
COVID-19 NO BRASIL: SAÚDE COMO GARANTIA SOCIAL E A INTERVENÇÃO JUDICIAL EM TEMPOS DE CRISE**COVID-19 IN BRAZIL: HEALTH AS A SOCIAL GUARANTEE AND JUDICIAL INTERVENTION IN TIMES OF CRISIS****DAVID MENDIETA**

Doutor em Direito Constitucional pela Universidade Complutense de Madri (Espanha). Professor de dedicação exclusiva na Universidade de Medellín (Colômbia). Membro do grupo de pesquisas jurídicas da Faculdade de Direito da Universidade de Medellín (Colômbia). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2977074832780697>. ORCID: 0000-0002-6944-6815. E-mail: dmendieta@udem.edu.co.

MEIRE FURBINO

Doutoranda e mestre pela PUCMinas, Especialista em Direito Público e Direito Tributário, Bel. em Administração e Direito. Servidora do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Professora Universitária. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2767731526290041>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4463-9554>. E-mail: meirefurbino@gmail.com.

RENATO LUÍS DRESCH

Mestre em Direito Público pela Universidade de Franca. Especialista em Processo Civil pela Faculdade Municipal de Franca – SP. Especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Professor na Faculdade Milton Campos, Belo Horizonte/MG. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/276773152629004>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0963-6457>. E-mail: renatoluisdresch@gmail.com.



LAVÍNIA ASSIS BOCCHINO

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC Minas, com bolsa da CAPES-PROEX. Bacharel em Direito (PUC Minas). Membro do Grupo de Pesquisa “Direito, Racionalidade e Inteligência Artificial – DR.IA.UnB”. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5508879787247579>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1295-3442>. E-mail: lavinia9assis@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Discutir o papel do judiciário brasileiro, quanto à proteção dos direitos fundamentais da vida e da saúde, frente aos dilemas excepcionais que a pandemia ocasionou, evidenciando a importância do sistema de saúde pública e, além, com o impacto da crise sanitária da Covid-19.

Metodologia: Os métodos de pesquisa foram o documental e o bibliográfico, com o intuito de compreender a relação do sistema de saúde pública e do judiciário, diante dos desafios levantados para proteção da saúde, como direito fundamental, e sua exasperação face à pandemia do novo coronavírus no Brasil. Buscou-se, também, analisar o impacto da crise sanitária de forma holística e as medidas preventivas aplicáveis.

Resultados: A partir da articulação conceitual foi possível apontar que é imprescindível um diálogo entre o conhecimento técnico do sistema de saúde e o judiciário, para que a interpretação do magistrado seja melhor subsidiada e resolva as demandas de saúde com maior eficiência, inclusive quando se tratar de questões ligadas a pandemia.

Contribuições: Trata-se da interpretação sob uma perspectiva que visa garantir e proteger os direitos fundamentais e humanos da saúde e da vida, partindo da necessidade da inserção de uma análise técnica à interpretação judicial. Nesse sentido, salienta a importância do monitoramento e pesquisa do sistema de saúde pública em face de crises humanitárias como a da Covid-19. Ressalta-se a atuação das Cortes Superiores e a necessária interpretação da legislação, em consonância com a normativa constitucional, de forma a reforçar a segurança jurídica no sistema de saúde.

Palavras-chave: Direito fundamental à saúde; Covid-19; Legislação; Cortes superiores; Interpretação.



ABSTRACT

Objective: To discuss the role of the Brazilian judiciary in protecting the fundamental rights of life and health, in the face of the exceptional dilemmas caused by the pandemic, highlighting the importance of the public health system and, also, the impact of the COVID-19 health crisis.

Methodology: The research methods were documental and bibliographic, with the purpose of understanding the relationship between the public health system and the judiciary, in face of the challenges raised for the protection of health, as a fundamental right, and its exasperation in face of the new coronavirus pandemic in Brazil. It was also sought to analyze the impact of the health crisis holistically and the preventive measures applicable.

Results: From the conceptual articulation it was possible to point out that a dialogue between the technical knowledge of the health system and the judiciary is essential, so that the magistrate's interpretation is better subsidized and resolves health demands with greater efficiency, including when dealing with pandemic-related issues.

Contributions: It deals with interpretation from a perspective that aims to guarantee and protect the fundamental and human rights of health and life, starting from the need for the insertion of a technical analysis to judicial interpretation. In this sense, it emphasizes the importance of monitoring and researching the public health system in the face of humanitarian crises such as Covid-19. The performance of the Supreme Courts and the necessary interpretation of the legislation is emphasized, in line with the constitutional normative, in order to strengthen legal security in the health system, is emphasized.

Keywords: Fundamental right to health; Covid-19; Legislation; Superior courts of justice; Interpretation.

1 INTRODUÇÃO

No contexto internacional, a Corte Interamericana de Direitos Humanos estabeleceu que não existe hierarquia entre direitos civis e políticos e os Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DESCA), pois são categorias indivisíveis e interdependentes entre si, além de serem exigíveis face às autoridades competentes. Neste sentido, a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem estabelece que toda pessoa tem direito à saúde e que ela “[...] seja



resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à [...] cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade” (art. X) (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1948, n. p.). A seu turno, a Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA) estabelece que os Estados membros devem dedicar o máximo de esforços para o desenvolvimento de uma política eficiente de seguridade social (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1993).

O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais estabelece que toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social, e indica que saúde é um bem público (art. 10). Tem-se que o direito à saúde está consagrado em um vasto campo de normas internacionais, o que demonstra a imperatividade de sua defesa e preservação (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1988)¹.

No contexto nacional, o direito à saúde, consagrado como direito fundamental e social na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tem alcance em todo o território nacional e deve ser assegurado a todos de forma igualitária (CF, arts. 6º, 196 e 198) (BRASIL, 1988). Trata-se de direito de imprescindível garantia, pois coaduna com o objetivo crucial do ordenamento jurídico: a proteção da vida humana. A viabilidade desse direito deu-se por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), efetivado pela Lei nº 8.080/90, cujo financiamento e acesso são assegurados por leis e normas administrativas (BRASIL, 1990a).

¹ A título exemplificativo, pode-se citar a seguinte normativa sobre o direito à saúde: no artigo 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos; Artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; no artigo 5, seção e) da Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; Artigo 12.1 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres; Artigo 24.1 da Convenção sobre os Direitos da Criança; Artigo 28 da Convenção sobre a Proteção de Trabalhadores Migrantes e Membros de Suas Famílias e Artigo 25 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A saúde como um direito também está consagrada em vários instrumentos regionais de direitos humanos, como o artigo 17 da Carta Social das Américas; Artigo 11 da Carta Social Europeia de 1961; Artigo 16 da Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos; na Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos do Idoso e em outros instrumentos e decisões internacionais.



Contudo, para atender as demandas de saúde, no âmbito judicial, carecia-se de uma comunicação entre os sistemas de justiça e de saúde. Para tanto, por meio da Resolução nº 238/2016, o Fórum Nacional da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) criou o Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NATJUS), a fim de certificar que os magistrados tenham acesso às informações técnicas seguras para um julgamento alinhado, principalmente em caso de liminares, de forma a observar a realidade científica e econômica da saúde (BRASIL, 2016).

A crise sanitária mundial, como a atual Covid-19, evidencia ainda mais a importância do fortalecimento do sistema de saúde pública, além do diálogo institucional sobre procedimentos e tomadas de decisão, haja vista que o mundo todo está mais suscetível às epidemias causadas por vírus, inclusive aqueles ainda desconhecidos.

Desde o compromisso de 196 países em detectar e relatar as crises de saúde pública, mediado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), disposto no Regulamento Sanitário Internacional (em vigor desde 2007), há um plano de medidas para conter a propagação de uma pandemia, principalmente quando não há tratamentos, medicamentos ou vacinas, como por exemplo, a quarentena, o isolamento, o distanciamento social e a contenção comunitária ou *lockdown* (AQUINO et al., 2020). A aplicação dessas medidas repercute diretamente no grau de impacto quanto à taxa de mortalidade, à capacidade do sistema de saúde e a economia. Para torná-las eficazes é necessário adotar políticas de conscientização, planos econômicos, principalmente em países com altas taxas de desigualdade social, fiscalização e monitoramento dos dados hospitalares.

No Brasil, além da crise sanitária e econômica, houve um conflito político que ameaçou a eficácia da Lei nº 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas de combate contra a Covid-19, devido à falta de alinhamento gerencial entre a União e os demais entes federativos, o que resultou na necessidade de interferência do Supremo Tribunal Federal (STF), definido na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6.341 (BRASIL, 2020b). No plano econômico foi aprovado o auxílio de renda emergencial, pela Lei nº 13.982/2020, para pessoas em situação de vulnerabilidade



financeira (BRASIL, 2020c). No entanto, por problemas de aplicação da política pública, não se obteve a eficácia emergencial necessária.

Diante deste quadro, o presente artigo, por meio de pesquisa bibliográfica, documental e estatística, buscou aprofundar nos temas expostos, com ênfase para o sistema de saúde brasileiro e as dificuldades decorrentes das infecções viróticas (COVID-19). Assim, em um primeiro momento, analisa-se o sistema de saúde brasileiro, prosseguindo com a questão da pandemia – em aspectos gerais e especialmente no Brasil -, para, ao final, evidenciar e compreender a interpretação do judiciário nas ações que versam sobre saúde e frente às novas demandas instauradas pela pandemia, inclusive em relação à competência para tomada de decisão, nos diferentes níveis estatais da federação.

Em que pesem as excepcionalidades, a garantia do direito fundamental à vida e à saúde deve nortear os procedimentos, sejam eles na área da assistência médica, de implantação de políticas públicas ou de interpretação judicial das medidas legislativas adotadas.

2 ASPECTOS DO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA BRASILEIRO

Por séculos, o direito à saúde foi tratado no Brasil apenas como um direito assistencial ou securitário, destinado a atender aos hipossuficientes e àqueles que tivessem vínculo empregatício formal, não figurando dentre as categorias de proteção constitucional destinada a toda a população. Às pessoas hipossuficientes restava procurar proteção em entidades filantrópicas que prestavam assistência à saúde.

A partir da Constituição brasileira de 1988, o direito à saúde foi alçado à categoria de direito humano fundamental social (CF, art. 6º), garantido o acesso universal e igualitário na conformidade com as políticas públicas sociais e econômicas (CF, art. 196), observada a diretriz de atendimento integral (CF, art. 198, II), constituindo uma obrigação do Estado brasileiro tanto na esfera estadual, distrital e municipal, aos quais cabe a instituição de políticas públicas para dar efetividade a esse direito (CF, art. 23, II) (BRASIL, 1988).



Nesse contexto, a Constituição brasileira de 1988 criou o denominado Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a atender a todas as pessoas, independente da origem, nacionalidade e condição financeira. O marco legal infraconstitucional para dar efetividade à garantia constitucional do acesso à saúde é a Lei nº 8.080/90, a denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que regulou o acesso à saúde (BRASIL, 1990a). Também foi editada a Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012a), que regula o financiamento do sistema, enquanto a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), fixa os critérios de participação social destinada a “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” que são formalizadas através da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

A regulação do acesso à saúde ainda está disciplinada por inúmeras normas regulatórias administrativas, dentre as quais podem ser destacados o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a LOS, a Resolução nº 01/2012, do Ministério da Saúde, que instituiu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que fixa as diretrizes quanto aos medicamentos que devem ser disponibilizados pelo SUS (BRASIL, 2011b, 2012b). Por fim, a Portaria de Consolidação nº 02/2017, do Ministério da Saúde, que consolida as normas sobre políticas nacionais da saúde do SUS (BRASIL, 2017).

Embora a população e os operadores do sistema de justiça não tenham compreendido de plano o alcance da garantia constitucional de acesso à saúde, em um julgamento paradigmático proferido no ano de 2000, o STF fixou diretrizes mais claras, com o reconhecimento de que o acesso universal e igualitário, constituía uma norma de eficácia plena e de efeito concreto, enfatizando que a norma programática do art. 196 da CF/88 não deve “[...] converter-se em promessa constitucional inconstitucional”, cabendo ao Estado a obrigação de cumpri-la (BRASIL, 2000, p. 2). A partir dessa decisão precursora sobre o direito à saúde, a população brasileira despertou que poderia cobrar do estado brasileiro ações positivas para lhes proporcionar as ações terapêuticas necessárias para a ‘promoção’, ‘proteção’ e ‘recuperação’ da saúde, inaugurando, assim, a denominada judicialização da saúde.

A organização do sistema de saúde brasileiro é bastante complexa, pois, ao mesmo tempo em que consiste num sistema único, tem as suas competências



articuladas e divididas entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Contudo, como todos possuem autonomia financeira e administrativa, verificam-se conflitos no que se refere à responsabilidade de cada qual para as ações e serviços de saúde.

No entanto, o SUS é um sistema integrado de ações realizadas de forma autônoma ou cooperada pelos diversos entes da federação, sendo o Município, por força do art. 30, inc. VII da CF/88, o principal executor, contando com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados. A organização do sistema de saúde não é muito bem compreendida pelo Judiciário que, nas diversas instâncias, intervém de forma transversa na sua regulação, ordenando ações e procedimentos à margem das regras estabelecidas (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2015).

É importante compreender que na área da saúde as questões também são fáticas e não exclusivamente de direito, o que importa na necessidade de análise específica de cada casuística. Pode-se perceber que houve um amadurecimento da jurisprudência quanto aos casos relativos à saúde, tanto que foi acentuado em julgamento no Superior Tribunal de Justiça (STJ) que a “[...] prescrição médica não é título executivo judicial”, o que significa que sua validade é relativa e pode ser verificada com o objetivo de apreciar o nível de evidência científica em que está inserido (DIREITO à saúde, 2021, 1h40min17s).

Fato é que as ações de saúde exigem um entendimento mútuo entre os diversos responsáveis, com aplicação da ‘teoria da ação comunicativa’, proposta por Habermas e Karl-Otto Apel, baseando o uso da linguagem como forma de comunicação, objetivando a interação entre os sujeitos da relação, de forma que possam ser coordenadas ações cooperativas em prol de um resultado social solidário, por meio de entendimento mútuo advindo do debate entre os participantes, no sentido de traçar ações e “[...] se capacitar a agir num processo dialético em que não se consideram os planos da realidade como absolutos, mas que comportam a possibilidade de uma efetiva comunicação que [por vezes] escapa às determinações do sistema” (POLLI, 2013, p. 18).

Embora todas unidades da federação tenham autonomia, o ‘entendimento mútuo’ entre os participantes, por meio de processo em que há um “[...] assentimento



racionalmente motivado”, que importa em consenso de vontades de acordo com “[...] seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação e as consequências esperadas”, como lembrado pelo filósofo alemão Habermas (1989, p. 165), são elementos importantes para alcançar a universalidade de acesso dentro de uma diretriz de atendimento integral.

Além da questão fático/jurídica que envolve as demandas de saúde existe a necessidade de o julgador ter acesso a informações técnicas quanto à abordagem médica mais apropriada do paciente, para confirmar (ou não) a pertinência diante do quadro clínico e da prescrição descrita pelo médico assistente. Tais documentos devem instruir a causa, pois qualquer ação ou serviço de saúde se submete a eficácia, acurácia e segurança, elementos esses que sustentam a medicina baseada em evidência (MBE). Portanto, para que as demandas judiciais possam ser proferidas dentro de uma racionalidade técnica é necessário que o julgador tenha à sua disposição informações técnicas isentas para corroborar (ou não) a prescrição do médico assistente, sobretudo para proferir decisões liminares. Essa racionalidade judicial também é critério técnico quando se trata de demandas referentes à pandemia, conforme será abordado neste estudo.

2.1 INOVAÇÕES TÉCNICAS NA SEARA JUDICIAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O necessário aperfeiçoamento técnico nas demandas de saúde fez com que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) elaborasse, por meio da Resolução nº 107/2010, o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, com atribuição de “[...] propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos” por intermédio de ações “[...] voltadas à otimização de rotinas processuais, à organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas” (BRASIL, 2010b). Em seguida, expediu as Recomendações 31/2010 e 36/2011, nas quais sugere a criação de medidas de apoio para o aperfeiçoamento técnico das demandas de saúde que



culminaram na elaboração de Enunciados orientadores da prestação jurisdicional acerca do tema (BRASIL, 2010a, 2011a).

Nessa mesma premissa, para que fosse possível criar um diálogo do sistema de justiça com o sistema de saúde, diversos tribunais instituíram núcleos de apoio técnico para consulta prévia dos magistrados acerca das melhores tecnologias de saúde para ampará-los nas decisões liminares. Referidas notas técnicas ficaram a cargo do NatJus (Resolução nº 238/2016) (BRASIL, 2016).

O NatJus constitui importante instrumento de diálogo interinstitucional, para aprimorar o conhecimento técnico dos magistrados e orientá-los na solução de demandas de saúde, pois os pareceres e notas técnicas produzidas por profissionais da saúde compõem a base técnica indispensável para a tomada de decisão. Nesse sentido, pode-se utilizar da análise de casos repetidos para acesso à mesma tecnologia de saúde, com abordagem da existência de políticas públicas ou de medicamentos similares já incorporados nos protocolos clínicos em condições de atender as necessidades do paciente (BRASIL, [201-]).

Percebe-se que as soluções para os problemas poderão ser encontradas na medida em que os sujeitos possam manter um debate qualificado, estabelecendo mínimos necessários, por meio da ação comunicativa, para, ao final, obter resultados positivos para todos os envolvidos, em perspectiva, de fato, transformadora.

Diante da exposição, é de se reconhecer, que não há déficit constitucional ou legislativo, mas sim, déficit instrumental relativo ao momento de implantação das políticas públicas imprescindíveis para concretizar o direito à saúde, conforme delineado na norma constitucional. Toda a estrutura prevista no SUS deveria ser suficiente para a prestação dos serviços de saúde, tanto em épocas normais, quanto em períodos de calamidades e emergências, como a ora vigente, motivada pelo vírus SARS-CoV-2, que causa a doença Covid-19, abordado no próximo tópico.



3 A PANDEMIA (COVID-19) CAUSADA POR UM VÍRUS APÁTRIDA

Em 16 de novembro de 2002, numa feira em Foshan, no sul da China, um homem foi internado após ingerir o cozido de frango, gato e cobra, animais frescos adquiridos naquela feira (EXPLICANDO..., 2019). A China definiu a doença como pneumonia atípica, mas esta começou a se espalhar e a matar pessoas. Após a doença migrar para outros países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência internacional e nomeou oficialmente a doença de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), em inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Naquela época, a China declarou que houve um surto apenas depois que 18 pessoas já haviam falecido e centenas estavam contaminadas. Por isso, posteriormente à epidemia SARS, a OMS reuniu 196 países para que todos se comprometessem a melhorar a habilidade de “[...] detectar, avaliar, avisar e relatar eventos de saúde pública”, art. 5, inciso I, do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008).

Bill Gates, um dos entrevistados da série Explicando (2019), afirma que uma pandemia seria um dos maiores riscos para a vida humana, a economia quebraria, muitas vidas seriam ceifadas e nenhum país estaria imune. No entanto, com a tecnologia, o tempo de produção de uma vacina, que tipicamente demora de quatro a cinco anos, esse risco poderia ser reduzido. Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de investimento em saúde pública, em todos os países, não apenas em épocas de epidemias ou pandemias, mas também em tempos normais, pois não há como saber quando a próxima crise ocorrerá, nem qual será o transmissor (EXPLICANDO..., 2019).

Em 12 dezembro de 2019 foi anunciado o primeiro caso oficial do novo coronavírus, com base na hospitalização de um paciente em Wuhan, na China. No entanto, estudos identificaram sua intimação em 1 de dezembro de 2019 com os sintomas da Covid-19. Os sintomas foram detalhados no primeiro artigo científico publicado, a partir dos dados coletados de um paciente internado em 26 de dezembro de 2019. Do surto detectado na cidade de Wuhan constatou-se que a maioria dos enfermos do novo coronavírus estiveram no mercado de Huanan, local em que os



animais silvestres são comercializados vivos ou abatidos na hora da venda. Porém, outros pacientes não foram contaminados diretamente nesse local, o que permite concluir que haja outras fontes de infecção (GRUBER, 2020).

Em 11 de março de 2020, a OMS decretou a pandemia da Covid-19, em razão da crise sanitária global propagada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Mundialmente, até a data de 22 de fevereiro de 2021, foram reportados à *World Health Organization* (WHO, 2021a) 111.102.016 casos confirmados, incluindo 2.462.911 mortes.

Inicialmente, na ausência de uma vacina e, mesmo diante de sua existência, considerando que ainda há o problema da baixa capacidade e velocidade de distribuição mundial, buscam-se soluções que não sobrecarreguem os sistemas de saúde, evitem as mortes e uma grave crise econômica. Diante desse quadro, o que deve ser feito para impedir a propagação da doença é separar “[...] as pessoas para interromper a transmissão”, para tanto, deve-se utilizar das medidas de “[...] isolamento, quarentena, distanciamento social e contenção comunitária” (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020, p. 1).

No caso da Covid-19, devido ao alto nível de transmissibilidade, o isolamento apenas das pessoas infectadas não é uma medida 100% eficaz, assim como a quarentena das pessoas possivelmente expostas a doença, visto que, para esta medida funcionar, a identificação dos contaminados deveria ser rápida, o que não ocorre no caso do novo coronavírus, que, inclusive, se manifesta de forma assintomática em algumas pessoas (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020). Enquanto o distanciamento social vem se apresentando como uma maneira eficiente de diminuir a contaminação, com o objetivo de reduzir as interações sociais, impõem-se restrições tanto para os infectados, como também, para as pessoas não contaminadas, mas que são mais vulneráveis a doença. Quando essas restrições ainda se mostram insuficientes é necessário estender o distanciamento social de forma mais severa, ou seja, é necessário uma contenção em toda comunidade, denominada de ‘contenção comunitária’ ou *lockdown*, trata-se de uma “[...] intervenção aplicada a toda uma comunidade, cidade ou região, projetada para reduzir as interações entre pessoas,



exceto quanto à interação mínima indispensável para garantir suprimentos vitais” (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020, p. 2, tradução nossa).

Ressalta-se que a restrição de atividades e até mesmo de liberdade têm sido adotadas em vários países, desde o início da pandemia. Nos EUA, por exemplo, a Suprema Corte entendeu ser possível restringir direitos em prol do bem comum, pois nem mesmo a liberdade é licença irrestrita para que as pessoas ajam de acordo com suas deliberações, principalmente diante de uma pandemia. Na França, também foi reconhecida, pelo Conselho de Estado, a possibilidade de as autoridades limitarem os direitos e liberdades fundamentais com vistas a salvaguardar a saúde pública, observada a adequação e proporcionalidade das medidas a serem adotadas (SAMPAIO; ASSIS, 2020). Tudo isso demonstra a preocupação de se controlar a propagação do vírus e o aumento dos infectados.

3.1 LUTANDO CONTRA O INIMIGO INVISÍVEL: DISTANCIAMENTO SOCIAL, MONITORAÇÃO, AUXÍLIO ECONÔMICO E MEDIDAS LEGISLATIVAS

Devido à pandemia de Covid-19, em 20 de março de 2020, o Senado Federal reconheceu o estado de calamidade pública no Brasil, por meio de decreto legislativo. Para conter a contaminação pelo novo coronavírus, a OMS recomendou o distanciamento social, para minimizar o contágio e, conseqüentemente, conter o crescimento da taxa de mortalidade geral de 3,4%, cuja variação está diretamente influenciada pela faixa etária e o quadro de saúde do indivíduo como, por exemplo, nos idosos acima de 80 anos de idade (mortalidade é de 15%) e pessoas portadoras de comorbidades, ou seja, pessoas que fazem parte de grupo de risco a taxa de mortalidade é maior (CARBINATTO, 2020).

As condições precárias em que vivem muitos brasileiros, que dividem moradias pequenas – nas quais a aglomeração é inevitável – e sem o mínimo de infraestrutura, contribuem para o aumento da taxa de mortalidade (AQUINO et al., 2020). Segundo o estudo ‘Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil’, países populosos e grandes como o Brasil, com alta desigualdade social, déficit nos recursos da saúde e sua má distribuição, devem adotar “[...] medidas mais rigorosas de distanciamento social” para



evitar o colapso do sistema de saúde e muitas mortes, “[...] medidas dessa natureza permitem que se ganhe tempo para a organização de recursos de assistência à saúde e de vigilância epidemiológica, de modo a controlar a Covid-19” (AQUINO et al., 2020, p. 2428). Contudo, essas medidas de desativação dos serviços não essenciais, para evitar aglomerações e, conseqüentemente, a sobrecarga do sistema de saúde, gerou grande impacto na economia, elevando o número de desempregados e prejudicando a renda de muitos que atuam na informalidade.

Diante disso, aprovou-se, por meio da Lei nº 13.982/2020, uma renda emergencial para pessoas em situação de vulnerabilidade econômica (BRASIL, 2020c). Este benefício financeiro, denominado de Auxílio Emergencial, foi destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, por meio de aplicativo de celular e *site* (BRASIL, 2020c). Porém, na aplicabilidade desse auxílio houve falhas significativas ao se desconsiderar as diversas dificuldades da população, como, por exemplo, a falta de acesso à *internet*, que atinge 46 milhões de brasileiros (TORKANIA, 2020), o que se torna um obstáculo para acesso efetivo do *site* ou aplicativo.

Além da crise sanitária e econômica, o conflito no cenário político brasileiro e a omissão do Governo Federal, enfraqueceu a eficácia da Lei nº 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas de combate à Covid-19 (AQUINO et al., 2020). Coube, então, aos Estados e municípios garantir as medidas do distanciamento social, para preservar a autonomia das decisões locais, prescrita no art. 23, inciso II, da Constituição Federal. O Poder Judiciário, por sua vez, foi intensamente demandado para definir as interpretações corretas da legislação, a exemplo da decisão proferida pelo STF na ADI 6.341, na qual foi fixada a autonomia dos Estados e municípios quanto às decisões sobre a saúde pública (BRASIL, 2020I).

A pandemia não ocorre da mesma maneira nos municípios e estados, razão pela qual as restrições nacionais podem não ser tão eficientes quanto às medidas locais. Além disso, deve-se incluir na vigilância monitoramento dos dados hospitalares exatos, a fim de melhor orientar as decisões que podem ativar ou desativar a medida de distanciamento social, o que tem mais eficácia do que uma intervenção de duração contínua (AQUINO et al., 2020). Exatamente por isso, para a flexibilização das



medidas de distanciamento social, é necessário monitorar a pandemia, por meio da análise da “[...] capacidade dos serviços de saúde – medida por indicadores de oferta e de estrutura dos serviços” (AQUINO et al., 2020, p. 2431).

A análise e monitoramento da propagação da doença nos três níveis do SUS requer: (I) “[...] o desenvolvimento de indicadores para avaliar a evolução da epidemia e a divulgação sistemática dos dados de notificação, desagregados por município e distritos sanitários”; (II) “[...] a ampliação da capacidade de testagem para identificar indivíduos infectados com formas assintomáticas, pré-sintomáticas e sintomáticas, hospitalizações e óbitos em decorrência da Covid-19”; (III) “[...] a definição precisa dos casos suspeitos e confirmados, baseada em critérios clínicos e laboratoriais; a avaliação permanente da implementação, efetividade e impacto das estratégias de controle” (AQUINO et al., 2020, p. 2444). A partir desses dados é possível tomar decisões visando o controle e combate à doença.

3.2 UMA POSSÍVEL ARMA EFICAZ: A VACINAÇÃO EM MASSA

Mesmo com o início da produção de vacinas as preocupações não cessaram; ainda é necessário monitorar a pandemia e manter as medidas de distanciamento social, tendo em vista que, no momento atual, não há vacinas para todos. A distribuição das vacinas depende da infraestrutura do sistema de saúde do país, do número populacional e das condições de arcar com os custos, o que, segundo a Economist Intelligence Unit (EIU), pode não ocorrer, pois “[...] alguns países podem não ser totalmente vacinados até 2023 - ou nunca” (VACINAS..., 2021, n. p).

É fundamental que a vacinação seja mundial, pois já foram constatadas cepas variantes e mutação em algumas regiões, tornando-se resistentes à vacina e migrando para outros países, o que poderá prejudicar todo o progresso já conquistado. Contudo, há países que não têm condições de comprar a vacina, bem como não colocam a vacinação como prioridade. Por essa razão, a fim de garantir o



acesso às vacinas e uma distribuição igualitária a iniciativa da Covax² fornecerá gratuitamente, por meio de um fundo especial, vacinas aos países que não têm condições para arcar com os custos (VACINAS..., 2021).

Nem mesmo China e Índia, maiores produtoras de vacinas, conseguirão vacinar sua população totalmente até o final de 2022, já que são países populosos e que não têm profissionais da saúde suficientes. A China está se beneficiando da situação, em nível global, pois terá uma influência conquistada a longo prazo e será “[...] muito difícil para os governos que recebem essas vacinas dizerem não à China para qualquer coisa no futuro” (VACINAS..., 2021, n. p).

Até o dia 1º de março de 2021, conforme a *Our World in Data* (2021), criada pela Universidade de Oxford, Israel é o país com a maior taxa de vacinação no mundo (94,88%), enquanto os Estados Unidos é o país que mais distribuiu doses de vacinas: 76.899.987 de doses aplicadas (23,33%).

A vacinação no Brasil teve início em 18 de janeiro de 2021, atingindo até a data da pesquisa 8.465.403 habitantes, com uma taxa de aplicação ainda baixa de 3,98 para cada 100 pessoas. Nesse ritmo, a previsão para o país é de que até metade de 2022 a população já esteja imune (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b). Segundo a Economist Intelligence Unit (EIU), os “[...] outros países da América Latina, como Argentina e Chile, também terão vacinação em massa somente em 2022, segundo as estimativas. E Bolívia, Paraguai, Venezuela, Guiana e Suriname, a partir de 2023” (VACINAS..., 2021, n. p).

Em contexto de escassez mundial de vacinas contra a Covid-19, além de conflitos políticos e econômicos, é certo que o Brasil elaborou um Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19, no qual aponta o objetivo principal da vacinação que deve ter como foco reduzir a “[...] morbidade e mortalidade 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” (BRASIL, 2020d, p. 19). Afora isso, no entanto, é necessário estabelecer uma

² A Covax é co-liderada por Gavi, *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) e pela OMS. Trata-se de uma iniciativa internacional, com o escopo de garantir um acesso equitativo de vacinas a todos os países do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b).



interpretação conforme as leis elaboradas para que possam contribuir efetivamente para o enfrentamento à pandemia e suas consequências.

4 A LEGISLAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS TRIBUNAIS SUPERIORES EM RELAÇÃO AS DEMANDAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

O verdadeiro alcance do acesso à saúde pública ainda não foi muito bem compreendido pelos tribunais brasileiros, não sendo incomum encontrar decisões que subvertem a estruturação do sistema de saúde, fundadas em ativismo judicial nutridas pelo solipsismo e destituídas do rigor técnico que a matéria requer.

É certo que o ativismo judicial encontra barreiras na própria legislação. No entanto, a ausência de legislação, ou sua interpretação de acordo com os ditames constitucionais democráticos, devem ser conjugadas com a racionalidade necessária para se obter a efetivação de direitos fundamentais, o que, por si, justifica uma dose de ativismo por parte do Judiciário, seja na referida interpretação, seja na delimitação dos espaços decisórios e na definição dos legitimados para a tomada de decisão.

No denominado “[...] devido processo de interpretação judicial”, descrito por José Adércio Leite Sampaio (2009, p. viii) na apresentação do livro de Cass Sustein, os magistrados devem se valer “[...] pelo menos formalmente, [de] uma deontologia de aplicação constitucional, movendo-se por decisões precedentes, pelas exigências de coerência sistêmica, por princípios neutros e universalizáveis do direito constitucional”, com o intuito de adotar “[...] um processo racional de tomada de decisão [...] justificado adequadamente segundo os padrões reconhecidos pela comunidade jurídica concreta”. Esse procedimento, segundo o constitucionalista, concretiza os preceitos da constituição por meio da construção jurisprudencial.

Não é de agora que os tribunais brasileiros têm se preocupado com a necessidade de proporcionar maior racionalidade nas decisões judiciais. Na tentativa de proporcionar maior racionalidade nas decisões judiciais, o STJ julgou, em 4 de maio de 2018, o Recurso Especial Repetitivo nº 1.657.156 - RJ (TEMA 106) no qual fixou com efeito vinculante a seguinte tese:



A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência (BRASIL, 2018).

Portanto, no reiterado tema da judicialização da saúde e orientado no princípio da deferência aos órgãos de regulação, estabeleceu-se que o acesso a medicamentos não incorporados nas políticas públicas dependia de laudo médico fundamentado, indicando a “[...] imprescindibilidade do medicamento”, somado à ineficácia daqueles fornecidos pelo SUS para a moléstia de que o paciente está acometido, além de exigir prova da incapacidade financeira para o paciente arcar com o seu custo, e, ainda, da existência de registro ou autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a sua utilização no país.

Desse julgamento do STJ se extrai que houve o reconhecimento de que o acesso universal e igualitário à saúde, dentro da diretriz de integralidade, como direito social somente abrangia aquilo que era fornecido nas políticas públicas. Fora disso, o acesso à saúde passou a ser considerado como de natureza assistencial.

Na mesma esteira, critérios de racionalização e de segurança jurídica nas demandas de saúde, no dia 22 de maio de 2019, o Plenário do STF concluiu o julgamento do Recurso Extraordinário Repetitivo nº 657.718 (TEMA 500), no qual decidia acerca do acesso a medicamentos sem registro na Anvisa, quando fixou-se a seguinte tese:

- 1) O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
- 2) A ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
- 3) É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
- 4) As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União (BRASIL, 2019a, p. 3).



O STF estabeleceu, portanto, que não há como impor ao Estado a obrigação de custear medicamentos em fase experimental e que o registro na Anvisa é requisito prioritário, somente superado em situações excepcionais quando cumulativamente houver pedido de registro que não tenha sido apreciado no prazo legal, desde que haja registro em agência ‘renomada’ no exterior, além da inexistência de substituto terapêutico registrado no Brasil, considerados requisitos cumulativos. O registro da Anvisa estará dispensado para medicamentos órfãos destinado ao tratamento de doenças raras e ultrarraras (BRASIL, 2019).

Como a União é a responsável pela aprovação e a incorporação de novos medicamentos, como medida de racionalização, o STF determinou, ainda, de forma vinculante, que eventuais demandas para acesso a medicamento sem registro devem ser propostas em face da União.

Por fim, no Recurso Extraordinário em julgamento repetitivo, nº RE 566471/RN (TEMA 6), que trata do “Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo”, os ministros indicaram teses a serem fixadas, com destaque para aquela de autoria do Ministro Marco Aurélio:

O reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, constante de rol dos aprovados, depende da demonstração da imprescindibilidade – adequação e necessidade –, da impossibilidade de substituição, da incapacidade financeira do enfermo e da falta de espontaneidade dos membros da família solidária em custeá-lo, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.649 a 1.710 do Código Civil e assegurado o direito de regresso (BRASIL, 2020k).

Extrai-se que a decisão segue a mesma orientação do STJ de que a saúde é direito fundamental social, com acesso universal e igualitário, restrito às políticas públicas. Para os medicamentos não incluídos nas políticas públicas, o paciente deve provar cumulativamente a excepcionalidade da sua condição e imprescindibilidade do medicamento, com impossibilidade de substituição, além da incapacidade financeira própria e da família solidária em custeá-los.



Por fim, ao concluir, no dia 23 de maio de 2019, o julgamento do Recurso Extraordinário em caráter repetitivo nº 855.178-SE (TEMA 793), em que se discutia os limites da responsabilidade dos entes, o STF ficou a seguinte tese:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro (BRASIL, 2019b).

Nesse julgamento, o STF reconhece uma solidariedade constitucional, mas admite seu fracionamento de acordo com as políticas públicas, de modo a não deixar os pacientes desamparados, admitindo a responsabilidade regressiva de acordo com a pactuação. Aliás, o art. 19-U da Lei nº 8.080/90, estabelece de forma clara que a responsabilidade estatal possui limites naquilo que tiver sido pactuado, a significar que a solidariedade é apenas sistêmica.

Como já afirmado, esses precedentes evidenciam que, como já afirmado, desde antes da pandemia já havia preocupação do Poder Judiciário com a necessidade de proporcionar segurança jurídica aos jurisdicionados, fixando critérios de racionalidade nas decisões jurídicas.

4.1 MEDIDAS LEGISLATIVAS E DE ORIENTAÇÃO INTERPRETATIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Diante do quadro de pandemia mundial causada pela transmissão do vírus (SARS-CoV-2) e da imprescindibilidade de adoção de medidas para enfrentar a emergência decorrente, foi publicada, no Brasil, a Lei nº 13.979, de 7 de fevereiro de 2020, prevendo medidas como o isolamento, a dispensa temporária de licitação para compra de bens, serviços e insumos de saúde, restrição à locomoção, uso de máscaras, exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação, investigação epidemiológica, tratamentos médicos específicos, requisição de bens e serviços, dentre outras ações e serviços (art. 3º) (BRASIL, 2020b). A



referida lei deveria vigorar durante a vigência do Decreto Legislativo nº 6, de 2020, que reconheceu o estado de calamidade pública no país para fins de responsabilidade fiscal³, ou seja, até o dia 31 de dezembro de 2020 (BRASIL, 2020e).

No entanto, com intuito de proteger direitos fundamentais à vida e à saúde, o STF fez interpretação conforme e deferiu liminar para prorrogar, sem prazo definido, a adoção, em nível federal, estadual e municipal, de medidas sanitárias de enfrentamento da pandemia causada pelo vírus. Foi ressaltado o fato de que a pandemia não se arrefeceu no período inicialmente previsto. Ao contrário, percebe-se que está “[...] em franco recrudescimento, aparentando estar progredindo, inclusive em razão do surgimento de novas cepas do vírus, possivelmente mais contagiosas”, o que requer prudência, prevenção e precaução, aspectos que justificam a adoção das medidas excepcionais previstas na Lei nº 13.979/2020, pelo menos até que o adiamento da vigência seja aprovado no Legislativo (BRASIL, 2021a, p. 18).

Em outro norte, o CNJ, por meio da Recomendação nº 62, de 17 de março de 2020, também interveio quanto à adoção de medidas preventivas à propagação da infecção por meio do coronavírus (COVID-19), no âmbito dos sistemas de justiça penal, principalmente por se tratar de pessoas privadas de liberdade ou com medidas socioeducativas, em “[...] espaços de confinamento”, propícios à alta propagação da doença, diante de fatores como a aglomeração de pessoas, a insalubridade dos ambientes, a dificuldade de isolar os indivíduos sintomáticos, além da insuficiência de equipes de saúde para a prestação dos cuidados necessários, “[...] características inerentes ao ‘estado de coisas inconstitucional’ do sistema penitenciário brasileiro reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental no 347” (BRASIL, 2020a, n. p.).

O órgão recomendou, entre outras medidas, a “[...] aplicação preferencial de medidas socioeducativas em meio aberto”, “[...] reavaliação de medidas socioeducativas de internação e semiliberdade”, “[...] reavaliação das decisões que

³ Em relação à responsabilidade na gestão fiscal, também foi votada a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020, que instituiu o Programa Federativo de Enfrentamento ao SARS-CoV-2 (COVID-19). Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>. Acesso em 31 jan. 2020.



determinaram a aplicação de intimação-sanção”, bem como a reavaliação de prisões, etc. (BRASIL, 2020a, n. p.). Recomendou, ainda, a priorização da “[...] destinação de penas pecuniárias decretadas durante o período de estado de emergência de saúde pública para aquisição dos equipamentos de limpeza, proteção e saúde necessários à implementação das ações previstas” (BRASIL, 2020a, n. p.). Essas e outras medidas administrativas do órgão de controle do Poder Judiciário demonstram as tentativas de criar racionalidade na interpretação judicial do direito à saúde, com fulcro a obter resultados efetivos que respeitem e priorizem os direitos fundamentais - vida e saúde -, principalmente nesse período de anormalidade.

4.2 A ATUAÇÃO DAS CORTES SUPERIORES NO BRASIL (STF E STJ) FACE ÀS MEDIDAS EXCEPCIONAIS

Nesse novo cenário, que traz como ator um inimigo invisível e perigoso, regras foram impostas para se adaptar à excepcionalidade por ele causada e que, não raro, violaram direitos fundamentais e relativizaram direitos iminentes dos indivíduos, de forma a se requerer da Suprema Corte do Brasil (STF) uma resposta condizente com a prevalência daqueles direitos, para não se implantar um estado de exceção no qual já está decretado o estado de calamidade pública.

Conforme já referido, o sistema de saúde pública no Brasil está minuciosamente normatizado por leis e atos normativos que, inspirados na lei maior, proporcionam as diretrizes para um atendimento eficaz, de forma a promover a efetiva prestação do direito in concreto (SARLET, 2014).

As leis, contudo, não são suficientes se há lacunas ou vieses interpretativos que impedem ou dificultam sua aplicação. Nessas situações - que são muitas no Brasil -, os tribunais são provocados a decidir como aplicar determinadas leis, como e por quem. Isso tanto se dá na instância inicial, como tem seu desiderato nas Cortes Superiores. Em época pandêmica a situação se agravou, requerendo das referidas Cortes posicionamentos específicos para a tomada de decisão do Poder Público.

A ascensão política e institucional do Poder Judiciário na atualidade está evidenciada principalmente pela judicialização e pelo ativismo, como forma de



resposta democrática às demandas constitucionais (BARROSO, 2018). Nesse sentido, Roberto Luís Barroso (2018) pontua que, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo democrático, as Supremas Cortes e Cortes Constitucionais desempenharam papéis diversos, por vezes contramajoritário, ao invalidar atos de outros Poderes, em outras ocasiões, representativo, ao atender as demandas da sociedade que não foram satisfeitas pelas instâncias políticas, e ainda, iluminista, ao promover avanços sociais importantes para a evolução e o processo civilizatório.

Em que pesem as críticas a esse papel exercido pelo Poder Judiciário, certo é que a jurisdição constitucional tem se mostrado como “[...] um espaço de legitimação discursiva ou argumentativa das decisões políticas, que coexiste com a legitimação majoritária”, principalmente nas jovens democracias, nas quais “[...] o amadurecimento institucional ainda precisa enfrentar uma tradição de hegemonia do Executivo e uma persistente fragilidade do sistema representativo” (BARROSO, 2018, p. 143).

Especificamente na área da saúde, o STF e o CNJ adotaram medidas para aperfeiçoar a prestação jurisdicional, constando de audiências públicas, criação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, encontros nacionais para discutir questões específicas, enfim, ações que visam otimizar o atendimento do indivíduo de acordo com as regras estabelecidas na legislação própria (DRESCH; BICALHO, 2019).

Se as demandas referentes à saúde já abarrotavam os tribunais pátrios antes da pandemia, o fato se intensificou no período, com os holofotes direcionados para as Cortes Superiores, em especial para as decisões do STF, no que tange a discussão de constitucionalidade de políticas públicas para o combate à pandemia, a exemplo da interpretação que possibilitou negociações de redução de salário e suspensão de contrato de trabalho sem a participação de sindicatos; da determinação de que o governo criasse um plano de contenção para a Covid-19 aplicável entre os indígenas; da determinação de que os dados da doença fossem divulgados pelo Ministério da Saúde, diária e integralmente; da proibição de que o governo divulgasse peça publicitária com o intuito de incentivar a população a descumprir as medidas de isolamento social.



O STJ adotou uma série de medidas para evitar o contágio pelo vírus, não apenas internamente, como também para os jurisdicionados. O maior exemplo foi a autorização para que as pessoas que foram presas e tiveram a liberdade provisória condicionada ao recolhimento de fiança ficassem isentas do referido pagamento. A decisão foi proferida em sede de Habeas Corpus coletivo, impetrado pela Defensoria Pública, com base na Recomendação 62/20 do CNJ. O Relator da ação constitucional, Ministro Sebastião Reis Jr. concluiu pela evidência de que o ambiente carcerário é propício para a propagação do vírus, colocando em vulnerabilidade a saúde dos encarcerados. O ministro lembrou ainda “[...] estado de coisas inconstitucional” do sistema prisional brasileiro e a excepcionalidade atual causada pela pandemia, que, além do mais, causa grande impacto no cenário econômico, com diminuição ou retirada de renda do cidadão, razões suficientes para justificar a soltura (nos casos previstos em lei), sem o pagamento de fiança, como forma de efetivar a prestação jurisdicional (BRASIL, 2020f, n. p.).

Em nível de Administração Pública, o STJ determinou, em 19 de janeiro de 2021, que gestores estaduais e municipais do Amazonas informassem acerca do recebimento e uso de recursos federais destinados ao combate à pandemia, além de prestarem esclarecimentos detalhados sobre a questão do desabastecimento de oxigênio nas unidades de saúde (BRASIL, 2021c).

Convém lembrar que estado de defesa não se confunde com o estado de calamidade decretado no Brasil. Ainda que haja certo grau de discricionariedade que conceda ao “[...] Chefe do Executivo certa margem de liberdade em suas decisões, sob a justificativa de preservação da saúde pública e proteção da ordem vigente”, as regras constitucionais devem ser observadas e, principalmente, não se pode flexibilizar direitos fundamentais “[...] fora das hipóteses constitucionalmente admitidas”, nas quais deverão ser aplicadas regras de proporcionalidade (SAMPAIO; ALMEIDA; SOUTO, 2020, p. 181). E não se pode olvidar que a discricionariedade se sujeita à legalidade, à proporcionalidade e à razoabilidade.

O STF, atento à necessidade de prestar informações aos interessados e à população em geral, criou o “Painel de Ações Covid-19”, no qual são encontradas todas as informações sobre demandas propostas e julgadas pela Corte. O saldo, entre



março e 20 de janeiro de 2021, foi de 6.946 ações ajuizadas, incluindo Habeas Corpus – em maior incidência (5.308) -, Ações Diretas de Inconstitucionalidade (103 ADIs) e Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (51 ADPFs), além de processos de controle de constitucionalidade de normas e atos do Poder Público, Recurso Extraordinário, entre outros (BRASIL, 2021b; FREITAS, 2020). Pode-se citar, por assunto, os seguintes exemplos da atuação do STF:

1º) Aquisição da vacina contra a Covid-19: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, ADPF 756; 2º) Regras de importação e distribuição de vacinas contra a Covid-19: Ação Direta de Inconstitucionalidade, ADI 6661; 3º) Obrigatoriedade da vacina: Ação Direta de Inconstitucionalidade ADIs 6.586, 6.587 e Recurso Extraordinário com Agravo ARE 1.267.879; 4º) Competência para impor restrições durante pandemia: Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI 6343; 5º) Manutenção de medidas sanitárias contra Covid-19: Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI 6625 (SCHULZE, 2021).

Além desses, outro exemplo paradigmático de interpretação conforme, exarada pelo STF, se deu em relação ao reconhecimento de competência concorrente dos entes federados (CF/88, art. 23) para a tomada de providências normativas e administrativas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios nas questões ligadas à saúde, vedada a transgressão a preceito constitucional (BRASIL, 2020I).

Ressalte-se que na competência concorrente identifica-se claramente o interesse municipal, pois o atendimento inicial decorrente da contaminação da doença é verificável nos serviços de saúde (Unidades de Pronto Atendimento – UPA) dos municípios, não obstante a falta de estrutura e recursos públicos para prestar o atendimento necessitado e, por vezes, urgente. Não raro, os municípios dependem de cooperação técnica e financeira dos Estados e da União.

O STF também decidiu acerca de aspectos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), e os contornos de aplicação no período de pandemia (ADI 6.357 MC/DF), quando concedeu interpretação conforme a Constituição Federal para “[...] afastar a exigência de demonstração de adequação e compensação orçamentárias em relação à criação/expansão de programas públicos destinados ao enfrentamento do contexto de calamidade gerado pela disseminação de COVID-19”, determinado a aplicação da medida cautelar para todos os entes



federativos que decretaram o estado de calamidade em razão da referida pandemia (BRASIL, 2020j, p. 11-2).

Em relação à obrigatoriedade da vacinação para todas as pessoas tramitaram três ações no STF, sendo que duas discorrem sobre *i)* política de imunização para a Covid-19 e *ii)* recurso extraordinário versando sobre o dever de pais de vacinar filhos, mesmo quando possuem convicções filosóficas contrárias à vacinação. Especificamente quanto à vacinação compulsória, com pretensão de alcançar a imunidade de rebanho, o STF conferiu interpretação conforme a Constituição ao art. 3º, III, d, da Lei 13.979/2020, para estabelecer que:

[...] (A) a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento 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 (B) tais medidas, com as limitações expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência (BRASIL, 2020g, p. 2-3).

Assim, respeitadas as esferas de competência, todos os entes podem implementar as medidas necessárias para proceder à vacinação contra a Covid-19 (POMPEU, 2020). Muitas outras decisões foram proferidas no sentido de definir competências legislativas concorrentes e político-administrativas comuns, a exemplo da Medida Cautelar na Reclamação 39.871/DF, que reconheceu a validade da proibição de transporte fluvial para fins de passeio no Estado do Amazonas (BRASIL, 2020h).

Na Medida Cautelar na Suspensão da Segurança 5.382/PI, que discute a obrigatoriedade de entrega de ventiladores pulmonares adquiridos pelo Estado do Piauí junto a empresa privada, cuja produção foi requisitada administrativamente para a União, com claro favorecimento da política pública federal, consignou-se, na decisão, que “[...] sobressai a importância de uma atuação colaborativa e coordenada



dos entes políticos, uma vez que a má gestão de recursos, que são escassos frente à infinidade de demandas do setor, pode induzir à desassistência, implicando risco à saúde pública” e que, mesmo diante da crise, deve ser garantida a “[...] intangibilidade do pacto federativo” de forma a reconhecer, em juízo de delibação, que a suspensão da ordem de entrega dos produtos colocaria em risco a ordem constitucional e a política pública de saúde do ente estadual (BRASIL, 2020i, p. 6).

Destaca-se, ainda, que o compromisso do STF e do CNJ com a saúde pública foi recentemente exteriorizado pela Resolução nº 710, de 20 de novembro de 2020, que institucionalizou a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) no âmbito da referida Corte e estabeleceu ações e iniciativas, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) fixados pela Agenda 2030, inclusive a saúde e o bem-estar (art. 1º, inc. III), de forma a monitorar e priorizar o julgamento de referidas ações (BRASIL, 2020m).

Enfim, as escolhas para combater esse inimigo comum poderão modificar o comportamento das pessoas, pois, por certo, em momentos de crise aparecem as oportunidades. Que seja a oportunidade de tornar a vida mais humana e menos vendável; mais real e menos líquida; com mais alteridade e menos vaidade, na qual os valores éticos e morais possam prevalecer sobre os econômicos. Entoa-se a esperança de Yuval Noah Harari (2020) de que essa crise talvez possa ajudar a humanidade a fortalecer o que há de mais humano entre as pessoas e diminuir a desunião que atualmente vigora. Reafirma-se a assertiva de Slavoj Žižek ([2020], n. p., tradução nossa) de que “[...] somente por meio de nosso esforço para salvar a humanidade da autodestruição, criaremos uma nova humanidade” e por meio da existência da “[...] ameaça mortal podemos vislumbrar uma humanidade unificada”.

E, nesse aspecto, o vírus terá contribuído para a criação de um novo status quo em que as pessoas se preocupem com o bem-estar mútuo e cuidem para que a saúde de cada um seja reflexo de um planeta saudável, ecologicamente sustentável, onde a paz e a saúde sejam as bandeiras que se quer ter sempre hasteadas.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida humana deve ser o centro das atenções para todas as ciências, de forma a compatibilizar o comportamento, seja na arena política, judicial ou social, para que todas as decisões sejam racionalizadas em prol de defender o bem maior que é a vida, principalmente em um cenário de crise, originária de um inimigo invisível chamado SARS-CoV-2 (COVID-19).

O direito fundamental e social à saúde exige uma compreensão profunda do sistema, no Brasil, o SUS, de forma a orientar os gestores da saúde e todos aqueles que militam nessa seara, a exemplo dos magistrados, instados a decidir em demandas judicializadas com pedidos de tratamentos, medicamentos, internações etc.

A interpretação que as Cortes Superiores fazem da legislação e da regulação pertinente estabelece critérios de justiça social e segurança jurídica, além de servir de norte para o deslinde das questões que aportam no Judiciário, desde a instância inicial. Nessa seara, tanto o STF, quanto o STJ, têm entendimento firmado de que o direito fundamental à saúde deve ser acessível a todos e de forma igualitária.

Todavia outros parâmetros são necessários para instruir os magistrados, principalmente quando se trata de questões repetitivas. Pode-se citar como exemplo a análise do Tema 106, no qual o STJ intercalou as decisões judiciais aos critérios técnicos do sistema de saúde, v.g, o requisito de juntada de laudo médico que comprovasse a eficácia do remédio solicitado na demanda, como também, a prova de que o paciente não teria como arcar com os custos do medicamento. Esses requisitos asseguram mais exatidão e economia ao sistema de saúde e proporcionam melhor orientação para as interpretações judiciais.

No âmbito do STF, na decisão do Tema 6, ainda que pendente de trânsito em julgado, definiu que o Estado deve fornecer às pessoas hipossuficientes com doenças graves os medicamentos de custo elevado. É de se destacar, ainda, o julgamento do Tema 793, que determinou a responsabilidade solidária nas demandas prestacionais de saúde para todos os entes da federação.

Diante do temor causado pela Covid-19, as situações desafiadoras se fizeram presentes e foi decretado o estado de calamidade pública. O colapso da saúde (e do



sistema), causado pela pandemia, trouxe situações excepcionais que exigiram (e ainda exigem) grande esforço do judiciário para garantir a proteção aos direitos fundamentais da saúde e da vida, principalmente.

Em momentos como esse há forte expectativa sobre o posicionamento das Cortes Superiores para que suas decisões protejam os direitos fundamentais - especialmente a saúde, evitem um estado de exceção e controlem o ativismo judicial exacerbado. Ao analisar o quadro delineado desde o início da pandemia percebe-se que as Cortes brasileiras, e também o CNJ, não se furtaram ao seu papel de orientar, por meio interpretativo, a condução do desenvolvimento de políticas, na tentativa de barrar a propagação do vírus ou mesmo proteger os indivíduos em relação ao alto nível de contágio. Sem ultrapassar a sistemática divisão de poderes coube ao Poder Judiciário proferir a palavra final sobre definição de competências entre os entes federados, determinação de prestar informações quanto ao emprego de recursos destinados ao combate a pandemia, obrigatoriedade de vacinação para todas as pessoas, entre outras questões, tudo com base na legislação vigente, norteadas pelos princípios constitucionais.

O momento atual exige maturidade do Poder Judiciário, de modo a transmitir à população o seu compromisso de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência do serviço público, especialmente aquelas ações dirigidas ao combate da pandemia provocada pela disseminação da Covid-19.

Certo é que a vida é o bem maior do ser humano. Todas as ações engendradas para a construção de um sistema efetivo de proteção à saúde, a exemplo do SUS, têm como objetivo garantir o direito fundamental à vida e permitir que os indivíduos possam ter acesso às políticas públicas relacionadas à manutenção de sua saúde, tanto em tempos normais como, principalmente, diante dos desafios oriundos de um inimigo invisível que tem o poder de mudar a realidade social, o cotidiano e impingir novas práticas, muitas delas isolacionistas. Resta, então, empreender esforços para contornar a crise por ele causada, buscando a união de forças suficientes, seja dos poderes (e seus órgãos), seja dos indivíduos, para vencer essa



etapa pandêmica, de forma que a vida se sobreponha ao vírus e a saúde seja garantida e efetivamente preservada.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Estela M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25. supl. 1, p. 2423-46, 2020.

BARROSO, Luís Roberto. **A judicialização da vida e o papel do Supremo Tribunal Federal**. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

BBC. **Vacinas Contra Covid**: como está a vacinação no Brasil e no mundo. 11 fev. 2021. Available at: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-56024504>. Accessed on: 12 Feb. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário**. [201-]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/e-natjus/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010a**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=877>. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011a**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/847#:~:text=Recomenda%20aos%20Tribunais%20a%20ado%C3%A7%C3%A3o,a%20assist%C3%Aancia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20suplementar..> Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 62, de 17 de março de 2020a**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3246>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010b**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/173>. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:



http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 de fev. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011b**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012a**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020b**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020c**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012b**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001_17_01_2012.html. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto Legislativo nº 6, de 2020e**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus nº 568.693 – ES (2020/0074523-0)**. Relator: Ministro Sebastião Reis Júnior, 14 de outubro de 2020f. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&>



sequencial=116594416&num_registro=202000745230&data=20201016&tipo=5&formato=PDF. Acesso em: 2 fev. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo 106**. 21 set. 2018. Disponível em:

https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.586 Distrito Federal**. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski, 17 de dezembro de 2020g. Disponível em: <https://www.jota.info/wp-content/uploads/2020/12/adi6586-vacina-obrigatoriedade.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Segunda Turma). **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 271.286-8 Rio Grande do Sul**. Relator: Ministro Celso de Mello, 12 de setembro de 2000. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 657.718 Minas Gerais**. Relator: Ministro Marco Aurélio, 22 de maio de 2019a. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=751246393>. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Covid-19: medidas de combate à pandemia e vigência da Lei 13.979/2020 – ADI 6625 MC-Ref/DF. **Informativo STF**, n. 1008, p. 17-8, 12 mar. 2021a. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/informativoSTF/anexo/Informativo_PDF/Informativo_stf_1008.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Reclamação 39.871 Distrito Federal**. Relator: Ministro Roberto Barroso, 6 de abril de 2020h. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15342852826&ext=.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Suspensão de Segurança 5.382 Piauí**. Ministro Dias Toffoli, 21 de maio de 2020i. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaPresidenciaStf/anexo/SS5382.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.357 Distrito Federal**. Relator: Ministro Alexandre de Moraes, 29 de março de 2020j. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6357MC.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.



BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Painel de Ações Covid-19**. Jan. 2021b. Disponível em: https://transparencia.stf.jus.br/extensions/app_processo_covid19/index.html. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471 Rio Grande do Norte**. Relator: Ministro Marco Aurélio, 15 de setembro de 2020k. Disponível em: <http://stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178 Sergipe**. Relator: Ministro Luiz Fux, 23 de maio de 2019b. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4678356>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). **Referendo na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341 Distrito Federal**. Relator: Ministro Marco Aurélio Mendes de Farias de Mello, 15 de abril de 2020l. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344964720&ext=.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Resolução nº 710, de 20 de novembro de 2020m**. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/hotsites/agenda-2030/assets/img/RESOLUCAO710-2020.PDF>. Acesso em: 31 jan. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STJ determina que gestores do Amazonas forneçam informações sobre recursos públicos e fornecimento de oxigênio para o combate à Covid-19**. 19 jan. 2021c. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portals/Paginas/Comunicacao/Noticias/19012021-STJ-determina-que-gestores-do-Amazonas-prestem-informacoes-sobre-recursos-e-oxigenio-para-combate-a-Covid-19-.aspx>. Acesso em 03 fev. 2021.

CARBINATTO, Bruno. Como o novo coronavírus se compara ao vírus da gripe. **Superinteressante**, 25 mar. 2020. Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/como-o-novo-coronavirus-se-compara-ao-virus-da-gripe/>. Acesso em: 28 jun. 2020.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Carta da Organização dos Estados Americanos**. Manágua, 1993. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/q.carta.oea.htm>. Acesso em: 20 mar. 2021.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem**. Bogotá, 1948. Disponível em:



https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.declaracao_americana.htm. Acesso em: 20 mar. 2021.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. San Salvador, 17 de novembro de 1988. Disponível em: http://www.cidh.org/basicos/portugues/e.protocolo_de_san_salvador.htm. Acesso em: 20 mar. 2021.

DIREITO à saúde. Encontro 9. Série Diálogos Jurídicos com a Magistratura Federal. Transmitido em 4 fev. 2021. 2h42min04s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4Gi5xoOSZaM>. Acesso em: 14 fev. 2021.

DRESCH, Renato Luís; BICALHO, Fábila Madureira de Castro. **Manual de direito à saúde: normatização e judicialização**. Belo Horizonte: Del Rey, 2019.

ESMAF TRF 1a Região. **DIREITO à saúde**. Encontro 9. Série Diálogos Jurídicos com a Magistratura Federal. Broadcast on 4 Feb. 2021. 2h42min04s. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=4Gi5xoOSZaM>. Accessed on: 14 feb. 2021.

EXPLICANDO: A próxima pandemia. Temporada 2. 21 min. Série original Netflix+Vox Media. Produção: Sam Ellis. Netflix Worldwide Entertainment, LLC, 2019.

FREITAS, Hyandara. **A posição do STF em casos sobre temas relacionados à Covid-19**. Jota, 23 dez. 2020. Disponível em: <https://www.jota.info/stf/do-supremo/a-posicao-do-stf-em-casos-sobre-temas-relacionados-a-covid-19-23122020>. Acesso em: 1 fev. 2021.

GRUBER, Arthur. Covid-19: o que se sabe sobre a origem da doença. **Jornal da USP**, 14 abr. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/covid2-o-que-se-sabe-sobre-a-origem-da-doenca/>. Acesso em: 14 fev. 2021.

HABERMAS, Jürgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HABERMAS, Jürgen. **Teoría de la acción comunicativa, I: Racionalidad de la acción y racionalización social**. Buenos Aires: Taurus, 1987.

HARARI, Yuval Noah. **Notas sobre a pandemia e breves lições para o mundo pós-coronavírus**. Trad. Odorico Leal. São Paulo. Companhia das Letras, 2020.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Reglamento sanitario internacional (2005)**. 2. ed. Ginebra: OMS, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7184json-file-1>. Acesso em: 13 fev. 2021.



OUR WORLD IN DATA. **Statistics and Research: Coronavirus (COVID-19) Vaccinations**. London: University of Oxford, 2021. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em: 12 fev. 2021.

POLLI, José Renato. **Agir comunicativo e ética do discurso**. Jundiaí: In House, 2013.

POMPEU, Ana. **STF: vacinação compulsória é constitucional e pode ser definida por entes federados**. Jota, 17 dez. 2020. Disponível em: <https://www.jota.info/stf/do-supremo/stf-vacinacao-compulsoria-e-constitucional-e-pode-ser-definida-por-entes-federados-17122020>. Acesso em: 1 fev. 2021.

SAMPAIO, José Adércio Leite; ALMEIDA, Larissa de Moura Guerra; SOUTO, Luana Mathias. Crise Sanitária e Estado de Exceção: uma reflexão quanto aos subprodutos insurgentes da pandemia do novo coronavírus. **Revista Direito Público**, Brasília, v. 17, n. 96, p. 171-97, nov./dez. 2020.

SAMPAIO, José Adércio Leite; ASSIS, Christiane Costa. Emergencia y restricciones de derechos constitucionales en Brasil y en el mundo. **Opinión Jurídica**, Medellín, v. 19, n. 40, p. 187-205, 2020. Disponível em: <https://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/3313>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde: análise à luz da judicialização**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015.

SCHULZE, Clênio Jair. **O STF e a gestão em saúde**. 1 fev. 2021. Disponível em: <https://emporiadodireito.com.br/leitura/o-stf-e-a-gestao-em-saude>. Acesso em: 1 fev. 2021

SUSTEIN, Cass. R. **A Constituição parcial**. Trad. Manassés Teixeira Martins e Rafael Triginelli. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

TORKANIA, Marina. Um em cada quatro brasileiros não tem acesso à internet. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-04/um-em-cada-quatro-brasileiros-nao-tem-acesso-internet>. Acesso em: 10 ago. 2020.



WILDER-SMITH, Annelies; FREEDMAN, David. *Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak*. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 2, p. 1-4, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 22 fev. 2021a. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 22 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVAX: With a fast-moving pandemic, no one is safe, unless everyone is safe**. 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>. Acesso em: 22 fev. 2021.

ZIZEK, Slavoj. **Para el filósofo Slavoj Zizek “no habrá ningún regreso a la normalidad”**. [2020]. Disponível em: <https://www.elciudadano.com/cultura/para-el-filosofo-slavoj-zizek-no-habra-ningun-regreso-a-la-normalidad/05/22/>. Acesso em: 16 mar. 2020.

