquina pelo Ministério da Saúde seria uma conduta tecnicamente inadequada.** Extrapolar esses estudos para ambulatórios de doença leve ou moderada possibilitaria o uso preventivo da medicação, aumentando o espectro de pessoas expostas a um medicamento de forma não controlada e com risco. O uso da cloroquina para nebulização seria reflexo desse tipo de situação. Esclareceu, ainda, que o uso da cloroquina para tratamento da covid-19 não se confunde com a utilização off-label de medicamentos, na qual, mesmo sem previsão na bula, os remédios indicados têm sabidamente eficácia contra a doença. Com o atual nível de informação disponível, médicos que recomendam o uso de cloroquina para o enfrentamento da covid-19 adotam uma postura inadequada. Ademais, **informou que estudos que comprovaram a ineficácia da cloroquina contra a covid-19 datam de abril do ano passado**”.*

Em 14/05/2020, um dia antes de o ex-Ministro Teich pedir demissão, o Presidente JAIR BOLSONARO afirmou em teleconferência com grandes empresários que **iria determinar que o Ministério da Saúde mudasse o protocolo para uso da cloroquina**¹¹⁷:

“Agora votaram em mim para eu decidir e essa questão da cloroquina passa por mim. Está tudo bem com o ministro da Saúde, sem problema nenhum, acredito no trabalho dele. Mas essa questão da cloroquina vamos resolver. Não pode o protocolo dizendo que só pode usar em caso grave... Não pode mudar o protocolo agora? Pode mudar e vai mudar”.

E assim ocorreu: em 20/05/2020, o então Ministro da Saúde interino, EDUARDO PAZUELLO, publicou, por meio da NOTA INFORMATIVA nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS, um documento denominado **“ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19**¹¹⁸ (posteriormente atualizado pela Nota Informativa nº 17/2020-SE/GAB/SE/MS) com indicação dos medicamentos Cloroquina, Azitromicina e Sulfato de Hidroxicloroquina para pacientes leves, moderados e graves.

De início, vê-se que o próprio documento faz **diversas ressalvas** à utilização dos referidos fármacos, o que demonstra que os gestores da Saúde **sabiam, desde aquele momento**, que

117 Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/05/bolsonaro-enquadra-teich-e-diz-que-ministerio-da-saude-mudara-protocolo-sobre-cloroquina.shtml> Acesso em 09/11/2021.

118 O documento foi posteriormente substituído por versões atualizadas, mas todas traziam a prescrição dos medicamentos cloroquina, azitromicina e sulfato de hidroxicloroquina. A última versão das orientações estava disponível no seguinte endereço até meados de maio de 2021: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/12/COVID-11ago2020-17h16.pdf>, via <https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento>. Acesso em 21/01/2021.

os medicamentos ali indicados **não possuíam comprovação científica de eficácia para a COVID e que os estava indicando para uso “off label”**, isto é, diverso das especificações para as quais possuem registro sanitário. Nas notas finais do documento, há novamente a ressalva de que *“apesar de serem medicações utilizadas em diversos protocolos e de possuírem atividade in vitro demonstrada contra o coronavírus, ainda não há meta-análises de ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados que comprovem o benefício inequívoco dessas medicações para o tratamento da COVID-19. Assim, fica a critério do médico a prescrição, sendo necessária também a vontade declarada do paciente, conforme modelo anexo”*.

Há também, no documento, diversas contraindicações e menções a interações medicamentosas importantes. A UNIÃO, no entanto, respaldou o referido protocolo, dentre outros documentos, no **Parecer nº 4/2020, de 16/04/2020**, do Conselho Federal de Medicina, que propôs fosse considerado o uso de cloroquina e hidroxicloroquina em pacientes com sintomas leves e importantes, bem como o uso compassivo em pacientes críticos, que recebessem cuidados intensivos. Ocorre que o mencionado parecer do CFM **também trouxe inúmeras ressalvas, especificamente sobre a ausência de comprovação de eficácia e segurança** no uso dessas medicações.

Ressalte-se que, quando da publicação da NOTA INFORMATIVA nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS, o **Conselho Nacional de Saúde, que não fora ouvido previamente pelo Ministério da Saúde, emitiu a Recomendação nº 042, de 22/05/2020, para que fossem suspensas as orientações do Ministério da Saúde sobre tratamento medicamentoso precoce, inclusive com base em diretrizes de entidades médicas**, como a Sociedade Brasileira de Infectologia, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Associação de Medicina Intensiva Brasileira, **que, a seu turno, emitiram um comunicado no dia 18/05/2020, contraindicando a cloroquina e a hidroxicloroquina (e outros remédios experimentais) em qualquer estágio da covid-19.**

Malgrado cientes da falta de comprovação científica e dos riscos que medicamentos como cloroquina e hidroxicloroquina podiam encerrar, os gestores federais seguiram indicando o “tratamento precoce”, ao qual posteriormente **foram acrescentados outros medicamentos, como ivermectina, nitadoxanida, vitamina D e zinco, além dos antibióticos azitromicina e doxiciclina, compondo o chamado “kit covid”**.

A diretriz adotada pela UNIÃO se espalhou, como determinação, a todos os setores do Ministério da Saúde e entes subordinados. Como confirmou ao MPF o Diretor do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FIOCRUZ¹¹⁹, o Ministério da Saúde encaminhou ao órgão, em 29/06/2020, o **Ofício-Circular 03/2020/SAES/GAB/SAES/MS**, dirigido também à Presidente da Fundação Oswaldo Cruz e ao Diretor do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, com a seguinte solicitação:

119 Ofício 76/2021 FIOCRUZ – PR – DF- 00053172/2021, anexo aos autos.

“ 1. Considerando as orientações do Ministério da Saúde para o tratamento medicamentoso da COVID-19 em grau leve, moderado e grave, disponível em <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/COVID-FINAL-16JUNHO-Livreto-1-V3.pdf> , venho por meio deste enfatizar a importância do tratamento precoce, ao início dos sintomas de pacientes com diagnóstico clínico dessa doença.

2. Assim, **solicito a ampla divulgação desse tratamento**, considerando que ele integra a estratégia do Ministério da Saúde para reduzir o número de casos que cheguem a necessitar de internação hospitalar para tratamento de síndromes de pior diagnóstico, inclusive com suporte ventilatório pulmonar e cuidados intensivos.

3. São **medidas essenciais a tomar e divulgar**:

I – Considerar a prescrição de cloroquina ou hidroxicloroquina, mediante livre consentimento esclarecido do paciente com diagnóstico clínico de Covid-19, para tratamento medicamentoso precoce, ou seja, nos primeiros dias dos sintomas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

(...)” (grifos nossos).

Em entrevista à revista Veja em **17/07/2020**, o ex-Ministro EDUARDO PAZUELLO afirmou que:

“O diagnóstico é clínico, é do médico. Pela anamnese, pela temperatura, por um exame de tomografia, por uma radiografia do pulmão, por exame de sangue, podendo até ter um teste. Criaram a ideia de que tem de testar para dizer que é coronavírus. Não tem de testar, tem de ter diagnóstico médico para dizer que é coronavírus. **E, se o médico atestar, deve-se iniciar imediatamente o tratamento**¹²⁰”.

Em **21/07/2020**, o ex-Ministro da Saúde mais uma vez defendeu o tratamento precoce¹²¹:

“**Avaliamos o que deu certo e o que não deu certo, mudamos várias orientações, alteramos protocolos e hoje podemos resumir da seguinte forma: o tratamento ideal é o tratamento precoce (...)** Ficou com sintomas, procure imediatamente uma unidade básica ou estrutura hospitalar. Foi encaminhado para o médico, ele vai examiná-lo, vai fazer o diagnóstico. **Se é diagnosticado com covid, receba a prescrição de medicamentos.** O médico é soberano, vai dizer o que é mais adequado para cada um. **Receba ou compre, tome os medicamentos e se Deus quiser, você vai ficar bom.**”

“O ministério fez uma orientação clara, não é um protocolo e nem uma diretriz. Apresenta quais são os medicamentos que estão sendo utilizados, quais estão dando resultados e qual a melhor dosagem e momento desse uso. Temos a hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina listadas, e cabe ao médico prescrever qual é o medicamento adequado naquela fase e para aquele paciente”.

Assim é que o protocolo de “tratamento precoce” foi atualizado pelo Ministério da Saúde **em agosto/2020**, para incluir também crianças com sintomas leves, moderados e severos entre aquelas que deveriam fazer uso dos medicamentos, **a despeito das diversas manifestações**

120 Fonte: Exame, “Brasil vai ser um exemplo positivo ao mundo, diz Pazuello sobre a covid-19” <https://exame.com/brasil/brasil-vai-ser-um-exemplo-positivo-ao-mundo-diz-pazuella-sobre-a-covid-19/>

121 Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/21/pazuella-volta-a-defender-medicamentos-sem-eficacia-comprovada-contr-a-covid.htm> Acesso em 25/02/2021.

contrárias proferidas por sociedades médicas, entidades de pesquisa em saúde e instituições governamentais de regulação e controle de medicamentos.

Portanto, a indicação do “kit covid”, como tratamento precoce para a covid-19, foi absolutamente indevida, pois desprovida de evidências científicas que pudessem embasar adequadamente a decisão dos gestores da UNIÃO.

Não obstante, o Presidente da República, Ministros de Estado, a Secretaria de Comunicação Social da Presidência e outros servidores públicos federais defenderam e propagandearam o “tratamento precoce” em diversas oportunidades ao longo de 2020 e 2021. Consoante apontou a CPI da Pandemia em seu Relatório Final:

Se a imunidade de rebanho era o fim a ser perseguido, a cloroquina era o método. Essas ações, somadas ao atraso das vacinas, teriam como resultado muito provável a propagação da covid-19. A propaganda feita pelo Presidente da República pôde ser vista, por exemplo, na entrevista que ele concedeu ao Blog do Mano, em que declarou que “quem for de direita toma cloroquina, quem for de esquerda toma tubaína”¹¹⁰.

Em **24 de outubro de 2020**, o Presidente Bolsonaro foi contundente ao alardear a cura da covid-19 com o uso da cloroquina. Na oportunidade disse que “**no Brasil, tomando a cloroquina no início dos sintomas, 100% de cura**”.¹¹¹

Em outra ocasião, durante o encontro “Brasil vencendo a Covid-19”, fez propaganda da infalibilidade desse fármaco, ao afirmar que mais de 10 ministros do seu governo teriam se curado com a cloroquina¹¹². Verifica-se dessa forma, que o Chefe do Executivo Federal anunciou cura infalível para o novo coronavírus, fato que configura a prática do crime de charlatanismo.

Redes sociais, como Twitter ou Youtube, tornaram-se parte da maneira como o Presidente da República se comunica rotineiramente com a sociedade. Suas postagens, nesses e em outros locais, merecem toda a atenção, porque apresentam ao mundo as suas ideias. Um exemplo é a live do dia 28 de janeiro de 2021. **Passado um ano da epidemia, o Presidente continuava a propagandear medicamentos como a cloroquina.** Vejamos:

O Conselho Nacional de Medicina (sic) incentiva a medicação para covid com aquele velho chavão fora de bula, não apoia nem desapoia mas diz claramente que médico na ponta da linha tem que ser respeitado.... Nas minhas observações aqui eu quero receitar para você o medicamento que é usado para combater a malária, não pra covid, mas temos aqui observado que hidroxicloroquina diminui a carga viral, os efeitos colaterais são esses, não tem arritmia. (...) A informação que nós temos é que mais cedo a ou mais tarde a hidroxicloroquina, ivermectina realmente não aumenta a carga viral e cura da covid-19. E quando comprovar vocês vão ver, sabendo que das 200 mil, 140 poderiam ter sido tratadas e não serem levadas a óbito ¹¹³.

Ainda é bastante farta a quantidade de registros fotográficos e em vídeo em que o Presidente da República propagandeia os supostos benefícios da cloroquina. O mais simbólico foi a oferta de cloroquina a uma ema nos jardins do Palácio do Alvorada

(...)

É oportuno mencionar que o **Presidente da República chegou a defender, perante todo o mundo, o tratamento precoce e seu uso off-label em discurso na ONU em 21 de setembro de 2021, quando o conhecimento científico já era suficiente para afirmar a ineficácia desses medicamentos para a covid**, assim como criticou as medidas de isolamento social decretadas por governadores e prefeitos, por terem gerado inflação e reduzido renda, em tentativa de afastamento da responsabilidade do governo federal.

Em suas *lives* semanais, era frequente a menção ao tratamento precoce e a indicação de cloroquina, hidroxicloroquina e ivermectina pelo Presidente BOLSONARO, a exemplo das transmissões ao vivo de 28/01/2021¹²², de 04/02/2021¹²³, de 11/02/2021 (em que defendeu a nebulização com hidroxicloroquina)¹²⁴, de 18/03/2021¹²⁵, de 22/04/2021¹²⁶ e de 27/05/2021¹²⁷, bem como no discurso de 10/03/2021¹²⁸.

É fato notório que **o Presidente JAIR BOLSONARO defendeu o tratamento precoce inclusive perante a ONU, em seu discurso de abertura de 21/09/2021.**

Da mesma forma, o ex-Ministro PAZUELLO também recomendou o uso de medicamentos para “tratamento precoce” em diversas ocasiões. Apesar de negativas posteriores, há **registros seguros da atitude consciente do então Ministro da Saúde na temerária adoção do tratamento precoce, como política pública.** Em seu discurso de posse como Ministro da Saúde, após o período de interinidade, **no dia 16/09/2020, EDUARDO PAZUELLO afirmou que o**

122 “Realmente mais cedo ou mais tarde vai ser comprovado que a ivermectina, a hidroxicloroquina, a azitromicina, a vitamina C, a vitamina D realmente não deixa aumentar a carga viral e cura da Covid-19 (...) 140.000 pessoas poderiam ter sido tratadas e não serem levadas a óbito por questão política da Rede Funerária e também por parte de algumas autoridades do Brasil aqui. (...) Temos que voltar a trabalhar” Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=SNLP3GJD-mc> . Acesso em 10/11/2021.

123 Ao lado do Presidente da Anvisa, Jair Bolsonaro afirma que: “A questão de tratamento precoce, que ainda é muito politizada no Brasil. Temos aí, alguma coisa, alguns medicamentos que são usados pra outra coisa, que muitos médicos tem usado no tratamento precoce. E a pergunta que eu faço né: se não faz mal, por que não tomar? Agora a vacina é algo novo, tanto é que é experimental (...) Estamos com um pouco mais de 200 mil mortos, 140 mil pessoas poderiam ter sido salvas. Vai ficar com cara do que esse pessoal? E eu repito, se não faz mal, por que não tomar? O médico tá dizendo que não é específico para aquilo, e ele tem uma comprovação via observacional, que tá dando certo, por que não tomar? Por que ficar criticando? Ou tem que ir pra casa, esperar falta de ar, como dizia lá o garoto propaganda da Globo lá, o senhor Mandetta, pra voltar pro hospital? Voltar pro hospital pra quê se não tem remédio. Para ser entubado? (...) No meu prédio, mais de 200 pessoas pegaram Covid. Não sei se a maioria, a minoria... mas lá eu falava sobre esse tratamento e ninguém sequer foi pro hospital. (...) Eu seria omissivo se eu não falasse isso agora. Pode ser que lá na frente falem: a chance é zero, era um placebo. Tudo bem, paciência, me desculpa, tchau pelo menos eu não matei ninguém”. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=cdHSVgGfQFw> . Acesso em 10/11/2021

124 “O uso da hidroxicloroquina em nebulização, as informações que chegaram aqui, falta uma comprovação maior da nossa parte, mas os relatos são que em poucas horas, uma pessoa que receba nebulização de hidroxicloroquina sentiria aliviada e partiria para a cura”. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=6sIaPnRWgOI> . Acesso em 10/11/2021.

125 “Tem-se um tratamento inicial. Se falar outra palavra é crime. Então falar tratamento inicial. Você passou mal, tá com um pouco de dor de cabeça, dor nos olhos, um pouco de febre, resfriado, vai pro médico imediatamente. Alguns nem vão, já tomam logo o remédio pra matar piolho. Falar o nome também não pode. Eu tomei um outro, e me dei bem”. Nessa mesma live, o Presidente imitou uma pessoa com falta de ar. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=xVWLIFdRnt8> . Acesso em 10/11/2021.

126 “Eu tomei um negócio o ano passado, não vou falar o nome para não cair a live, se eu ficar doente eu vou tomar a mesma coisa. Não faz mal. (...) tivemos que refazer o estoque e o exército fabricou um pouco a mais disso aí”. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=prkZ-s8jP5g> . Acesso em 10/11/2021.

127 “Eu não vou falar aquilo que eu tomei lá no Brasil se não vão me cortar o sinal da internet, mas vocês sabem o que eu tomei. (...) Eu tive os sintomas há um mês atrás mais ou menos, sintomas igualzinho o que eu tive na primeira vez que fui infectado. O que que eu fiz? Tomei aquilo e ponto final. (...) o que eu tomei, o pessoal toma aqui direto na Amazônia, sem receita médica, toma para combater o que? A malária. O cara foi acometido de malária, pega aqueles comprimidos, aquele que eu mostrei para a ema e toma para a malária”. Originalmente disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=XWYTur5g-u0>. Acesso em 10/11/2021.

128 “Muitos tem sido salvos no Brasil com esse atendimento imediato. (...) Nesse prédio, mais de 200 pessoas contraíram a COVID, e quase todos, pelo que eu tenho conhecimento, inclusive eu, buscaram esse tratamento imediato. Com uma cesta de produtos como ivermectina, hidroxicloroquina, annita, azitromicina, vitamina D, entre outros. E tivemos sucesso”. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=G-h92uqq_zc . Acesso em 10/11/2021.

tratamento precoce salva vidas¹²⁹:

“O aprendizado ao longo da pandemia mostrou que quanto mais cedo atendermos os pacientes, melhor a chance de recuperação. **O tratamento precoce salva vidas**. Por isso, temos falado dia após dia, 'não fique em casa', receba o diagnóstico clínico do médico. **Receba o tratamento precoce**”.

Em 14/01/2021, em transmissão ao vivo nas redes sociais, o ex-Ministro da Saúde, ao lado do Presidente da República, declarou que¹³⁰:

"O tratamento precoce é preconizado pelos conselhos federais, conselhos regionais, orientado pelo Ministério da Saúde, se mostrou eficaz em todas as cidades e estados do Brasil. O diagnóstico clínico e o tratamento o mais rápido possível a partir do diagnóstico médico. O médico prescreve os medicamentos e esses medicamentos têm que estar disponíveis na rede pública, pra que todos os brasileiros possam receber e começar o seu tratamento. (...)

Manaus é uma conjunção de fatores, né? Manaus é uma ilha no meio da Floresta Amazônica (...) Já estamos no período chuvoso novamente no Amazonas (...) e no período chuvoso a umidade fica muito alta e você começa a ter complicações respiratórias. Então esse é um fator. Um outro fator: **Manaus não teve a efetiva ação no tratamento precoce com diagnóstico clínico no atendimento básico. E isso impactou muito a gravidade da doença**. Por outro lado, a infraestrutura hospitalar de atendimento especializado, ela é bastante reduzida em Manaus em termos de percentual, é um dos menores percentuais do país. Se você juntar esses dois fatores e colocar o clima, você vai ter uma grande procura por estrutura e por tratamento especializado."

Ademais, ao responder perguntas de internautas na referida transmissão ao vivo, o então Ministro PAZUELLO **afirmou, sem qualquer embasamento científico, que pessoas com boa imunidade não desenvolvem as formas graves da doença:**

“A imunidade vai caindo ao longo da idade, você vai perdendo a sua capacidade física, vai diminuindo a sua exposição ao sol, e você vai poder ser contaminado com uma forma grave. Isso são coisas que nós já sabemos”.

Na sequência, igualmente contrariando especialistas, disse o ex-Ministro não ser possível avaliar a efetividade de medidas como uso de máscara e distanciamento social: ***“o uso da máscara, o afastamento social, medidas de isolamento, medidas de, todas as medidas restritivas ou não, isso tudo, você tem, nós temos muita dificuldade de encontrar o que deu certo e o que deu errado”***.

Na mesma ocasião, respondendo a questionamento do Presidente da República sobre o motivo pelo qual o Brasil estaria supostamente melhorando no ranking dos países, em número de mortes por milhão de habitantes, disse o ex-Ministro: **“tratamento precoce!”**

129 Discursos do Ministro Pazuello e do Presidente Jair Bolsonaro em 16/09/2020 disponíveis em: <https://www.youtube.com/watch?v=WHOW5g75Qmc> e <https://www.youtube.com/watch?v=wI1A4O44U>

130 Live de 14/01/2021 disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=-tTgxztuqTs> e <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,situacao-em-manaus-tem-a-ver-com-logistica-infraestrutura-e-ate-chuva-diz-pazuello,70003581794>

Ressalte-se que, com a crise do sistema de saúde em Manaus, no início de janeiro de 2021, **novas orientações foram publicadas pelo Ministério da Saúde, num *folder* específico para a capital amazonense**¹³¹. No fluxograma de atendimento ao paciente que apresenta quadro leve, são recomendadas medidas farmacológicas: “*prescrição de fármacos conforme diagnóstico clínico e sintomático*”. Em ofício encaminhado à Prefeitura de Manaus, o Ministério da Saúde pressionou pelo uso de medicamentos do “kit covid”:

“Aproveitamos a oportunidade para **ressaltar a comprovação científica sobre o papel das medicações antivirais** orientadas pelo Ministério da Saúde, **tornando, dessa forma, inadmissível**, diante da gravidade da situação de saúde em Manaus, **a não adoção da referida orientação**”

Ainda a respeito das recomendações de tratamento precoce feitas por ocasião da grave crise em Manaus, é importante registrar que o **relatório final da visita técnica do Ministério da Saúde ao estado do Amazonas, de 04/01/2021**¹³², apontou que:

Com base nas reuniões, documentos apresentados, visitas locais e análises da demanda, constatou-se o que segue:

- **Deficiência na resolutividade da atenção primária por não estarem utilizando as orientações de tratamento precoce para COVID19, conforme orientações do MS.** Sugerimos a ampliação da oferta de atendimentos, com possível aumento de equipes de saúde da família, para a resolução da situação, reduzindo significativamente a pressão sobre a rede hospitalar e Unidades de Terapia Intensiva;

Já no documento denominado “PLANO MANAUS”, assinado pelo ex-Ministro PAZUELLO em **06/01/2021**, constam diversas medidas a serem adotadas, dentre elas recomendar aos gestores municipais e estaduais **que seja incentivado o “tratamento precoce”**:

6. RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES

Nos contatos com os gestores em saúde estaduais e municipais, nos diversos níveis, as seguintes

RECOMENDAÇÕES devem ser transmitidas:

(...)

- **verificar se estão sendo empregadas as medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce; caso contrário, incentivá-las e esclarecer os profissionais;**

Também em **janeiro de 2021**, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o **aplicativo denominado “TrateCov”**, que, em resumo, fazia uma espécie de “diagnóstico” do usuário e, em seguida, receitava-lhe medicamentos como cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, doxiciclina, azitromicina, sulfato de zinco e dexametasona, independentemente da idade ou da situação clínica do usuário. Em pronunciamento diretamente de Manaus, em 11/01/2021, o então Ministro EDUARDO PAZUELLO anunciou o referido aplicativo e disse que **não existiam dúvidas sobre a necessidade**

131 Disponível originalmente em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/14/14-01-21_folder_manaus_am2.pdf/view Acesso em 20/01/2021.

132 Documentos constantes do processo SEI 25000.006471/2021-95.

de adoção ampla do tratamento precoce¹³³:

“Ouvi o Davi falar aqui sobre tratamento precoce. Senhores, senhoras, não existe outra saída. Avisei o Wilson ontem que hoje eu seria um pouco mais incisivo em algumas palavras. Nós não estamos mais discutindo se esse profissional ou aquele concorda ou não concorda. Os conselhos federais e regionais de saúde já se posicionaram, os conselhos são a favor do tratamento precoce, do diagnóstico clínico. Eu conversei pessoalmente em vídeo com todos eles. Existem, existe a liberdade e a necessidade do tratamento individualizado. Cada paciente e cada médico tem um nível de grau de conhecimento e de cuidado que pode mudar o medicamento, a prescrição, normal. É obrigação do médico agir dessa forma. **Mas que o tratamento tem que ser imediato, que os medicamentos têm que ser disponibilizados imediatamente, aqueles que o médico prescrever, e o paciente precisa se medicar e ser acompanhado pelo médico, essa dúvida não existe.** Isso tem que ser estampado na primeira página dos jornais. O que salva vida é a unidade básica de saúde aberta (...) todas precisam fazer o atendimento, não tem mais como ser diferente. (...) O diagnóstico é do médico, não é do exame. O diagnóstico não é do teste. Não aceitem isso. O diagnóstico é do profissional médico. O tratamento, a prescrição é do profissional médico. **E a orientação é precoce.** Essa orientação é de todos os conselhos de medicina. Então nós temos que cobrar dos conselhos de medicina, cobrar dos diretores clínicos dos hospitais, cobrar na ponta da linha da UBS como o médico tá se portando, o cara tem que sair com diagnóstico. O exame laboratorial, exame de imagem, o teste, ele é complemento do diagnóstico, até porque a medicação, ela pode e deve começar antes desses exames complementares. **Caso o exame lá na frente, por alguma razão, dê negativo, ele reduz a medicação. Tá ótimo. Não vai matar ninguém, pelo contrário.** Agora vai salvar, salvará no caso da covid. (...) Eu vou falar disso o dia inteiro. (...)

Hoje vai ser lançado uma plataforma, a Mayra vai falar sobre isso, uma plataforma **que vai permitir que o próprio prefeito cobre o protocolo de atendimento. É um protocolo, uma plataforma com protocolo e o protocolo vai nos dar mais de 85% de acerto.** Tá bom, né? Mais a capacidade do médico, chegamos em 100.” (grifamos)

Descrevendo melhor as funções do aplicativo, a Secretária de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde, Mayra Pinheiro, afirmou, no mesmo evento, que:¹³⁴

“Hoje a gente lança aqui em primeira mão, né, o estado do Amazonas é o primeiro estado do Brasil que recebe o aplicativo TrateCov. **Nós estamos apresentando para a sociedade um aplicativo que permite, como eu disse, com forte valor preditivo dizer se o doente, diante das suas manifestações clínicas, ele tem ou não a covid-19.** E assim nós podemos, num período de 5 minutos com a utilização desse aplicativo, que já pode ser acessado através das páginas do Ministério da Saúde, **nós poderemos ofertar imediatamente para milhões de brasileiros o tratamento precoce**”. (grifamos)

Também no site e nas redes sociais, o Executivo Federal divulgou o TrateCov, em notícia publicada no site da Casa Civil em **14/01/2021**¹³⁵, no site do Ministério da Saúde em

133 Pronunciamento de Eduardo Pazuello em Manaus, em 11/01/2021, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=i1DNeUJEmUY>

134 Disponível em <https://twitter.com/dadourado/status/1352341375317135360?s=20>. Acesso em 25/01/2021.

135 Disponível em <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/tratecov-aplicativo-auxilia-medicos-no-diagnostico-da-covid-19>.

13/01/2021¹³⁶, no Twitter o Ministério da Saúde, em 13/01/2021 e em 14/01/2021¹³⁷ e na TV Brasil, em 19/01/2021¹³⁸.

Ocorre que a análise do código fonte do referido aplicativo¹³⁹ mostra que não há diferenciação entre recém-nascidos, pessoas com graves comorbidades e adultos saudáveis na avaliação de risco para covid-19. A idade e peso serviriam apenas para definir a posologia dos medicamentos. Já os sintomas tão comuns, como fadiga, náusea e dor de cabeça, sempre conduziam à prescrição de uma grande lista de medicamentos, pois o código fora projetado para atribuir altas pontuações a quaisquer sintomas¹⁴⁰.

Diante do polêmico Tratecov, dias após o seu lançamento, o **Conselho Federal de Medicina divulgou nota**¹⁴¹, alertando para o fato de que o aplicativo “*assegura a validação científica a drogas que não contam com esse reconhecimento internacional*”, fato que impeliu o então Ministro da Saúde a tirá-lo do ar, sob a justificativa – **até o momento não comprovada** - de que “não estava pronto e teria sido invadido e ativado indevidamente, por algum *hacker*”¹⁴².

Ora, o mix farmacológico indicado como tratamento precoce para a COVID-19 **não é reconhecido e é contra-indicado** por entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o National Institutes of Health (NIH/CDC), a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), a Associação Médica Brasileira, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, o Conselho Federal de Farmácia, dentre outras, conforme dados detalhados e esclarecimentos constantes da Nota Explicativa nº 01, juntada como anexo ao final da presente exordial.

E nem mesmo a CONITEC recomenda fármacos como cloroquina, hidroxicloroquina ou ivermectina para a covid-19.

Com grande atraso, aliás, a CONITEC aprovou, em junho de 2021, o Relatório de Recomendação de PCDT – **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento farmacológico hospitalar do paciente com covid-19**¹⁴³, registrando que “*alguns medicamentos*

136 Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-lanca-aplicativo-para-auxiliar-medicos-no-diagnostico-da-covid-19> Acesso em 21/01/2021.

137 Disponível em <https://twitter.com/minsaude/status/1349746971406286848?s=20> . Acesso em 25/01/2021.

138 Disponível em <https://tvbrasil.ebc.com.br/brasil-em-dia/2021/01/ministerio-da-saude-lanca-aplicativo-para-atendimento-de-covid-19> . Acesso em 21/01/2021.

139 Conforme código acessível a qualquer um e postado e analisado pelo jornalista de dados Rodrigo Menegat, disponível em <https://github.com/RodrigoMenegat/autopsia-do-tratecov/blob/main/code/%3Fs%3D7M3XF79KFL>

140 Antes que o aplicativo fosse retirado do ar, foi salvo por usuários no seguinte endereço: <https://web.archive.org/web/20210114201701/https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=7M3XF79KFL>

141 Disponível em <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Nota-aplicativo-TrateCov-21.01.2021-1.pdf>

142 Disponível em <https://globoplay.globo.com/v/9199859/?s=0s> e <https://olhardigital.com.br/2021/01/21/coronavirus/apos-divulgar-app-saude-diz-que-tratecov-foi-ao-ar-devido-a-ataque-hacker/> Acesso em 26/02/2021.

143 Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/DiretrizesBrasileiras_TratamentoHospitalarPaciente_CapII.pdf Acesso em 21/06/2021.

foram testados e não mostraram benefícios clínicos na população de pacientes hospitalizados, não devendo ser utilizados, sendo eles: azitromicina, cloroquina ou hidroxicloroquina, colchicina, lopinavir + ritonavir e plasma convalescente. O benefício clínico identificado em relação ao rendesivir não justifica seu uso de rotina. A ivermectina e a associação de casirivimabe + imdevimabe não possuem evidências que justifiquem seu uso em pacientes com COVID-19 hospitalizados, não devendo ser utilizados nessa população”.

Também foi aprovado pela CONITEC, em recente reunião de 07/12/2021¹⁴⁴ e após consulta pública, o Relatório de Recomendação de **Diretrizes Brasileiras para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com Covid-19**¹⁴⁵, que **não recomenda** a utilização dos fármacos do “kit covid” para tratamento de casos ambulatoriais (leves) de covid-19. Segundo o referido relatório:

Poucas terapias medicamentosas mostraram-se eficazes no tratamento ambulatorial de paciente com covid-19. **À exceção dos anticorpos monoclonais que apresentaram algum benefício, outras terapias não mostraram benefício significativo na prevenção de desfechos clinicamente relevantes, como necessidade de hospitalização, evolução para ventilação mecânica e mortalidade.** Banlavitimabe + etesivimabe, casirivimabe + imdevimabe, regdanvitimabe e sotrovimabe sugerem benefício clínico em pacientes com alto risco de progressão para doença grave, contudo não é possível realizar a recomendação a favor do uso destes medicamentos no momento devido a seu alto custo, baixa experiência de uso, incertezas em relação à efetividade e a sua indisponibilidade no sistema de saúde.

Há incertezas sobre o benefício do uso de anticoagulantes, budesonida, colchicina, ivermectina, nitazoxanida e plasma convalescente em pacientes em tratamento ambulatorial, não sendo atualmente indicados no tratamento ambulatorial da covid-19. Por sua vez, **azitromicina e hidroxicloroquina não mostraram benefício clínico e, portanto, não devem ser utilizados no tratamento ambulatorial de pacientes com suspeita ou diagnóstico de covid-19.** Dessa forma, nenhuma das tecnologias em saúde avaliadas foi indicada para uso de rotina no tratamento ambulatorial do paciente com suspeita ou diagnóstico de covid-19. (grifamos)

Ressalte-se, ainda, que a defesa e recomendação do tratamento precoce não foi exclusiva do Presidente da República, do ex-Ministro PAZUELLO e de seus subordinados no Ministério da Saúde, mas também de diversos agentes públicos, dentre os quais o ex-Chanceler

144 http://conitec.gov.br/images/Reuniao_Conitec/2021/20211207_Pauta_Reuniao_Extraordinaria_PosReuniao.pdf

145 Disponível em

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20211112_Diretrizes_Brasileiras_para_Tratamento_Medicamentoso_Ambulatorial_do_Paciente_com_Covid-19.pdf Acesso em 28/11/2021.

ERNESTO ARAÚJO¹⁴⁶, além de Parlamentares apoiadores do governo federal¹⁴⁷.

Em razão do acúmulo das evidências científicas contrárias à indicação desses medicamentos, publicadas ao longo do ano de 2020/2021 e cada vez mais noticiadas pela imprensa, **o ex-Ministro PAZUELLO, quando confrontado por uma jornalista em coletiva do dia 18/01/2021 sobre a prescrição de cloroquina e outros fármacos do tratamento precoce, mudou o discurso e literalmente mentiu à sociedade, ao afirmar que nunca havia recomendado cloroquina para tratamento precoce, mas, sim, que havia recomendado que os pacientes procurassem “atendimento precoce”¹⁴⁸.**

“A senhora nunca me viu receitar, ou dizer, colocar para as pessoas tomarem este ou aquele remédio. Nunca. Não aceito a sua posição. (...) **Eu nunca, nunca indiquei medicamentos a ninguém, nunca autorizei o Ministério da Saúde a fazer protocolos indicando medicamentos**”.

A evidente contradição levou o TCU (22/01/2021) a solicitar explicações ao então Ministro (representação nº 019.895/2020-8¹⁴⁹). A apuração em andamento no TCU sobre o tema do tratamento precoce está embasada justamente na premissa segundo a qual o Ministério da Saúde não poderia propor o uso *off label* dos medicamentos do Kit Covid, sem prévia aprovação da ANVISA e autorização da CONITEC, mesmo na atual situação de emergência de saúde pública¹⁵⁰.

A defesa do chamado “tratamento precoce” pelas autoridades da UNIÃO não foi nociva para o país apenas em razão dos possíveis efeitos colaterais das drogas mencionadas, mas também em função da **falsa sensação de segurança que transmitiu – e transmite - à população, que afrouxa medidas de distanciamento social e uso de máscaras**, confiando que o uso precoce do “kit covid” a protegerá de manifestações graves da covid-19.

146 Segundo apurou a CPI da Pandemia:

“O MRE fez gestões junto ao governo indiano para liberação de importação de IFA de hidroxiclороquina por parte de empresas brasileiras, em especial, Apsen e EMS. Há telegramas que confirmam esse fato e houve, inclusive, a transcrição do telefonema de Bolsonaro ao Primeiro-Ministro indiano. A Apsen reconhece que solicitou ajuda do governo federal para a liberação de sua compra de sais para a produção de hidroxiclороquina. (...)”

Chama a atenção a diligência do Ministério das Relações Exteriores na busca por cloroquina enquanto a sua atuação na compra de vacinas – inclusive a participação no consórcio da OMS – foi, para dizer o mínimo, displicente. (...)”

O próprio presidente da República divulgou em seu Twitter, em 09/04/2020, agradecimentos ao primeiro-ministro indiano pela liberação da matéria-prima para produção de cloroquina.

Cabe registrar, ainda, que a diligência do Itamaraty fez-se notar pela quantidade de telegramas trocados entre Brasília e a embaixada brasileira na Índia, que foram mais de oitenta, sendo que muitas vezes a resposta a uma mensagem foi dada em minutos, nos fins de semana ou em horários fora do expediente.”

147 Conforme apurado e relatado pela CPI no Relatório Final (páginas 663/883).

148 Trecho da coletiva de 18/01/2021, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=lcQ5iOqOqWA>

149 Disponível em https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2021/01/tcu-aponta-ilegalidade-em-uso-de-dinheiro-do-sus-para-distribuir-cloroquina-e-cobra-explicacao-de-pazuello.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa

150 “16. Desta feita, como não houve manifestação da Anvisa acerca da possibilidade de se utilizar os medicamentos à base de cloroquina para tratamento da Covid-19 e tampouco dos órgãos internacionais antes mencionados, **verifica-se não haver amparo legal para a utilização de recursos do SUS para o fornecimento desses medicamentos com essa finalidade**”.

Com efeito, relatos de médicos da linha de frente do combate à covid-19 abundam na mídia¹⁵¹, dando conta que muitos pacientes demonstravam surpresa e descrença quando necessitavam de internação hospitalar após desenvolverem formas moderadas ou graves da doença, já que afirmam terem feito uso das medicações indicadas pelo Ministério da Saúde e pelo Presidente da República desde o início dos sintomas ou mesmo de forma preventiva.

As informações prestadas pelo Presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia ao MPF, em reunião realizada com este órgão em 24/05/2021¹⁵², corroboram essa percepção. Segundo o Dr. Clóvis Arns da Cunha, *“o paciente tem a falsa impressão que não vai evoluir mal e muitos chegam ao Pronto Atendimento com hipóxia crítica, necessitando de UTP”*. Além disso, o médico também afirmou **ser comum que pacientes sejam internados “com pneumonia grave em uso de “tratamento precoce” (até com 8 medicamentos!)”**.

Nesse mesmo sentido foram as ponderações feitas por diversos pesquisadores ouvidos pela CPI da Pandemia. O Professor da UFPEL, Pedro Hallal, afirmou no documento apresentado à Comissão que *“independente da ineficácia dos medicamentos do chamado kit de tratamento precoce, e independente dos riscos associados à administração em altas doses desses medicamentos, **o mais grave é a falsa sensação de segurança passada à população. Quando o presidente está infectado e levanta uma caixa de medicamentos como se fosse um troféu de Copa do Mundo, a mensagem passada à população é nítida: podem se contaminar que esse medicamento é capaz de salvá-los”***.

Já a microbiologista, professora e fundadora do Instituto Questão de Ciência, Natalia Pasternak afirmou em seu depoimento à CPI que:

*“a crença de que existe uma cura fácil, simples, barata, rápida, que seria, realmente, o sonho de todos nós – que bom se isso fosse verdade –, ilude as pessoas, **cria uma falsa sensação de segurança e leva as pessoas a um comportamento de risco**. Por quê? “Final, se eu ficar doente, é só tomar um remédio que eu não vou evoluir para uma forma grave e não vai acontecer nada. Então, por que eu não posso sair? Por que eu não posso abraçar os meus pais idosos? Por que eu tenho que usar essa máscara?” Então, **isso confunde as pessoas em relação à gravidade da doença que nós estamos enfrentando e à necessidade das medidas preventivas e, então, pode levar a um comportamento de risco**. E é nesse sentido que a desinformação acaba prejudicando muito qualquer tratamento, qualquer condução de epidemia ou até mesmo tratamentos muito pessoais, de doenças pessoais que não são epidêmicas, doenças como câncer. Muitas vezes, a crença em tratamentos que não são homologados pela ciência leva pessoas à morte, porque elas deixam de se tratar da maneira*

151 Alguns exemplos podem ser consultados em:

https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/01/15/interna_nacional,1229511/medico-de-manaus-sobre-pacientes-na-uti-todos-fizeram-tratamento-precoce.shtml Acesso em 11/02/2021

<https://olhardigital.com.br/2021/01/20/noticias/covid-19-medico-relata-complicacoes-em-pacientes-que-fizeram-tratamento-precoce/> Acesso em 11/02/2021

<https://www.apufsc.org.br/2021/01/22/medicos-alertam-para-ineficacia-de-tratamento-precoce-da-covid-familias-inteiras-morrendo/> Acesso em 11/02/2021.

152 Informações constantes do documento apresentado pelo Dr. Clóvis Arns da Cunha, por ocasião da reunião realizada com este MPF em 24/05/2021.

adequada porque acreditaram num tratamento milagroso”.

4.4. Da ausência de plano estratégico de gestão da pandemia, das ações contra medidas preventivas não farmacológicas e da política de desinformação adotada na pandemia

O aprofundamento dos fatos narrados nesta exordial demonstra que não apenas a UNIÃO fora omissa no que tange à aquisição de vacinas para a covid-19 mas também **negligente e morosa na gestão nacional do SUS**, em numerosas questões estratégicas para o combate à pandemia, incluindo as **ações de testagem para covid-19**.

Conforme apurado pelo Tribunal de Contas da União, os gestores federais foram **omissos em seu dever de gestão da assistência farmacêutica para covid-19**, abstendo-se de elaborar e implantar plano estratégico para coordenar aquisições, estoques, e distribuição de insumos para enfrentamento da pandemia do coronavírus. **Tampouco elaboraram política de testagem em massa da população**, de rastreamento de contatos e isolamento de infectados. **Não houve, ainda, estratégia ou planejamento nacional para o enfrentamento da pandemia e não houve plano estratégico de comunicação para conscientizar a população acerca das condutas a serem adotadas**, quando do convívio social, para prevenir a disseminação da doença, o que acabou por gerar dúvidas quando ao comportamento adequado diante da pandemia em seus diversos momentos de evolução.

Esses fatos foram objeto de diversos procedimentos no âmbito do TCU, com destaque para o TC 014.575/2020-5, no bojo do qual foram proferidos os Acórdãos nº 1.888/2020/TCU-Plenário (de 22/07/2020), nº 2.817/2020-TCU-Plenário (de 21/10/2020) e nº 1.873/2021-TCU-Plenário (de 04/08/2021).

Nos dois primeiros acórdãos citados, o TCU apontou as falhas na condução da pandemia pelos gestores da UNIÃO supramencionadas, determinando fossem tomadas medidas para corrigi-las. Mas, em **09/04/2021**, no Quinto Relatório de Acompanhamento, a área técnica do TCU **voltou a registrar inoperância do Ministério da Saúde em relação à assistência farmacêutica para covid-19, à testagem da população e à política de comunicação do governo federal**, tendo, inclusive, recomendado a aplicação de multa ao ex-Ministro EDUARDO PAZUELLO e outros integrantes de sua equipe, por **descumprimento reiterado das recomendações** daquela Corte de Contas. Confira-se:

33. No momento atual, de extremo agravamento da crise, torna-se fundamental a adoção de um discurso baseado na ciência para combater as fake news – que em muito têm contribuído para o comportamento dissonante da sociedade em relação ao que se deseja para o combate da pandemia – e para convencer a população a aceitar medidas e a adotar condutas muitas vezes impopulares, mas necessárias. Todavia, verificou-se que o Ministério da Saúde não tem liderado esse processo, ao reverso, excluiu do Plano de

Contingência Nacional a ação que lhe atribua essa responsabilidade, em desacordo com o art. 10, § 1º, incisos I e II, do Decreto 7.616/2011, que atribui ao representante do Ministério da Saúde designado para coordenar as medidas a serem executadas durante a Espin, as atribuições de planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a emergência e de articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, o que inclui as ações de comunicação à população.

34. Não é possível olvidar, ainda, que o Ministério da Saúde é competente para coordenar e fiscalizar o SUS (art. 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019) e que a União poderá executar ações de vigilância epidemiológicas e sanitárias em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional (art. 16, parágrafo único, da Lei 8.080/1.990).

35. Assim, considerando a atual situação de agravamento da crise causada pelo Sars-CoV-2, materializada na incapacidade de atendimento dos hospitais públicos e privados, **cabe a essa Pasta a implementação, em coordenação com os demais Estados da Federação, de planos e campanhas de comunicação mais efetivas e a retomada da realização de entrevistas coletivas, com o objetivo de esclarecer a população sobre: taxa de ocupação de leitos e de contaminação; quantidade de óbitos; possibilidade de, mesmo aqueles que não integram grupos de risco, desenvolverem formas graves da doença e virem a falecer ou a apresentar sequelas; informações falsas ou fake news; relevância da vacinação; importância de medidas não farmacológicas para prevenção; orientações sobre tipo e uso de máscara; presença de novas variantes mais transmissíveis; possibilidade de reinfeção; risco que o desenvolvimento de novas variantes representa para a eficácia das vacinas.**

36. Conquanto os planos de ação relativos às ações de comunicação de risco tenham sido elaborados pelo Ministério da Saúde, cumprindo a determinação do item 9.1.1 do Acórdão 2.817/2020, **não se observou incremento ou fortalecimento na política de comunicação do órgão para indução do comportamento da população em geral que efetivamente contribua para a redução dos níveis de contaminação e de mortalidade pelo novo coronavírus.**

37. Ademais, **as ações verificadas não apresentaram o grau de transparência e rapidez esperada, como também não foram constatadas providências realizadas pelo MS para a coordenação das ações de comunicação das secretarias estaduais de saúde em prol de um discurso unificado para informar à população as medidas que se sabem efetivas para interromper a cadeia de transmissão do vírus, como distanciamento social, uso de máscara, higienização das mãos e ventilação de ambientes internos.**

(...)

68. Em relação à ação objeto do item 9.1.2.1 do Acórdão 2.817/2020, tem-se que, ao contrário do entendimento adotado pelo MS, garantir não significa adquirir todos os insumos para o diagnóstico da Covid-19, contudo, engloba as atividades de fiscalizar, controlar o abastecimento, definir o remanejamento de itens entre os laboratórios e comprar os insumos, caso os estados tenham dificuldades para adquiri-los.

69. Como afirmado nos parágrafos 52-53, **o Ministério da Saúde coordenará e executará, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, que escapem ao controle dos estados. Além disso, cabe ao MS planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a Espin, conforme mencionado anteriormente neste relatório (parágrafo 61).**

70. Assim, para viabilização dessas medidas, seria necessária a manutenção da ação relativa à garantia dos insumos, anteriormente prevista no Plano Nacional de Contingência, e a ação efetiva do MS com o objetivo de dar cumprimento a sua atribuição legal e normativa.

71. Em relação às ações objeto dos itens 9.1.2.2 a 9.1.2.5, entende-se que, **além de**

fundamentais para a busca da manutenção da capacidade operacional do SUS durante a crise da Covid-19, são medidas de apoio às secretarias estaduais de saúde, devendo, portanto, compor o planejamento do MS em razão da função de coordenador nacional do enfrentamento da pandemia, que é atribuída à Pasta.

72. A coordenação nacional da crise causada pelo Sars-CoV-2 requer ações de liderança e organização em diversas áreas. Em relação à assistência farmacêutica, a fiscalização e o controle do abastecimento dos medicamentos essenciais utilizados para o enfrentamento da pandemia, em articulação com os entes federativos, compõem a atividade de coordenação da função logística atribuída ao órgão central do sistema.

73. No contexto da Espin, para a organização do planejamento, entende-se necessário, primeiramente, que a Pasta defina os principais medicamentos a serem utilizados na crise, para que, então, passe a monitorar o estoque estratégico existente no SUS definido para cada item, para, quando for o caso, realizar as intervenções necessárias em apoio às secretarias estaduais de saúde.

74. Ao contrário do afirmado pelo MS, entende-se que a ação “garantir estoque estratégico de medicamentos utilizados no tratamento da Covid-19” não atribui ao órgão a responsabilidade de aquisição de todos os medicamentos utilizados durante a pandemia, mas o monitoramento dos medicamentos essenciais (fiscalização do abastecimento da rede) e a aquisição conforme pactuação/planejamento ou ainda de forma a evitar desabastecimentos. A alteração da ação, conforme realizada, tende a enfraquecer a gestão logística da Pasta, atribuindo responsabilidade ao MS apenas para aquisições pontuais, não programadas, ou seja, sem planejamento, e levando ao abandono da função de controle do estoque, princípio essencial para fiscalização/monitoramento.

75. Cabe aqui destacar que a função controle foi também retirada da atribuição do COE Covid-19, por meio da Portaria GM/MS 3.190/2020, reiterando a visão do MS de atuar em situações não programadas.

76. Frisa-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda, além da racionalização da demanda e dos insumos hospitalares, a gestão centralizada das aquisições, contribuindo para o esforço de coordenação do abastecimento das unidades de saúde, evitando excessos e quebras de estoque (WHO, 2020, apud, Ipea - Compras Públicas Centralizadas em Situações de Emergência e Calamidade Pública, p. 9).

77. Em relação à gestão logística, citam-se como boa prática os princípios abaixo, constantes do Plano de Ação do enfrentamento do coronavírus do Reino Unido, publicado em 3/3/2020 – Coronavirus: action plan - A guide to what you can expect across the UK, que orientam a ação do governo do Reino Unido:

i) garantir que as agências responsáveis por combater o surto estejam com os recursos devidos para fazê-lo, que tenham as pessoas, equipamentos e medicamentos que necessitam, e que quaisquer mudanças necessárias na legislação sejam levadas adiante o mais rápido possível;

ii) manter estoque estratégico dos medicamentos mais importantes e equipamentos de proteção para profissionais de saúde que podem entrar em contato com pacientes infectados. Esses estoques são monitorados diariamente, com estoque adicional sendo solicitado quando necessário.

78. Por conseguinte, a alteração da atribuição de monitorar o estoque federal e dos estados para monitorar somente o estoque central acarreta um maior enfraquecimento da capacidade do MS de coordenar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde durante a pandemia, relativamente à função logística, pois, para definir estratégias logísticas, o órgão central deve conhecer o estoque dos medicamentos definidos como essenciais na rede pública. Sem essas informações não há como o MS realizar remanejamentos, distribuições e, eventualmente, novas aquisições.

79. Nesse sentido, a alteração da ação “rever e estabelecer logística de controle, distribuição e

remanejamento” restringindo-a para “elaborar a pauta de distribuição dos medicamentos adquiridos pelo MS” minimiza sobremaneira a gestão logística da crise a ser realizada pelo MS, reduzindo a responsabilidade do órgão aos medicamentos adquiridos pelo próprio Ministério. A eficiência na coordenação nacional da pandemia requer que o órgão central execute as atribuições de controle, distribuição e remanejamento de forma sistêmica e em coordenação com as secretarias estaduais. Somente o órgão central, com todos os dados logísticos do sistema terá condições de executar essas atividades.

80. Em suma, as alterações realizadas pelo MS nas ações relativas à assistência farmacêutica representaram uma redução no escopo das atividades de gestão logística do MS na atual crise, em relação ao Plano de Contingência anterior, restringindo as atribuições apenas aos medicamentos adquiridos centralizadamente.

81. Essa redução de responsabilidades implica riscos para a capacidade do MS de coordenar e fiscalizar o SUS durante a atual crise (art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011 e art. 1º, inciso II, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019) e de coordenar e executar as ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando, entre outras hipóteses, for superada a capacidade de execução dos Estados e do Distrito Federal ou houver riscos de disseminação em âmbito nacional (art. 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019).

(...)

90. Apesar de as informações encaminhadas não serem suficientes para uma análise definitiva sobre o monitoramento realizado pelo órgão, foi possível verificar que os dados relativos ao consumo médio mensal e à situação de abastecimento são repassados ao Ministério pelo Conass ou por e-mail dos estados, não havendo um sistema para controle de estoque que possibilite verificar informações fidedignas em tempo real. Ademais, não foi demonstrado ainda como é realizado o controle das informações por estado da federação de forma ativa pelo MS.

91. Outro ponto que chamou atenção foi o envio linear, em 12/3/2021, a todos os estados, dos medicamentos propofol (680.000 ampolas) e atracúrio (280.000 ampolas), desconsiderando a diferença no número de leitos entre os estados, mesmo que somente dos incluídos no Plano de Contingência, além da situação da pandemia em cada estado, naquele momento. Destaque-se que, para o controle do estoque da indústria, o MS utiliza sistema da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

92. Assim, em um juízo preliminar, **pode-se afirmar que os trabalhos de controle e monitoramento do MS para os medicamentos de IOT foram ineficazes por falta de controle em tempo real e de sistema apropriado e, principalmente, por desconsiderarem o agravamento da crise, as condições sanitárias do país e as reais necessidades das secretarias de saúde.**

(...)

95. Não foram constatadas, nas respostas encaminhadas pelo MS, medidas realizadas dentro de uma estratégia deliberada que desenhasse meios para a coordenação, planejamento, organização e controle das ações relativas à assistência farmacêutica, ainda que restritas a estados com mais dificuldades de resposta à pandemia do novo coronavírus, e, ainda mais, medidas que se mostrassem articuladas com as demais ações de vigilância epidemiológica e sanitária planejadas para diferentes cenários (otimista, pessimista e moderado).

96. Nessa seara, diante das respostas enviadas pelo MS, em atenção ao item 9.1.2 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário e ao Ofício de Requisição 28/2021, e diante das alterações no Plano de Contingência Nacional, **não é possível concluir que o MS possui planejamento estratégico para gestão da assistência farmacêutica**, a fim de garantir e monitorar estoque estratégico de insumos para testagem e para garantir, monitorar, distribuir, controlar e remanejar medicamentos a fim de mitigar os impactos de faltas nos serviços de saúde públicos brasileiros durante a pandemia do novo coronavírus, descumprindo o item 9.1.2 do acórdão

acima citado.

(...)

200. Em relação à aquisição de kits para extração de RNA para a realização de testes RT-PCR para diagnóstico molecular de infecção por Covid-19 (processo SEI 25000.138213/2020-96), **tem-se que o processo iniciou em 7/11/2020 e até o dia 17/3/2021 o pregão para contratação dos kits ainda não havia sido publicado, ou seja, mais de cinco meses após o início do processo.**

201. A letargia no andamento processual causa preocupação, considerando que na Nota Técnica 106/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS (SEI 17556826) é informado que a quantidade atual de kits para extração, à época, seria suficiente até janeiro/2021 e até a data de conclusão deste relatório, em março/2021, o processo de aquisição ainda não foi finalizado. Conforme Parecer Técnico 5/2021-CGLAB/DAEVS/SVS/MS (SEI 18592849), publicado em 15/1/2021, o saldo em estoque dos kits de extrações era suficiente apenas para apenas 96 mil reações (testes).

(...)

206. **Importante ressaltar que o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, em sua versão original, previa a ação “Garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial”. Contudo, como constante no tópico II deste relatório, a ação foi modificada, em 3/12/2020, para “Subsidiar a rede laboratorial quanto aos insumos para diagnóstico da infecção por Sars-CoV-2 e outros vírus respiratórios”. O MS justificou que, considerando a autonomia dos entes federados, não compete ao órgão garantir, mas somente apoiar a execução das ações.**

207. **Ainda em relação aos testes RT-PCR, registra-se que o Ministério Público junto ao TCU (MPTCU) protocolou duas representações relativas ao risco de não utilização de cerca de 6 milhões de testes para diagnóstico da Covid-19, em virtude do iminente fim da validade, o que poderia causar um prejuízo de R\$ 206 milhões (TCs 044.541/2020-1 e 008.618/2021-6). O primeiro processo está em fase de saneamento e, no segundo, há proposição de medida cautelar a ser avaliada pelo Relator dos autos. (grifamos)**

O Acórdão nº 1.873/2021-TCU-Plenário, de **04/08/2021**, confirmou os achados da área técnica e determinou, novamente, que o Ministério da Saúde elaborasse e executasse um plano de comunicação, um plano de assistência farmacêutica, uma política nacional de testagem da covid-19, um planejamento orçamentário para enfrentamento da pandemia, a orientação, coordenação e fiscalização das ações dos gestores locais e a ampliação de sequenciamentos genéticos do vírus. Além disso, determinou a realização de audiências do ex-Ministro PAZUELLO, de ÉLCIO FRANCO, de HÉLIO ANGOTTI NETO e de ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS, em razão do descumprimento das determinações anteriores daquela Corte.

Conforme apontaram as análises efetuadas pelo TCU ao longo de 2020 e 2021, não houve coordenação eficiente, por parte da UNIÃO, do monitoramento de fármacos utilizados por pacientes que necessitam de internação e/ou intubação, não foi elaborada política de testagem e sequer foram adquiridos testes em quantidade suficiente para testagem ampla da população, como pré-requisito para definição de estratégias de controle da transmissão do vírus.

No que concerne aos insumos para atendimento hospitalar dos pacientes com covid-

19¹⁵³, verificou-se **grave desabastecimento dos estoques de medicamentos de interesse para o enfrentamento da doença, em especial aqueles usados para intubação orotraqueal (IOT), na segunda onda da pandemia que se abateu sobre todo o país a partir de fevereiro de 2021.**

Com a falta dos fármacos necessários à sedação, hospitais tiveram que recorrer a medicamentos em desuso para manter os pacientes intubados e, em situações ainda mais dramáticas, pacientes sob ventilação mecânica tiveram que ser amarrados às macas, para evitar que, sem anestésicos, sedativos e relaxantes musculares, reagissem ao procedimento invasivo (ventilação mecânica), tentando retirar o tubo orotraqueal com as próprias mãos.

Além da interrupção da administração dos fármacos a quem já estava intubado, **o desabastecimento obstou a oferta de oxigênio (ventilação mecânica) a novos pacientes graves e também dificultou a realização regular de cirurgias que importam em risco à vida (como as oncológicas, cardíacas e as de urgência) e igualmente necessitam de tais fármacos.**

A omissão da UNIÃO restou igualmente evidente no que respeita às **ações de testagem para covid-19**. A implementação de um plano nacional de testagem permitiria não só angariar maior conhecimento dos dados reais de mortos e infectados pelo coronavírus, mas também adotar medidas a fim de controlar as curvas de transmissão. Contudo, **os gestores nacionais do SUS, de forma deliberada, não atribuíram importância significativa ao tema**, como demonstra o Ofício N° 969/2020/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS, de 25/08/2020, encaminhado pelo Ministério da Saúde ao TCU (TC 014.575/2020-5), com a NOTA TÉCNICA N° 8/2020-SE/GAB/SE/MS¹⁵⁴, na qual assumiu ser **“impraticável o desenvolvimento de planos de ação detalhados”**:

No mesmo documento, o Ministério da Saúde afirmou avaliar as necessidades de insumos com o CONASS (conselho dos secretários estaduais de saúde) e o CONASEMS (conselho dos secretários municipais de saúde), e acrescentou que a previsão era realizar 24 milhões de reações de RT-qPCR para covid-19 em usuários do SUS, até janeiro de 2021.

No entanto, é certo que **o SUS realizou menos da metade dos 24 milhões de testes pretendidos até janeiro de 2021 e cerca de 15 milhões de testes de fevereiro de 2020 até o final de março de 2021**¹⁵⁵. Quanto às avaliações, sugestões e recomendações do CONASS mencionadas

153 Há procedimento em curso nesta Procuradoria da República no Distrito Federal (1.16.000.001819/2020-21) visando a acompanhar as medidas que vêm sendo tomadas para assegurar o fornecimento de fármacos anestésicos destinados à intubação de pacientes no contexto da covid-19.

154 Referida Nota Técnica foi assinada pelos seguintes gestores do MS: ANTÔNIO ELCIO FRANCO FILHO - Secretário-Executivo; ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS - Secretário de Vigilância em Saúde; LUIZ OTÁVIO FRANCO DUARTE - Secretário de Atenção Especializada à Saúde; RAPHAEL CAMARA MEDEIROS PARENTE - Secretário de Atenção Primária à Saúde; MAYRA ISABEL CORREIA PINHEIRO - Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; HÉLIO ANGOTTI NETO - Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde; e ROBSON SANTOS DA SILVA - Secretário Especial de Saúde Indígena.

155 O Boletim Epidemiológico n° 56, relativo à semana de 21 a 27/03/2021, traz a informação de que, de 01/02/2020 a 27/03/2021, foram realizados 15.981.761 de exames moleculares (do tipo PCR) pela rede de laboratórios Lacen no Brasil.

nos ofícios do Ministério da Saúde, seguiram sendo ignoradas pelo ex-Ministro PAZUELLO ao menos até novembro/2020, como informado pelo CONASS ao MPF em Ofício de 10/12/2020¹⁵⁶.

Importante destacar que **o Brasil figura entre os países que menos testa seus cidadãos no mundo**¹⁵⁷ e que, até o dia 27/03/2021, ocupava o 122º lugar em total de testes por milhão de habitantes, com apenas 133.848 testes realizados para cada 1 milhão de brasileiros (28.600.000 de testes no total¹⁵⁸). A título de comparação, no mesmo período, o Reino Unido realizou 1.783.099 de testes para cada milhão de habitantes - ou seja, mais de 1 teste para cada cidadão do país -, ocupando a 14ª. posição no mesmo ranking. Já os Estados Unidos realizaram 1.198.073 testes por milhão de habitantes no mesmo período, estando na 22ª posição no ranking mundial, com mais de 398 milhões de testes realizados.

Em quase dois anos de pandemia, **a UNIÃO não foi capaz de implementar uma política de testagem, rastreamento de contatos e isolamento de casos no Brasil**. Enquanto países como a Dinamarca ou Reino Unido realizaram, respectivamente, 15 milhões e 5 milhões de testes para cada milhão de habitantes – ou seja, cada indivíduo foi testado diversas vezes para covid-19 -, o Brasil conta com apenas 297 mil testes para cada milhão, de acordo com dados do portal World Meters de 23/11/2021¹⁵⁹. Assim, é certo que **nem 30% da população brasileira foi testada para covid-19, o que comprova a absoluta ausência de política de testagem no país** e nos coloca em 128º lugar no ranking de países que mais testam seus cidadãos. De março de 2021 até novembro de 2021, caímos da 122ª para a 128ª posição.

A baixa testagem é fruto de **injustificável omissão** na definição de ações estratégicas pelos gestores nacional, mas também de **incapacidade gerencial** da UNIÃO, que inclusive **deixou vencer lotes de kits de testes nos seus depósitos**¹⁶⁰.

Sem testagem ampla e acessível, o Brasil segue navegando no escuro diante da pandemia. Com os casos graves diminuindo em razão da proteção conferida pela vacinação, seguimos sem saber como e onde o vírus está se espalhando, o que impede os entes federativos e a população de adotar medidas simples, mas extremamente eficazes, como **isolamento de indivíduos**

156 Resposta encaminhada à Procuradoria da República no DF, no bojo do Inquérito Civil nº 1.16.000.000829/2020-49.

157 Disponível em <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Acesso em 28/03/2021.

158 Os dados foram obtidos no site World Meters: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

159 Num total de 91.411.505 testes do tipo PCR realizados pela Dinamarca até 23/11/2021, e 355.369.515 pelo Reino Unido. Disponível em https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1? Acesso em 24/11/2021

160 Testes da empresa Seegene foram adquiridos pelo Ministério da Saúde em 2020, com data de validade expirando até janeiro de 2021. Em face do iminente vencimento de mais de 6 milhões de testes nos depósitos do Ministério da Saúde, foi solicitado à Anvisa que ampliasse a validade dos exames. Dessa forma, “em resposta ao pedido do MS e aos documentos enviados pelo fabricante a ANVISA enviou ofício ao MS onde declara que “fica autorizada, em caráter excepcional, **a ampliação retroativa do prazo de validade de 12 meses, contados da data de fabricação dos lotes do referido produto, à exceção dos lotes RP4520E92 e RP4520GB2, posto que os mesmos não constam da relação apresentada na carta exarada pela empresa fabricante Seegene Inc**”. (informações constantes da NOTA TÉCNICA Nº 112/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS).

infectados (assintomáticos ou levemente sintomáticos) e rastreamento de contatos, para que aqueles com quem o indivíduo infectado teve contato possam também ser testados e, se positivos, realizar o necessário isolamento, quebrando a cadeia de transmissão do SARS-CoV-2 e conferindo proteção extra aos mais vulneráveis à doença.

Já se pode concluir que a ausência de coordenação nacional do SUS e de efetivação de uma política de testagem fizeram parte de um plano de contaminação massiva da população, a fim de se atingir a tal “imunidade de rebanho”.

Dessa forma, a UNIÃO também **não orientou - inequivocamente - os gestores locais sobre a adoção de medidas eficazes para o controle do contágio e não encampou campanhas educativas, para a população**, a fim de que todos entendessem como se dá a transmissão do SARS-CoV-2 - inclusive por aerossóis suspensos no ar - e percebessem a necessidade de adoção das diversas medidas de proteção (como distanciamento social e uso de boas máscaras). Não obstante, **milhões de reais foram despendidos com campanhas sobre “tratamento precoce” comprovadamente ineficaz**.

A omissão da UNIÃO na coordenação nacional das ações de combate à pandemia de covid-19, ao longo de 2020, **causou o colapso do Sistema Único de Saúde**, observado já em finais de 2020 e, de modo mais evidente, no início de 2021.

Como fartamente noticiado, os primeiros sistemas de saúde a entrarem em colapso foram os da capital amazonense, tendo dezenas de pacientes falecido por falta de leitos e de oxigênio. Com recordes de casos de covid-19 e muitas pessoas necessitando de internação, a cidade precisou enviar pacientes que dependiam de oxigênio para outros estados e parentes de pessoas internadas se desesperaram na busca pessoal por cilindros de gás oxigênio. O Estado do Amazonas teve aumento de mais de 600% na média de mortes por covid-19 entre dezembro e janeiro. Na última semana de 2020, a média diária de óbitos pela doença, no Estado, foi de 19 pessoas. Já no dia 31 de janeiro, houve 139 mortes¹⁶¹.

Mesmo tendo sido avisado, com vários dias de antecedência, sobre a **iminente falta de oxigênio em Manaus**, a providência mais imediata do ex-Ministro PAZUELLO e da Secretária MAYRA PINHEIRO foram levar à cidade um grupo de profissionais de saúde para **propagandear o tratamento medicamentoso precoce**¹⁶².

Como ressaltou o TCU, nos votos e relatórios que embasaram o Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, de 21/10/2020, não houve **estratégia ou planejamento nacional para o**

161 Disponível em <https://www.dw.com/pt-br/a-sucess%C3%A3o-de-erros-que-levou-%C3%A0-crise-de-oxig%C3%AAnio-em-manaus/a-56275139>

162 As condutas do ex-Ministro Eduardo Pazuello durante a crise enfrentada por Manaus são objeto da ação de improbidade administrativa nº 1006436-58.2021.4.01.3200, em curso perante a 9ª Vara Federal do Amazonas.

enfrentamento da pandemia; não houve plano estratégico de comunicação para conscientizar a população acerca das condutas a serem adotadas, quando do convívio social, para prevenir a disseminação da doença, o que acabou por gerar dúvidas quando ao comportamento adequado diante da pandemia em seus diversos momentos de evolução; **não houve articulação com os Estados, Distrito Federal e Municípios para planejamento das ações de aquisição de insumos estratégicos para covid-19** e para elaboração dos planos tático-operacionais.

De fato, **não se observou liderança nacional**, na área da saúde, fazendo campanhas informativas em TV, rádio, internet e mídias impressas, com o objetivo de conscientizar a população acerca da necessidade de isolamento, do distanciamento, do uso de máscaras ou apoiando as medidas de contenção e fechamento de serviços não essenciais decretadas pelos governantes locais. **O próprio Presidente da República e seus Ministros não cumpriam medidas de contenção do vírus e atuaram ativamente na disseminação de informações falsas sobre a pandemia.**

Conforme fartamente documentado e relatado pela CPI da Pandemia, o Presidente JAIR BOLSONARO promoveu inúmeras aglomerações sem máscara, espalhou desinformação acerca da necessidade, eficácia e segurança do uso das proteções faciais para contenção da transmissão do SARS-CoV-2, além de haver atuado constantemente contra as medidas de distanciamento social e limitação de atividades eventualmente impostas por prefeitos e governadores.

Nesse contexto, **o Presidente JAIR BOLSONARO chegou a propor**, com assinatura conjunta do Advogado-Geral da União, **uma ação direta de inconstitucionalidade (ADI 6855) em 27/05/2021, perante o Supremo Tribunal Federal, contra medidas de limitação de atividades e circulação de pessoas impostas pelos governadores de Pernambuco, Paraná e Rio Grande do Norte.**

Antes disso, em 24/04/2021, o Presidente BOLSONARO ameaçou¹⁶³, em entrevista ao Programa do jornalista Sikêra Jr., em Manaus-AM, utilizar as Forças Armadas para impedir os fechamentos de comércio e serviços decretados por governadores e prefeitos, como medidas extremas mas entendidas como necessárias para evitar aumento do contágio.

Quanto ao uso da máscara, além de raramente utilizar o artefato, mesmo nas inúmeras aglomerações de que participou, o Presidente da República, em mais de uma ocasião, discursou

163 “Pessoal fala no artigo 142, ele é pela manutenção da lei e da ordem, não é pra gente intervir. O que que eu me preparo, não vou entrar em detalhes. Um caos no Brasil, essa política de lockdown, quarentena, se tivermos problema, nós temos um plano de como entrar em campo. (...) O nosso Exército, as nossas Forças Armadas, se precisar iremos pras ruas, não pra manter o povo dentro de casa, mas pra restabelecer todo o artigo 5º da Constituição. E, se eu decretar isso, vai ser cumprido esse Decreto. Então as nossas Forças Armadas podem ir pra rua um dia, sim, dentro das quatro linhas da Constituição, pra fazer cumprir o artigo 5º, direito de ir e vir, acabar com essa covardia de toque de recolher, direito ao trabalho, liberdade religiosa e de culto, pra cumprir tudo aquilo que tá sendo descumprido por parte de alguns governadores e de alguns poucos prefeitos, mas atrapalha toda a sociedade”.

Disponível em <https://www.metropoles.com/brasil/politica-brasil/bolsonaro-ameaca-usar-forcas-armadas-contra-medidas-de-governadores> Acesso em 23/11/2021.

contra o uso da proteção facial, chegando a afirmar – sem demonstração de fonte – que estudo demonstraria que máscaras causam irritação, dor de cabeça e diminuição da felicidade em crianças¹⁶⁴. O Presidente também vetou dispositivos da Lei 14.019, de 02/07/2020, que instituíam a obrigatoriedade do uso de máscaras em estabelecimentos comerciais e industriais, templos religiosos, escolas e demais locais fechados em que houvesse reunião de pessoas, além de prever multa a quem descumprisse a obrigação.

Mesmo após a publicação e promulgação da referida Lei 14.019/2020, o Presidente desobrigou os estabelecimentos em funcionamento durante a pandemia de fornecer gratuitamente a funcionários e colaboradores máscaras de proteção individual, cancelou a obrigação de afixar cartazes informativos sobre a forma correta do uso de máscaras e o número máximo de pessoas permitidas dentro do estabelecimento, e vetou a obrigatoriedade de uso de máscaras nos estabelecimentos prisionais e nos estabelecimentos de cumprimento de medidas socioeducativas. **Esses (novos) vetos foram derrubados por decisão do Supremo Tribunal Federal no bojo das ADPFs 714, 715 e 718.**

Diversos **comportamentos desinformativos** do Presidente JAIR BOLSONARO foram listados pelo relatório da CPI da Pandemia, valendo destacar o seguinte trecho:

“Em 30 de agosto de 2020, Bolsonaro declarou: **“Covid-19, eu não tenho nada a ver com covid-19, segundo o STF. Quem trata disso são os governadores e prefeitos”**. O discurso que o isentaria de responsabilidade não condiz com a decisão do Supremo Tribunal Federal, que autorizou os entes federativos a tomar decisões sobre as medidas de prevenção contra o novo coronavírus, como o distanciamento social. A Corte garantiu autonomia aos chefes dos Executivos Estaduais e Municipais para estabelecer medidas relacionadas ao enfrentamento a covid-19, sem, contudo, excluir as competências concorrentes do governo federal.

As declarações falsas do Presidente foram evidenciadas em outros discursos públicos que contestavam a prática do lockdown. Entre estas, no dia 22 de março de 2021, ele afirmou que “pesquisas sérias nos Estados Unidos mostram que a maior parte da população contrai o vírus em casa”. O presidente fazia, assim, uso de falso saber científico para legitimar a posição de incentivar as pessoas a irem às ruas e a não respeitarem as medidas de isolamento social. Novamente, em 21 e 23 de julho, Jair Bolsonaro produz desinformação em massa ao afirmar que: “o lockdown não tem comprovação científica” e “eu peço a Deus que não tenhamos mais problemas no Brasil com fecho tudo, lockdown, toque de recolher, porque isso não tá comprovado cientificamente”. Não existiam e não existem estudos que comprovem essas afirmações.

Esse processo é visto também na defesa do não-uso de máscara. Em dezembro de 2020, declarou: “o que você perde com a máscara: você tá respirando parte de CO2 que não tinha que inspirar mais”. A declaração é inverídica. O próprio Ministério da Saúde refutou a informação no início da pandemia. No mesmo dia, atacou a imprensa: “a questão da máscara

164 “Pessoal começa a aparecer estudos aqui, não vou entrar em detalhes, que num primeiro momento aqui, **uma universidade alemã fala que elas [máscaras] são prejudiciais às crianças, elevam em conta vários itens aqui, como irritabilidade, dor de cabeça, dificuldade de concentração, diminuição da percepção de felicidade, recusa ir pra escola ou creche, desânimo, comprometimento da capacidade de aprendizado, vertigem, fadiga... Então começa a aparecer aqui os efeitos colaterais das máscaras.** Não vou entrar em detalhe, porque tudo deságua em crítica em cima de mim né, e eu tenho a minha opinião sobre máscaras, cada um tem a sua, mas a gente aguarda um estudo mais aprofundado sobre isso por parte de pessoas competentes.”. Live de 25/05/2021, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=sA1AJ1NuDP4> Acesso em 23/11/2021.

também, é que falta coragem. Essa imprensa covarde que você tem aqui, covarde. Falta falar que a máscara, a efetividade é pequena”.

O artifício de promover informações falsas em relação a recomendações da OMS ou de setores da ciência é uma estratégia reproduzida na defesa do tratamento precoce, em que se utilizam medicamentos sem comprovação de eficácia pela comunidade científica. A frase “Eu sou uma prova viva” [da eficácia do tratamento precoce], reproduzida em 61 declarações públicas de Jair Bolsonaro, demarca o empréstimo do prestígio do Presidente da República para esses remédios. Em outra ocasião, em 1º de março de 2021, Bolsonaro reforça: “é a mesma coisa. Esses outros, tratamento precoce, falo em ivermectina, hidroxicloroquina, Anitta, não tem efeito colateral. Por que não tomar?”

Em relação à vacinação, Bolsonaro usou de suas funções para disseminar comunicação falsa em massa. Em agosto de 2021, declarou: “Queriam obrigar a gente tomar a vacina? Vacinas experimentais!” e “A vacina também é experimental. Tá usando de forma emergencial. Não tem uma comprovação científica.” As alegações não fazem parte da realidade. Todas as vacinas oferecidas no Brasil foram certificadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

No dia 21 de outubro do corrente ano, o Presidente Jair Bolsonaro, mesmo depois da apresentação da primeira versão deste Relatório Final aos membros da CPI e ao País, chegou ao absurdo de sugerir, em sua live semanal, que as vacinas contra covid podem acelerar o surgimento da aids, citando notícia falsa sobre relatório supostamente proveniente do Reino Unido. A afirmação publicamente repudiada por várias instituições, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Sociedade Brasileira de Imunologia (SBI), e as plataformas Facebook e YouTube removeram o vídeo de seu banco de dados, em razão da evidente propagação de fake news. **Tal episódio reforça a decisão do Presidente da República de continuar propagando informações falsas, em sua campanha antivacina deletéria para a população brasileira”** (grifamos)

A política de desinformação foi tamanha que não se limitou a declarações e atitudes do líder máximo da nação – o que já seria extremamente grave –, mas **envolveu a própria estrutura governamental na propagação das fake news sobre a pandemia.** Confira-se trecho do Relatório da CPI a esse respeito:

“Diante do quadro caótico na comunicação oficial e extraoficial durante a pandemia, esta Comissão, cumprindo seu dever de investigar fatos que caracterizem ações e omissões do governo federal no enfrentamento da pandemia de covid-19 no Brasil, apurou que **não apenas os órgãos públicos de comunicação se omitiram em sua missão de combater boatos e a desinformação, mas participaram ativamente do processo de criação e distribuição desse tipo de notícia.** Além disso, e ainda mais grave, ficou comprovado por esta investigação que a própria cúpula do governo se envolveu em ações para fomentar a disseminação de fake news.

A investigação desta CPI reuniu elementos que evidenciam: (i) a omissão do governo federal na conscientização da população acerca da pandemia; (ii) a participação efetiva do presidente da República, seus filhos e o primeiro escalão do governo na criação e disseminação das informações falsas; (iii) o uso da estrutura governamental para promover essas declarações do presidente; (iv) suporte a comunicadores que propagam notícias e informações falsas sobre covid-19.

As apurações desta CPI foram capazes ainda de comprovar a existência de uma organização estruturada e dividida em núcleos para atuar na disseminação de desinformação, aferindo especialmente a propagação das ideias defendidas pelo presidente da República.

Grande parte dessa conduta foi demonstrada por esta Comissão com vídeos exibidos ao longo das sessões da CPI. Todos eles podem ser encontrados no endereço

https://senadofederaly.sharepoint.com/:f/g/personal/cpipandemia_arquivos_senado_leg_br/EiVqXdg7glNOicdIj__yOEYBy6zE-Z3JxRD21GgbgV-9Kw?e=DyQ92n

(...)

Convém explicar com mais profundidade o papel das fake news na pandemia. Elas não são apenas informações sem fundamentação que ocorrem de forma esporádica ou isolada. Ao contrário, elas compõem um arranjo complexo e sistemático que tem o objetivo de gerar engajamento em sua audiência para extrair proveito econômico ou político, utilizando, para isso, a produção de conteúdo textual ou audiovisual com caráter supostamente noticioso, divulgado tanto por meio das mídias tradicionais (jornais, revistas, televisão ou rádio), quanto pelas redes sociais na internet.

(...)

Vale destacar que as investigações apontam o núcleo formulador de fake news como determinante na engrenagem criada para desinformar. O objetivo primordial dessa organização é gerar engajamento da base de apoio popular ao Presidente da República, ao tempo em que promove ataques para enfraquecer seus adversários políticos. Nesse núcleo, a atuação destacada e comprovada durante a pandemia é dos assessores Filipe Martins e Tercio Arnaud, cujos detalhes de conduta estão descritos no item 9.5.2. O fato de os demais integrantes não constarem como indiciados neste Relatório é por ausência de postagens específicas na pandemia. Entretanto, isso não anula a necessária investigação dos órgãos judiciais sobre a conduta de todos do grupo.

Em seguida, está o núcleo que oferece suporte político às decisões da organização. Ele é formado essencialmente por parlamentares, políticos, autoridades públicas e religiosas. Nele, estão incluídos os Deputados Federais Ricardo Barros, Osmar Terra, Carlos Jordy, Carla Zambelli, Bia Kicis, Carlos Wizard, o ex-ministro Ernesto Araújo, Roberto Goidanich (ex-presidente da FUNAG), o ex-deputado Roberto Jefferson, o ministro Onyx Lorenzoni e Hélio Angotti Netto. Eles incentivaram as pessoas ao descumprimento das normas sanitárias impostas para conter a pandemia e adotaram condutas de incitação ao crime. Os detalhes das postagens de cada um estão devidamente demonstrados no item 9.5.3.

A título de ilustração do alcance das fake news propagadas por parlamentares brasileiros, matéria publicada em 17 de dezembro de 2020 no informativo Congresso em Foco demonstrou que os Deputados Osmar Terra e Eduardo Bolsonaro lideraram o movimento de desinformação sobre covid-19 no Twitter.

(...)

Insta ressaltar que, **assim como o próprio Presidente da República, os pronunciamentos desses parlamentares não se limitam à expressão de suas opiniões pessoais. Sendo pessoas públicas, suas falas exercem enorme influência sobre a população brasileira. Em função do cargo que ocupam, suas falas se revestem da presunção de autoridade. Além disso, por serem da base de apoio político da atual administração, suas falas reproduzem e reforçam a orientação programática estabelecida pelo próprio Presidente da República em seu governo.**

Não restam dúvidas de que os citados parlamentares demonstraram atuação, de forma concertada, como partícipes da rede de produção e disseminação de fake news, comandada diretamente por Jair Bolsonaro. Portanto, consideramos que compartilham com ele a responsabilidade sobre as nefastas consequências advindas da propagação massiva de notícias falsas sobre a pandemia de covid-19.

Há ainda o núcleo de produção e disseminação de fake news. Este, por sua vez, pode ser dividido em três grupos: os influenciadores sociais, os veículos de mídia organizados e os perfis anônimos. O primeiro grupo é composto, em essência, por indivíduos que expõem sua imagem e suas opiniões nas redes sociais. Alguns influenciadores, especialmente os que se estabeleceram fora do meio político, procuram apenas auferir ganhos com publicidade, enquanto outros, que em sua maioria se auto-intitulam analistas políticos, procuram divulgar

seus conteúdos de maneira sensacionalista e até mesmo antiprofissional, seja em razão de seu alto grau de afinidade ideológica com o Presidente da República, seja para auferir ganhos financeiros, de forma deliberada, pelo alarmismo causado em sua audiência.

(...)

Observamos que os tópicos mais frequentes na disseminação de notícias falsas podem ser assim resumidos: **Em primeiro lugar, vimos a propagação de notícias infundadas sobre a origem do vírus, perpetrando e encorajando ataques à China e seu povo, por meio de conteúdo nitidamente xenófobo.**

Em segundo lugar, encontramos críticas ao isolamento social, contendo argumentos falhos sobre a eficácia dessa ação para o enfrentamento da pandemia. Como consequência, incurtiu desconfiança em parte da população, que acabou por não compreender o benefício das medidas e, em casos mais extremados, até refutá-las. Exemplo disso é a declaração do Ministro Onyx Lorenzoni para a Jovem Pan, em 25 de março deste ano, questionando: “alguém consegue fazer o lockdown dos insetos? É obvio que não. E todos eles transportam o vírus”.

Em terceiro lugar, deparamo-nos com a busca de isenção de responsabilidade pelo governo Bolsonaro, com base no falso discurso de que o Supremo Tribunal Federal havia proibido o governo federal de atuar no combate à pandemia. Tal situação levou o Tribunal a publicar nota informativa para explicar sua decisão e desmentir a falsa alegação.

Em quarto lugar, verificamos campanhas coordenadas para incentivar o chamado “tratamento precoce”, baseadas em estudos falhos sobre a eficácia dos medicamentos usados para tratar a covid-19. A despeito disso, o Ministério da Saúde, sob a gestão do Ministro Eduardo Pazuello, em publicação nas redes sociais em 18 de novembro de 2020, removeu um tweet que informava que “a nossa maior ação contra o vírus é o isolamento social e a adesão das medidas de proteção individual” e o substituiu por outro que dizia que “diante do aumento do número de casos de covid-19 (...), recomendamos o tratamento precoce”. Na mesma data, escreveu que “as pessoas que estão fora do grupo de risco e as crianças devem continuar suas atividades normais”. Naquela data, morriam, em média, mais de 400 brasileiros por dia, por causa da covid-19.

Já o Sr. Allan Lopes dos Santos, jornalista e analista político do canal Terça Livre, em funesta comparação publicada em sua conta no Twitter em 21 de março do ano passado, opinou que “omitir o uso de cloroquina é o mesmo que deixar judeus na dúvida entre chuveiro e câmara de gás”. Depois disso, em 1º de setembro seguinte, fez um retweet, dizendo que havia “mais um estudo mostrando que o lockdown é dez vezes mais letal que a covid-19 em si”. Na sequência, fez outra postagem, em 22 de outubro de 2020, dessa vez referindo-se a tweet anterior do Deputado Federal Osmar Terra, “lembrando que o jornalista investigativo @JoshJPhilipp já denunciou que a vacina chinesa é para aumentar a propagação do vírus”.

Em quinto lugar, notamos campanhas que passavam desinformações sobre o número de mortes causadas pela covid-19, com distorções sobre o número e a causa dos óbitos. Muitas dessas notícias falsas davam a entender que médicos e demais profissionais da saúde eram incentivados ou coagidos a registrar os óbitos como decorrentes de covid-19, independentemente de sua real causa. A própria Secretaria Especial de Comunicação Social (SECOM), sob a gestão do Secretário Fábio Wajngarten, chegou a minimizar a marca de cem mil óbitos no País, ao divulgar, em 8 de agosto de 2020, o seguinte texto: “dizer que o Brasil é um dos países com a pior situação na covid-19 com base em números absolutos é desonestidade e desprezo pela ciência e pela realidade”.

Em sexto lugar, localizamos conteúdos que buscavam contestar a eficácia do uso de máscaras no enfrentamento da pandemia. Alguns até indicavam suposta nocividade em seu uso. Outros seguiram a linha da politização do uso do equipamento, que passou a ser apontado como “medida de controle social”.

Citamos o caso ocorrido na Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG). Trata-se de uma

entidade da administração pública, subordinada ao Ministério das Relações Exteriores. Conduzida por seu presidente Roberto Goidanich, que agia sob o comando do então Chanceler Ernesto Araújo, **a fundação promoveu eventos, palestras e lives com palestrantes negacionistas**, incluindo os filhos do Presidente da República. **O teor das palestras era, em sua maioria, contra as medidas sanitárias de contenção da pandemia e vacinas.**

A título de ilustração, descrevemos o ocorrido em evento promovido, em 3 de setembro de 2020, sob a denominação de VI Seminário Virtual – A conjuntura internacional no pós-coronavírus. O evento contou com a participação do presidente da entidade e de convidados, como o servidor público Carlos Adriano Ferraz e o Sr. Paulo de Oliveira Enéas, editor do portal Crítica Nacional. **O Sr. Carlos Ferraz, na época lotado na Secretaria Nacional da Juventude do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, afirmou nesse seminário virtual que “a máscara, não só ela é inócua no combate à pandemia, mas ela também é nociva, causa problemas de saúde”.** Já o Sr. Paulo Eneas declarou no mesmo evento que não há base científica para uso de máscaras, e as pessoas, ao utilizarem máscaras, não se protegem de nada, porque “elas têm eficácia zero”. Disse ainda que “no Brasil, infelizmente, se veem pessoas nas ruas usando máscaras” e que as motivações para aplicação da quarentena são “políticas”.

[imagem]

Cuida-se, portanto, de **utilizar os recursos da administração pública, de forma aberta e despudorada, para desinformar a população, em sentido contrário do que se esperaria de um governo minimamente responsável com a saúde de seus cidadãos.** Dessa forma, a FUNAG, sob comando de Roberto Goidanich e do seu chefe, Ministro Ernesto Araújo, utilizou a estrutura pública para propagar teorias e incentivar o descumprimento das normas sanitárias durante a pandemia.

Por fim, em sétimo lugar, mas talvez a que tenha o conteúdo mais pernicioso, está a propaganda antivacina, que disseminou informações falsas sobre os riscos e a eficácia desses imunizantes. O próprio Presidente da República praticou abertamente o discurso antivacina, ao desacreditar, mais do que uma vez, a vacina Coronavac, porque o medicamento “não transmite segurança pela sua origem”. Também afirmou, em 26 de outubro passado, que seria “mais barato ou mais fácil investir na cura do que na vacina”. Duas semanas depois, escreveu nas redes sociais que essa vacina causava “morte, invalidez, anomalia”. Disse ainda, em 26 de novembro de 2020, que não tomaria a vacina, acrescentando que as pessoas que também não tomassem, ainda que a vacina fosse eficaz, duradoura e confiável, estariam “fazendo mal para si mesmas”, desconsiderando os efeitos coletivos produzidos pelo uso do imunizante.

Essas publicações são indícios da prática da infração penal de incitação ao crime de descumprimento de norma sanitária. Na prática, **ao estimular a população a se aglomerar, a não se vacinar, a desobedecer às regras de uso de máscara e de lockdown, pessoas influentes e agentes políticos contribuíram para o agravamento da pandemia.**

Como consequência desse discurso, citamos resultados de pesquisas de opinião realizadas pelo Datafolha, que demonstram que o percentual de brasileiros que não pretendiam se vacinar aumentou de 8%, em agosto de 2020, para 23%, em dezembro de 2020, após os polêmicos pronunciamentos do chefe do Poder Executivo. **Percebemos ainda que, entre aqueles que apoiam o Presidente ou sempre confiam em suas falas, o índice de pessoas que se recusam a tomar vacina chega a ser o dobro do percentual da população em geral.**

A resistência e o medo da população em tomar vacina, motivada por esse discurso abominável, certamente causou a perda de inumeráveis e valiosas vidas durante a pandemia. Como afirmou a Sra. Jurema Werneck, diretora-executiva da Anistia Internacional Brasil, que foi ouvida por esta Comissão em 24 de junho, o Brasil teve, pelo menos, 305 mil mortes em excesso, das quais 120 mil poderiam ter sido evitadas. Já o Sr. Pedro Hallal, epidemiologista e ex-reitor da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), que prestou

depoimento a esta Comissão na mesma data, declarou que mais de 400 mil vidas poderiam ter sido salvas no País, apenas tomando medidas sanitárias que o colocassem em linha com a média mundial.

(...)

De forma reiterada e presente na maior parte do conteúdo analisado por esta Comissão, o que se observa não é o exercício legítimo do direito de expressar opiniões e pensamentos, eventualmente apresentando propostas alternativas para o enfrentamento à pandemia. Trata-se, na verdade, de **produzir e difundir publicações com conteúdo falso ou intencionalmente distorcido, com viés sensacionalista visando a se espalhar para o maior número possível de pessoas, com o propósito de atacar as medidas de prevenção sanitárias adotadas por autoridades públicas no exercício de sua função, desacreditar dados estatísticos e estudos científicos e gerar confusão e medo nas pessoas, para que elas não compreendam as medidas implementadas ou tenham receio de segui-las.**

Como consequência, essas fake news amplificaram os riscos de contaminação das pessoas, levarem à sobrecarga do sistema de saúde e, lamentavelmente, causaram mais óbitos.”

(...)

O Brasil, **de acordo com estudo publicado na Revista Americana de Medicina e Higiene Tropical é o sexto país, entre 87, com maior circulação de comunicações falsas sobre a covid-19.** Tal retrato é consequência de ação e omissão do governo federal, especialmente do Presidente da República. Jair Bolsonaro é líder e porta-voz da comunicação enganosa. **Ele e seus filhos fizeram numerosas postagens incentivando o descumprimento das medidas sanitárias de contenção da pandemia, incidindo diversa vezes na incitação ao crime.**¹⁶⁵ (grifamos)

A campanha de desinformação também incluiu a própria **Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República (Secom), o Ministério da Saúde e a TV Brasil**. Todos esse órgãos ativamente divulgaram – inclusive com vultosos gastos públicos - o “tratamento precoce”, em detrimento de campanhas que informassem e educassem a população acerca da gravidade da pandemia e das medidas efetivas para controle da transmissão, como uso de boas máscaras, ventilação de ambientes e distanciamento social¹⁶⁶.

Instada pelo Ministério Público Federal a detalhar quais campanhas foram efetuadas pela Secom no contexto da pandemia de covid-19, a Assessoria de Comunicação Social enviou a NOTA INFORMATIVA Nº 744/2021/MCOM (anexa ao OFÍCIO Nº 9592/2021/MCOM, de 30/04/2021¹⁶⁷), encaminhando a planilha denominada “Anexo Campanhas COVID 2020 e 2021” e disponibilizando *links* de acesso a documentos das campanhas do Ministério da Saúde de 2020 e

165 O Relatório Final da CPI da Pandemia traz diversos exemplos da disseminação de fake news mencionada nos trechos acima colacionados, seja pelo Presidente da República, pelos Ministros e servidores do Executivo Federal, por parlamentares governistas ou por sites e influenciadores digitais. Confira-se, para tanto, o capítulo 9 do referido Relatório, páginas 663/883.

166 Esses fatos foram corroborados pela CPI da Pandemia, que assim relatou: “Em primeiro lugar, a Secom, na função de principal responsável pelas ações de comunicação na pandemia, não realizou nenhuma campanha para promover as medidas preventivas então disponíveis à época, quais sejam: o incentivo ao uso de máscaras e o respeito ao distanciamento social. Isso representa, no mínimo, uma grave omissão em relação a seu dever legal de informar a população sobre a pandemia de covid-19, de forma correta e tempestiva”.

167 Embora conste a data de “30/02/2021”, ele foi assinado eletronicamente em 30/04/2021. Juntado originalmente ao IC 1.16.000.000183/2021-81.

2021. Da referida planilha, destaca-se a campanha denominada “**Flight 8**”, veiculada entre 25/10/2020 e 20/11/2020, ao custo de **R\$ 3.400.000,00**, a campanha denominada “**TED Secom (Cuidado e Atendimento Precoce)**”, veiculada entre 17/10/2020 e 30/11/2020, ao custo de **R\$ 19.983.984,64** e a campanha denominada “**TED 6 – Secom**”, veiculada entre 20/07/2020 e 16/08/2020, ao custo de **R\$ 30.000.000,00**.

O vídeo listado pela Secom na planilha supramencionada (link para o perfil da agência nova/sb¹⁶⁸) é o mesmo veiculado no perfil do Ministério da Saúde no YouTube, sob o título “**#NãoEspere - procure uma Unidade de Saúde**”¹⁶⁹. Referida peça publicitária teve o custo total de quase 20 milhões de reais e já iniciava fornecendo informações incorretas à população, quanto à suposta existência de um tratamento para a covid-19:

“Para combater a covid-19, a orientação é não esperar. Quanto mais cedo começarem o **tratamento**, maiores as chances de recuperação”.

Como já fartamente explicado, não há tratamento precoce para covid-19. Dessa forma, **não há qualquer embasamento científico para afirmar que, presentes sintomas leves, quanto antes for iniciado o tratamento, maiores serão as chances de recuperação.**

Ainda para a **divulgação do tratamento precoce**, dentro da campanha “TED Secom (Cuidado e Atendimento Precoce)”, **foram contratados *influencers* (influenciadores digitais) para promover o tratamento precoce.** Conforme documentos enviados pela SECOM ao MPF (Ofício nº 9537/2021/MCOM, de 29/04/2021¹⁷⁰), os *influencers* foram contratados para publicar *posts* em redes sociais¹⁷¹, sobre o uso de máscaras, água e sabão e álcool em gel e também sobre o seguinte:

“(…) se identificar algum sintoma, como dor de cabeça, febre, tosse, cansaço, perda de olfato ou paladar, procure um médico para o atendimento precoce, **quanto mais cedo começar o tratamento, maiores as chances de recuperação**”.

“E se identificar algum sintoma como dor de cabeça, febre, tosse, cansaço, perda de olfato ou paladar, **#NãoEspere**, procure um **médico para o atendimento precoce.**”

Embora os gestores federais tenham, posteriormente, alterado a narrativa para chamar de “**atendimento precoce**” o que antes designavam por “**tratamento precoce**”, **é fato que o termo “precoce” já estava internalizado pela opinião pública, referindo-se, sem qualquer dúvida, ao kit de fármacos que inclui cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina, propugnados pela UNIÃO para a covid-19.**

168 Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=75KuZS5uxTc>, sob o título “nova/sb - Portfólio - Ministério Saúde - Coronavírus Atendimento Precoce”. Acesso em 05/05/2021.

169 Vídeo “#NãoEspere - procure uma Unidade de Saúde”, disponível no perfil oficial do “Ministério da Saúde” no Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=wDBfyDaliom> Acesso em 12/02/2021.

170 Embora esteja datado de 29/02/2021, o ofício foi assinado em 29/04/2021.

171 As postagens incluíam textos no *feed* e também diversos *stories*.

Já a campanha listada como “**TED 6 Secom**” divulgou, ao custo de R\$ 30 milhões, vídeo exaltando o agronegócio e transmitindo a informação de que o país não podia parar e que as atividades econômicas precisavam ser retomadas. Não há, contudo, **nenhuma mensagem direta e educativa sobre quais medidas de cuidados deveriam ser adotadas para proteção da população**, (que máscaras utilizar, quais seriam as situações de maior risco de transmissão, a diferença entre estar em espaços fechados ou abertos, quais cuidados deviam ser observados em casos suspeitos de covid-19 etc).

Ao contrário, o texto da referida campanha dizia apenas o seguinte¹⁷²:

“Em meio a mais grave crise da história, um setor foi fundamental para o país. Enquanto muitos tiveram que parar, o agro brasileiro continuou trabalhando.

[fala de cidadão] Se a gente parar, o povo para de comer, né?

[fala de cidadã] Vamos voltar, gente, vamos seguir em frente, só que um cuidando do outro, um protegendo o outro.

Para retomar, o cuidado tem que continuar. O Brasil se prepara junto com você. Governo Federal”¹⁷³.

Além das campanhas oficiais propagando inverdades acerca do tratamento para covid-19 e a necessidade, a qualquer custo, de não paralisar atividades econômicas, a **Secom também manipulou e distorceu estatísticas relacionadas à pandemia**. Confirma-se a esse respeito trecho do Relatório da CPI:

“Em vez de cumprir seu dever legal, a Secom preferiu buscar meios para manipular e distorcer as estatísticas relacionadas à pandemia, usando a estrutura da administração pública para divulgar tais informações enganosas. Por exemplo, em 8 de agosto de 2020, a Secom veiculou publicação, no Facebook e no Twitter, que afirmava:

Dizer que o Brasil é um dos países com a pior situação na covid-19 com base em números absolutos é desonestidade e desprezo pela ciência e pela realidade. É preciso senso das proporções. O Brasil tem dados transparentes e é uma das grandes nações com menos óbitos por milhão de habitantes.

A publicação da Secom ainda acrescentava que o Brasil era o país que menos registrava óbitos por milhão de habitantes entre as grandes nações.

[imagem]

Na realidade, ocorre que, naquele momento, em que se atingia a funesta marca de 100 mil óbitos no país, o Brasil ocupava a triste vice-liderança no registro mundial de mortes e a décima posição no ranking de mortes por milhão, numa relação que contemplava 215 países. Se considerados apenas os quatorze países com mais de 100 milhões de habitantes (segundo critério que normalmente vinha sendo utilizado pela Secom em suas análises), o país passava ao segundo lugar no ranking de mortes por milhão.

Mais uma vez procurando distorcer as estatísticas, a Secom festejava o elevado número de pacientes recuperados, afirmando ser o Brasil o segundo país que mais curava no mundo. Ou

172 Vídeo intitulado “A retomada: o agro não parou”, disponível no perfil oficial do Governo do Brasil no YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=akAg6wu_hjI Acesso em 09/12/2021.

173 Acompanhando o último parágrafo do texto, o vídeo mostrava medição de temperatura com termômetro, uso de álcool em gel e pessoa vestindo uma máscara. No entanto, a mensagem principal do vídeo não era sobre quais cuidados são importantes e quais as melhores maneiras de se proteger (isso nunca é direta e claramente mencionado), mas tão somente que a retomada era necessária e o país não poderia parar.

seja, de forma desonesta e manipuladora, distorciam as estatísticas quando os dados lhe pareciam desfavoráveis, para usar um conjunto arbitrário e reduzido de países e, assim, buscar melhorar a posição do País. Apesar disso, no mesmo contexto e na mesma publicação, quando as informações lhe pareciam mais favoráveis, comemorava que o Brasil estava entre os melhores do mundo.

Estas afirmações falsas e enganosas foram usadas para influenciar a população, tendo sido amplamente divulgados em mídias bolsonaristas.

Poucos dias depois, em 24 de agosto, a Secom veiculou publicação em que defendia o tratamento precoce, a despeito de sua ineficácia:

[imagem]

Ainda na gestão de Fabio Wajngarten, em 21 de outubro de 2020, a Secom publicou vídeo, que teve mais de 150 mil visualizações, em apoio às declarações do Presidente da República, que então questionava a segurança da vacina Coronavac, posteriormente aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

[imagem]”

Finalmente, é importante registrar as tentativas da UNIÃO de evitar a cobertura da mídia e o controle da população sobre a evolução da pandemia.

Em 05/06/2020, o Brasil registrava mil óbitos por covid-19 por dia. Nesta data, o então Ministro PAZUELLO **determinou que o portal do Ministério da Saúde deixasse de informar o total de mortos e de novos casos de covid-19, sob o argumento de que parte dos casos referia-se a datas anteriores à da divulgação**¹⁷⁴. Além disso, o então Ministro da Saúde também alterou o horário da divulgação dos dados, o que foi comemorado como uma vitória contra a imprensa¹⁷⁵. **Ficou claro, do episódio, que a intenção do Ministério não era modificar a sistemática de divulgação para, supostamente, conferir mais precisão aos dados informados, mas, sim, evitar a cobertura da mídia sobre a evolução da pandemia.**

Nesse tema, o STF, na ADPF nº 690, determinou “*ao Ministro da Saúde que mantenha, em sua integralidade, a divulgação diária dos dados epidemiológicos relativos à pandemia (covid-19), inclusive no sítio do Ministério da Saúde e com os números acumulados de ocorrências, exatamente conforme realizado até o último dia 04 de junho*”.

Anteriormente, o ex-Ministério da Saúde EDUARDO PAZUELLO, ainda como interino, também já deixara de divulgar, no perfil do Twitter do órgão, a situação do novo coronavírus no Brasil, como vinha ocorrendo até 17/05/2020. Os dados eram acompanhados de um gráfico, com destaque para o número de casos confirmados, de novos casos registrados, de óbitos confirmados e de novos óbitos registrados. O breve texto ainda trazia os números de recuperados, de pacientes em acompanhamento, bem como de óbitos nos últimos 3 dias e de óbitos em investigação.

174 “*Acabou matéria do Jornal Nacional*”. Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/06/ministerio-diz-que-mudou-divulgacao-para-retratar-melhor-situacao-da-covid.htm>

175 Disponível em <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/05/dados-do-coronavirus-bolsonaro-defende-excluir-de-balanco-numero-de-mortos-de-dias-anteriores.ghtml>

A partir do dia **18/05/2020**, o Ministério da Saúde começou a compartilhar no Twitter a publicação da SecomVc (@secomvc, canal da Secretaria Especial de Comunicação Social da Presidência da República) que, com o título “Placar da Vida” e usando a hashtag #ninguémficaparatrás, passou a divulgar os números da covid-19 **com destaque apenas para os infectados, salvos e em recuperação, sem menção ao número de óbitos.**

Do dia 19/05/2020 em diante, as publicações de números pelo Ministério da Saúde, em suas redes sociais, **cessaram**, passando aquele órgão a compartilhar apenas as postagens do perfil da Secom, que omitiam os números de óbitos e buscavam transmitir a **falsa ideia de que o país “estava vencendo a luta contra a covid-19”**. No dia 25/05/2020, por exemplo, a frase que acompanhava o “**Placar da vida**” no perfil do **Ministério da Saúde no Twitter** dizia “*O @govbr trabalha continuamente para vencer o #coronavírus e salvar vidas de brasileiros. Até 19h desta segunda (25), 153.833 brasileiros foram curados da Covid19*”. A postagem, como as publicadas a partir do dia 19/05/2020, simplesmente **omitia – a fim de que o dado fosse ignorado** - que mais de 23 mil brasileiros haviam morrido até aquela data, em razão da doença.

A mesma mudança na divulgação dos dados foi observada no **site do Ministério da Saúde**, na divulgação diária do Painel Coronavírus (<https://covid.saude.gov.br/>). No início, os números em destaque traziam os casos confirmados, os óbitos e a taxa de letalidade, como na imagem abaixo, de **27/03/2020**. A partir de maio, a página do Painel Coronavírus começou a mudar, trazendo detalhes sobre os casos confirmados (acumulado, registros novos, em acompanhamento, recuperados e a taxa de incidência), bem como os óbitos confirmados (acumulado, registros novos, letalidade e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes). No dia 18/05/2020, a imagem do Painel mudou novamente, com destaque discreto para o número de recuperados e, **a partir do dia 20/05/2020, a mudança foi significativa**: os números de casos recuperados apareceram em tamanho grande e com destaque verde ao redor. **O termo “óbitos confirmados” apareceu em letras pequenas, fonte de cor cinza claro e com números de tamanho muito menor.**

Como se percebe, os gestores federais tentaram mascarar os dados relativos a infectados e mortos pela covid-19, a fim de corroborar a narrativa do Governo Federal (explicitada em postagens da SecomVc) de que a pandemia estaria controlada.

Nesse sentido, um vídeo do Ministério da Saúde divulgado no Twitter em 23/05/2020, reforçou, por exemplo, **que as famílias limitassem o tempo diário que elas dedicavam a ler ou a assistir noticiários**, sob a justificativa de que o excesso de informações seria fonte de angústia e estresse¹⁷⁶.

Ante a situação de incerteza gerada a partir do momento em que o Ministério da

176 Disponível em <https://twitter.com/minsaude/status/1264270213836570626?s=08>. Cópia da publicação segue anexa à exordial.

Saúde deixou de divulgar os números reais de óbitos e casos confirmados de covid-19, os principais veículos de comunicação brasileiros formaram **parceria para obter informações diretamente das secretarias estaduais de saúde, consolidá-las e compartilhá-las, apontando tendências de alta, estabilidade ou queda, total de óbitos provocados pela covid-19, além dos números de casos testados e com resultado positivo para o novo coronavírus^{177 178}, assumindo, na prática, a tarefa que a UNIÃO se recusou, injustificadamente, a realizar.**

5. DO DIREITO

5.1. Da responsabilidade civil da UNIÃO pela gestão gravemente ineficiente e inconstitucional da pandemia de covid-19 no Brasil

O conjunto dos fatos ora trazidos à apreciação do Poder Judiciário constitui amostragem suficiente da **gestão gravemente ineficiente e, portanto, inconstitucional, dos representantes da UNIÃO durante a pandemia de covid-19.**

Os problemas que marcaram a gestão federal - e produziram consequências negativas extremamente significativas à saúde coletiva - **não se esgotam em meras falhas administrativas**, que possam ser atribuídas às dificuldades e à complexidade do gerenciamento do SUS numa pandemia.

O agente público, de qualquer estatura, detém competências e deveres inafastáveis, que lhe são outorgados pelo ordenamento jurídico justamente para que alcance os objetivos a que se propõe o Estado, entre eles, indiscutivelmente, a promoção do bem comum e a implementação dos direitos fundamentais do cidadão. Tem, assim, o dever de obediência à legalidade, o dever de lealdade para com a instituição que representa, o dever de imparcialidade e também o dever de eficiência.

A má gestão pública, em um contexto de pandemia, é, portanto, conduta de altíssima importância, que causa efeitos devastadores na sociedade e que teve como consequência, no Brasil, centenas de milhares de óbitos evitáveis e incontáveis perdas de chances e qualidade de vida e saúde para muitos sobreviventes.

Pode-se falar, nesse contexto, de um **direito fundamental à boa administração**, já reconhecido pela União Europeia e que, em linhas gerais, se alinha, na legislação brasileira, à principiologia do art. 37, da CF 1988.

177 Disponível em <https://www.camara.leg.br/noticias/667668-maia-elogia-consorcio-de-comunicacao-que-vai-divulgar-dados-omitidos-sobre-mortes-de-covid-19/>

178 Disponível em <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml>

Na lição abalizada de Juarez Freitas¹⁷⁹:

“O direito fundamental à boa administração pública é entendido como direito à administração eficiente e eficaz, proporcional cumpridora de seus deveres, com transparência, motivação, imparcialidade e respeito à moralidade, à participação e à plena responsabilidade por suas condutas comissivas e omissivas. No conceito enunciado, abrigam-se, entre outros, os seguintes direitos: a) o direito à administração transparente, que supõe combate contra a opacidade, com especial resguardo do direito à informação; b) o direito à administração dialógica, com as garantias do contraditório e da ampla defesa; c) o direito à administração imparcial, isto é, que não pratica nem estimula discriminação negativa de qualquer natureza e, ao mesmo tempo, cumpre o dever de promover discriminações inversas ou positivas (reduzidoras das desigualdades injustas); d) o direito à administração que zela, interna e externamente, pela probidade, inclusive ao coibir condutas éticas não-universalizáveis (tais como as fraudes atribuídas a Madoff) e e) o direito à administração preventiva, precavida e eficaz (não apenas eficiente), vale dizer, comprometida com resultados em sintonia com os objetivos fundamentais do Estado Democrático (CF. art., 3º) e, nessa medida, redutora dos conflitos intertemporais, que só fazem aumentar os chamados “custos de transação”.

Assim, a exigência de boa gestão, identificada com a **administração preventiva, precavida, eficaz e eficiente**, compõe o direito fundamental à boa administração ao qual se vincula o agir do administrador.

Outrossim, ao discorrer sobre o efeito da discricionariedade sobre os atos do agente público, o mesmo autor defende que¹⁸⁰:

“O interesse público primário a ser satisfeito não se identifica com o interesse de um ramo da Administração ou mesmo com o subjetivismo da autoridade responsável pela prática do ato, mas, sim, com a comunidade em sua inteireza”.

Se atingir a **eficiência é obrigação do gestor público**, é de se concluir que as decisões dos gestores federais são plenamente sindicáveis porque, **longe de estarem numa zona ampla de possibilidades a escolher, todas elas válidas para o atingimento das finalidades públicas, continham-se em estreitos limites, vinculados aos critérios técnicos e científicos já conhecidos no percurso de evolução da pandemia de covid-19. Com isso, quer-se dizer que não havia espaço para atuação meramente discricionária ou de acordo com critérios pessoais de escolha.**

Compete, portanto, aos gestores públicos, tomar decisões embasadas em **critérios técnicos/científicos majoritariamente aceitos, de modo planejado e oportuno, demonstrando cumprir o dever de lealdade para com o Estado (suas finalidades) e robustecer a confiança que**

179 FREITAS, Juarez. Princípio constitucional da moralidade e o direito fundamental à boa administração pública. **Temas de Improbidade Administrativa**. Jorge, Flávio Cheim; Rodrigues, Marcelo Abelha e Alvim, Eduardo Arruda Coords. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, pp. 355-376.

180 FREITAS, Juarez. Princípio constitucional da moralidade e o direito fundamental à boa administração pública. p. 294.

a população neles deposita. Não menos importante, devem cumprir o **dever de eficiência**, sem o que a atividade técnico-administrativa de execução da política pública de saúde (e de gestão do SUS) sequer se justifica.

Os fatos narrados nesta ação, amplamente aprofundados nos itens anteriores – a) a atuação dos gestores federais para estimular deliberadamente a adoção de tratamento “precoce” para covid-19 sem comprovação científica, adquirindo/distribuindo medicamentos não suficientemente testados, inclusive com risco de efeitos colaterais, e sem autorização da agência responsável; b) a atuação dos gestores federais para estimular propositalmente a imunidade de rebanho, omitindo-se deliberadamente no planejamento adequado e na compra oportuna de imunizantes (vacinas), por sugestão de profissionais estranhos ao próprio Ministério da Saúde; c) a ampla e consciente disseminação, à opinião pública, de informações errôneas sobre o contexto da pandemia de covid-19, patrocinada por órgãos de comunicação oficiais e agentes públicos, inclusive o Presidente da República; - configuram **condutas ilícitas**, por ação ou omissão, que **geraram prejuízos inestimáveis** à saúde e à vida da população brasileira, como milhares de mortes evitáveis e milhares de casos de pacientes com sequelas graves/persistentes provocadas pela covid-19.

A ilicitude dessas condutas já fora inclusive **apreciada e reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal, em decisões diversas proferidas ao longo da pandemia**, cuja leitura aponta claramente a moldura jurídica – e as consequências normativas - nas quais se enquadram os fatos descritos e a pretensão de responsabilidade por danos morais e materiais que ora se reclama.

Com efeito, a Suprema Corte já se manifestou sobre a necessidade de que as medidas de combate à pandemia sejam determinadas **“com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde”** e que as decisões administrativas devam se sujeitar **“aos princípios constitucionais da precaução e da prevenção, que impõem juízo de proporcionalidade e a não adoção, a priori, de medidas ou protocolos a respeito dos quais haja dúvida sobre impactos adversos a tais bens jurídicos”**. O STF também enfatizou que a **desconsideração das evidências científicas por opiniões técnicas constitui indício de erro grosseiro e de culpa grave do gestor.**

Do voto do Ministro Luís Roberto Barroso nas ADIs 6421, 6422, 6424, 6425, 6427, 6428 e 6431, destaca-se :

27. Dito isso, passo, então, para os parâmetros que o Supremo Tribunal Federal tem utilizado nas questões relacionadas à proteção da vida e da saúde. **De acordo com a jurisprudência consolidada nesta Corte, tais questões – assim como aquelas atreladas ao meio ambiente – devem observar standards técnicos e evidências científicas sobre a matéria, tal como estabelecidos por organizações e entidades internacional e nacionalmente reconhecidas.** Ainda de acordo com o entendimento do STF, **a Organização Mundial de Saúde é uma autoridade abalizada para dispor sobre tais standards**[10]. Confira-se:

(...) (RE 627189, Rel. Min. Dias Toffoli, j. 08.06.2016 (...))

28. Em sentido análogo, a **Lei nº 13.979/2020**, que dispôs sobre as medidas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, norma já aprovada pelo Congresso Nacional, **determinou que as medidas de combate à pandemia devem ser determinadas “com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde”**.

29. **A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal reconhece, ainda, que em matéria de proteção à vida, à saúde e ao meio ambiente, as decisões adotadas pelo Poder Público sujeitam-se aos princípios constitucionais da prevenção e da precaução.** Havendo qualquer dúvida científica acerca da adoção da medida sanitária de distanciamento social – o que, vale reiterar, não parece estar presente – a questão deve ser solucionada em favor da saúde da população. **Em português mais simples, significa que, se há alguma dúvida, não pode fazer. Se há alguma dúvida sobre o impacto real que uma determinada substância, um determinado produto, ou uma determinada atuação vai provocar na saúde e na vida das pessoas, o princípio da precaução e o princípio da prevenção recomendam a autocontenção.** Confira-se a jurisprudência da Corte:

(...) (RE 627.189, Rel. Min. Dias Toffoli, j. 08.06.2016 (...))

30. Portanto, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal já oferece alguns marcos a nos guiarem na solução do problema que aqui se põe. Em primeiro lugar, nós já assentamos que os consensos médicos e científicos são decisivos. Em segundo, afirmamos o respeito aos princípios da precaução e da prevenção. Os mesmos critérios de observância de consensos técnicos e científicos aplicam-se, igualmente, à verificação da ocorrência de erro grosseiro ou dolo, no que respeita às medidas econômicas voltadas ao combate aos efeitos da pandemia.

(...) O problema estará na qualificação do que seja erro grosseiro. Portanto, penso que essa é a intervenção que precisamos fazer.

33. Nessas condições, a consideração sobre: (i) standards e evidências técnico-científicas, tal como estabelecidos por organizações e entidades reconhecidas nacional e internacionalmente; bem como (ii) sobre a observância dos princípios da precaução e da prevenção constituem critérios inafastáveis para a adoção de decisões a respeito de temas que envolvam a proteção à vida, à saúde e ao meio ambiente. **A desconsideração de tais critérios por opiniões técnicas constitui indício de erro grosseiro e de culpa grave.** Em razão disso, **as autoridades às quais compete decidir devem exigir que toda e qualquer opinião técnica sobre o tema explicitamente tais standards e evidências, bem como esclareça acerca da observância dos princípios da precaução e da prevenção. A não exigência de tais elementos torna a autoridade corresponsável pelos danos decorrentes da decisão, por faltar com dever de diligência imprescindível a lidar com bens de tamanha relevância. Nesse sentido, vale anotar que o dever de diligência e de cuidado da autoridade é proporcional à relevância dos bens em jogo e à gravidade da situação que lhe é dada enfrentar.**

34. Logo de início, excluí da incidência da medida provisória os atos capituláveis na Lei de Improbidade Administrativa. Portanto, essa medida provisória não beneficia nenhum agente público que tenha praticado ato de improbidade administrativa ou que responda pela prática de ato de improbidade administrativa. Para isso, existe legislação e jurisprudência específicas. Além dessa exclusão, que já decorre da lógica do sistema, impõem-se ainda algumas outras a serem implementadas pela técnica da interpretação conforme a Constituição de dois dispositivos da Medida Provisória 966/2020.

35. A interpretação conforme a Constituição consiste em uma técnica de decisão que mantém a norma em vigor, não lhe retira a validade, mas exclui expressamente algumas interpretações, algumas leituras, que eram possíveis de serem feitas à luz do seu texto, mas que são incompatíveis com a Constituição. Portanto, interpretar conforme a Constituição significa manter o texto, mas eliminar algumas possibilidades de sentido daquela norma.

36. Assim, o art. 2º da MP 966/2020, que dispõe sobre a figura do erro grosseiro, deve receber interpretação conforme a Constituição, **a fim de que se estabeleça que, na análise de ocorrência de erro grosseiro, deve-se levar em consideração a observância, pelas autoridades: (i) de standards, normas e critérios científicos e técnicos, tal como**

estabelecidos por organizações e entidades reconhecidas nacional e internacionalmente; bem como (ii) dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção. Na mesma linha, deve-se conferir interpretação conforme a Constituição ao art. 1º da MP 966/2020, para explicitar que, para os fins de tal dispositivo, **a autoridade competente deve exigir que a opinião técnica com base na qual decidirá trate expressamente: (i) das normas e critérios científicos e técnicos aplicáveis à matéria, tal como estabelecidos por organizações e entidades reconhecidas nacional e internacionalmente; e (ii) da observância dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção.** (grifamos)

Também foi objeto de apreciação pelo Supremo Tribunal Federal a atuação do Ministério da Saúde na pandemia, especificamente no que concernia ao número de leitos de UTI estabelecidos para o estado do Piauí. No julgamento do pedido cautelar da Ação Civil Originária nº 3.478, em 03/03/2021, a Ministra Rosa Weber classificou de **negligente, omissa e de improviso** a atuação dos gestores federais, na condução do enfrentamento da pandemia, ao tempo em que **reafirmou a necessidade de a conduta governamental se pautar em critérios científicos** e nas recomendações da Organização Mundial de Saúde e, por fim, destacou a **restrita margem de discricionariedade ao gestor público na concretização das políticas de saúde coletiva**, sobretudo em situação de emergência sanitária, a saber:

“A diminuição do número de leitos em um cenário de recrudescimento da pandemia é o bastante para o reconhecimento do interesse processual do Estado autor. Portanto, não me convencem, ao menos nesse juízo provisório, as alegações da União, formuladas na ACO 3.473, conexas, de que não há pretensão resistida à habilitação de novos leitos. Os próprios argumentos de mérito articulados pela União contra o pedido de tutela de urgência evidenciam a necessidade da intervenção judicial para equalizar o impasse federativo que ora se apresenta.

Destaco, nesse contexto, **a informação do Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS) no sentido de que, em janeiro de 2021 existiam 7.017 leitos de financiados pelo Ministério da Saúde e, em fevereiro 2021, 3.187 leitos, contra os 12.003 leitos habilitados em dezembro de 2020.** Mostram-se igualmente preocupantes as alegações do Estado requerente de que não teria, a ré, se posicionado sobre a prorrogação da habilitação dos 278 de leitos de UTI (solicitada em janeiro e fevereiro de 2021), bem como de que não contará, o Estado requerente, já partir de março de 2021, com o financiamento de ‘nenhum’ leito de UTI para pacientes com COVID 19 por parte do Governo Federal (evento 5).

(...)

Em xeque, na pandemia do Coronavírus, cláusulas vitais de saúde coletiva. **Juridicamente repelidas por esta Suprema Corte, por inócuas, medidas de improviso e sem comprovação científica para combater a pandemia do Coronavírus.** Firmado em recentes precedentes que **o caminho para combater uma pandemia dessa natureza passa, prioritariamente, à luz da Constituição Federal, pelo estado da arte das evidências científicas. O discurso negacionista é um desserviço para a tutela da saúde pública nacional.** A **omissão e a negligência** com a saúde coletiva dos brasileiros têm como consequências esperadas, além das mortes que poderiam ser evitadas, o comprometimento, muitas vezes crônico, das capacidades físicas dos sobreviventes que são significativamente subtraídos em suas esferas de liberdades.

Em defesa da população no ensejo da pandemia, ‘a solução de conflitos sobre o exercício da competência deve pautar-se pela melhor realização do direito à saúde, amparada em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde’ (ADI N. 6341, Rel. Min. Marco Aurélio, redator p/acórdão Min. Edson Fachin, Plenário). À União compete planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas (art. 21, XVIII, da CF) - v.g. ADPF 756, ADI 6.586 e 6.587, todas de relatoria do Min. Ricardo Lewandowski; e

ADPF 709-MC, Rel. Min. Roberto Barroso.

Em tema de saúde coletiva, **o elã do federalismo de cooperação impõe ao Governo Federal ‘atuar como ente central no planejamento e coordenação de ações integradas (...), em especial de segurança sanitária e epidemiológica no enfrentamento à pandemia da COVID-19, inclusive no tocante ao financiamento e apoio logístico aos órgãos regionais e locais de saúde pública’** (ADPF 672, Rel. Min. Alexandre de Moraes, Plenário).

Nesse contexto, **uma vez identificada omissão estatal ou gerenciamento errático em situação de emergência, como aparentemente ora se apresenta**, é viável a interferência judicial para a concretização do direito social à saúde, cujas ações e serviços são marcadas constitucionalmente pelo acesso igualitário e universal (CF, arts. 6º e 196).

De fato, **é restrita a margem de discricionariedade na concretização das políticas de saúde coletiva**, sobrelevado, esse dever prestacional, em situação de emergência sanitária. É da jurisprudência desta Suprema Corte *‘(...) que o dever estatal de atribuir efetividade aos direitos fundamentais, de índole social, qualifica-se como expressiva limitação à discricionariedade administrativa. Isso significa que a intervenção jurisdicional, justificada pela ocorrência de arbitrária recusa governamental em conferir significação real ao direito à saúde, tornar-se-á plenamente legítima (sem qualquer ofensa, portanto, ao postulado da separação de poderes), sempre que se impuser, nesse processo de ponderação de interesses e de valores em conflito, a necessidade de fazer prevalecer a decisão política fundamental que o legislador constituinte adotou em tema de respeito* (RE 581.352 Agr., Rel. Min. Celso de Mello).

Portanto, **é de se exigir do Governo Federal que suas ações sejam respaldadas por critérios técnicos e científicos, e que sejam implantadas, as políticas públicas, a partir de atos administrativos lógicos e coerentes.**

E não é lógica nem coerente, ou cientificamente defensável, a diminuição do número de leitos de UTI em um momento desafiador da pandemia, justamente quando constatado um incremento das mortes e das internações hospitalares.

Sem dúvida a programática constitucional não placita retrocessos injustificados no direito social à saúde. **Especialmente em tempos de emergência sanitária, as condutas dos agentes públicos que se revelem contraditórias às evidências científicas de preservação das vidas não devem ser classificadas como atos administrativos legítimos, sequer aceitáveis. No limite e em tese, as ações administrativas erráticas que traíam o dever de preservar vidas podem configurar comportamentos reprimíveis sob as óticas criminal e do direito administrativo sancionador.**” (grifamos)

Na mesma linha pautou-se o voto proferido pelo **Ministro Marco Aurélio**, relator das **ADOs 65 e 66**, já disponibilizado no Plenário Virtual do **Supremo Tribunal Federal**¹⁸¹, em que **declarou inconstitucional o estado de omissão do governo federal na condução da pandemia:**

“Ante a deficiência da prestação de serviços públicos de saúde no contexto da pandemia covid-19, impossibilitado o alcance do propósito delineado no texto constitucional, deve o Judiciário pronunciar-se, minimizando os riscos das incertezas, prestigiando valores caros aos cidadãos, sob pena de negar o acesso à Justiça e a efetividade da prestação jurisdicional.

(...)

A época é de crise generalizada na República. **A inércia do Governo Federal relativamente à formulação e implementação de políticas voltadas à concretização do direito à vida e à saúde é agravada considerados o negacionismo quanto à gravidade da doença, a recusa inicial em adquirir vacinas, a ensejar o atraso na compra, a reiterada e persistente omissão de autoridades públicas na observância de medidas envolvendo o uso de máscara e o distanciamento social, o incentivo à realização de aglomerações e a**

181 Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6158258>. Julgamento em curso.

disseminação de inverdades relacionadas ao tratamento da doença.

(...)

Nada obstante o empenho, pelo Governo Federal, de forças e verbas públicas no âmbito da saúde pública e da economia, tem-se a denominada **falha estatal estrutural**. As atuais políticas públicas mostram-se incapazes de reverter o quadro de inconstitucionalidade.

(...)

Julgo procedente, em parte, os pedidos formulados nas ações diretas de nº 65 e 66, **declarando inconstitucional a demora do Executivo na adoção de medidas sanitárias e econômicas necessárias à contenção da pandemia** e determinando a instituição, em 30 dias, de comissão de gestão da crise, integrada por representantes da União, das unidades federadas e da comunidade científica, visando a coordenação das ações e o implemento de providências, normativas e administrativas, voltadas à contenção da pandemia e à mitigação dos impactos econômicos.” (grifamos)

Conforme se articulou nos itens precedentes desta exordial, resta claro que as **atitudes adotadas pelos gestores da UNIÃO** - relativas ao “tratamento precoce”, à aquisição de vacinas, à testagem da população, às campanhas informativas e à distribuição de medicamentos essenciais – **não se pautaram pelos melhores parâmetros técnico-científicos, mas tiveram, como norte, outras opiniões, orientações e influências – internas e externas ao governo federal** – as quais não justificam as políticas públicas adotadas, diante da necessidade de perseguir, como finalidade da gestão, o **atendimento eficiente e eficaz das necessidades coletivas de saúde pública**.

Nesse sentido, importante transcrever algumas das conclusões a que chegou a CPI da Pandemia. Ainda que, no Relatório Final, tais conclusões fossem relativas ao enquadramento das condutas em tipos penais, o raciocínio é totalmente aplicável à **responsabilização civil** da UNIÃO por atos de seus agentes, objeto da presente ação. Confira-se:

“Os argumentos do referido Parecer estão equivocados por duas razões: não se trata de opinião inconsequente do Presidente, mas de uma decisão institucional de seguir um caminho que não lhe era lícito: o de favorecer a contaminação e conseqüentemente a morte dos brasileiros que ele tinha a obrigação de proteger. Diferentemente dos cidadãos comuns, o Presidente não pode manifestar levemente opiniões sem fundamento fático ou científico, de forma reiterada e em meios de comunicação de grande alcance, pois, como líder máximo da nação, suas palavras são ouvidas e servem de fundamento para a conduta de muitos brasileiros. As manifestações do Presidente da República fizeram parte de uma estratégia que, embora equivocada, foi cuidadosamente organizada de forma a alcançar o objetivo de acelerar a disseminação do vírus, para atingir a imunidade de rebanho ao menor custo possível.

Ademais, a decisão do STF não retira da União a responsabilidade pela coordenação nacional das ações de combate à pandemia, porquanto dispõe de mais orçamento, de informações consolidadas nacionalmente e de pessoal especializado em número superior ao de qualquer dos demais entes federativos.

O próprio julgado do STF menciona que o direito à saúde precisa ser ofertado com amparo em evidências científicas. **A “opinião” do Presidente é fruto de um processo complexo de tomada de decisão envolvendo um gabinete paralelo ao Ministério da Saúde e uma política pública que, abraçando todos os itens da pauta negacionista, sem o respaldo da OMS e da comunidade científica, agravou o resultado da pandemia.**

Vacinas e medidas não farmacológicas são a melhor, senão a única, estratégia razoável para o enfrentamento da pandemia, e tais medidas têm uma característica importante: como não são

uma intervenção médica pontual, seu sucesso depende fundamentalmente da adesão da população. **Assim, a coordenação de comportamentos feita por uma autoridade política vista como legítima é fundamental. Da mesma forma como a coordenação em sentido contrário pode aumentar a gravidade da pandemia.**

Na prática, como em uma situação de guerra, o jogo político não cooperativo e elementos sociais não cooperativos precisam ser vistos como um problema de coordenação, no qual o não-alinhamento a uma estratégia comum leva a resultados sub-ótimos para todas as partes.

A ex-coordenadora do PNI, Francieli Fantinato, chamou atenção na CPI para a necessidade de comunicação em uma única direção, para coordenar de forma eficaz o comportamento da população.

A Lei 8.080/1990, em seu art. 7º, IX, fala em descentralização e municipalização dos serviços de saúde, mas em “direção única”. Isso demanda coordenação, e essa atribuição é da União.

Portanto, a conduta do Presidente e de várias outras autoridades é, sim, passível de responsabilização, principalmente quando consideramos as mais de 600 mil vítimas inocentes, que deveriam ter sido protegidas e amparadas pelo governo federal.

(...)

No caso da pandemia da covid-19, as provas produzidas por esta Comissão revelaram que o atraso na compra de vacinas, por parte de quem atuava na posição de garante, pois tinha o poder e o dever legal de agir, impediu que milhares de brasileiros fossem imunizados com a antecedência necessária, o que resultou em milhares de vidas que poderiam ter sido salvas. Aliado a isso, não foram adotadas adequadamente pelo governo federal medidas não farmacológicas preventivas, ao contrário, estas foram criticadas e desestimuladas, enquanto se optou por dar ênfase a um tratamento precoce com medicamento comprovadamente ineficaz.

Essas ações e inações do governo federal permitiram que as pessoas ficassem vulneráveis à contaminação e, quando infectadas, funcionassem como vetores da doença. A profusão da contaminação ainda permitiu o aparecimento de uma cepa proveniente do território brasileiro.

Assim, a atuação do Presidente da República e dos integrantes do alto escalão do Ministério da Saúde, que poderiam e deveriam ter agido tempestivamente contribuíram para o aumento do risco de propagação do novo coronavírus, risco esse que claramente se tornou realidade com o triste saldo de mais de seiscentos mil brasileiros mortos e mais de 20 milhões de contaminados.

Nesse ponto de verificação da realização do risco no resultado, lembramos que **a propagação do vírus era uma consequência perfeitamente previsível para as referidas autoridades públicas de saúde do País.** Havia informação disponível e acompanhamento estatístico. Essa previsibilidade (dos resultados e cursos causais), portanto, autoriza que a propagação da epidemia, com resultado morte de milhares de pessoas, seja-lhes imputada.

(...)

Dessa forma, **ainda que se leve em conta a ocorrência da pandemia como uma causação da natureza, e que inevitavelmente contaminaria milhões e ceifaria a vida de milhares de indivíduos, os atos praticados e aqueles que se deixaram de praticar, notadamente pelo primeiro escalão do Ministério da Saúde e pelo chefe do Executivo Federal, interferiram no curso causal da epidemia, a qual não teria se propagado, tal como efetivamente se propagou,** e aqui vale repisar que estamos nos referindo não só à compra tardia de vacinas, mas também à falta de campanhas educativas e preventivas voltadas ao enfrentamento da covid-19, à ênfase em tratamento sem eficácia comprovada, ao repúdio ao uso de máscaras, distanciamento e isolamento social.

Importante informar que a pesquisa elaborada pelo Instituto Lowy, situado em Sidney/Austrália, que elaborou ranking global com 98 países de acordo com a resposta que deram à crise da covid-19, apontou o Brasil como o País que fez a pior gestão da pandemia no mundo. Paralelamente, trouxemos dados de pesquisas científicas que mostram a gravidade que se tornou a crise sanitária no Brasil. Certamente as condutas do primeiro escalão do

Ministério da Saúde acima citadas ao longo deste Relatório, associadas as do Presidente da República, que incluíram reiterados discursos negacionistas, são responsáveis em grande parte pelo fracasso das medidas de enfrentamento à pandemia no País.

(...)

A pergunta é: a epidemia teria tomado o curso causal que tomou sem o assessoramento paralelo ao Presidente da República, que influenciou diretamente suas decisões e seu discurso desde o início? As ações e o discurso do Presidente, conforme amplamente exposto neste Relatório, influenciaram o comportamento de milhões de brasileiros desde março de 2020. Os integrantes do gabinete paralelo e o Presidente do CFM tinham conhecimento do uso que o Presidente estava fazendo das informações fornecidas, e ainda assim o assessoramento prosseguiu por todo o ano de 2020 e início de 2021 e o Parecer nº 4/2020 do CFM foi mantido em vigência, assumindo o risco do resultado lesivo. Parece clara a exigibilidade de conduta diversa (culpabilidade). Devem, portanto, também ser indiciados pelo crime de epidemia com resultado morte.

(...)

Em razão disso, indicamos Nise Yamaguchi, Luciano Dias Azevedo, Osmar Terra, Arthur Weintraub, Carlos Wizard, Paolo Zanotto, Mauro Luiz de Brito Ribeiro e Antonio Jordão de Oliveira Neto pelo crime de epidemia com resultado morte.

Pelas mesmas razões, Mayra Pinheiro, por sua atuação na crise de Manaus e no Estado do Amazonas, concorreu para agravar o resultado do caos no sistema de saúde amazonense, e o ex-Chanceler, Ernesto Araújo, pelo erro de estratégia na condução da diplomacia, por dificultar as relações com a China e a importação de insumos necessários, pela falta de prioridade dada para a vacinação, pela aposta em medicamentos, como a cloroquina e hidroxicloroquina, pela falta de proporção e rigor técnico entre a busca de medicamentos e de vacinas no mercado internacional, pela busca de justificativas internacionais para não negociar com fabricantes de vacinas como Pfizer e Janssen, em razão das cláusulas de responsabilidade civil, e pela campanha de desinformação institucional, via Fundação Alexandre de Gusmão, que, sob seu comando, promoveu eventos, palestras e lives com palestrantes negacionistas, incluindo os filhos do Presidente da República, também concorreu para agravar o resultado da epidemia entre nós.

Pelo fato de ter patrocinado as atividades da associação “Médicos pela Vida”, grupo liderado por Antonio Jordão de Oliveira Neto, José Alves, proprietário da rede José Alves, que detém a Vitamedic, deve ser indicado pela participação no crime de epidemia com resultado morte, na forma prevista no art. 29 do CP (“quem, de qualquer modo, concorre para o crime incide nas penas a este cominadas, na medida de sua culpabilidade”).

Com a mesma tipificação, responsabilizamos o atual Ministro da Saúde Marcelo Queiroga.

O dado de que o Brasil teria conseguido diminuir em 70% a proporção de óbitos com a adoção do protocolo de tratamento precoce, informado pelo ex-Ministro Pazuello, foi repetido pelo seu sucessor Queiroga na CPI, e que esse tratamento necessitaria de confirmação e respaldo técnico da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec), o qual ele disse ter solicitado. A Conitec informou, contudo, na Nota Técnica 242/2021-CITEC/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS, que não houve qualquer demanda para análise de incorporação da cloroquina ou hidroxicloroquina para tratamento da covid-19. Ou seja, não havia e nem há protocolo clínico ou qualquer diretriz terapêutica oficial sobre o tratamento precoce”. (grifamos)

Estando devidamente caracterizados os atos dos agentes públicos federais – notadamente o Presidente da República JAIR BOLSONARO, o ex-Ministro da Saúde EDUARDO PAZUELLO e sua equipe no Ministério¹⁸² – de **gestão inconstitucional da pandemia**, também se

182 Por se tratarem dos gestores mais importantes e com mais poder-dever para agir durante uma pandemia, destacaram-

caracteriza a **responsabilidade civil objetiva da UNIÃO** pela reparação dos danos causados por seus agentes, nos termos do art. 37, § 6º, da Constituição Federal:

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

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

Referida norma prevê a obrigação estatal de indenizar prejuízos causados por seus agentes, no exercício da função pública, podendo advir de uma conduta comissiva ou omissiva da Administração, ligada a um dever-fazer do Estado.

In casu, conforme demonstramos, ambas as modalidades de condutas fizeram-se presentes. **Os agentes públicos deixaram de adotar diversas medidas essenciais para a diminuição da circulação do vírus no país e para garantir o direito à saúde e à vida de seus cidadãos** - não adquiriram vacinas em prazo razoável, não fizeram campanhas de educação e informação à população, não garantiram estoques de medicamentos, insumos e EPIs a estados e municípios, omitiram-se no seu dever de gerir e coordenar uma política de testagem para a covid-19, não impuseram e/ou coordenaram medidas de restrição de comércio, serviços e circulação de pessoas -, **como também praticaram atos que fizeram incrementar a circulação do vírus e o adoecimento da população** - estimularam o tratamento medicamentoso “precoce”, insurgiram-se contra medidas de restrição de mobilidade impostas por governadores e prefeitos, desestimularam o uso de máscaras e o distanciamento social e fizeram campanha contra a segurança e eficácia das vacinas.

5.2. Da indenização pela “perda de uma chance” para as vítimas com sequelas graves/persistentes e famílias das vítimas falecidas em razão da covid-19 no Brasil

A teoria da perda de uma chance é uma construção doutrinária com origem no direito francês e aceita no ordenamento jurídico brasileiro para fundamentar **uma categoria de dano**, dentro do tema da responsabilidade civil.

A sua adoção permite não propriamente a reparação direta de um dano sofrido pela vítima, mas a **reparação da chance** (destino, sorte, resultado) que a vítima teria provavelmente alcançado se não tivesse perdido a oportunidade de fazê-lo por conduta antijurídica do sujeito agressor.

se as condutas do Presidente da República e o do ex-Ministro da Saúde. No entanto, conforme apontou a CPI, diversos outros atores – servidores públicos e particulares - tiveram papéis importantes na condução desastrosa da pandemia de covid-19 no Brasil, cabendo sua posterior responsabilização regressiva.

De acordo com o Professor Bruno Miragem¹⁸³, são principalmente duas as situações que importam em responsabilidade por perda da chance: perda da chance de obtenção de uma vantagem futura e perda da chance de evitar um prejuízo. Confirma-se, *in verbis*:

“Com origem no direito francês, desenvolveu-se no Brasil hipótese de responsabilidade pela **perda da chance**, assim entendida como **o dano decorrente da frustração da chance de obter uma vantagem futura ou de evitar uma lesão, em decorrência da conduta antijurídica imputável. Frustra-se, desse modo, um evento aleatório futuro, que é mais do que uma possibilidade e, todavia, menos do que uma certeza.**

(...)

Como já se mencionou, são principalmente duas as situações que importam em responsabilidade por perda da chance. **A primeira diz respeito à perda da chance de obtenção de uma vantagem futura, causada pela conduta antijurídica do agente.** A conduta antijurídica interrompe um processo causal que deveria levar à chance de obtenção da vantagem, de modo que não é possível saber se de fato tal situação viria a se efetivar. É o exemplo do advogado que perde o prazo para pronunciar-se em processo, provocando a preclusão, ou, estando ajustado com o cliente, deixa de interpor determinado recurso. Ou seja, em decorrência de uma conduta antijurídica praticada pelo agente, a vítima perde a chance de obter certa vantagem esperada. Pode ocorrer, contudo, que dessa mesma conduta resulte não a chance de obter vantagem, mas de evitar um prejuízo futuro. (...)

Já em relação aos casos de **perda da chance de evitar um prejuízo**, não se pode dizer que este não teria ocorrido necessariamente se não tivesse havido a conduta antijurídica do agente. Reconduz-se aqui, a um juízo de probabilidade, pelo qual será indenizável a hipótese em que se conclua por certa probabilidade de que o dano tivesse sido evitado. Ou seja, se o agente não tivesse adotado certa conduta antijurídica, poderia ter evitado o dano, interrompendo um processo em curso. Assim, por exemplo, é o caso do erro de diagnóstico pelo médico que retarda o tratamento da doença, permitindo que se desenvolva e frustre as chances de êxito, ou a torne mais gravosa.

Pode ocorrer perda da chance que caracteriza dano indenizável, também, em decorrência da violação do dever de informar, fundado na boa-fé objetiva. Ou seja, em situações na qual a falta de uma informação que deveria ter sido prestada, mas não o foi (eis a conduta antijurídica), faz com que alguém tome uma decisão que não teria adotado se possuísse a informação correta e completa, e da qual decorre a perda de obter vantagem ou evitar dano. É o exemplo do paciente que se submete a procedimento cirúrgico cujos riscos não lhe são devidamente informados, ou ainda, para curar enfermidade para a qual há tratamento menos gravoso que não lhe é ofertado. Neste caso, há de ser analisado o conteúdo do dever de informar, para verificar se na hipótese de que tivesse sido prestada a informação esta seria suficiente para alterar a decisão adotada evitando a perda da chance sofrida”. (grifamos)

No caso das vítimas da pandemia de covid-19 no Brasil, não é possível afirmar com certeza que esta ou aquela pessoa teria sobrevivido à doença se houvesse vacinas em tempo razoável, se houvesse campanhas educativas sobre uso de máscara ou se medidas para adoção de distanciamento social tivessem sido adotadas pela UNIÃO. Da mesma forma, quando falamos em até 80% de mortes provavelmente evitáveis, não é possível individualizar, sem nenhuma dúvida, quais brasileiros estariam entre esses mais de 400 mil prováveis sobreviventes e quais teriam falecido mesmo com uma gestão mais eficiente da pandemia.

183 MIRAGEM, Bruno. Responsabilidade Civil. Disponível em: Minha Biblioteca, (2nd edição). Grupo GEN, 2021. pp. 97/98

Por essa razão, a responsabilidade da UNIÃO não recai diretamente sobre as vidas e saúde perdidas, mas sobre a chance que esses indivíduos teriam de não se infectar e, portanto, de não sofrer os agravos decorrentes da doença. Também se incluem aqui as chances perdidas de obtenção de tratamento adequado para a infecção, eis que a alta demanda hospitalar em razão do descontrole da transmissão do SARS-CoV-2, a falta de insumos como oxigênio e medicamentos para intubação e a carência de leitos de UTI certamente agravaram a saúde e destruíram a possibilidade de sobrevivência de milhares de brasileiros.

Em outras palavras, se voltássemos ao passado e corrigíssemos todos os graves erros da UNIÃO na gestão da pandemia, **as vítimas da covid-19 teriam tido a chance de sobreviver ou de não sofrer deterioração de sua saúde.**

A fim de melhor compreender como se opera essa “volta ao passado” na responsabilidade pela perda de uma chance, o também Professor Daniel Carnáuba¹⁸⁴ esclarece que não se trata de reparação tradicional de dano sofrido, em razão da incerteza sobre o evento futuro, **sendo a própria chance perdida o prejuízo certo sofrido pela vítima.** Confirma-se, *verbis*:

“100. Porém, essa é precisamente a engenhosidade da técnica. Como visto, a incerteza contrafactual, inerente aos casos de lesão a interesses aleatórios, torna inaplicável a regra da reparação. **Não é possível afirmar como se encontraria a vítima sem o evento danoso; e por essa razão a responsabilidade se vê impedida de cumprir de forma satisfatória sua função de reparação.**

Resignada diante dessa impossibilidade, a técnica da reparação de chances resolve o impasse renunciando ao parâmetro contrafactual desconhecido e substituindo-o por outro, bem conhecido no caso em questão: o parâmetro do passado.

Com efeito, **não há qualquer incerteza fatural nos casos de perda de chance. Sabe-se que antes do incidente a vítima detinha uma chance, e que essa chance foi destruída por um fato imputável ao réu. Sabe-se também que não é possível aplicar a regra tradicional da reparação, a qual pretende recuperar a situação contrafactual, visto que a natureza do interesse em questão impede essa conjectura.** Ora, diante dessa impossibilidade, não poderíamos então evitar todo tipo de suposição obscura? **Por que, ao invés de buscarmos essa situação hipotética desconhecida, não recolocamos a vítima na situação – certa – na qual ela se encontrava antes do evento danoso?**

É por essa razão que, no lugar de reparar aquilo que teria sido (uma reparação impossível), **a reparação de chances se volta ao passado, buscando a reposição do que foi.** É o *status quo* ante que será reconstruído. **A vítima será assim recolocada não mais na situação em que se encontraria sem o acidente, mas na situação em que se encontrava antes deste. Ora, é certo que nesse momento pretérito a vítima possuía uma chance. É essa chance, portanto, que lhe será devolvida sob a forma de reparação.**

101. Eis por que a técnica da reparação de chances é capaz de contornar a incerteza contrafactual. Como não há incerteza fatural nos casos de perda de chance, a troca do parâmetro futuro do pretérito pelo parâmetro passado simples nos oferece uma certeza em meio ao litígio até então dominado pelo desconhecido. O juiz recupera assim o controle sobre a realidade.

Encontrada a certeza, a técnica da reparação recoloca a norma reparadora em seu campo natural de ação. De um lado, a incerteza do prejuízo desaparece: tendo o *status quo* ante como

184 Amaral, CARNAÚBA, D. Coleção Rubens Limongi - Responsabilidade Civil Pela Perda de Uma Chance - Vol. 13. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2013. pp. 108/109 e 141.

parâmetro de reparação, o juiz pode afirmar que a chance perdida representa um prejuízo certo sofrido pela vítima. De outro lado, ele pode afirmar também que o fato imputável ao demandante é uma causa necessária à realização do prejuízo em questão. **É que a perda de chances pressupõe um nexo causal, não mais entre o fato do réu e a perda da vantagem, mais sim entre esse fato e a chance perdida** – regra essa que muitas vezes não é mencionada pela doutrina. Ora, sem o fato do réu, a vítima teria chances de obter o resultado desejado, estando, pois, configurada a necessidade causal entre esses dois elementos.

Essas observações reforçam o conceito sobre o qual se erige este trabalho: a perda de uma chance não é uma nova espécie de prejuízo, mas uma técnica de deslocamento da reparação. Essa técnica implica, em primeiro lugar, o deslocamento quanto ao interesse reparado, que deixa de ser a vantagem aleatória desejada para versar sobre a chance perdida. Mas, em segundo lugar, essa técnica implica outro deslocamento; um deslocamento temporal ou cronológico. A reparação não buscará mais recolocar a vítima na situação na qual ela se encontraria sem o evento danoso – um futuro hipotético e incerto –, e se preocupará em devolvê-la à situação na qual ela se encontrava antes desse evento – um passado certo.

(...)

A dificuldade de estabelecer um liame causal também não constitui uma peculiaridade da perda de chance de cura. Na verdade, a causalidade nunca está presente nos casos de perda de chance, quer trate-se de um caso de perda de chance médica, quer não. Qualquer que seja o exemplo analisado, não é possível determinar se a perda da vantagem seria evitada caso o réu tivesse adotado uma conduta diversa. E disso decorre um inevitável dilema causal.

É por essa razão que os conflitos envolvendo perdas de chance são solucionados pela via do deslocamento da reparação. Esse método resolve o problema através da mudança de perspectiva quanto ao nexo causal: a causalidade será constatada a partir do liame existente entre o ato imputável ao réu e a perda da chance – e não mais entre aquele ato e a vantagem frustrada.”

Os mortos e sobreviventes com sequelas da covid-19 no Brasil são vítimas trágicas de ações e omissões dos gestores federais que, por culpa consciente ou dolo, deixaram de cumprir o dever constitucional de proteção da saúde de todos, conforme impõe o art. 196 da Constituição da República.

Essas vítimas e suas famílias sofreram, no mínimo, com a “perda de uma chance”, ou seja, com a **subtração ilícita de uma oportunidade** que seria gerada pela atuação cientificamente embasada e constitucionalmente adequada da UNIÃO.

O raciocínio aplicado aos casos de responsabilidade em razão de atividade médica amolda-se ao caso em debate, eis que ambos tratam da perda da chance de sobreviver ou manter um determinado estado de saúde. A esse respeito, ensina o Professor Sérgio Cavalieri Filho¹⁸⁵:

“Aplicada à atividade médica, a teoria ficou conhecida como teoria da perda de uma chance de cura ou de sobrevivência, em que o elemento que determina a indenização é a perda de uma chance de resultado favorável no tratamento. O que se perde, repita-se, é a chance da cura e não a continuidade da vida. A falta, destarte, reside em não se dar ao paciente todas as chances de cura ou de sobrevivência.

185 CAVALIERI FILHO, Sergio. Programa de Responsabilidade Civil. Disponível em: Minha Biblioteca, (14th edição). Grupo GEN, 2020. pp. 92/96

Em última análise, o problema gira em torno do nexo causal entre a atividade médica (ação ou omissão) e o resultado danoso consistente na perda da chance de sobrevivência ou cura. **E assim é porque a atividade médica, principalmente quando omissiva, não causa a doença ou a morte do paciente, mas faz com que o paciente perca a possibilidade de que a doença possa vir a ser curada.** Se o paciente, por exemplo, tivesse sido internado a tempo ou operado imediatamente, talvez não tivesse falecido. **Nesses e outros casos, a omissão médica, embora culposa, não é, a rigor, a causa direta do dano; apenas faz com que o paciente perca uma possibilidade, tornando possível falar em indenização pela perda de uma chance.** Mas se houver erro na atuação do médico, e esse erro provocar *ab origine* o fato causador do dano, não haverá que se falar em perda de uma chance, mas em dano causado diretamente pelo médico”. (grifamos)

Nesse sentido também é a **jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça**. No julgamento do REsp 1.254.141/PR, a Exma. Ministra Nancy Andrighi abordou não só a aplicabilidade da teoria da perda de uma chance à atividade médica, mas também a **legitimidade dos familiares da vítima falecida para pleitearem indenização**. É que, embora não tenham sido estes a perder a chance de cura e sobrevivência, perderam “*a oportunidade de gozar a companhia de um ente querido, com ele convivendo livre de sua doença, ou mesmo de acompanhá-lo num processo melhor de convalescência*” (in verbis). Confira-se trecho do referido voto:

“A argumentação é bem desenvolvida e dá, novamente, a esta Corte, a oportunidade de discutir a aplicabilidade da teoria da Perda da Chance, mas aqui sob um novo enfoque: até o momento, tem sido relativamente comum enfrentar recursos especiais em que essa teoria é invocada em situações nas quais há o desaparecimento de uma oportunidade de ganho em favor do lesado, a chamada perda da chance clássica (Fernando Noronha, Direito das Obrigações: fundamentos do direito das obrigações - introdução à responsabilidade civil, Vol. 1 - São Paulo: Saraiva, 2003, p. 669) como ocorreu nos julgamentos: do EREsp 825.037/DF, no qual a Corte Especial do STJ reconheceu o direito à indenização em favor de um candidato impedido de participar de Concurso Público; do REsp 821.004/MG (3ª Turma, Rel. Min. Sidnei Beneti, DJe de 24/9/2010), em que deferiu indenização a candidato a vereador derrotado por reduzida margem de votos, contra quem se plantara notícia falsa às vésperas da eleição; do REsp 788.459/BA (4ª Turma, Rel. Min. Fernando Gonçalves, DJ de 13/3/2006), que tratou da injusta desclassificação de um concorrente em programa televisivo de perguntas e respostas, entre outros.

Nas hipóteses de Perda da Chance Clássica, há sempre certeza quanto à autoria do fato que frustrou a oportunidade, e incerteza quanto à existência ou à extensão dos danos decorrentes desse fato. Assim, por exemplo, quando uma pessoa impede outra de participar de um concurso de perguntas e respostas, não há dúvidas de quem causou o impedimento, e a única incerteza diz respeito a qual seria o resultado do certame e que benefícios seriam auferidos pela vítima caso dele participasse até o fim. Por isso a indenização é fixada mediante uma redução percentual do ganho que, em princípio, poderia ser auferido pelo prejudicado. Assim, se este tinha 60% de chances de sucesso caso tivesse aproveitado a oportunidade perdida, a indenização será fixada em 60% sobre o valor total dos hipotéticos lucros cessantes.

Na hipótese dos autos, contudo, a oportunidade perdida é de um tratamento de saúde que poderia interromper um processo danoso em curso, que levou a paciente à morte. Aqui, a extensão do dano já está definida, e o que resta saber é se esse dano teve como concausa a conduta do réu. (...)

(...)

Essas críticas, conquanto robustas, não justificam a exclusão da doutrina da perda da chance para a seara médica. A dificuldade de trato da questão está justamente em que os defensores da diferenciação entre a perda da chance clássica e a perda da chance no ramo médico situam o fator aleatório, de modo equivocado, num processo de mitigação do nexo causal. Sem demonstração clara de que um determinado dano decorreu, no todo ou em parte, da conduta de um agente, é de fato muito difícil admitir que esse agente seja condenado à sua reparação. Admiti-lo implicaria romper com o princípio da “conditio sine qua non”, que é pressuposto inafastável da responsabilidade civil nos sistemas de matriz romano-germânica.

A solução para esse impasse, contudo, está em notar que a responsabilidade civil pela perda da chance não atua, nem mesmo na seara médica, no campo da mitigação do nexo causal. A perda da chance, em verdade, consubstancia uma modalidade autônoma de indenização, passível de ser invocada nas hipóteses em que não se puder apurar a responsabilidade direta do agente pelo dano final. Nessas situações, o agente não responde pelo resultado para o qual sua conduta pode ter contribuído, mas apenas pela chance de que ele privou a paciente. Com isso, resolve-se, de maneira eficiente, toda a perplexidade que a apuração do nexo causal pode suscitar.

(...)

O valor dessa doutrina, em que pesem todas as críticas a que foi submetida, está em que, a partir da percepção de que a chance, como bem jurídico autônomo, é que foi subtraída da vítima, o nexo causal entre a perda desse bem e a conduta do agente torna-se direto. Não há necessidade de se apurar se o bem final (a vida, na hipótese deste processo) foi tolhido da vítima. O fato é que a chance de viver lhe foi subtraída, e isso basta. O desafio, portanto, torna-se apenas quantificar esse dano, ou seja, apurar qual o valor econômico da chance perdida.

(...)

Importante ressaltar que esta discussão não pode ser obstada por uma suposta falta de legitimidade das partes para pleitear o direito em causa. É verdadeiro, por um lado, que a oportunidade de cura ou de gozar de uma sobrevida mais confortável é direito personalíssimo da paciente. Seu falecimento, portanto, não implica a transferência desse direito aos herdeiros. **Contudo, a oportunidade de gozar a companhia de um ente querido, com ele convivendo livre de sua doença, ou mesmo de acompanhá-lo num processo melhor de convalescência, é direito autônomo de cada uma das pessoas que com o 'de cujus' mantinham uma relação de afeto. O dano, portanto, causado pela morte, afeta a todos em sua esfera individual, cada qual por um motivo específico, como sói ocorrer em todas as situações em que se pleiteia indenização por força do falecimento de um ente querido.** Estabelecido esse pressuposto, para poder aplicar a Teoria da Perda da Chance, necessário se faz observar a presença: (i) de uma chance concreta, real, com alto grau de probabilidade de obter um benefício ou sofrer um prejuízo; (ii) que a ação ou omissão do defensor tenha nexo causal com a perda da oportunidade de exercer a chance (sendo desnecessário que esse nexo se estabeleça diretamente com o objeto final); (iii) **atentar para o fato de que o dano não é o benefício perdido, porque este é sempre hipotético**”. (STJ - REsp 1254141/PR, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/12/2012, DJe 20/02/2013) (grifamos)

Outro julgado do Superior Tribunal de Justiça deixa claro que não se trata de reparação pelos danos sofridos, eis que inviável demonstrar o nexo causal entre o ato ilícito e o prejuízo da vítima. Cuida-se, sim, de **reparar a chance perdida de obter resultado diverso:**

“Recurso especial. Ações em bolsa de valores. Venda promovida sem autorização do titular. Responsabilidade civil. Perda de uma chance. Dano consistente na impossibilidade de

negociação das ações com melhor valor, em momento futuro. Indenização pela perda da oportunidade. 1. ‘A perda de uma chance é técnica decisória, criada pela jurisprudência francesa, para superar as insuficiências da responsabilidade civil diante das lesões a interesses aleatórios. Essa técnica trabalha com o deslocamento da reparação: a responsabilidade retira sua mira da vantagem aleatória e, naturalmente, intangível, e elege a chance como objeto a ser reparado’ (CARNAÚBA, Daniel Amaral. A responsabilidade civil pela perda de uma chance: a técnica na jurisprudência francesa. In: Revista dos Tribunais, São Paulo, n. 922, ago. 2012). 2. Na configuração da responsabilidade pela perda de uma chance não se vislumbrará o dano efetivo mencionado, sequer se responsabilizará o agente causador por um dano emergente, ou por eventuais lucros cessantes, mas por algo intermediário entre um e outro, precisamente a perda da possibilidade de se buscar posição mais vantajosa, que muito provavelmente se alcançaria, não fosse o ato ilícito praticado. 3. **No lugar de reparar aquilo que teria sido (providência impossível), a reparação de chances se volta ao passado, buscando a reposição do que foi. É nesse momento pretérito que se verifica se a vítima possuía uma chance. É essa chance, portanto, que lhe será devolvida sob a forma de reparação.** 4. A teoria da perda de uma chance não se presta a reparar danos fantasiosos, não servindo ao acolhimento de meras expectativas, que pertencem tão somente ao campo do íntimo desejo, cuja indenização é vedada pelo ordenamento jurídico, mas sim um dano concreto (perda de probabilidade). A indenização será devida, quando constatada a privação real e séria de chances, quando detectado que, sem a conduta do réu, a vítima teria obtido o resultado desejado. 5. No caso concreto, houve venda de ações sem a autorização do titular, configurando o ato ilícito. O dano suportado consistiu exatamente na perda da chance de obter uma vantagem, qual seja a venda daquelas ações por melhor valor. Presente, também, o nexo de causalidade entre o ato ilícito (venda antecipada não autorizada) e o dano (perda da chance de venda valorizada), já que a venda pelo titular das ações, em momento futuro, por melhor preço, não pode ocorrer justamente porque os papéis já não estavam disponíveis para serem colocados em negociação. 6. Recurso especial a que se nega provimento” (STJ, REsp 1.540.153/RS, 4.^a Turma, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 17.04.2018, DJe 06.06.2018). (grifamos)

Partindo das premissas acima fixadas, é de se concluir que **a indenização pela perda de chance é a modalidade de reparação mais adequada às vítimas e famílias das vítimas da covid-19**, que faleceram ou restaram com graves sequelas, em função da gestão gravemente ineficiente da pandemia pelos agentes da UNIÃO.

A indenização reclamada na presente ação deverá, portanto, ser objeto de liquidação caso a caso, em sede de cumprimento de sentença/execução da condenação, mas não deve desconsiderar um patamar mínimo que vem sendo estabelecido pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça como adequado à reparação de um abalo tão severo.

Com efeito, é necessário realizar uma valoração *prima facie* da perda da chance suportada pelas famílias de vítimas da covid-19, **sem prejuízo de que, no caso concreto, outros danos materiais ou morais individuais sejam comprovados em sede própria e sejam havidos como indenizáveis.**

As tragédias e os traumas causados às famílias pela covid-19 são de fato irreparáveis e, na maior parte dos casos, irreversíveis, o que demonstra a magnitude dos efeitos nocivos das ações e omissões do poder público federal, na condução da pandemia. Justificada, pois, a determinação de

que a indenização devida a cada família leve em conta o que vem sendo decidido pelos tribunais superiores acerca do valor mínimo adequado à compensação dessa espécie de dano.

Nesse contexto, vem-se consolidando, na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, o arbitramento do **montante de 300 a 500 salários mínimos vigentes ao tempo dos fatos como valor razoável a indenizar o familiar da vítima pelos prejuízos extrapatrimoniais vinculados ao evento morte**. O voto do Exmo. Sr. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO no RECURSO ESPECIAL nº 1.354.384 - MT (2012/0241350-5) é lapidar:

“(…)Ressalto que a indenização por danos morais em casos de morte da vítima vem sendo arbitrada por esta Corte entre 300 e 500 salários mínimos, com o que se deve reputar como ínfimo o montante global de R\$ 55.000 (cinquenta e cinco mil reais), equivalente a 100 salários mínimos vigentes à época do fato, estabelecendo-se, portanto, fora do espectro jurisprudencial supracitado. A esse respeito, já tive a oportunidade de me manifestar em sede doutrinária (Princípio da reparação integral: indenização no Código Civil. São Paulo: Saraiva, 2010): A análise de mais de cento e cinquenta acórdãos do STJ relativos a julgamentos realizados nos últimos dez anos, em que houve a apreciação da indenização por prejuízos extrapatrimoniais ligados ao dano-morte, denota que ainda existem divergências no próprio STJ acerca do que se pode considerar como um valor razoável para essas indenizações. (...) Pode-se tentar identificar a noção de razoabilidade desenvolvida pelos integrantes da Corte na média dos julgamentos atinentes ao dano-morte. Os julgados que, na sua maior parte, oscilam na faixa entre duzentos salários mínimos e seiscientos salários mínimos, com um grande número de acórdãos na faixa de trezentos salários mínimos e quinhentos salários mínimos, podem ser divididos em dois grandes grupos: recursos providos e recursos desprovidos. (...) Os recursos especiais providos, para alteração do montante da indenização por dano extrapatrimonial, são aqueles que permitem observar, com maior precisão, o valor que o STJ entende como razoável para essa parcela indenizatória. Ainda assim, observa-se a existência de divergência entre as turmas, pois a 4ª Turma tem arbitrado no valor correspondente a quinhentos salários mínimos, enquanto a 3ª Turma tem fixado em torno de trezentos salários mínimos. (...)”

Saliente-se, mais uma vez que, embora seja importante que se tenha um montante referencial para a indenização dos prejuízos extrapatrimoniais derivados do dano-morte, isso não deve representar um tarifamento judicial rígido, o que entraria em rota de colisão com o princípio da reparação integral (art. 944 do CC) e a necessidade de um arbitramento equitativo da indenização por danos morais (art. 953, § único, do CC). Com efeito, cada caso apresenta particularidades próprias e variáveis importantes como a gravidade do fato em si, a culpabilidade do autor do dano, a intensidade do sofrimento das vítimas por ricochete, o número de autores, a situação sócio-econômica do responsável, que são elementos de concreção que devem ser sopesados no momento do arbitramento equitativo da indenização pelo juiz.”

Na presente demanda, as hipóteses de indenização não são os danos “morte” ou “sequela grave/persistente” mas sim a **perda das chances obstadas por esses eventos**. Assim, é preciso aplicar o critério de **proporcionalidade** sugerido pela doutrina anteriormente citada, para chegar-se a uma porcentagem do montante que seria devido se a indenização tivesse por causa de pedir os danos “morte” ou “sequela grave/persistente” propriamente ditos.

Adotando-se uma postura conservadora, é possível determinar, de antemão, que a

reparação da perda da chance deve corresponder a **patamar não inferior ao percentual de 1/3 (morte) ou 1/6 (sequela)** do montante considerado **minimamente razoável** pelo Superior Tribunal de Justiça (R\$ 300.000,00).

Significa, portanto, adotar-se o critério de **indenização mínima de R\$ 100.000,00 para as famílias de mortos pela covid-19 e de R\$ 50.000,00 para as famílias de sobreviventes com sequelas graves/persistentes**. E, como já afirmado, a uma tal indenização mínima, deverão ser acrescidos outros montantes por eventuais danos morais e materiais, a serem individualizados, em sede de liquidação de sentença condenatória.

Vale salientar que a indenização pela perda da chance não reclama prova complexa, mas apenas a comprovação de que o evento “morte” ou “sequela” deu-se em função da infecção pela covid-19, daí a possibilidade de estimar, **ainda que em caráter provisório**, o montante razoável a reparar essa espécie de dano.

Já **eventuais outros danos morais e materiais**, a serem individualizados em sede de liquidação de sentença, para efeito de incremento do montante indenizatório, deverão ser, oportunamente, objeto de comprovação específica, sem prejuízo de que seja oportunizada aos sujeitos legitimados **a produção cautelar e antecipada de provas, a fim de não arriscar a perda de memórias, documentos e outros elementos de convicção atinentes aos fatos.**

Portanto, sem prejuízo da estimativa inicial mínima da indenização pela perda da chance, a realidade dramática de cada família merecerá atenção judicial individualizada e apreciação específica, pois é extremamente variado o grau de sofrimento, distúrbio, perturbação ou abalo psíquico experimentados por cada familiar em face do evento “morte” ou “sequela grave/persistente” que tenha vitimado o(s) seu(s) ente(s) querido(s).

5.3. Do DANO MORAL COLETIVO decorrente da gestão gravemente ineficiente e inconstitucional da pandemia pela UNIÃO e suas formas de reparação

Para além dos danos morais e materiais individuais e da perda de chance sofridos pelas famílias das vítimas da covid-19, **outra categoria** de dano ressai, sem quaisquer dúvidas, das condutas dos agentes da UNIÃO, na condução da pandemia: o **dano moral coletivo**.

Trata-se de categoria de dano, cunhada pela doutrina e francamente admitida pela jurisprudência brasileira¹⁸⁶, que assola um grupo, classe, categoria, comunidade, coletividade ou mesmo, como na hipótese desta demanda, **a sociedade inteira**.

186 (STJ, EREsp 1.367.923/RJ, rel. ministro João Otávio de Noronha, Corte Especial, j. 15/2/2017, DJe 15/3/2017). Noutro julgado, o STJ entendeu que o dano moral coletivo possui a “função de: a) proporcionar uma reparação indireta à lesão de um direito extrapatrimonial da coletividade; b) sancionar o ofensor; e c) inibir condutas ofensivas a esses direitos transindividuais” (STJ, REsp 1.643.365/RS, rel. ministra Nancy Andrighi, 3ª Turma, j. 5/6/2018, DJe 7/6/2018).

Conforme Xisto Tiago de Medeiros Neto¹⁸⁷,

“(…) a adequada compreensão do dano moral coletivo não se conjuga diretamente com a ideia de demonstração de elementos como perturbação, aflição, constrangimento ou transtorno coletivo. Estabelece-se, sim, a sua concepção, de maneira objetiva, dizendo respeito ao fato que reflete uma **violação intolerável de direitos coletivos e difusos**, cuja essência é tipicamente extrapatrimonial. Essa violação, com efeito, não podendo ser tolerada ou temporizada em um sistema de justiça social ínsito ao regime democrático, rendeu ensejo à previsão, no ordenamento jurídico, do meio e da forma necessária e adequada a proporcionar uma reparação devida, de maneira a sancionar o ofensor e inibir condutas ofensivas a tais direitos transindividuais, pela relevância da sua proteção para a sociedade”. (grifamos)

No caso em tela, é patente que, com suas diversas condutas - omissão injustificada na aquisição tempestiva de **vacinas**; opção ilegal e anticientífica pela busca pela **imunidade de rebanho** e adoção de ineficaz “**tratamento precoce**”; omissão injustificada na ampliação da **testagem** em massa da população; deliberada atuação dos diversos para **dificultar o acesso da sociedade às informações** essenciais sobre a pandemia; omissão injustificada dos gestores na realização de **campanhas informativas e educacionais** estratégias não farmacológicas de prevenção contra o vírus (**distanciamento social e uso de máscaras**); divulgação ativa e constante de **informações falsas** e/ou equivocadas à população, notadamente sobre as medidas não farmacológicas de contenção do vírus ou sobre a segurança e eficácia das vacinas – os agentes públicos da UNIÃO, citados nesta demanda, **causaram profundas consequências danosas à saúde da população brasileira**, que, como um todo, foi **abalada pela gestão ineficiente, inconsequente e ineficaz da pandemia de covid-19**.

Diferentemente dos danos morais e materiais e da perda da chance, que têm nítida natureza de direitos individuais homogêneos, o dano moral coletivo ora articulado é titularizado por todo o conjunto da sociedade brasileira. Obviamente, a aflição e o sofrimento experimentados pelas famílias das vítimas da covid-19 e pelos sobreviventes com sequelas graves/persistentes são mais evidentes, mas **não se pode negar que toda a sociedade fora afetada em sua dignidade e em seu plexo de direitos de cidadania** quando as **ações/omissões gravemente ineficientes, constitucionalmente inadequadas ou deliberadamente ineficazes**, adotadas pelos **gestores em que ela deveria confiar**, resultaram em prejuízos sociais de escala significativa e, mais que isso, em grande medida evitáveis.

Experimentar as sensações coletivas de frustração, decepção e medo pelas condutas dos agentes públicos federais, no decorrer da epidemia, não é, nesse contexto, sentimento exclusivo dos parentes dos mortos pela covid-19 ou das vítimas com sequelas - **atinge moralmente e muito negativamente toda a sociedade brasileira** -, razão pela qual há de ser imputada à UNIÃO a responsabilidade por indenizar também esse agravo.

187 O dano moral coletivo e a sua reparação. In: **10 anos do Código Civil: edição comemorativa**/ Robério Nunes dos Anjos Filho (Org.) - Brasília: ESMPU, 2014, p.123-124.

A evolução da consideração do dano moral coletivo pela jurisprudência aponta que este é espécie distinta do dano moral individual, porque não reclama a demonstração de resultados como sentimento de despreço, sensação de desvalor ou inferioridade, sofrimento, dor ou desconforto psíquico e, ademais, não significa a simples soma dos danos extrapatrimoniais individuais: “(...) *não se cogita de prova do prejuízo para a configuração do dano moral coletivo, considerando que o dano se evidencia da ocorrência do próprio fato da violação – este sim (o fato em si) passível de comprovação*”¹⁸⁸.

A condenação à reparação ou compensação do dano moral coletivo cumpre outras funções, notadamente a **preventiva** e a **sancionatória**, constituindo, em resumo, uma espécie de indenização punitiva. Nas palavras certeiras de Xisto Tiago de Medeiros Neto: “*Está-se a cuidar de uma modalidade peculiar de resposta possível e eficaz do sistema jurídico, imprescindível à garantia da sua própria respeitabilidade, e que é direcionada ao ofensor, em face da violação inaceitável de direitos coletivos de natureza extrapatrimonial*”¹⁸⁹ (grifamos).

Tais contornos doutrinários do dano moral coletivo foram plenamente acolhidos pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, a saber:

RECURSO ESPECIAL Nº 1.610.821 - RJ (2014/0019900-5) RELATOR : MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO RECORRENTE : MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO RECORRIDO : FAST SHOP S.A AGRAVANTE : FAST SHOP S.A ADVOGADOS : GIANFRANCESCO GENOSO - SP096954 EDUARDO PELLEGRINI DE ARRUDA ALVIM - SP118685 FERNANDO ANSELMO RODRIGUES - SP132932 ALUÍZIO JOSÉ DE ALMEIDA CHERUBINI - SP165399 RENAN SCAPIM ARCARO - SP331132 AGRAVADO : MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EMENTA RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DANO MORAL COLETIVO. DIREITOS INDIVIDUAIS HOMOGÊNEOS. IMPOSSIBILIDADE. 1. **O dano moral coletivo é aferível in re ipsa, ou seja, sua configuração decorre da mera constatação da prática de conduta ilícita que, de maneira injusta e intolerável, viole direitos de conteúdo extrapatrimonial da coletividade, revelando-se despcienda a demonstração de prejuízos concretos ou de efetivo abalo moral.** Precedentes. 2. Independentemente do número de pessoas concretamente atingidas pela lesão em certo período, o dano moral coletivo deve ser ignóbil e significativo, afetando de forma inescusável e intolerável os valores e interesses coletivos fundamentais. 3. **O dano moral coletivo é essencialmente transindividual, de natureza coletiva típica, tendo como destinação os interesses difusos e coletivos,** não se compatibilizando com a tutela de direitos individuais homogêneos. 4. A condenação em danos morais coletivos tem **natureza eminentemente sancionatória**, com parcela pecuniária arbitrada em prol de um fundo criado pelo art. 13 da LACP - fluid recovery - , ao passo que os danos morais individuais homogêneos, em que os valores destinam-se às vítimas, buscam uma condenação genérica, seguindo para posterior liquidação prevista nos arts. 97 a 100 do CDC. 5. Recurso especial a que se nega provimento. (grifos nossos)

RECURSO ESPECIAL Nº 1.737.412 - SE (2017/0067071-8) RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI RECORRENTE : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE RECORRIDO : BANCO DO ESTADO DE SERGIPE S/A ADVOGADO : DAYSE

188 Neto, Xisto Tiago de Medeiros. Idem, p. 128.

189 Ibidem, p. 133.

OLIVEIRA SANTOS MIRANDA - SE008068 AGRAVANTE : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE AGRAVANTE : BANCO DO ESTADO DE SERGIPE S/A ADVOGADOS : JOSÉ EDUARDO DE SANTANA MACÊDO E OUTRO(S) - SE001634 VIVIANE SANTOS MENESES - SE007178 AGRAVADO : OS MESMOS EMENTA RECURSO ESPECIAL. CONSUMIDOR. TEMPO DE ATENDIMENTO PRESENCIAL EM AGÊNCIAS BANCÁRIAS. DEVER DE QUALIDADE, SEGURANÇA, DURABILIDADE E DESEMPENHO. ART. 4º, II, “D”, DO CDC. FUNÇÃO SOCIAL DA ATIVIDADE PRODUTIVA. MÁXIMO APROVEITAMENTO DOS RECURSOS PRODUTIVOS. TEORIA DO DESVIO PRODUTIVO DO CONSUMIDOR. DANO MORAL COLETIVO. OFENSA INJUSTA E INTOLERÁVEL. VALORES ESSENCIAIS DA SOCIEDADE. FUNÇÕES. PUNITIVA, REPRESSIVA E REDISTRIBUTIVA. 1. Cuida-se de coletiva de consumo, por meio da qual a recorrente requereu a condenação do recorrido ao cumprimento das regras de atendimento presencial em suas agências bancárias relacionadas ao tempo máximo de espera em filas, à disponibilização de sanitários e ao oferecimento de assentos a pessoas com dificuldades de locomoção, além da compensação dos danos morais coletivos causados pelo não cumprimento de referidas obrigações. 2. Recurso especial interposto em: 23/03/2016; conclusos ao gabinete em: 11/04/2017; julgamento: CPC/73. 3. O propósito recursal é determinar se o descumprimento de normas municipais e federais que estabelecem parâmetros para a adequada prestação do serviço de atendimento presencial em agências bancárias é capaz de configurar dano moral de natureza coletiva. 4. **O dano moral coletivo é espécie autônoma de dano que está relacionada à integridade psico-física da coletividade, bem de natureza estritamente transindividual e que, portanto, não se identifica com aqueles tradicionais atributos da pessoa humana (dor, sofrimento ou abalo psíquico), amparados pelos danos morais individuais.** 5. **O dano moral coletivo não se confunde com o somatório das lesões extrapatrimoniais singulares**, por isso não se submete ao princípio da reparação integral (art. 944, caput, do CC/02), cumprindo, ademais, funções específicas. 6. **No dano moral coletivo, a função punitiva – sancionamento exemplar ao ofensor – é, aliada ao caráter preventivo – de inibição da reiteração da prática ilícita – e ao princípio da vedação do enriquecimento ilícito do agente, a fim de que o eventual proveito patrimonial obtido com a prática do ato irregular seja revertido em favor da sociedade.** 7. O dever de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho que é atribuído aos fornecedores de produtos e serviços pelo art. 4º, II, d, do CDC, tem um conteúdo coletivo implícito, uma função social, relacionada à otimização e ao máximo aproveitamento dos recursos produtivos disponíveis na sociedade, entre eles, o tempo. 8. O desrespeito voluntário das garantias legais, com o nítido intuito de otimizar o lucro em prejuízo da qualidade do serviço, revela ofensa aos deveres anexos ao princípio boa-fé objetiva e configura lesão injusta e intolerável à função social da atividade produtiva e à proteção do tempo útil do consumidor. 9. Na hipótese concreta, a instituição financeira recorrida optou por não adequar seu serviço aos padrões de qualidade previstos em lei municipal e federal, impondo à sociedade o desperdício de tempo útil e acarretando violação injusta e intolerável ao interesse social de máximo aproveitamento dos recursos produtivos, o que é suficiente para a configuração do dano moral coletivo. 10. Recurso especial provido. (grifamos)

E, embora o entendimento doutrinário e jurisprudencial seja no sentido da desnecessidade de se demonstrar efetiva dor ou indignação sentida pela coletividade, é certo que os fatos descritos nesta peça causaram **intensa e ampla comoção social**, fato, aliás, público e notório.

Desse modo, o ordenamento jurídico alberga, sem maiores dúvidas, a condenação da UNIÃO à indenização compensatória do dano moral coletivo causado pelos comportamentos lesivos de seus agentes, em valor a ser arbitrado por esse d. Juízo, levando-se em consideração a extensão e

a gravidade dos prejuízos observados.

É preciso também salientar que tal indenização compensatória deve cumprir sua função preventiva e pedagógica, uma vez que se deseja, com a condenação reclamada, apontar ao ente público requerido o caráter ilícito da conduta de seus agentes, **no intuito de que comportamentos semelhantes não se repitam.**

Por isso é que se pretende, **a título de reparação/compensação do dano moral coletivo causado à sociedade brasileira**, que a UNIÃO: a) seja condenada a emitir declaração expressa de reconhecimento oficial de pesar pelas vítimas da covid-19 e a formular oficialmente pedido de desculpas pelas atos ilícitos narrados nesta demanda, como atos simbólicos de restauração da confiança dos cidadãos na UNIÃO e em seus agentes, responsáveis pela condução das ações de enfrentamento à pandemia de covid-19; b) seja condenada a indenizar a sociedade brasileira, pelos danos morais coletivos ora articulados, em montante a ser prudentemente arbitrado por esse Juízo, conforme parâmetros e condições a serem especificadas adiante (item 5.3.2).

5.3.1. Reparação específica do dano moral coletivo. Do pedido público de desculpas e da declaração expressa de pesar pelas vítimas da covid-19.

Ao longo do período da pandemia, não se observaram condutas dos representantes da UNIÃO lamentando os mortos e os sobreviventes com sequelas da covid-19, tampouco visitando hospitais, acolhendo vítimas ou solidarizando-se com os cidadãos brasileiros. Ao contrário, o Presidente JAIR BOLSONARO, líder máximo da nação, em diversas ocasiões, zombou e duvidou do número de óbitos, chamou de “maricas” e cheios de “mimimi” aqueles que se preocupavam com o vírus e com as suas nefastas consequências para a população. A título exemplificativo, listamos abaixo algumas das falas do Presidente da República sobre as vítimas da pandemia.

Em 20/04/2020, ao ser questionado por jornalistas no Palácio da Alvorado sobre as mortes causadas pela covid-19, o Presidente respondeu: “***Eu não sou covheiro***”¹⁹⁰. Alguns dias depois, em 28/04/2020, também comentando o número de mortos, afirmou: “***E daí? Lamento, quer que faça o quê? Eu sou Messias, mas eu não faço milagre***”¹⁹¹.

Em 10/06/2020, em live semanal, o Presidente BOLSONARO duvidou dos números registrados de mortos e internados pela covid-19 e incentivou apoiadores a invadir hospitais¹⁹²:

“Pode ser que eu esteja equivocado, mas, na totalidade ou em grande parte, ninguém perdeu a

190 Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/04/20/nao-sou-coveiro-diz-bolsonarao-ser-questionado-por-mortes-por-Covid-19> Acesso em 30/11/2021.

191 Disponível em <https://jovempan.com.br/noticias/brasil/bolsonaro-mortes-coronavirusmessias>.
Html Acesso em 30/11/2021.

192 Disponível em <https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/bolsonaro-incentiva-invasao-de-hospitais-parafilmar-leitos,d6d91d6b5d4ede0c0afeaa23f1b5d16fuukb4x1w.htm> Acesso em 30/11/2021.

vida por falta de respirador ou leito de UTI. Pode ser que tenha acontecido um caso ou outro. **Seria bom você, na ponta da linha, tem um hospital de campanha aí perto de você, um hospital público, arranja uma maneira de entrar e filmar.** Muita gente tá fazendo isso, mas mais gente **tem que fazer para mostrar se os leitos estão ocupados ou não**, se os gastos são compatíveis ou não. (...) **Tem um ganho político, só pode ser isso, aproveitando as pessoas que falecem para ter um ganho político e culpar o governo federal**". (grifamos)

Em 10/11/2020, em cerimônia oficial, o Presidente da República discursou: "*Tudo agora é pandemia. Tem que acabar com esse negócio, pô. Lamento os mortos, lamento. Todos nós vamos morrer um dia. Não adianta fugir disso, fugir da realidade. Tem que deixar de ser um país de maricas, pô*"¹⁹³.

Em 04/03/2021, em cerimônia realizada em Goiás no auge da pandemia no Brasil, o Presidente disse: "*Chega de frescura, de mimimi. Vão ficar chorando até quando? Temos que enfrentar os problemas, respeitar, obviamente, os mais idosos, aqueles que têm doenças, comorbidades. Mas onde vai parar o Brasil se nós pararmos?*"¹⁹⁴.

E, em live semanal de 18/03/2021, o Presidente BOLSONARO imitou uma pessoa com falta de ar, emitindo sons guturais¹⁹⁵.

Vê-se, portanto, que a aparente insensibilidade do Presidente da República (e de diversos outros agentes federais), na condução da pandemia de covid-19, resta manifestada em várias de suas declarações. No particular, a falta de empatia aparentemente demonstrada pelo povo a quem representa **qualifica, ainda mais negativamente, a conduta do Presidente da República**, em função de sua especial posição de líder máximo da nação.

Assim, no contexto da **necessidade de reparação dos profundos danos causados pelos agentes públicos da UNIÃO à população**, sobretudo em sua perspectiva moral e coletiva, o mínimo que se pode reclamar de seus representantes é o **reconhecimento da dor e do sofrimento vividos pela população brasileira**, em razão de todos os agravos decorrentes da covid-19, mediante **pedido formal de desculpas e ato oficial de condolências pelas vítimas e seus familiares**.

Vale dizer que o contexto de **conflituosidade** – inclusive político-ideológica – que se abateu sobre a sociedade brasileira e se aprofundou durante a pandemia de covid-19, perdurando até os dias atuais – **em claro prejuízo à saúde pública** -, reclama **solução restaurativa**, sem a qual não se estará reparando ou compensando, por completo, o dano produzido.

Assim, a pretensão em foco - declaração oficial de desculpas e de condolências pelas vítimas da covid-19 - deriva dos **mais modernos vetores de implementação da justiça**, que apontam não apenas para a necessidade de se buscar o objetivo reparatório concreto mas também a

193 Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/a-pandemia-foi-superdimensionada-diz-bolsonaro/> Acesso em 30/11/2021.

194 Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56287135> Acesso em 30/11/2021.

195 Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=xVWLLfDRNt8> Acesso em 30/11/2021.

reconciliação entre vítima e ente/sujeito ofensor.

Com efeito, consoante publicação do Conselho Nacional de Justiça sobre a Resolução 225/2016¹⁹⁶, “o artigo 1º, caput, e seus incisos I e III da Resolução nº 225/2016 trazem, no próprio conceito normativo de Justiça Restaurativa, a ideia de que a **Justiça Restaurativa** envolve a **corresponsabilidade individual e coletiva, para fins de se entender as causas estruturais do conflito e as necessidades daí advindas, possibilitar a reparação dos danos – a partir da responsabilização ativa dos responsáveis e corresponsáveis – e, ainda, recompor as relações interpessoais e sociais esgarçadas.**” (grifamos)

Assim, como parte da reparação do dano moral coletivo articulado nesta ação, e **medida simbólica de restauração da confiança dos cidadãos brasileiros nos agentes e órgãos responsáveis pela condução da pandemia**, pede-se seja a UNIÃO condenada a expressar **declaração de pesar e desculpas formais à população brasileira pelas vítimas e seus familiares**, reconhecendo a gravidade das condutas e declarações de seus agentes, adotadas ao longo da pandemia de covid-19 (2020-2021), ofensivas às vítimas diretas e indiretas da covid-19, bem como ao patrimônio moral da sociedade brasileira.

5.3.2. Compensação pecuniária pelo DANO MORAL coletivo

Não menos importante para a reparação do dano moral coletivo impingido à sociedade brasileira, em decorrência das ações e omissões de agentes da UNIÃO na condução da pandemia de covid-19, é a imposição de condenação pecuniária.

A finalidade desse tipo de condenação, como já explicado, é, a um só tempo, **punitiva e pedagógica**. Carrega, também, irremediavelmente, uma carga simbólica, porque, em verdade, é impossível reparar, de fato, o dano moral, seja porque não se pode precificar o sofrimento, seja porque, no caso da moral coletiva, as estratégias de compensação são ainda menos palpáveis, porque **indivisíveis**.

Assim é que a Lei 7.347/85, quando alude à condenação em dinheiro a título de indenização pelo dano causado a direito difuso ou coletivo, determina sua reversão ao Fundo dos Direitos Difusos, **sendo seus recursos destinados à reconstituição dos bens lesados** (art. 13).

Os recursos oriundos de condenação à reparação de danos morais coletivos têm, portanto, destinação carimbada, isto é, devem ser utilizados para a reconstituição dos bens lesados, donde se depreende que **deverão ser empregados em ações, projetos, programas que versem matérias vinculadas ao direito de fundo, do qual se tenha originado a indenização pecuniária**. Esta a disciplina constante da Lei 9008/1995, que criou o Conselho Federal do Fundo dos Direitos

196 Disponível em <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2016/08/4d6370b2cd6b7ee42814ec39946f9b67.pdf>

Difusos, a saber:

Art. 1º Fica criado, no âmbito da estrutura organizacional do Ministério da Justiça, o Conselho Federal Gestor do Fundo de Defesa de Direitos Difusos (CFDD).(…)

§ 3º Os recursos arrecadados pelo FDD **serão aplicados na recuperação de bens, na promoção de eventos educativos, científicos e na edição de material informativo especificamente relacionados com a natureza da infração ou do dano causado**, bem como na modernização administrativa dos órgãos públicos responsáveis pela execução das políticas relativas às áreas mencionadas no § 1º deste artigo.

Na mesma linha, o Decreto nº 1.306/1994, que regulamenta o FDD:

Art. 7º Os recursos arrecadados serão distribuídos para a efetivação das medidas dispostas no artigo anterior e **suas aplicações deverão estar relacionadas com a natureza da infração ou de dano causado**.

Parágrafo único. Os recursos serão **prioritariamente aplicados na reparação específica do dano causado**, sempre que tal fato for possível.

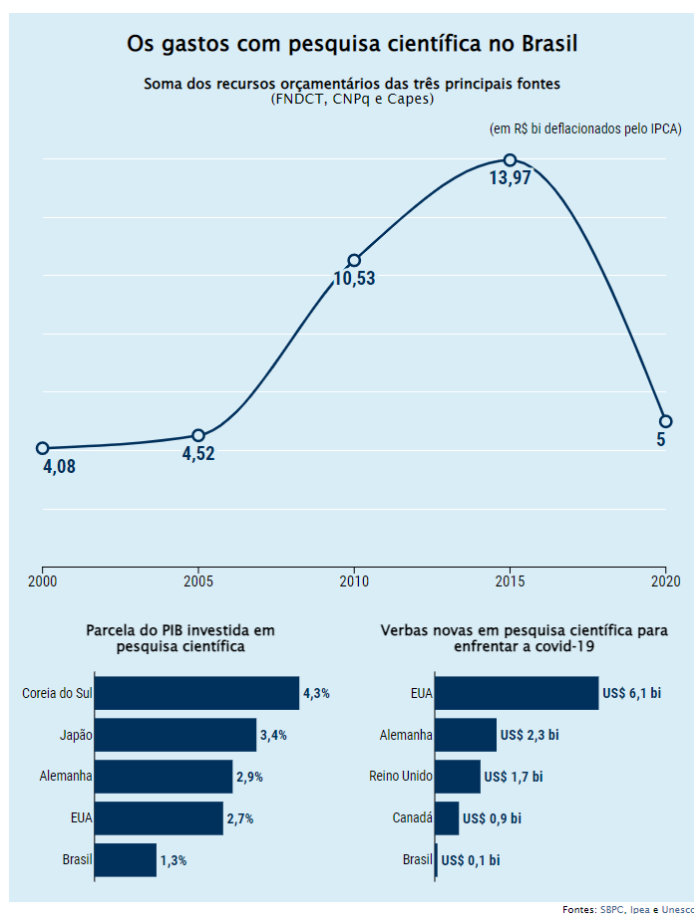
Importa, sobretudo, que os recursos oriundos da condenação da UNIÃO a indenizar o dano moral coletivo reclamado nesta ação **sejam empregados, após incorporados ao FDD, no custeio de ações, programas ou projetos de desenvolvimento científico destinados ao fomento de pesquisa e tecnologias específicas para doenças infectocontagiosas causadas por vírus, como covid-19 e outros coronavírus de interesse, o zikavírus, o HPV, o HIV e outras doenças infectocontagiosas de grande prevalência no Brasil**. Dessa forma, tais recursos estarão sendo **revertidos em prol da sociedade** brasileira, empregados em campo absolutamente carente de investimentos públicos e que, ao que consta, não tem sido priorizado pela UNIÃO nos últimos anos.

De fato, **conforme demonstra o portal da transparência do governo federal**, o orçamento global das despesas com ciência e tecnologia, notadamente com a rubrica "**desenvolvimento científico**", está praticamente **estacionado desde o ano de 2017**. Embora neste ano de 2021 o orçamento global tenha sido ligeiramente incrementado, prevendo-se o investimento de R\$ 8,79 bilhões, é certo que, até a data da consulta, menos de 50% desse montante tinha sido executado (R\$ 3,45 bilhões)¹⁹⁷.

A mesma **tendência de diminuição dos gastos com pesquisa científica** foi apontada por matéria da Agência Senado, publicada em 25/09/2020, que citou significativa queda no investimento federal em pesquisas científicas (centralizadas no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, no Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FNDCT e na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes), além de constantes contingenciamentos, com base na análise dos dados

197 Disponível em <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/19-ciencia-e-tecnologia?ano=2017>

apresentados pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência- SBPC, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas- IPEA e UNESCO¹⁹⁸. Confira-se no gráfico abaixo:



E, no que tange especificamente aos financiamentos para pesquisa sobre covid-19, artigo publicado pela Fiocruz analisou, ainda em maio de 2020, que o cenário de investimentos em pesquisa e inovação em saúde apresentava nítida redução, ano a ano, desde 2015, não se observando tendência de incremento, nem mesmo com a emergência de pesquisas sobre insumos para enfrentamento da crise sanitária.¹⁹⁹

198 Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/09/corte-de-verbas-da-ciencia-prejudica-reacao-a-pandemia-e-desenvolvimento-do-pais>

199 Disponível em <https://www.redalyc.org/journal/5705/570567430005/html/> Acesso em 09/12/2021.

Por tudo isso, é de se concluir que a melhor destinação da condenação pecuniária da UNIÃO à indenização do dano moral coletivo, ora reclamado, é a sua aplicação específica em **ações, programas ou projetos de desenvolvimento científico destinados ao fomento de pesquisa e tecnologias específicas para doenças infectocontagiosas causadas por vírus, como covid-19 e outros coronavírus de interesse, o zikavírus, o HPV, o HIV e outras doenças infectocontagiosas de grande prevalência no Brasil.**

O que se busca, com tal destinação carimbada, é **fazer a UNIÃO priorizar, de forma coativa, objetivos públicos da maior importância, uma vez que não se concebe nação socialmente desenvolvida que não realize investimentos maciços em pesquisa científica.** Através do FDD, instituições públicas como universidades e outros entes (em parceria ou não com entidades sociais ou privadas) poderão ter seus projetos de pesquisas – muitos já em andamento e arriscados à paralisação por falta de recursos – fomentados, mantidos ou finalizados.

Desnecessário dizer que **é por força do investimento em pesquisa científica** - feito por outros países - **no desenvolvimento das vacinas contra a covid-19, que estamos – sociedade brasileira – revertendo a tendência de infecções e mortes pelo coronavírus e os tristes números observados desde o início da pandemia.** Logo, nada mais lógico que, para ser efetivamente compensatória dos intensos danos causados à saúde coletiva da população brasileira, a indenização a ser paga pela UNIÃO reverta em favor do desenvolvimento científico na área da saúde, notadamente das doenças infectocontagiosas.

Nesse contexto, a título de **compensação pecuniária pelo dano moral coletivo articulado nesta ação**, pede-se seja a UNIÃO condenada a indenizar a sociedade brasileira em montante a ser prudentemente arbitrado por esse Juízo, **não inferior a R\$ 1 bilhão**, a ser revertido ao Fundo Federal dos Direitos Difusos, para aplicação específica em **ações, programas ou projetos de desenvolvimento científico destinados ao fomento de pesquisas e tecnologias voltadas a doenças infectocontagiosas causadas por vírus, como covid-19 e outros coronavírus de interesse, o zikavírus, o HPV, o HIV e outras doenças infectocontagiosas de grande prevalência no Brasil, a serem implementados no prazo de até 01 ano contado da data da condenação.**

Este valor representa menos que 1/8 do orçamento global para investimento federal em ciência e tecnologia, no ano de 2021, pouco mais de 30% do montante de recursos efetivamente executados até a presente data e **equivale apenas ao dobro** dos recursos que o Brasil destinou para pesquisas científicas referentes ao enfrentamento da covid-19 (cerca de 100 milhões de dólares ou 562 milhões de reais), segundo dados da SBPC, IPEA e UNESCO, publicados pela Agência Senado²⁰⁰. Nesse sentido, não se pode considerá-lo abusivo, tampouco desproporcional.

200 Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/09/corte-de-verbis-da-ciencia-prejudica-reacao-a-pandemia-e-desenvolvimento-do-pais>

Finalmente, tendo em vista que a narrativa fática desta ação já aponta a prática de condutas ilícitas, por culpa grave ou dolo, de vários agentes públicos federais perfeitamente identificáveis, é de se requerer igualmente que a **UNIÃO**, uma vez condenada a indenizar a sociedade brasileira, por dano moral coletivo, em valor não inferior a **R\$ 1 bilhão**, a ser revertido ao Fundo Federal dos Direitos Difusos, **seja sucessivamente impelida a promover as cabíveis ações de regresso contra os agentes públicos responsáveis pelas ações/omissões e danos resultantes que constituem a causa de pedir da presente demanda.**

Tal medida de justiça e responsabilidade é crucial para que se não imponha exclusivamente ao patrimônio público o prejuízo pela reparação social que se pretende alcançar e apenas atende ao disposto no art. 37, §6º da CF 1988:

Art. 37 (...):

(...)

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

5.4. DA OBRIGAÇÃO DE FAZER: necessidade de mapeamento dos sobreviventes de covid-19 com sintomas e sequelas persistentes (“covid longa”) e do dever da UNIÃO de formular políticas públicas de saúde específicas para essa população.

Como demonstramos no “item 3” *supra*, além dos óbitos evitáveis, a UNIÃO também foi responsável pelos danos causados aos milhões de infectados que não recuperaram a plena saúde após a infecção por covid-19. Estudos estimam que cerca de 80% dos pacientes internados por covid-19 e algo em torno de 50% dos infectados em geral²⁰¹ desenvolvem a “covid longa”, com agravos à saúde que vão de anosmia (perda de olfato/paladar) e fadiga a sérias sequelas cardíacas e neurológicas.

Contudo, a identidade dessas pessoas, no Brasil, é desconhecida, tendo em vista que a UNIÃO sequer reconhece que infectados que não vieram a óbito imediatamente após o desenvolvimento da doença podem não estar totalmente curados. Ao contrário, eles são contabilizados como “recuperados” nos diversos painéis e boletins governamentais²⁰².

201 Conforme diversos estudos, dentre os quais: “Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19”, disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351>;

“Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection - A Systematic Review”, disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2784918> ;

“Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19”, disponível em <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003773>

“Covid-19 sequelae in working age patients: A systematic review”, disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34655247/>

“Post-acute COVID-19 syndrome”, disponível em <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>

202 Os boletins epidemiológicos mais recentes do Ministério da Saúde têm incluído capítulo apenas sobre eventuais agravos à saúde na população pediátrica, mais especificamente mapeando a chamada “Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)”, que ocorre, geralmente, duas a quatro semanas após a infecção pelo SARS-CoV-2.

Se as estimativas dos diversos pesquisadores mundiais estiverem razoavelmente corretas, estaremos falando de um universo de mais de 11 milhões de brasileiros que padeceram ou ainda estão sofrendo de “covid longa”, com agravamentos à saúde física e mental que podem comprometer a realização de atividades simples de vida diária e também as laborais.

Essa população necessita ser conhecida pela UNIÃO, para que possa receber atendimento multidisciplinar específico, eis que um mesmo paciente pode apresentar sintomas tão diversos como anosmia, arritmia, dispneia, mialgia e estresse pós-traumático (tudo em razão da covid-19), o que demanda acompanhamento de médicos de múltiplas especialidades, de psicólogos e de fisioterapeutas, por exemplo.

A formulação de políticas de saúde específicas para esse público é dever da UNIÃO, nos termos da Constituição Federal e da Lei 8.080/1990. Conforme preceitua a Carta Magna vigente:

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

Da leitura do dispositivo em apreço, observa-se que o constituinte preocupou-se em obrigar o Estado a fornecer prestações de saúde aos cidadãos brasileiros sem qualquer espécie de embaraço, **incluindo nessa prestação positiva o dever de adotar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde**. Nesse sentido já se posicionou, reiteradamente, a Suprema Corte brasileira, ao remarcar que:

“O direito a saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço.” (AI 734.487-AgR, Rel. Min. Ellen Gracie, julgamento em 3-8-2010, Segunda Turma, DJE de 20-8-2010.)

*“O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – **representa consequência constitucional indissociável do direito à vida**. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, **não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional**. A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional insequente. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – **não pode converter-se em promessa constitucional insequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.** (...) O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de*

medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/Aids, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, **um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade.** Precedentes do STF." (RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 12-9-2000, Segunda Turma, DJ de 24-11-2000.) (grifamos)

“DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO – MODALIDADES DE COMPORTAMENTOS INCONSTITUCIONAIS DO PODER PÚBLICO. O desrespeito à Constituição tanto pode ocorrer mediante ação estatal quanto mediante inércia governamental. A situação de inconstitucionalidade pode derivar de um comportamento ativo do Poder Público, que age ou edita normas em desacordo com o que dispõe a Constituição, ofendendo-lhe, assim, os preceitos e os princípios que nela se acham consignados. Essa conduta estatal, que importa em um ‘facere’ (atuação positiva), gera a inconstitucionalidade por ação. Se o Estado deixar de adotar as medidas necessárias à realização concreta dos preceitos da Constituição, em ordem a torná-los efetivos, operantes e exequíveis, abstendo-se, em conseqüência, de cumprir o dever de prestação que a Constituição lhe impôs, incidirá em violação negativa do texto constitucional. Deste ‘non facere’ ou ‘non praestare’, resultará a inconstitucionalidade por omissão, que pode ser total, quando é nenhuma a providência adotada, ou parcial, quando é insuficiente a medida efetivada pelo Poder Público. A omissão do Estado – que deixa de cumprir, em maior ou em menor extensão, a imposição ditada pelo texto constitucional – qualifica-se como comportamento revestido da maior gravidade político-jurídica, eis que, mediante inércia, o Poder Público também desrespeita a Constituição, também ofende direitos que nela se fundam e também impede, por ausência de medidas concretizadoras, a própria aplicabilidade dos postulados e princípios da Lei Fundamental.” (RTJ 185/794-796, Rel. Min. CELSO DE MELLO, Pleno, 2013) (Informativo STF nº 726)

Da jurisprudência oriunda da nossa mais alta Corte, resta evidente que **o Estado não apenas tem obrigação de criar normas capazes de revelar o direito à saúde à população, mas também a obrigação de possibilitar a realização concreta dessas normas, permitindo o PLENO EXERCÍCIO desse direito fundamental aos cidadãos brasileiros.**

A UNIÃO, portanto, por meio do Ministério da Saúde, tem o dever de formular políticas de saúde destinadas a prover as condições indispensáveis ao pleno exercício do direito à saúde para os sobreviventes da covid-19, nos termos da Constituição Federal e dos artigos 5º, 7º e 19-Q da Lei nº 8.080/1990.

Ressalte-se que, conforme apurou a CPI da Pandemia, **a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS quedou-se inerte, ao longo de 2020 e 2021, não tendo produzido até o final de novembro de 2021 sequer um documento com protocolo para atendimento ambulatorial de pacientes de covid-19, tampouco diretrizes de acompanhamento, atendimento e tratamento dos agravos e sequelas decorrentes da doença (covid longa).**

Ora, o próprio manual da CONITEC “Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Diretrizes Clínicas”, de 2020²⁰³, destaca a importância da definição de diretrizes clínicas tanto para o

203 Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/Diretrizes-Metodologicas-Elaboracao-de-Diretrizes-Clinicas-2020.pdf> Acesso em 26/11/2021.

interesse público, quanto para a população. Confira-se:

“Nas últimas duas décadas, os modelos tradicionais de orientação à otimização do cuidado prestado ao paciente nos serviços de saúde – rotinas e protocolos ou consensos de especialistas – foram progressivamente substituídos por **diretrizes clínicas baseadas em evidências**. Isso vai de encontro às demandas por maior transparência, rigor metodológico e legitimidade, de forma a ser aceita por todos os atores. As diretrizes clínicas baseadas em evidências são construídas a partir de revisão sistemática da literatura científica e da **avaliação dos benefícios e danos associados às diferentes alternativas de atenção à saúde, com especial foco nos valores e preferências dos pacientes (1), e apontam as intervenções que oferecem maior benefício e menor probabilidade de danos à saúde, podendo ainda gerar maior eficiência na alocação de recursos. Essas diretrizes se propõem, também, a reduzir a morbimortalidade, a melhorar a qualidade de vida e a qualificar a assistência prestada a partir da padronização das condutas frente a problemas clínicos específicos (2, 3). Além de subsidiarem as decisões dos profissionais de saúde, as diretrizes desempenham um papel importante na gestão e regulação dos sistemas de saúde (4), e sua implementação produz resultados mais favoráveis para o sistema de saúde como um todo (2, 5-7)**

(...)

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem **critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado**, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; **os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos**, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, efetividade, segurança, eficiência e viabilidade econômica das tecnologias recomendadas.

(...)

Os PCDTs foram estabelecidos na lei nº 12.401 (8) e são a modalidade mais utilizada pelo Ministério da Saúde. Os PCDTs **avaliam eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade de intervenções em saúde para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo que é foco do protocolo**. Além disso, consideram outros fatores como valores e preferências dos pacientes, promoção de equidade, sustentabilidade do sistema, aceitabilidade dos atores envolvidos e viabilidade de implantação no SUS. Diferentemente das diretrizes de sociedades de profissionais, os PCDTs possuem caráter normativo, instruindo sobre os processos que podem ou devem ser aplicados no SUS.” (grifamos)

Os pacientes acometidos pela covid longa não podem esperar! Seu direito à saúde e à qualidade de vida precisa ser garantido imediatamente e, considerando a inércia do Poder Público Federal ao longo de toda a pandemia, **somente uma determinação do Poder Judiciário poderá mover os órgãos competentes a adotarem providências no sentido de garantir o atendimento integral de saúde aos milhões de sobreviventes com sequelas da covid-19**, mediante a elaboração de diretrizes de saúde específicas para essa população.

Assim, é mister seja **proferida decisão antecipatória, em caráter de tutela de urgência, para determinar à UNIÃO**, por meio dos órgãos competentes do MINISTÉRIO DA SAÚDE e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, que **instaure, de ofício, no prazo de 30 (trinta) dias**, processo administrativo para **a) a elaboração de**

política pública de busca ativa/rastreamento e mapeamento dos pacientes vítimas da chamada “covid longa” e/ou de sequelas decorrentes do agravamento da covid-19; **b)** a elaboração de Protocolo(s) Clínico(s) e/ou de Diretrizes Terapêuticas específicos para atendimento de saúde da população acometida de “covid longa”.

Faz-se necessário, inclusive, sob pena de total inefetividade do pedido ora formulado, que esses resultados sejam publicados no **prazo máximo de 60 (sessenta) dias**, sujeito à multa pelo atraso, a fim de que não se agravem, ainda mais, as condições de quem já padece de sequelas graves e/ou persistentes da infecção por covid-19 e não conta, até o momento, com nenhuma perspectiva de assistência integral por parte do poder público.

Por derradeiro, o deferimento da tutela de urgência para busca ativa/rastreamento e mapeamento dos pacientes vítimas da chamada “covid longa” e/ou de sequelas decorrentes do agravamento da covid-19, **para além de encerrar a adoção efetiva, pela UNIÃO, de providências destinadas a implementar o direito constitucional à saúde** de um universo ainda indeterminado de pessoas, **servirá, ainda, à própria demanda, como espécie de prova antecipada dos prejuízos pessoais experimentados pelas vítimas,** que, nos termos da narrativa, devem fazer jus às indenizações pela perda de uma chance e por eventuais outros danos específicos.

6. DA TUTELA DE URGÊNCIA PRETENDIDA. DA PROBABILIDADE DO DIREITO E DO PERIGO DE DANO OU O RISCO AO RESULTADO ÚTIL DO PROCESSO

Consoante já se explanou no item anterior, aguardar o trânsito em julgado desta demanda para só então impor à requerida o dever de adotar medidas como a elaboração de política pública de **busca ativa/rastreamento e mapeamento dos pacientes vítimas da chamada “covid longa”** e/ou de sequelas decorrentes do agravamento da covid-19 e a **elaboração de Protocolo(s) Clínico(s)** e/ou de Diretrizes Terapêuticas específicos para atendimento de saúde da população acometida de “covid longa” significaria o mesmo que **negar jurisdição** aos direitos coletivos já atingidos pelas ações e omissões ilícitas da UNIÃO, na condução da pandemia.

Com efeito, a concessão da tutela de urgência em caráter antecipado, neste feito, busca ajustar a atuação da requerida ao previsto na Constituição Federal e na Lei 8.080/90, a fim de que prevaleça o interesse público e se resguarde a vida e a saúde dos pacientes sobreviventes da covid-19, bem como para que se garanta uma reparação mínima e simbólica a toda a sociedade, que experimenta um luto coletivo agravado pelo desprezo manifestado pelos agentes da UNIÃO em relação às vítimas da pandemia.

De acordo com o art. 300 do Novo Código de Processo Civil, a tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou

o risco ao resultado útil do processo. Tais condições, conforme fundamentação que se segue, encontram-se sobejamente presentes neste feito.

Certa é a responsabilidade da UNIÃO em garantir a saúde de todos os brasileiros e elaborar políticas públicas específicas para a “covid longa”, com diretrizes clínicas e terapêuticas mapeadas, avaliadas e recomendadas pela CONITEC.

A probabilidade do direito decorre, pois, da existência de previsão constitucional e legal acerca do direito à saúde e, especialmente, do poder-dever da UNIÃO de elaborar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), a fim de estabelecer critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (art. 19-N, II e art. 19-Q, da Lei 8.080/1990).

Por seu turno, o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, no caso de indeferimento da antecipação de tutela pleiteada, decorre do fato de que, **não havendo mapeamento e diretrizes de tratamento específicos para os sobreviventes com covid longa**, milhares de brasileiros continuarão a **sofrer intensamente com agravos à saúde** causados pela omissa e ineficaz gestão da pandemia pela UNIÃO, com **comprometimento da qualidade de vida e da capacidade para o trabalho**, incluindo **consequências financeiras para os cofres da Previdência** (em razão de afastamentos para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez), até que sobrevenha decisão de mérito nesta Ação Civil Pública.

Ademais, apenas a concessão do provimento jurisdicional antecipado poderá proteger, de modo efetivo, o direito constitucional à saúde e à vida com qualidade desses pacientes. A outra opção – aguardar alguns anos até a prolação da sentença definitiva – importaria em admitir que o direito à saúde e à vida aqui invocados podem continuar a ser violados por prazo indefinido, o que é rematado absurdo.

Há, pois, urgência na tutela requerida, eis que, reitere-se, lida-se aqui com bens jurídicos indisponíveis – saúde e vida – cuja defesa **não suporta postergação**.

Insta salientar que a reversibilidade do provimento judicial a ser exarado em caráter de urgência é manifesta, eis que, em sendo julgado improcedente o presente pedido, em sentença de mérito, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas poderão ser revistos pela CONITEC a qualquer tempo.

Assim, atendidos todos os requisitos legais previstos, **urge seja proferida decisão antecipatória, em caráter de tutela de urgência, para determinar à UNIÃO**, por meio dos órgãos competentes do MINISTÉRIO DA SAÚDE e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, que **instaure, de ofício, no prazo de 30 (trinta) dias, processo**

administrativo para a) a elaboração de política pública de busca ativa/rastreamento e mapeamento dos pacientes vítimas da chamada “**covid longa**” e/ou de sequelas decorrentes do agravamento da covid-19; e **b) a elaboração de Protocolo(s) Clínico(s) e/ou de Diretrizes Terapêuticas** específicos para atendimento de saúde da população acometida de “**covid longa**”, cujos resultados devem ser publicados no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da instauração, sob pena de **multa diária pelo atraso**, a ser prudentemente arbitrada por esse Juízo.

7. DOS PEDIDOS PRINCIPAIS E DEMAIS REQUERIMENTOS

Diante de todo o exposto, o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** requer a Vossa Excelência:

1. o recebimento e a autuação da presente demanda, acompanhada de cópia integral dos autos do Inquérito Civil n. 1.16.000.001440/2021-00 e anexos;
2. a **notificação da UNIÃO para manifestar-se sobre o pedido liminar**, nos termos do art. 2º, da Lei 8437/92 (72 horas);
3. a concessão da **tutela provisória de urgência pretendida** (itens 5 e 6), **para determinar à UNIÃO**, por meio dos órgãos competentes do MINISTÉRIO DA SAÚDE e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, que **instaure, de ofício, no prazo de 30 (trinta) dias, processo administrativo para a) elaboração de política pública de busca ativa/rastreamento e mapeamento** dos pacientes vítimas da chamada “**covid longa**” e/ou de sequelas decorrentes do agravamento da covid-19; e **b) elaboração de Protocolo(s) Clínico(s) e/ou de Diretrizes Terapêuticas específicos para atendimento de saúde da população acometida de “covid longa**”, cujos resultados devem ser publicados no **prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da instauração**, sob pena de **multa diária pelo atraso**, a ser prudentemente arbitrada por esse Juízo;
4. a **citação da UNIÃO** para responder à presente ação;
5. a produção de todas as **provas admissíveis em direito**, inclusive a testemunhal e a juntada posterior de documentos, sobretudo em contraprova e, em sendo necessário, a prova pericial;
6. em **sentença de mérito, a procedência integral desta demanda, para:**

6.1. confirmando-se a tutela provisória de urgência (itens 5 e 6), que se espera seja deferida, determinar à UNIÃO, por meio dos órgãos competentes do MINISTÉRIO DA SAÚDE e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, que instaure, de ofício, no prazo de 30 (trinta) dias, processo administrativo para a) a elaboração de política pública de busca ativa/rastreamento e mapeamento dos pacientes vítimas da chamada “covid longa” e/ou de sequelas decorrentes do agravamento da covid-19; e b) a elaboração de Protocolo(s) Clínico(s) e/ou de Diretrizes Terapêuticas específicos para atendimento de saúde da população acometida de “covid longa”, cujos resultados devem ser publicados no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da instauração, sob pena de multa diária pelo atraso, a ser prudentemente arbitrada por esse Juízo;

6.2. condenar a UNIÃO a reparar, de forma específica, o dano moral coletivo (item 5.3.1), mediante a emissão de declaração expressa de pesar e desculpas formais à população brasileira, vítimas e familiares de vítimas da covid-19, a ser publicada em todos os canais oficiais de comunicação do Poder Executivo Federal, como medida simbólica de restauração da confiança dos cidadãos brasileiros nos agentes e órgãos responsáveis pela condução da pandemia;

6.3. condenar a UNIÃO a compensar o dano moral coletivo (item 5.3.1), mediante o pagamento de indenização em montante não inferior a R\$ 1 bilhão, a ser revertido ao Fundo Federal dos Direitos Difusos, para aplicação específica em ações, programas ou projetos de desenvolvimento científico destinados ao fomento de pesquisas e tecnologias voltadas a doenças infectocontagiosas causadas por vírus, como covid-19 e outros coronavírus de interesse, o zikavírus, o HPV, o HIV e outras doenças infectocontagiosas de grande prevalência no Brasil, a serem implementados no prazo de até 01 (um) ano contado da data da condenação;

6.4. sucessivamente à condenação do item 6.3., condenar a UNIÃO a ajuizar ações de regresso em face de seus agentes, responsáveis pelas ações/omissões e danos deles resultantes, que constituem a causa de pedir da presente demanda, como medida de preservação do patrimônio público, nos termos do art. 37, §6º da CF 1988;

6.5. condenar a UNIÃO a indenizar a perda da chance às famílias de mortos e sobreviventes com sequelas graves/persistentes da covid-19, no valor mínimo de R\$ 100 mil (cem mil reais) para as famílias de mortos pela covid-19 e de R\$ 50 mil (cinquenta mil reais) para as famílias de sobreviventes com sequelas graves/persistentes;

6.6. condenar a UNIÃO a indenizar outros danos materiais e morais sofridos pelas vítimas e familiares das vítimas (mortos e sobreviventes com sequelas graves/persistentes), a serem liquidados individual e especificamente, em procedimento prévio ao cumprimento/execução da sentença condenatória.

Dá à causa o valor (mínimo) de **R\$ 62.600.000.000,00** (sessenta e dois bilhões e seiscentos milhões de reais)²⁰⁴.

Brasília, 15 de dezembro de 2021.

Luciana Loureiro Oliveira
Procuradora da República

Ana Carolina Alves Araújo Roman
Procuradora da República

Felipe Fritz Braga
Procurador da República

Melina Castro Montoya Flores
Procuradora da República

Mário Alves Medeiros
Procurador da República

204 O valor estimado compreende a indenização mínima por dano moral coletivo (R\$ 1 bilhão) e a indenização pela perda da chance, considerado o montante mínimo de R\$ 100 mil por vítima da covid (universo de 616 mil mortos). Uma vez que se não se conhece o universo de vítimas sobreviventes com sequelas graves/persistentes, não é possível, de antemão, estimar tal parcela de indenização. Os montantes das eventuais indenizações individuais complementares, dependentes de liquidação específica, igualmente não podem ser estimados. Os demais pedidos não encerram expressão pecuniária.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PR-DF-00120413/2021 PETIÇÃO nº 162-2021**

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

Data e Hora: **14/12/2021 11:49:52**

Assinado com login e senha

.....
Signatário(a): **ANA CAROLINA ALVES ARAUJO ROMAN**

Data e Hora: **15/12/2021 10:12:56**

Assinado com login e senha

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

Data e Hora: **14/12/2021 18:23:23**

Assinado com certificado digital

.....
Signatário(a): **MELINA CASTRO MONTOYA FLORES**

Data e Hora: **14/12/2021 21:32:03**

Assinado com login e senha

.....
Signatário(a): **LUCIANA LOUREIRO OLIVEIRA**

Data e Hora: **14/12/2021 11:58:48**

Assinado com login e senha

.....
Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 9d08b2a5.4a055d07.29b5ffef.d2f3db8e