

Inquérito Civil nº 1.26.000.001398/2020-91 (MPF/PR-PE)

Inquérito Civil nº 1.26.000.001401/2020-77 (MPF/PR-PE)

Procedimento Administrativo nº 02061.000.268/2020 - 34ª PJS

Procedimento de Assistência Jurídica nº 2020/038-02529

**RECOMENDAÇÃO CONJUNTA Nº 17/2021 – MPF/PRPE – MPPE/34ª SAÚDE - DPU/PE**  
**- NUDESC/DPPE**

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, pelas Procuradoras da República signatárias, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO**, pela Promotora de Justiça signatária, a **DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO**, pelo Defensor Regional dos Direitos Humanos signatário, e **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**, por meio do Núcleo de Defesa da Saúde Coletiva (NUDESC) e pela Defensora Pública do Estado signatária, considerando o que consta nos procedimentos extrajudiciais em epígrafe, instaurados, respectivamente, na Procuradoria da República em Pernambuco, na Promotoria de Justiça de Defesa da Cidadania da Capital, com atuação na Promoção e Defesa da Saúde, e na Defensoria Pública da União em Pernambuco e ainda:

**CONSIDERANDO** que, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional

(ESPII) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2 ou Covid-19), atualizada pela Declaração de Pandemia em 11 de março de 2020, sendo fato notório a crise sanitária atravessada pelo mundo em decorrência da pandemia da Covid-19;

**CONSIDERANDO** que o Estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), decorrente da Covid-19, foi declarado no Brasil pela Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, nos termos do Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011<sup>1</sup>;

**CONSIDERANDO** que a Lei nº 13.979/2020 estabeleceu uma série de medidas a serem adotadas pelas autoridades, no âmbito de suas competências, para o enfrentamento da emergência de saúde pública, sem prejuízo de outras que se revelem necessárias no decorrer da pandemia;

**CONSIDERANDO** as ações definidas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19<sup>2</sup>;

**CONSIDERANDO** que o Comitê de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) compreende que o direito à vida, prescrito no art. 6º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, *é o direito supremo do qual não permite suspensão alguma, nem sequer em situações de conflito armado ou outras situações de emergência pública que ameacem a vida da nação e que o direito à vida constitui em si mesmo o valor mais precioso...cuja proteção efetiva é um requisito indispensável para o desfrute de todos os demais direitos humanos* (Comentário Geral nº 36);

**CONSIDERANDO** os importantes princípios consignados no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1946, no sentido de que: *a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados; os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos; o desigual desenvolvimento em*

<sup>1</sup> Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.

<sup>2</sup> Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>.

*diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum; uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos e, principalmente, que os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas;*

**CONSIDERANDO** o momento de crise sanitária, sem precedentes na história recente da humanidade, o que exige cooperação institucional e convergência de esforços para salvar vidas e preservar a saúde da população brasileira;

**CONSIDERANDO** os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), assim definidos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), de que a assistência às pessoas deve ser dispensada por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das **ações assistenciais** e das atividades **preventivas**;

**CONSIDERANDO**, ainda, nos termos da Lei nº 8.080/1990, que as ações e serviços de saúde que integram o SUS são organizados de forma regionalizada, regidos pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade da assistência e da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de todos os entes federativos;

**CONSIDERANDO** que compete aos estados *coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância sanitária e epidemiológica* (art. 17, IV, “a” e “b”, da Lei nº 8.080/90), tocando aos municípios *a execução direta, no âmbito municipal, dos serviços de vigilância sanitária e epidemiológica* (art. 18, IV, “a” e “b”, da Lei nº 8.080/90);

**CONSIDERANDO** os posicionamentos do Supremo Tribunal Federal quanto aos deveres dos Estados e da União no combate à pandemia, sintetizados em decisão da Ministra Rosa Weber, na MC-ACO 3.473/DF, em 26 de fevereiro de 2021:

O recrudescimento das taxas de contaminação, internação e letalidade em decorrência da pandemia da COVID-19 é incontroverso e notório (CPC/2015, art. 374, I e III). O momento atual vem se mostrando ainda mais desafiador diante das evidências científicas de novas cepas,

mutações e variantes do *Coronavírus*.

Em condições tais, de recrudescimento da pandemia no território nacional, não é constitucionalmente aceitável qualquer retrocesso nas políticas públicas de saúde (...)

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). (...)

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.

(destaques nossos)

**CONSIDERANDO** a decisão do Supremo Tribunal Federal, na ADPF 672/DF, no sentido de que a atuação da União no combate à doença e seus efeitos, solidariamente aos outros entes da Federação para a efetivação do direito à saúde, deve respeitar a autonomia dos estados e municípios para adotar e manter medidas restritivas durante a pandemia;

**CONSIDERANDO** que a Lei nº 13.979/2020 e as Portarias MS nºs 356 e 188 de 2020 elegeram, como componentes válidos e necessários para uma motivação idônea da tomada de decisão quanto à restrição e flexibilização de um modelo de distanciamento social no contexto da pandemia, os critérios técnicos e científicos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Ministério da Saúde, em seus Boletins Epidemiológicos, e as diretrizes do Plano Nacional de Contingência para Estados e Municípios;

**CONSIDERANDO** que, entre as medidas de enfrentamento admitidas pela Lei nº 13.979/2020, estão previstos: o isolamento; a quarentena; a determinação de realização compulsória de exames, testes, vacinação e outras medidas profiláticas; estudo ou investigação epidemiológica (artigos 2º, I e II, e 3º, I, II, III, IV);

**CONSIDERANDO** que a decretação dessas medidas, pelos estados e municípios, deve ser imposta na dose necessária para evitar a propagação da pandemia, sempre com fundamento em *evidência científica* e em *análise sobre informações estratégicas em saúde* (art. 3º, § 1º);

**CONSIDERANDO** que a adoção de tais medidas não se trata de faculdade, mas de poder-dever atribuído à Administração Pública, a ser concretizado na vida em sociedade em dosagem suficiente para evitar, segundo evidências científicas e análises estratégias em saúde, o alastramento acelerado da doença, impedindo, assim, o colapso do sistema de saúde planejado para o atendimento médico dos infectados;

**CONSIDERANDO**, portanto, que o legislador federal vinculou, do ponto de vista técnico-científico, as diversas ações de enfrentamento da Covid-19, passando a adotar, como pressuposto de validade das escolhas a serem adotadas, o atendimento de critérios e parâmetros objetivos que confirmam coerência técnica e científica aos atos administrativos praticados;

**CONSIDERANDO** que a ação ou omissão dos gestores, quando em contrariedade ou a despeito de *standards, normas e critérios científicos e técnicos* e *dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção*, caracteriza erro grosseiro que enseja a responsabilização civil e administrativa, conforme decidido recentemente pelo STF, ao julgar as ADIs n. 6421, 6422,

6424, 6425, 6427, 6428 e 6431, propostas em face da Medida Provisória nº 966/2020;

**CONSIDERANDO** a necessidade de adoção de diversas fases de resposta a um evento pandêmico (preparação, contenção, mitigação, supressão e recuperação), sendo que a etapa de **contenção** consiste na *prevenção da propagação da doença nos estágios iniciais da transmissão por meio de medidas como detecção e isolamento precoces dos casos e rastreamento e quarentena de contatos*, e a etapa de **supressão** é definida como *redução e manutenção de baixos níveis de transmissão da doença por meio do afrouxamento e estreitamento intermitentes das medidas sociais de saúde pública, detecção e isolamento de casos e rastreamento e quarentena de contatos*<sup>3</sup>;

**CONSIDERANDO** que a OMS, em 16 de abril de 2020, emitiu **Recomendação Temporária (Interim Guidance) sobre requisitos e critérios para retirada de medidas de distanciamento social no contexto da Covid-19**, com vigência por dois anos<sup>4</sup>;

**CONSIDERANDO** que esse documento indica que haja flexibilização das medidas de restrição à atividade não considerada essencial somente quando (item 34, tópico “Implementation of the adjusting of public health and social measures”):

- A transmissão local estiver controlada;
- O sistema de saúde contar com a capacidade de detectar, testar, isolar e tratar cada caso, além de rastrear todos os contatos;
- Os riscos de surtos apresentarem-se minimizados em hospitais, espaços fechados (cinemas, teatros, boates, bares, e outros) e a partir do aumento do distanciamento físico, capazes de evitar aglomerações no transporte público e no comércio, por exemplo;
- Existirem medidas preventivas em locais de trabalho;
- Os riscos de casos importados estiverem bem administrados; e
- Ocorrer a verificação de que a sociedade esteja completamente educada e engajada para se ajustarem a essas normas;

**CONSIDERANDO**, ainda, a orientação da OMS no sentido de que as restrições devem

<sup>3</sup> Disponível em: [https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/COVID19\\_Playbook\\_Portuguese.pdf](https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/COVID19_Playbook_Portuguese.pdf).

<sup>4</sup> Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331773/WHO-2019-nCoV-Adjusting\\_PH\\_measures-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331773/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

ser removidas estrategicamente, e não simultaneamente, além de reforçar que isso só vale para países onde o número de casos esteja em queda e, mesmo nessas condições, regras rígidas de distanciamento social e de higiene devem continuar a vigorar a longo prazo;

**CONSIDERANDO** que, embora a aplicação desse documento não seja obrigatória - nos termos do Regulamento Sanitário Internacional, tratado internacional promulgado pelo Brasil por meio do Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020 -, **sua dispensa deverá necessariamente estar fundamentada em princípios e evidências científicas, além de informações fornecidas pela OMS ou outros entes intergovernamentais ou internacionais relevantes ou em qualquer orientação ou diretriz específica da OMS disponível;**

**CONSIDERANDO** que, por se tratar de tratado internacional promulgado, o regulamento tem eficácia mínima de lei ordinária, impondo-se aos poderes em todos os níveis federativos;

**CONSIDERANDO** que, no documento “Os 10 pontos necessários para acabar com a pandemia segundo pesquisadores e professores da UFSC”, os mais de cem subscritores, professores e pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (<https://noticias.paginas.ufsc.br/files/2021/02/10-pontos-final.pdf>), enfatizam que o distanciamento social, o uso adequado de máscaras, a higiene das mãos e a ventilação dos ambientes são as únicas medidas comprovadamente eficazes, com base em recomendações de todos os organismos nacionais e internacionais, de prevenção de doenças e promoção da saúde;

**CONSIDERANDO** que o avanço da pandemia no Estado do Amazonas, entre os meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021, com a identificação de variante mais agressiva do vírus Sars-Cov-2, designada P.1<sup>5</sup>, desencadeou na sua circulação em diversos outros estados brasileiros<sup>6</sup>, já sendo a variante dominante em Pernambuco<sup>7</sup>;

**CONSIDERANDO**, portanto, que o crescimento rápido da doença a partir de janeiro do

<sup>5</sup> Disponível em: <https://amazonia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/01/NOTA-TE%CC%81CNICA-CONJUNTA-N%C2%BA-09.2021.FVS-AM-X-ILMD.FICRUZ-AM-28.01.2021.pdf>.

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/nova-variante-do-coronavirus-ja-foi-identificada-em-ao-menos-10-estados-do-brasil>.

<sup>7</sup> Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2021/05/variante-p1-do-coronavirus-ja-predomina-em-pernambuco.html>.

corrente ano vem confirmando o pior cenário no que se refere às taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos em vários estados e capitais que concentram, além da maior parte dos recursos de saúde, as maiores pressões populacionais e sanitárias que envolvem suas regiões metropolitanas;

**CONSIDERANDO** que dados consolidados publicados em 2 de março de 2021 em Boletim<sup>8</sup> pela Fundação Oswaldo Cruz, por seu Observatório Covid-19 Fiocruz, já apontavam a formação de um patamar de intensa transmissão da Covid-19, verificando-se, em todo o país, o agravamento simultâneo de diversos indicadores, casos e óbitos, alta positividade de testes e a sobrecarga de hospitais:

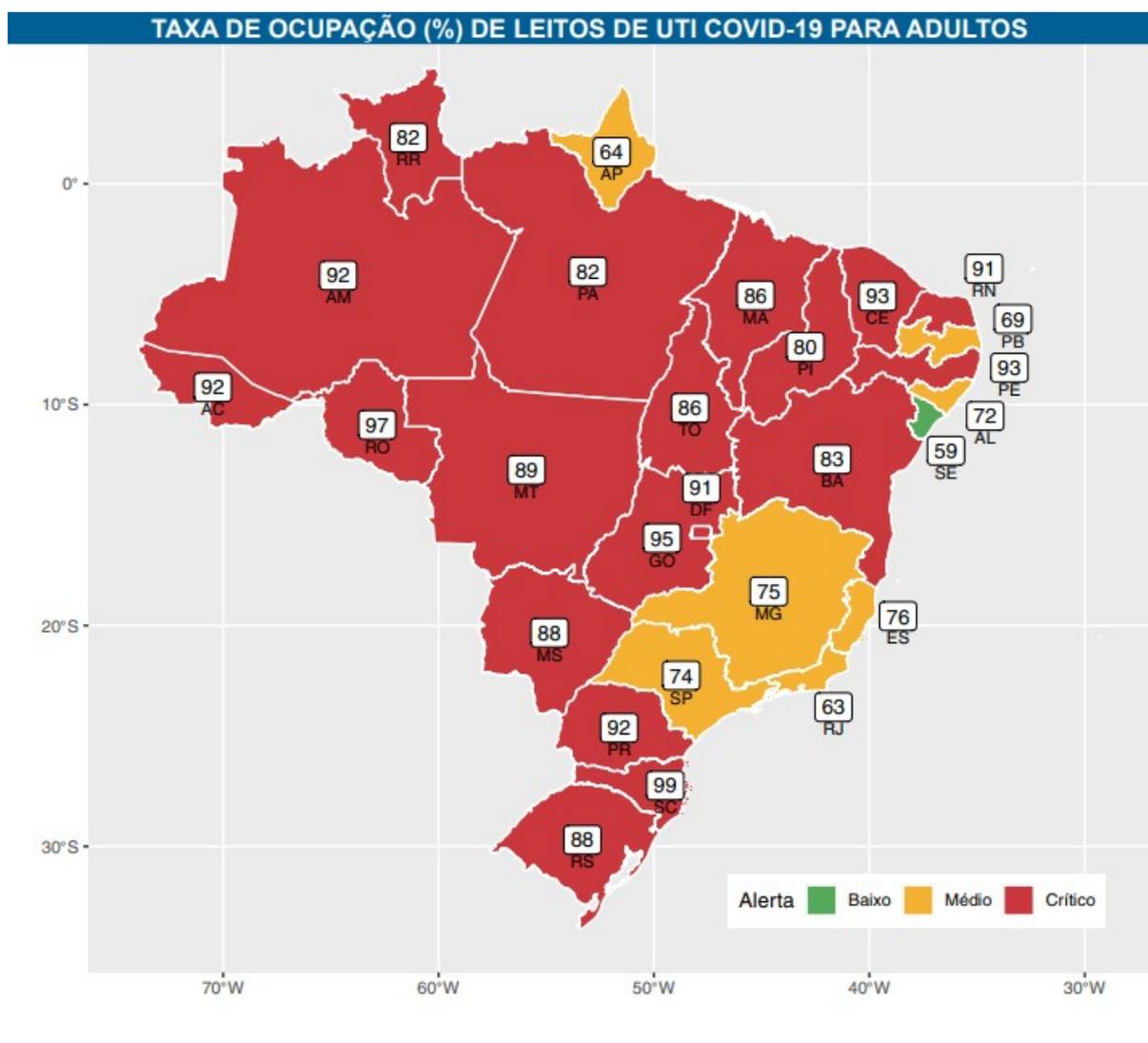
“Aos 12 estados e Distrito Federal, que já se encontravam na zona de alerta crítica, somaram-se mais seis estados. Exceto pelo estado do Amapá (64%), que se mantém na zona de alerta intermediária, todos os estados da região Norte estão com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos superiores a 80%: Rondônia (97%), Acre (92%), Amazonas (92%), Roraima (82%), Pará (82%) e Tocantins (86%). No Nordeste, os estados do Maranhão (86%) e Piauí (80%) também ultrapassaram a linha dos 80% que separa a zona de alerta intermediária da zona crítica, juntando-se ao Ceará (93%), Rio Grande do Norte (91%), Pernambuco (93%) e Bahia (83%). Paraíba e Alagoas mantiveram-se na zona de alerta intermediária, com suas taxas se elevando, respectivamente de 62% para 69% e de 66% para 72%. Sergipe, com taxa de 59%, é o único estado brasileiro fora da zona de alerta. Os estados da região Sudeste também se mantiveram na zona intermediária de alerta, com crescimento dos respectivos indicadores de ocupação mais acentuado em Minas Gerais (70% para 75%), Espírito Santo (68% para 76%) e São Paulo (69% para 74%) e pouco expressivo no Rio de Janeiro (61 para 63%). Na região Sul, todos os estados permaneceram na zona de alerta crítica: Paraná (92%), Santa Catarina (99%) e Rio Grande do Sul (88%). Na região Centro Oeste, Mato Grosso do Sul (88%) e Mato Grosso (89%) entraram na zona de alerta crítica, somando-se a Goiás (95%) e ao Distrito Federal (91%), que nela permaneceram. São 18 estados e o Distrito Federal na zona de alerta crítica ( $\geq 80\%$ ), sete estados na zona de alerta intermediária ( $\geq 60\%$  e  $< 80\%$ ) e somente um estado fora na zona de alerta ( $< 60\%$ ).

Entre as 27 capitais do país, no momento há 20 com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos de 80% ou mais: Porto Velho (100%), Rio Branco (93%), Manaus (92%), Boa Vista (82%), Belém (84%), Palmas (85%), São Luís (91%), Teresina (94%), Fortaleza (92%), Natal (94%), João Pessoa (87%), Salvador (83%), Rio de Janeiro (88%), Curitiba (95%), Florianópolis (98%), Porto Alegre (80%), Campo Grande (93%), Cuiabá (85%), Goiânia (95%) e Brasília

<sup>8</sup> Disponível em: [https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u35/boletim\\_extraordinario\\_2021-marco-03.pdf](https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u35/boletim_extraordinario_2021-marco-03.pdf).

(91%). Além disso, cinco capitais estão com taxas superiores a 70%: Macapá (72%), Recife (73%), Belo Horizonte (75%), Vitória (75%), São Paulo (76%).

A questão de sobrecarga nos sistemas de saúde é uma preocupação desde o início da pandemia e agora principalmente deve-se olhar para estes indicadores como um alerta real. Os dados são muito preocupantes, mas cabe sublinhar que são somente a ‘ponta do iceberg’. Por trás deles estão dificuldades de resposta de outros níveis do sistema de saúde à pandemia, mortes de pacientes por falta de acesso a cuidados de alta complexidade requeridos, a redução de atendimentos hospitalares por outras demandas, possível perda de qualidade na assistência e uma carga imensa sobre os profissionais de saúde. A possibilidade de ampliação de leitos de UTI existe, mas não é ilimitada. Entre outros elementos, se impõem a necessidade de equipes altamente especializadas para dar conta de cuidados críticos. Também vale explicitar que, neste momento, em alguns estados brasileiros, as taxas no setor privado estão até mais elevadas do que as do SUS (ex.: Rio Grande do Sul e Sergipe)”



(Fonte: Agência Fiocruz de notícias)

**CONSIDERANDO** haver inegável situação de descontrole na transmissão local do vírus no Brasil, bem como incapacidade dos serviços de saúde de testar e isolar pacientes contaminados ou com suspeita de contaminação, havendo também quadro de graves dificuldades de assistência à saúde de pacientes em estado grave de Covid-19;

**CONSIDERANDO** que, em um cenário de incertezas quanto às escolhas mais seguras do ponto de vista da saúde coletiva, o princípio da segurança sanitária impõe que a política pública de saúde deve estar voltada à redução dos riscos de doenças, ação estatal prioritária, conforme determinação constitucional (arts. 196; 198, II; art. 200 CR/88); e que uma das diretrizes do SUS é o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas (art. 198, II, da CR/88); ou seja, em qualquer cenário que apresenta múltiplas escolhas possíveis para efetivação da política pública, impõe-se a adoção daquela que representa menores riscos para a saúde coletiva;

**CONSIDERANDO** que a disseminação do vírus impacta o sistema de saúde como um todo, afetando, drasticamente e com maior intensidade, a rede pública de atendimento, implicando acentuação das vulnerabilidades da população mais carente de recursos;

**CONSIDERANDO** que, apesar de reconhecido, pelo próprio Ministério da Saúde<sup>9</sup>, que a vacina é a forma mais eficaz de prevenir doenças em todas as fases da vida, há evidente lentidão do processo de vacinação contra a Covid-19 no país, em razão da escassez de insumos e da insuficiência de vacinas disponibilizadas até o momento;

**CONSIDERANDO** que o Comitê Científico do Consórcio de Governadores do Nordeste (C4NE) lançou, em 1º de junho de 2020, a oitava edição do seu boletim de recomendações para combate ao coronavírus, apresentando uma matriz de risco objetiva para adoção de *lockdown* e reabertura, ou seja, critérios claros para um cálculo numérico, baseado em variáveis que refletem a situação real de um estado e seus municípios;

<sup>9</sup> Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/53896-vacina-e-a-forma-mais-eficaz-de-se-proteger-de-doencas-infecciosas>.

**CONSIDERANDO** que, em seu Boletim nº 14, de 12 de fevereiro de 2021, o mesmo comitê científico reforçou a necessidade, além de um sistema de vacinação realmente efetivo para toda a população, da adoção de *medidas mais tradicionais como: uso de máscaras em quaisquer ambientes em que haja aglomeração de pessoas, distanciamento, higienização e uso de álcool em gel e, quando for o caso, de rígidas medidas de isolamento social*, para o decaimento de tais projeções<sup>10</sup>;

**CONSIDERANDO** que, nesse mesmo sentido, o comitê científico de apoio ao enfrentamento à COVID-19 do Estado do Rio Grande do Sul também vem se manifestando fortemente quanto à necessidade de rigor nas medidas de distanciamento, tendo emitido notas técnicas em 20, 21 e 24/02/2021<sup>11</sup>, enfatizando que **a estratégia de aumentar leitos é muito importante, mas não é possível aumentar leitos infinitamente, nem na velocidade necessária quando há descontrole da transmissão, e recomendando medidas concretas, tanto em relação ao protocolo de distanciamento do estado, como no tocante à necessidade de campanha de comunicação massiva sobre a gravidade da situação, e enfatizando que a via de transmissão respiratória (gotículas e aerossóis) é a mais importante e que, portanto, são fundamentais: o uso de máscaras bem ajustadas, a ventilação de ambientes e a manutenção do distanciamento físico entre as pessoas;**

**CONSIDERANDO** a “Carta dos Secretários Estaduais de Saúde à Nação Brasileira”<sup>12</sup>, em 1º de março de 2021, pela qual o CONASS manifestou-se pela adoção imediata de medidas para evitar o iminente colapso nacional das redes pública e privada de saúde, reconhecendo ainda que *o relaxamento das medidas de proteção e a circulação de novas cepas do vírus propiciaram o agravamento da crise sanitária e social, esta última intensificada pela suspensão do auxílio emergencial;*

**CONSIDERANDO** que, nesse documento, o CONASS sustenta, com o escopo de evitar o iminente colapso nacional das redes pública e privada de saúde, a adoção mais rigorosa de medidas restritivas das atividades não essenciais, observados os critérios técnicos e as situações epidemiológicas e capacidades de atendimento locais, a serem semanalmente avaliadas,

<sup>10</sup> Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1zLv3YrkR2jwLxtTeLu2bZLkG0tqCyT\\_z/view](https://drive.google.com/file/d/1zLv3YrkR2jwLxtTeLu2bZLkG0tqCyT_z/view).

<sup>11</sup> Disponível em: <https://www.inova.rs.gov.br/comite-cientifico>.

<sup>12</sup> Disponível em: <https://www.conass.org.br/carta-dos-secretarios-estaduais-de-saude-a-nacao-brasileira/>.

“incluindo a restrição em nível máximo nas regiões com ocupação de leitos acima de 85% e tendência de elevação no número de casos e óbitos”, pontuando as seguintes medidas: a proibição de eventos presenciais como shows, congressos, atividades religiosas, esportivas e correlatas em todo território nacional; e suspensão das atividades presenciais de todos os níveis da educação do país; o toque de recolher nacional a partir das 20h até as 6h da manhã e durante os finais de semana; o fechamento das praias e bares; a adoção de trabalho remoto sempre que possível, tanto no setor público quanto no privado; a instituição de barreiras sanitárias nacionais e internacionais, considerados o fechamento dos aeroportos e do transporte interestadual; a adoção de medidas para redução da superlotação nos transportes coletivos urbanos; a ampliação da testagem e acompanhamento dos testados, com isolamento dos casos suspeitos e monitoramento dos contatos;

**CONSIDERANDO** a evidência da experiência internacional de que um processo seguro de reabertura deve contemplar, ainda, a adoção de medidas intensivas de monitoramento de casos suspeitos e rastreamento da cadeia de contágio, além de outras providências de caráter não farmacológico, como a distribuição de máscaras para a população (com campanha de educação sobre seu uso), a fiscalização do cumprimento das regras de distanciamento social e a ampliação da capacidade de testagem da população em geral;

**CONSIDERANDO** que a apresentação de planos estruturados de prevenção e enfrentamento à epidemia do novo coronavírus (Covid-19), pelos municípios, nem sempre vem acompanhada, na prática, de uma avaliação semanal da situação loco-regional nos aspectos sanitários, epidemiológico e de capacidade de leitos para atendimento da população referenciada da sua região;

**CONSIDERANDO** os evidentes esforços do Governo do Estado de Pernambuco para ampliação do número de leitos para atender a demanda da doença na região, notadamente nos primeiros meses de 2021, chegando a possuir, em maio do corrente ano, 50% (cinquenta por cento) de leitos a mais em comparação com o mesmo mês, no ano passado<sup>13</sup>;

**CONSIDERANDO**, todavia, que a adequada estruturação da atenção especializada

<sup>13</sup> Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2021/05/pe-aumenta-em-50-numero-de-leitos-em-relacao-a-maio-de-2020-mas-ocup.html>.

voltada aos casos mais graves da Covid-19, por si só, não é suficiente como resposta do gestor público à pandemia, conforme apontado pelo Observatório Covid-19 - Fiocruz, na nota técnica de 19 de junho de 2020: “A diminuição dos atendimentos de casos graves e conseqüentemente o aumento da disponibilidade de leitos de UTI é um dos critérios que devem ser considerados para se adotar medidas de relaxamento, mas não é o único. O comportamento das curvas de casos e óbitos, o ritmo e a tendência do contágio, além de expansão da capacidade de testagem para identificar casos e isolar e rastrear os contatos devem ser considerados como alicerces para a retomada das atividades econômicas”<sup>14</sup>;

**CONSIDERANDO** as constatações do Boletim InfoGripe - Semana Epidemiológica (SE) 18/2021, com base nos dados inseridos no Sivep-gripe até o dia 10/05/2021:

(...) Dentre os demais estados, observa-se sinal de **interrupção da tendência de queda nas tendências de longo e curto prazo** nos estados do Amapá, Bahia, Mato Grosso, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Sul, e Sergipe.

Observa-se sinal de estabilização na tendência de curto prazo no Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Pará, Paraíba, Rio Grande do Norte, e São Paulo. Como vem sendo alertado desde a atualização da semana 14, diversos desses estados ainda estão com valores similares ou até mesmo superiores aos picos observados ao longo de 2020.

**Tais estimativas reforçam a importância da cautela em relação à (sic.) medidas de flexibilização das recomendações de distanciamento para redução da transmissão da COVID-19 enquanto a tendência de queda não tiver sido mantida por tempo suficiente para que o número de novos casos atinja valores significativamente baixos.** Como os valores atingidos em diversos estados durante a fase de crescimento observada em 2021 foram extremamente elevados (em diversos estados o pico de 2021 foi superior aos picos de 2020), a retomada das atividades de maneira precoce pode justamente levar a um quadro de interrupção da queda ainda em valores muito distantes de um cenário de segurança. Tal situação, caso ocorra, não apenas manterá o número de hospitalizações e óbitos em patamares altos como também manterá a taxa de ocupação hospitalar em níveis preocupantes, impactando todos os atendimentos, não apenas aqueles relacionadas à síndromes respiratórias e COVID-19.

([https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim\\_infogripe\\_18\\_2021.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_infogripe_18_2021.pdf))

**CONSIDERANDO** que, em 1º de março de 2021, o Governo do Estado de Pernambuco expediu o Decreto nº 50.436, para estabelecer novas medidas restritivas em relação a atividades

<sup>14</sup> Disponível em: [https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota\\_tecnica\\_9.pdf](https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_9.pdf).

sociais e econômicas, voltadas à contenção da curva de disseminação da Covid-19;

**CONSIDERANDO** que, por meio daquele ato normativo, proibiu-se o exercício de atividades econômicas e sociais aos finais de semana e restringiu-se o seu horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 20h até as 5h do dia seguinte; proibiu-se a prática de atividades econômicas e sociais nas praias e parques do Estado de Pernambuco aos finais de semana; suspenderam-se as atividades pedagógicas, de forma presencial, do Ensino Fundamental e da Educação Infantil das instituições de ensino públicas, situadas no Estado de Pernambuco;

**CONSIDERANDO** que, na semana da edição do Decreto nº 50.436/2021 (10ª semana), o Estado de Pernambuco havia registrado 9.125 (nove mil, cento e vinte e cinco) novos casos confirmados para Covid-19 e 179 (cento e setenta e nove) óbitos pela doença (<https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html>, p. 3);

**CONSIDERANDO** que, nesse período, a taxa de incidência da doença era de 95,5 para cada 100 mil habitantes e a taxa de ocupação dos leitos de UTI oscilava entre 92 e 94% (<https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html>, p. 6);

**CONSIDERANDO** que, transcorridos quase três meses da adoção daquelas medidas, a situação da pandemia no Estado de Pernambuco permanece grave, pois, na 20ª semana epidemiológica de 2021 (9/5 a 15/5), houve registro de 16.988 (dezesesseis mil, novecentos e oitenta e oito) novos casos confirmados para Covid-19 e 415 (quatrocentos e quinze) óbitos pela doença (<https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html>, p. 6);

**CONSIDERANDO** que, em Pernambuco, a fila de espera de pacientes com suspeita ou acometidos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para leitos em unidade de Terapia Intensiva (UTI) é, na data de 24 de maio do corrente ano, de 380 (trezentos e oitenta) pacientes;

**CONSIDERANDO** que o número de casos confirmados de infecção pelo novo coronavírus no Estado de Pernambuco atingiu ao patamar de 452.721 (409.558 casos leves e 43.163 casos de SRAG); e que o número de óbitos, desde o início da pandemia, totaliza 15.192 acumulados, conforme dados disponíveis no Boletim Covid-19 nº 443, de 20 de maio de 2021,

do Governo do Estado de Pernambuco;

**CONSIDERANDO** que foram realizados em Pernambuco 186.604,8 testes de COVID-19 por milhão de habitantes (Fonte: CIEVS/NUVRESP/SEVS/SES, 19/05/21);

**CONSIDERANDO** que, em Recife, foram registrados 114.807 casos da doença (101.512 casos leves e 13.295 casos de SRAG); e 4.081 óbitos, desde o início da pandemia, conforme dados disponíveis no Boletim Epidemiológico COVID-19 da Prefeitura do Recife, de 19/05/21;

**CONSIDERANDO** que, na Semana Epidemiológica nº 18, Recife registrou 2.452 casos de COVID-19 ( 2.299 casos leves e 158 casos de SRAG) e 49 óbitos;

**CONSIDERANDO** que, em 09/05/2021, a taxa de incidência de Pernambuco de novos casos de COVID-19 foi de 177,8 novos casos/100 mil hab. (Fonte: CIEVS/NUVRESP/SEVS/SES, 19/05/21);

**CONSIDERANDO** que, diante do atual quantitativo de óbitos em Pernambuco, a taxa de mortalidade por COVID-19 do estado foi elevada para 155,45/100.000 hab (14.949 óbitos/ 9.616.621 hab.); e a de Recife para 245,00/100.000 hab (4.051 óbitos/1.653.461 hab), as quais são superiores à taxa de mortalidade da Região Nordeste (150,7/100.000 hab.), sendo a de Recife superior à taxa do Brasil (199,0/100.000 hab.);

**CONSIDERANDO** que, no período de 2 a 9 de maio de 2021, a taxa de letalidade por COVID-19 em Pernambuco foi de 3,4%;

**CONSIDERANDO** que, na presente data, a taxa de ocupação de Leito de UTI em Pernambuco alcançou o percentual de praticamente 100%;

**CONSIDERANDO** que a média móvel de envio de ambulâncias para atendimento de SRAG pelo SAMU tem subido de forma significativa nas últimas 24 horas, no patamar de 50,9, tendo o órgão sido acionado para prestar socorro a 69 pessoas com problemas respiratórios em

19 de maio do corrente ano;

**CONSIDERANDO** que, além da manutenção da gravidade do quadro, circulam novas cepas do vírus SARS-CoV-2 no país, as quais aumentam a transmissibilidade na população, mais recentemente, a variante indiana, recém-detectada no Estado do Maranhão, classificada pela OMS como uma “variante de preocupação”<sup>15</sup>;

**CONSIDERANDO** que, se o quadro epidemiológico verificado em maio de 2020 justificou a imposição de medidas mais severas no combate à pandemia pelo Governo do Estado de Pernambuco, agora, diante da constatação de quadro equivalente ou mesmo pior, o gestor deve abster-se de promover novas flexibilizações e avaliar a possibilidade de ampliar as atuais medidas restritivas;

**CONSIDERANDO** que, após análise do Comitê de Enfrentamento à Covid-19, o Governo de Pernambuco anunciou, nesta quinta-feira (20.05), durante coletiva de imprensa *online*, a prorrogação das medidas restritivas até o próximo dia 6 de junho, e que tal iniciativa contempla todas as regiões do estado, exceto a 2ª Macrorregião, no Agreste, da qual fazem parte as IV e V Gerências Regionais de Saúde (com sede em Caruaru e Garanhuns), que conta com decreto específico vigente até o dia 31 deste mês<sup>16</sup>;

**CONSIDERANDO** que, segundo o Comitê Científico do Consórcio de Governadores do Nordeste (C4NE), **são importantes e eficazes medidas não farmacológicas para combate e prevenção à Covid-19**, além da criação de Brigadas Emergenciais de Saúde para busca ativa de casos, a criação de barreiras sanitárias, o estabelecimento de potenciais rodízios/bloqueios intermitentes de veículos, a execução de inquéritos soropidemiológicos e a ampliação da capacidade de testagem (Boletim nº 9, de 2 de julho de 2020);

**CONSIDERANDO** o alerta da comunidade científica de que, **em períodos de**

<sup>15</sup> Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/05/20/cepa-indiana-maranhao-coronavirus.htm>.

<sup>16</sup> Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/governo-de-pernambuco-prorroga-restricoes-ate-o-dia-06-de-junho/#:~:text=Governo%20de%20Pernambuco%20prorroga%20restri%C3%A7%C3%B5es%20at%C3%A9%20o%20dia%2006%20de%20junho,-Atividades%20continuar%C3%A3o%20funcionando&text=Ap%C3%B3s%20an%C3%A1lise%20do%20Comit%C3%AA%20de,pr%C3%B3ximo%20dia%2006%20de%20junho.>

**relaxamento do distanciamento, a busca ativa de casos e a vigilância de contatos deve ser mantida para garantir o controle da transmissão comunitária**<sup>17</sup>;

**CONSIDERANDO** que a testagem em massa - protocolo eficiente e barato para contenção da pandemia (TRIS: “Testagem, Rastreamento de contatos e Isolamento de Suporte”) - nunca foi efetivamente implementada no país, dado o baixo número de testes realizados em comparação com outros países considerados bem-sucedidos na pandemia, a exemplo da Nova Zelândia<sup>18</sup>;

**CONSIDERANDO** que o rastreamento de contatos permite a rápida identificação de indivíduos em risco, assim que um caso é detectado, cuja intervenção reduz a demora entre o início dos sintomas e o tratamento, e acelera a implementação de medidas preventivas para transmissões subsequentes, sendo, portanto, considerada uma medida potencialmente importante para reduzir a transmissão entre fronteiras<sup>19</sup>;

**CONSIDERANDO**, nesse ponto, a importância da reorganização dos serviços oferecidos pelo SUS no âmbito da atenção primária à saúde (APS), para, simultaneamente, enfrentar a pandemia e manter a oferta regular de suas ações, inclusive do ponto de vista da vigilância, dada a sua capilarização nas comunidades mais vulneráveis e populosas:

(...) Visando a bloquear e reduzir o risco de expansão, a APS deve estar envolvida no gerenciamento de risco da epidemia, atuando de forma articulada com a vigilância em saúde dos municípios, estabelecendo fluxos de informação, em uma via de mão dupla, para aprimorar a qualidade das ações.

A notificação, detecção e acompanhamento dos casos, com isolamento domiciliar dos casos e quarentena dos contatos são atividades centrais de mitigação da epidemia, a serem desenvolvidas pelas equipes de APS.

O isolamento social pode ser incentivado por todos os profissionais da equipe, principalmente pelos agentes comunitários de saúde (ACS), mobilizando lideranças e recursos locais com ampla divulgação de informações e realização de medidas concretas. A literatura tem mostrado que os ACS são importantes aliados no enfrentamento de epidemias 5, especialmente no que diz respeito

<sup>17</sup> Disponível em: [http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/pages/iframe\\_print.php?aid=1259](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/pages/iframe_print.php?aid=1259).

<sup>18</sup> Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/02/08/brasil-baixo-numero-de-testes-covid.htm>.

<sup>19</sup> Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52044/9789275722220\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52044/9789275722220_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

à conscientização da população e combate ao estigma relacionado à doença, o que realça o seu papel na difusão de informações corretas sobre a prevenção de COVID-19, no combate às fake news e no apoio a atividades educativas no território, relacionadas à higiene e proteção de trabalhadores e usuários nos diversos equipamentos sociais, de modo que se constituam em ambientes seguros para a população.

(<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>)

**CONSIDERANDO** a importância de se estabelecer uma comunicação efetiva e coordenada por parte dos governos, autoridades sanitárias e meios de comunicação, para que a população compreenda a necessidade de seguir os protocolos de distanciamento físico e social, uso de máscaras e também da vacinação, conforme alertado no Boletim Observatório Covid-19, referente às semanas epidemiológicas 05 a 07, compreendendo o período de 31 de janeiro a 20 de fevereiro 2021;

**CONSIDERANDO**, ainda, que o Tribunal de Contas da União (TCU), em 22 de julho de 2020, no item II do Acórdão 1.888/2020 (Plenário), proferido nos autos do Processo nº 014.575/2020-5, ressaltou a importância crucial de uma estratégia comunicada e transparente, inclusive no âmbito das medidas de distanciamento, cuja ausência “também afeta o cotidiano dos cidadãos brasileiros, pois não fica claro o que é esperado da população neste momento”;

**CONSIDERANDO** a necessidade de que o gestor público indique expressamente, de maneira clara e objetiva, quais indicadores foram utilizados para fundamentar a tomada de decisão de flexibilização e/ou recrudescimento das medidas de enfrentamento à pandemia da Covid-19 e qual peso foi atribuído a cada um deles, inclusive para fins de controle social;

**RESOLVEM**, com amparo no artigo 6º, inciso XX, da Lei Complementar nº 75/1993, (MPT); artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/1993; artigos 44, inciso X, e 128, inciso X, ambos da Lei Complementar nº 80/1994, **RECOMENDAR** à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por intermédio de seu/sua secretário/a ou de quem o venha a suceder, que, com urgência, adote medidas necessárias para:

(a) aumentar a capacidade de testagem da população com suspeita de infecção pelo Covid-19, seja por meio da detecção do PCR ou antígeno, com o especial fim de reduzir o tempo de espera pelos resultados;

(b) estabelecer medidas de monitoramento e rastreamento de casos leves de infecção pelo Covid-19 confirmados, devendo haver interlocução com empresas empregadoras, se necessário;

(c) orientar e divulgar para a população, através de campanhas de largo alcance, sobre o uso correto das máscaras, esclarecendo os mais recentes protocolos referentes ao insumo em questão;

(d) distribuir máscaras em massa para a população vulnerável;

(e) enquanto mantido o atual cenário, não flexibilizar as medidas restritivas até então decretadas para o enfrentamento e prevenção ao contágio pelo novo coronavírus, devendo adotar as providências cabíveis nos casos de descumprimento;

(f) intensificar as fiscalizações e autuações em estabelecimentos comerciais, feiras, bares, restaurantes, transportes públicos e demais locais que gerem aglomerações e que esteja descumprindo as regras sanitárias vigentes, com a devida aplicação de multas e fechamento do estabelecimento, em caso de reincidência no descumprimento.

Por fim, **REQUISITAM**, nos termos do art. 26, inciso I, b, da Lei nº 8.625/1993; art. 8º, inciso II, da Lei Complementar nº 75/1993; e artigos 44, inciso X, e 128, inciso X, ambos da Lei Complementar nº 80/1994, à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por intermédio de seu/sua secretário/a ou de quem o venha a suceder, no prazo de 5 (cinco) dias, **o envio de justificativas detalhadas que levaram à decisão de não ampliar as atuais medidas restritivas até então implementadas, diante do recrudescimento da pandemia da COVID-19 no Estado de Pernambuco, conforme exposto no presente documento.**

Em consonância com o art. 8º, § 5º, da Lei Complementar nº 75/93, fica estabelecido o prazo de 5 (cinco) dias para que informe o acatamento da presente recomendação e as

providências adotadas para seu cumprimento.

Toda a documentação deverá ser encaminhada através de peticionamento eletrônico no link do Ministério Público Federal ([www.mpf.mp.br/mpfservicos](http://www.mpf.mp.br/mpfservicos)), do Ministério Público do Estado de Pernambuco ([pjsaude@mppe.mp.br](mailto:pjsaude@mppe.mp.br)), da Defensoria Pública do Estado de Pernambuco ([nucleo.saudecoletiva@defensoria.pe.gov.br](mailto:nucleo.saudecoletiva@defensoria.pe.gov.br)) e da Defensoria Pública da União em Pernambuco, dirigindo-se aos procedimentos epigrafados.

A presente recomendação, nos termos do art. 6º, inciso XX, da LC nº 75/1993, e art. 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/1993, dá ciência e constitui em mora o(s) destinatário(s) quanto às providências solicitadas, podendo implicar na adoção das providências administrativas e judiciais cabíveis, em razão da violação dos dispositivos legais e constitucionais em virtude dos quais se recomenda.

Recife/PE, 24 de maio de 2021.

*assinado digitalmente*

**CAROLINA DE GUSMÃO FURTADO**

Procuradora da República

Procuradora Regional dos Direitos do Cidadão em Pernambuco

*assinado digitalmente*

**MONA LISA ABDO AZIZ ISMAIL**

Procuradora da República

*assinado digitalmente*

**HELENA CAPELA**

Promotora de Justiça

34ª/11ª Promotoria de Justiça da Cidadania da Capital Promoção e Defesa da Saúde Titular e em exercício cumulativo

*assinado digitalmente*

**ANDRÉ CARNEIRO LEÃO**

Defensor Público Federal

Defensor Regional de Direitos Humanos em Pernambuco

*assinado digitalmente*

**ANA CAROLINA IVO KHOURI**

Defensora Pública Estadual

Núcleo de Defesa da Saúde Coletiva - NUDESC



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**

Assinatura/Certificação do documento **PR-PE-00025277/2021 RECOMENDAÇÃO nº 17-2021**

.....  
Signatário(a): **MONA LISA DUARTE ABDO AZIZ ISMAIL**

Data e Hora: **24/05/2021 12:52:12**

Assinado com certificado digital

.....  
Signatário(a): **ANDRÉ CARNEIRO LEÃO**

Data e Hora: **24/05/2021 13:54:20**

Assinado com login e senha

.....  
Signatário(a): **HELENA CAPELA GOMES CARNEIRO LIMA**

Data e Hora: **24/05/2021 13:22:39**

Assinado com login e senha

.....  
Signatário(a): **ANA CAROLINA IVO KHOURI**

Data e Hora: **24/05/2021 13:41:31**

Assinado com login e senha

.....  
Signatário(a): **CAROLINA DE GUSMAO FURTADO**

Data e Hora: **24/05/2021 12:55:27**

Assinado com login e senha

.....  
Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 4ffec4a5.19525c27.ba00e041.f8dc7e78