

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

GABRIELA RODRIGUES DOS SANTOS

**O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL COMO AGENTE POLÍTICO NA PANDEMIA
DA COVID-19: O ESTUDO DA ADPF 770 E DE SEUS EFEITOS NA POLÍTICA
PÚBLICA DE VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

CAMPINAS

2024

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM DIREITO
GABRIELA RODRIGUES DOS SANTOS**

**O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL COMO AGENTE POLÍTICO NA PANDEMIA
DA COVID-19: O ESTUDO DA ADPF 770 E DE SEUS EFEITOS NA POLÍTICA
PÚBLICA DE VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Escola de Ciências Humanas, Jurídicas e Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, na área de concentração de Direitos Humanos e Políticas Públicas e Direitos Humanos e Cooperação Internacional, como exigência para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Peter Panutto

**CAMPINAS
2024**

S237s

Rodrigues dos Santos, Gabriela

O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL COMO AGENTE
POLÍTICO NA PANDEMIA DA COVID-19 : O ESTUDO DA
ADPF 770 E DE SEUS EFEITOS NA POLÍTICA PÚBLICA DE
VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS /
Gabriela Rodrigues dos Santos. - Campinas: PUC-Campinas, .

113 f.

Orientador: Peter Panutto.

Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Pós
Graduação em Direito, Escola de Ciências Humanas, Jurídicas
e Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Campinas, .

Inclui bibliografia.

1. Direitos Humanos. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde. I.
Panutto, Peter. II. Pontifícia Universidade Católica de
Campinas. Escola de Ciências Humanas, Jurídicas e Sociais.
Programa de Pós Graduação em Direito. III. Título.

GABRIELA RODRIGUES DOS SANTOS
O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL COMO AGENTE
POLÍTICO NA PANDEMIA DA COVID-19: O ESTUDO
DA ADPF 770 E DE SEUS EFEITOS NA POLÍTICA
PÚBLICA DE VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE
CAMPINAS

Este exemplar corresponde à redação final da
Dissertação de Mestrado em Direito da PUC-Campinas, e
aprovada pela Banca Examinadora.

APROVADA: 05 de dezembro de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br LIGIA MORI MADEIRA
Data: 09/12/2024 17:26:10-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

DRA. LIGIA MORI MADEIRA (UFRGS)



DR. PEDRO PULZATTO PERUZZO (PUC-CAMPINAS)



DR. PETER PANONT- Presidente (PUC-CAMPINAS)

Dedico este trabalho aos meus pais, Elen e Márcio, por sempre batalharem de sol a sol para que minhas conquistas fossem sob a sombra e água fresca.

AGRADECIMENTOS

Agradeço o Doutor Peter Panutto, primeiramente por acreditar no meu projeto e ter permitido que eu realizasse este grande sonho de integrar o programa de mestrado da universidade na qual me formei. Agradeço o Doutor Pedro Peruzzo e a Doutora Ligia Mori Madeira, que gentilmente aceitaram integrar minha banca de qualificação e defesa. Agradeço o Doutor Mario di Stefano Filho, que me deu a oportunidade de realizar o estágio docente em suas aulas, sendo figura essencial para que eu pudesse me ver ocupando o espaço da docência.

Agradeço ao Grupo de Estudos de Direito Público e Sociedade, do qual pude ocupar o cargo de presidente, que me proporcionou diversas experiências acadêmicas e o contato com alunos conscientes e dedicados, assim como as sugestões e discussões do Grupo de Saúde e Vulnerabilidades da PUC-Campinas e do Núcleo de Justiça e Constituição da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. Muitas vezes, o que faz nossas ideias florescerem são as mentes brilhantes que nos circundam.

De forma especial, agradeço àqueles que me acompanharam nessa jornada por detrás dos panos. À minha mãe, Elen, pela dedicação constante à nossa família, por ser a primeira pessoa com a qual divido minhas alegrias e a primeira que procuro quando preciso de colo. Ao meu pai, Márcio, que além de um grande amigo e professor, sempre colocou nossos sonhos em primeiro lugar e não mediu esforços para que eu pudesse traçar meu próprio caminho. À minha irmã, Rafaela, pelo apoio constante sem o qual nada disso seria possível e por mesmo de longe se fazer presente em cada passo dessa conquista.

Com muito carinho, agradeço aos meus avós Nelson e Romilda, a minha madrinha Priscila, assim como meu namorado, Lucas, pelas constantes palavras de incentivo e pelo conforto nos momentos difíceis. Por fim, e mais importante, agradeço a Deus por ter colocado essa jornada transformadora em meu caminho e por ter me guiado até o fim dessa caminhada.

“Pois não estavam vendo que ele era de carne e osso?”

Graciliano Ramos, Vidas Secas

RESUMO

Para além da importância institucional, política e social adquirida na Constituição Federal de 1988, o Supremo Tribunal Federal adquiriu ainda maior relevância na pandemia da COVID-19. A atuação da Suprema Corte passou a ser especialmente requisitada diante da postura negacionista e anti-científica do Governo Federal, à época sob o comando de Jair Bolsonaro, resultando em uma profunda discussão sobre a competência dos entes federativos na condução de políticas públicas para o combate à pandemia. Diante da omissão da União em adquirir vacinas, este conflito federativo resultou na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 770 (ADPF 770), na qual se discutiu a autonomia dos Estados e Municípios para a aquisição de vacinas. Uma vez proferida a decisão reconhecendo a não exclusividade da União na aquisição de vacinas, ela sequer precisou ser executada para ensejar efeitos no plano fático, tendo em vista que a partir dela o Ministério da Saúde passou a adquirir vacinas da COVID-19. O trabalho tem como hipótese a relação direta estabelecida entre o precedente criado pelo Supremo Tribunal Federal e o acesso às vacinas pela população, vez que os efeitos da decisão foram mais políticos que jurídicos. Para alcançar os objetivos a que se propõe, a presente pesquisa será realizada por meio de estudo de casos: o primeiro, da ADPF 770 enquanto ponto de virada para a política pública vacinal e, o segundo, o estudo dos efeitos desta decisão no enfrentamento da pandemia em Campinas-SP, especialmente no que tange aos índices de contaminação, internação e óbitos, antes e depois da vacinação, desde a decretação da calamidade pública em razão da Pandemia (Decreto Legislativo nº 06, de 06/03/20), até o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decretada mediante portaria pelo Ministério da Saúde em 22 de abril de 2022. Ao fim, conclui-se que o Supremo Tribunal Federal se consolidou como fonte de deliberações imprescindíveis para a consecução de políticas públicas para a garantia do direito à saúde, principalmente pela alteração da histórica centralização da execução dos planos vacinais nas mãos da União, desencadeando um efeito principalmente político que viabilizou a vacinação em massa contra a COVID-19.

Palavras-chave: políticas públicas, pandemia, STF, direitos humanos, Campinas.

ABSTRACT

Beyond its institutional, political, and social importance enshrined in the 1988 Federal Constitution, the Supreme Federal Court (STF) gained even greater relevance during the COVID-19 pandemic. The Supreme Court's role became especially crucial in response to the denialist and anti-scientific stance of the Federal Government, then led by Jair Bolsonaro, sparking a deep debate on the responsibilities of federative entities in implementing public policies to combat the pandemic. In light of the Union's omission in acquiring vaccines, this federative conflict led to the *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº770* (ADPF 770), which discussed the autonomy of States and Municipalities in procuring vaccines. Once the decision was issued, recognizing that the Union did not hold exclusive rights to vaccine acquisition, it did not even need to be enforced to produce effects in practical terms, as the Ministry of Health subsequently began acquiring COVID-19 vaccines. The work hypothesizes a direct relationship between the precedent set by the Supreme Court and the population's access to vaccines, as the decision's impacts were more political than legal. To achieve its objectives, this research will employ case studies: first, examining ADPF 770 as a turning point in public vaccination policy; and second, studying the effects of this decision in addressing the pandemic in Campinas-SP, particularly concerning infection, hospitalization, and mortality rates before and after vaccination, from the declaration of a public calamity due to the Pandemic (Legislative Decree No. 06, dated 03/06/20) until the end of the National Public Health Emergency (ESPIN) declared by a ministerial decree on April 22, 2022. In conclusion, the Supreme Court has established itself as a crucial source of deliberation for public policies guaranteeing the right to health, mainly by altering the historical centralization of vaccine plan execution in the Union's hands, triggering a primarily political effect that enabled mass vaccination against COVID-19.

Key words: public policies, pandemics, STF, human rights, Campinas.

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

QUADRO 1 - Reportagens utilizadas para basear a propositura da ADPF 770

QUADRO 2 - Datas vacinais previstas inicialmente pelo Governo do Estado

QUADRO 3 - Execução fática do plano vacinal em Campinas-SP

QUADRO 4 - Fase 1 nas semanas epidemiológicas (SE)

QUADRO 5 - Fase 2 nas semanas epidemiológicas (SE)

QUADRO 6 - Semanas epidemiológicas de aplicação das doses dos grupos etários

GRÁFICO 1 - Óbitos gerais por COVID-19 em Campinas

GRÁFICO 2 - Novos óbitos por semana epidemiológica na faixa dos 90+

GRÁFICO 3 - Novos óbitos por semana epidemiológica na faixa dos 80-89

GRÁFICO 4 - Novos óbitos por semana epidemiológica na faixa dos 70-79

GRÁFICO 5 - Novos óbitos por semana epidemiológica na faixa dos 60-69

GRÁFICO 6 - Novos óbitos por semana epidemiológica na faixa dos 50-59

GRÁFICO 7 - Novos óbitos por semana epidemiológica na faixa dos 40-49

GRÁFICO 8 - Novos óbitos por semana epidemiológica na faixa dos 30-39

GRÁFICO 9 - hospitalizações pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1- O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL E NO MUNDO.....	15
1.1- A pandemia mundial de COVID-19 e a atuação dos organismos internacionais de saúde (OPAS/OMS).....	16
1.2- Atuação do Supremo Tribunal Federal em meio ao período pandêmico.....	28
1.3- Judicialização da saúde e federalismo no STF.....	33
CAPÍTULO 2- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL COMO AGENTE POLÍTICO NA ADPF 770	38
2.1- Conteúdo da propositura	43
2.2- Conteúdo do julgamento	51
2.3- Impactos políticos da decisão sobre a postura do governo federal na aquisição de vacinas contra a COVID-19	55
CAPÍTULO 3- A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA VACINAL EM CAMPINAS-SP DIANTE DA ADPF 770	61
3.1- Chegada da vacina e critérios de aplicação na cidade de Campinas-SP.....	65
3.2- Comparativo cronológico dos dados obtidos: casos, internações e mortes.....	72
3.3- Conclusões técnicas sobre a eficácia da política vacinal aplicada	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
BIBLIOGRAFIA.....	88

INTRODUÇÃO

Nos anos de 2019 a 2022, o mundo testemunhou uma das maiores crises de saúde da história moderna: a pandemia de COVID-19. Originada na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, a doença rapidamente se espalhou pelo globo, desencadeando uma série de consequências devastadoras. As medidas de contenção, como distanciamento social, uso de máscaras e restrições de viagem, tornaram-se a nova normalidade em todo o mundo. A eficácia dessas medidas, no entanto, variou significativamente conforme a localidade, dependendo da adesão da população e da capacidade dos governos de implementá-las.

A situação de calamidade deu origem a uma cruzada mundial na busca por uma vacina segura e eficaz. As primeiras vacinas se mostraram aptas no fim do ano de 2020, contrariando o tempo médio de dez anos para o desenvolvimento desse tipo de medicamento (FIOCRUZ, 2020). Este feito foi possibilitado pela cooperação internacional entre os órgãos de saúde, em especial a Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como com a participação de cientistas e da indústria farmacêutica, em um esforço conjunto pela criação do produto.

No Brasil, a vasta população e as profundas desigualdades socioeconômicas se somaram a postura negacionista do então presidente, Jair Bolsonaro, que à época se posicionou contrário a implementação das medidas recomendadas pelos órgãos internacionais de saúde, resultando 305 mil mortes acima do esperado no período, sendo dessas, 120 mil evitáveis por ações não-farmacológicas (paralisação das atividades econômicas, distanciamento social, limitação da mobilidade e utilização de máscaras) e a preparação do sistema de saúde para prestar assistência aos infectados (OXFAM, 2021).

Além das omissões do governo federal, reconheceu-se um projeto político de desinformação que perdurou até mesmo durante a disponibilização de imunizantes, fazendo com que além dos obstáculos da distribuição em um país com dimensões continentais e o surgimento de novas variantes do vírus, o plano de vacinação fosse criado em um contexto de hesitação em relação à segurança das vacinas. Diante desse vácuo criado pela ausência de políticas públicas, outros entes e poderes passaram a ocupar a cena política como efetivos promotores das ações sanitárias, desencadeando um debate sobre o papel de cada um deles no federalismo brasileiro.

Considerado este rastro de transformações sociais, políticas e econômicas que redefiniram a realidade contemporânea, este estudo se propõe a examinar a implementação das políticas de saúde relacionadas à pandemia, destacando o papel de um desses entes, qual seja o Supremo Tribunal Federal (STF), que emergiu como uma figura central neste cenário tumultuado. A análise se concentra na mudança de posicionamento jurisprudencial do STF, que, ao descentralizar a competência na formulação de medidas sanitárias, influenciou diretamente a estratégia nacional de imunização contra a Covid-19.

O presente trabalho se propõe a analisar a viabilização dessas políticas públicas por meio das atividades do Supremo Tribunal Federal, que além de sua importância costumeira, se colocou como um dos órgãos mais atuantes no contexto pandêmico. A relevância do estudo se sustenta na mudança do entendimento jurisprudencial do Tribunal, percebida no recorte proposto à medida em que se observa um direcionamento voltado à descentralização da competência entre os poderes na criação de medidas sanitárias de contenção do vírus.

Dessa forma, o objetivo geral é verificar a repercussão da atuação do Supremo Tribunal Federal no movimento de criação e concretização do plano de imunização contra a Covid-19 em escala nacional. Especificamente, objetiva estudar a forma como o reconhecimento da competência dos demais entes federativos na adoção de medidas sanitárias gerou um cenário político de movimentação do Governo Federal, assim como analisar a eficácia da aplicação dessas medidas em um contexto regional.

Em suma, este estudo busca responder de que forma a atuação do Supremo Tribunal Federal impactou as políticas públicas de saúde que possibilitaram a vacinação em massa contra a COVID-19 no Brasil. A hipótese inicial de resolução desse questionamento se pautou no conjunto de evidências, que indicaram que a omissão do governo federal no período fez com que houvesse a judicialização das medidas sanitárias, notadamente as que previam a imunização da população, alçando o Supremo a uma posição política que impulsionou a criação do plano vacinal responsável pelo fim da pandemia.

Para isso, foi considerado o contexto político e social do limite temporal que compreende o Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), qual seja entre o dia 3 de fevereiro de 2020 e 22 de abril de 2022, por meio dos fatos relevantes ocorridos em sede dos três poderes. Complementarmente, foi

analisada de forma específica a ADPF 770, que permitiu a aquisição da vacina pelos demais entes federativos, bem como suas repercussões políticas, para ao fim realizar a verificação fática da aplicação dessa política pública por meio dos dados do município de Campinas-SP.

Tais deliberações ocorreram num contexto de significativas omissões do Governo Federal, não apenas quanto às vacinas, mas em relação a diversas medidas sanitárias de enfrentamento do vírus que em última instância caracterizaram uma postura negacionista como parte de um projeto de governo durante esta crise. O que inicialmente era uma narrativa de minimização da doenças e de seus efeitos passou a caminhar no sentido de desqualificar os dados científicos divulgados por órgãos internacionais, e, conseqüentemente, se abster de uma conduta alinhada com o conceito de políticas públicas baseadas em evidências.

Esta base de estudo estabeleceu um limite temporal que permitiu a análise isolada dos fatos, tendo em vista o término ainda recente da pandemia, bem como buscou um recorte geográfico escolhido por corresponder a realidade da prestação em saúde no Brasil. Isso porque o município de Campinas se classifica como uma macrorregião de saúde, o que importou no recebimento de demandas em seu sistema de atendimento, tanto das prefeituras dos dezoito outros municípios que constituem sua região metropolitana, como também de cidades do Sul de Minas Gerais e de outros Estados do Brasil.

Além disso, Campinas se destacou por destinar altos valores de verbas destinadas ao combate a pandemia, bem como se mostrou alinhada aos preceitos de evidências científicas, assim como realizou um intenso trabalho de coleta e divulgação de dados em uma frequência semanal, sem os quais a presente pesquisa não poderia ter sido realizada no âmbito da análise de políticas públicas. Por último, foi considerada também a localização do município no estado de São Paulo, tendo em vista que importância assumida por seu Governo Estadual tem forte aderência com o contexto aqui tratado.

O método escolhido para realizar a investigação é o empírico qualitativo (GARCIA, 2016) somado a uma análise quantitativa por meio da utilização de resultados dispostos em bancos de dados estruturados (CASTRO, 2023) e por meio do estudo de caso descritivo (GOMES NETO, 2024, p.55) da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 770 e da execução do plano de vacinação no município de Campinas-SP.

A pesquisa documental é feita através dos diplomas normativos emitidos pelos entes estatais, dos julgamentos ocorridos no tribunal constitucional, das notícias e dados estatísticos divulgados pelos governos e pelo consórcio dos veículos de imprensa, buscando localizar cronologicamente o avanço das políticas públicas em saúde. A pesquisa bibliográfica é feita por meio dos materiais disponíveis nas plataformas capes e scielo, utilizando os critérios de pesquisa: “Supremo Tribunal Federal” e “STF”, “covid”, “pandemia” e “políticas públicas”, tanto no âmbito do direito quanto no das ciências políticas, tendo em vista a aderência temática do recorte.

O primeiro capítulo propõe a avaliação cronológica do período, composta pela atuação de elementos nacionais e internacionais, notadamente pela localização do Governo Federal e do Supremo Tribunal Federal neste contexto. No segundo capítulo, realiza o estudo de caso da ADPF 770, desde a propositura até o seu julgamento, assim como sua repercussão fática, tendo como base a discussão do conflito de competência no contexto do federalismo brasileiro. Por fim, no terceiro capítulo, visando verificar a tradução dessa atuação nas políticas públicas, é realizado o estudo de caso da comprovação fática da importância de políticas públicas baseadas em evidências pela análise da imunização da população do município de Campinas contra o COVID-19.

No que tange a linha de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Direito que abriga esta pesquisa, inicialmente a produção foi realizada na linha de Direitos Humanos e Políticas Públicas, tendo em vista que os estudos de caso escolhidos tangem diretamente a viabilização e implementação de serviços de saúde, especialmente quanto a elaboração de um plano de imunização, aquisição das doses para distribuição e efetiva vacinação em massa.

Após o início da pesquisa e a mudança da linha de concentração do orientador deste trabalho, constatou-se a presença de fortes elementos internacionais essenciais para a concretização das políticas públicas estudadas, especialmente quanto às recomendações de órgãos internacionais. Além disso, a disponibilização da vacina se deve em grande parte ao conjunto de esforços realizados mundialmente pela busca de um imunizante, razão pela qual a pesquisa passou a integrar parcialmente também a linha de Cooperação Internacional e Direitos Humanos.

Por fim, os resultados da pesquisa contemplam a compreensão da atuação do Supremo Tribunal Federal como órgão político, especificamente nas questões que envolvem o direito à saúde durante o período pandêmico, justificada em última instância pela verificação do órgão como via possibilitadora da vacinação em massa e seus consequentes impactos na diminuição e regressão da proliferação do vírus no município de Campinas-SP.

CAPÍTULO 1- O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL E NO MUNDO.

Os anos de 2020 a 2022 foram marcados pela crise sanitária global causada pela pandemia do vírus COVID-19, que afetou aspectos sociais, econômicos e políticos em escala internacional e implicou na colocação do direito sob uma nova perspectiva, através do debate em tempo real sobre os limites das liberdades individuais, o interesse público e a governança do Estado. Diante do cenário sem precedentes, iniciou-se um movimento de cooperação internacional para enfrentamento da doença.

Dentre esses órgãos, destacou-se a Organização Mundial da Saúde (OMS), que, vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), realizou esforços em parceria com diversas agências de saúde para a elaboração de diretrizes médicas com a finalidade de conter a transmissão e realizar os testes para o possível tratamento dos infectados. Regionalmente, atuou na América Latina com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ao mesmo tempo em que tentava compreender a extensão dos danos potenciais aos países em desenvolvimento.

No Brasil, mesmo com o maior sistema de saúde pública do mundo, as ondas de contaminação e os picos de mortes por COVID-19 fizeram com que as autoridades tivessem que se preparar para um possível colapso, com a consequente impossibilidade de absorção das demandas por assistência médica. Além disso, não bastasse a situação desoladora provocada pelo vírus, o Brasil passava por uma grave situação de descrença nas instituições e de alta tensão entre os poderes, gerada por uma instabilidade política que na época já durava quase uma década.

Todos estes aspectos culminaram para um cenário de calamidade pública que escancarou as desigualdades sociais latentes na população brasileira, bem como um arranjo federativo com fortes descompassos, que operou extremamente pautado

no sistema de freios e contrapesos, notadamente com as repercussões políticas desencadeadas pela atuação do Supremo Tribunal Federal.

1.1- A pandemia mundial de COVID-19 e a atuação dos organismos internacionais de saúde (OPAS/OMS).

O início oficial do movimento político em torno da COVID-19 se dá a partir de 31 de dezembro de 2019, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre um novo tipo de vírus do resfriado que estava desencadeando casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. Frente a essa situação, em 1º de janeiro de 2020, foi acionado o “*Incident Management Support Team*” (IMST), braço da instituição especializado em emergências de saúde pública (OMS, 2021).

Entre 2 e 9 de janeiro de 2020, a Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos - *Global Outbreak Alert and Response Network* (GOARN) - passa a avaliar os dados apresentados pelo Governo chinês por meio de uma coalizão entre agências reguladoras, laboratórios e instituições parceiras das nações unidas (OMS, 2020). Os resultados foram disponibilizados aos estados membros e demonstraram que o surto era resultante de uma nova cepa do vírus já conhecido como “*Sars*”, identificada pela sigla 2019-nCov (CANDIDO, CLARO E OUTRO, 2020).

Ao mesmo tempo que se noticiou a primeira morte pelo vírus, em 12 de janeiro foi divulgado o primeiro pacote de orientações para que os países pudessem gerenciar os impactos do surto da doença. O pacote incluiu diretivas de prevenção e controle de infecções, testes laboratoriais, avaliação das capacidades nacionais, comunicação de risco e envolvimento da comunidade, produtos para as doenças, recomendações de viagem, gestão clínica e definições de casos de vigilância (OMS, 2021).

Mesmo com a rápida resposta da OMS, a escassez de informações ainda se apresentava como um desafio. A este ponto ainda não era possível ter certeza sequer se havia transmissão entre humanos, hipótese evidenciada somente por estudos posteriores, que indicavam que havia pelo menos algum grau dessa forma de contaminação. Entre 21 e 24 de janeiro de 2020, corroborando para esta possibilidade, confirmam-se os primeiros casos nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa (OMS, 2021).

Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realiza uma reunião com os embaixadores dos países americanos, para traçar uma preparação precoce quanto a identificação, tratamento e isolamento de pacientes possivelmente infectados com o novo vírus (OMS, 2021). No Brasil, é a partir deste ponto, em 3 de fevereiro de 2020, que se tem decretado o estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIN) por meio da portaria número 188, com as respectivas medidas reguladas pela Lei 13.979 de 2020.

A referida lei trazia um rol de medidas de enfrentamento da emergência em saúde pública que, por meio da ESPIN, incorporaram o isolamento e a quarentena, bem como a restrição temporária de circulação, entrada e saída do país por rodovias, portos e aeroportos em conformidade com a recomendação da ANVISA. Da mesma forma a lei estabeleceu a possibilidade de realização compulsória de testes, vacinações e posteriormente seria acrescida da obrigatoriedade do uso de máscaras (BRASIL, 2020)

A partir desses dispositivos começa a se desenhar o cenário que caracterizaria a pandemia, prevendo pela primeira vez políticas públicas epidemiológicas que, até então, eram desconhecidas pela população, tais como isolamento e quarentena. Na sequência, a OMS divulga um Plano de Estratégico de Preparação e Resposta - *Strategic Preparedness and Response Plan* - (SPRP), amplamente voltado à coordenação dos estados membros na preparação para uma possível epidemia e na concentração de esforços em prol de inovações científicas para pesquisa e enfrentamento do vírus (OMS, 2021).

Uma vez constatada a alta probabilidade de contaminação entre seres humanos, as pesquisas internacionais buscavam verificar a possibilidade de transmissão por contaminados assintomáticos. Em 12 de fevereiro de 2020 a OMS editou um complemento ao pacote de orientações produzido em janeiro, voltado especificamente para questões de coordenação, planejamento e monitorização a nível nacional, passando a recomendar as chamadas intervenções não farmacêuticas (*non pharmaceutical interventions* - NPI) (OMS, 2020).

Nesse momento, as diretrizes de tratamento do vírus eram tão somente baseadas no que se sabia sobre doenças respiratórias de maneira geral, somadas às condutas aplicadas nos surtos de H1N1 e Ebola, especialmente no que tange a aglomerações e na necessidade de quarentena dos infectados confirmados (OMS, 2021), razão pela qual as NPIs consistiam principalmente no distanciamento e

quarentena, para que fosse possível identificar e frear a movimentação do vírus, além de reduzir o número de infectados.

No dia 26 de fevereiro de 2020 é confirmado o primeiro caso de coronavírus em território brasileiro (UNA-SUS, 2020), o qual, somado a mais de 400 casos suspeitos, fez com que o Ministério da Saúde desse início a distribuição dos primeiros testes para diagnóstico, além de abrir vagas de contratação por um ano no Programa Mais Médicos e determinar quais serviços seriam considerados essenciais (BRASIL, 2020).

Na sequência, a OMS passa a discutir os possíveis efeitos da preparação para o alastramento do vírus, sendo o primeiro deles a preocupação com a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI). Diante do cenário, a organização requisitou um aumento de 40% na produção desses equipamentos e estabeleceu as condições de quarentena dos indivíduos sintomáticos. Mesmo assim, em 7 de março de 2020 os dados já apontavam para 100 mil casos confirmados ao redor do mundo (OMS, 2021).

Em 11 de março de 2020, a OMS decretou a pandemia pelo novo coronavírus, ou seja, classificou a disseminação mundial da doença. Nesta oportunidade, o diretor-geral da organização destacou o intenso trabalho deste órgão internacional, o qual, em suas palavras, *“apelou todos os dias para que os países tomassem medidas urgentes e agressivas”* desde que foram notificados sobre a doença no fim do ano de 2019 (OMS, 2021). No Brasil, já havia sido constatada a circulação interna, tendo o vírus sido detectado primeiramente no estado de São Paulo (ANVISA, 2020).

Ainda em março a OMS lançou um plano de diretrizes de planejamento operacional para auxiliar os países a manterem o funcionamento de serviços essenciais sem desproteger os profissionais de saúde, evitando um colapso sistemático. Esse movimento ficou conhecido como *“flat the curve”* (achate a linha) e buscava possibilitar a absorção das demandas de atendimento e tratamento sem ultrapassar a capacidade dos sistemas de saúde, tudo isso por meio de uma tentativa de diminuição de circulação do vírus o qual, ao mesmo tempo que gera novos pacientes, inabilita os profissionais para atendê-los.

Já no fim de março de 2020, novos problemas de ordem internacional começaram a se apresentar pelo esgotamento de testes e a identificação de circulação de produtos falsificados ou que prometiam tratar a COVID-19, sem que

houvesse qualquer comprovação científica. Além disso, a OMS emitiu a classificação de medicamentos “*off label*” como de uso compassivo, que ainda estavam em fase de teste ou aprovação, para esclarecer que até então nenhum medicamento havia confirmado algum grau de eficácia para o tratamento da doença (OMS, 2021).

Enquanto isso, em 23 de março de 2020, o Ministério da Saúde na pessoa de Luís Henrique Mandetta, anunciou a distribuição de 3,4 milhões de unidades de hidroxiclороquina para utilização em tratamento de infectados com o vírus (ITCQ, 2020). Os governadores dos estados que implementaram medidas de restrição de serviços e isolamento social passaram a ser criticados pelo Presidente da República, que em 24 de março de 2020 profere um de seus discursos mas emblemáticos no período pandêmico, quando disse: “*no meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho*” (BBC, 2020).

Em 16 de abril de 2020, a OMS emite um relatório de orientações de medidas sociais para preservação da saúde pública, recomendando o uso de máscaras, distanciamento social e a manutenção somente de serviços essenciais (OMS, 2023). No Brasil, apesar dos protocolos de saúde passarem a incorporar o uso de máscaras para a população geral, o Governo Federal optou pela saída do distanciamento social para retorno parcial das atividades econômicas.

A este ponto, se intensificaram os choques entre o Ministro Mandetta e o Presidente Jair Bolsonaro, tendo em vista o contexto de contraposição de ideias não apenas quanto a recomendação do uso da hidroxiclороquina, mas também pelas manifestações do Ministro no sentido de recomendar que a população seguisse as orientações da OMS. Complementarmente, a liderança de Mandetta durante o período passou a ter mais aprovação popular do que o próprio Governo, o que incomodou Bolsonaro (UOL, 2021).

No mesmo dia, ainda em 16 de abril de 2020, foi anunciada a saída do Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, por meio de seu próprio *twitter*, após a defesa do isolamento social em desconformidade do que estava sendo recomendado pelo Planalto. A substituição foi feita pelo médico e empresário Nelson Teich, que deixaria o cargo menos de um mês depois de assumir, após também divergir de Jair Bolsonaro (G1, 2020).

Ainda em maio, a OMS emitiu orientações quanto à possibilidade de transmissão existente em locais de trabalho, escolas e reuniões em massa e passou a recomendar que o retorno das atividades fosse feito conforme a possibilidade de implementação de medidas sanitárias nos ambientes, bem como o grau de exposição ao risco de contaminação (OMS, 2020). Mesmo assim, o Governo Federal por meio do decreto 10.344 de 2020, alterou a norma anterior para ampliar o rol de serviços essenciais, passando a incluir as atividades industriais, construção civil, academias e salões de beleza (BRASIL, 2020)

Contemporaneamente, a OMS lança um projeto colaborativo para acelerar a produção e o acesso a ferramentas de vacinas, diagnósticos e terapias para a COVID-19, chamando-o de ACT-Accelerator (OMS, 2020). Tal proposta, no entanto, foi recusada pelo Brasil (Nexo Jornal, 2020), no mesmo contexto em que o país atingiu a marca de 100 mil casos, 10 mil mortos e o recorde de 730 mortes em 24 horas (G1, 2020).

Na mesma semana, Jair Bolsonaro, ao ser questionado sobre o número de mortes proferiu mais uma de suas várias polêmicas manifestações: *“E daí, lamento. Quer que eu faça o quê? Sou Messias, mas não faço milagre”*, em concordância com a postura negacionista assumida desde o início da pandemia e em alinhamento com o Presidente norte americano, Donald Trump. (G1, 2020).

Entre os meses de abril e maio as pesquisas internacionais passaram a mostrar que o vírus poderia ser transmitido por pacientes assintomáticos e pré-sintomáticos, o que trouxe a necessidade de revisão das recomendações já emitidas sobre quarentena e distanciamento social, além da recomendação do uso de máscaras em indivíduos saudáveis e de medidas em larga escala, como o *“lock down”* (OMS, 2020).

A OMS publicou ainda um rol de indicações de tratamento que dispõe categoricamente a contraindicação da utilização de antivirais para o tratamento da COVID-19, assim como reservou o uso de antibióticos somente para casos nos quais o paciente tenha suspeita de infecção bacteriana. Tais descobertas só foram possíveis com a parceria entre pesquisadores de todo o globo para a composição dos estudos sobre o vírus (OMS, 2020).

Além disso, a OMS, por meio das pesquisas realizadas pelo programa *“Teste de solidariedade”*, interrompeu os estudos quanto à hidroxicloroquina em razão da falta de evidências da eficácia do medicamento no tratamento da COVID-19. No

Brasil, o uso ainda era incentivado sob termo de consentimento, configurando a razão de discordância com o Ministro Nelson Teich, o qual, como dito anteriormente, por assumir posicionamento contrário ao então Presidente da República, deixa o cargo de chefia do Ministério da Saúde, dando lugar para a entrada do primeiro Ministro que não fosse médico, o general Eduardo Pazuello (Nexo Jornal, 2020).

Poucos dias depois, o então Presidente da República anunciou que o Ministério da Saúde produziria um protocolo para a utilização da cloroquina em casos de estágio inicial do COVID-19, ainda que em contrariedade com as recomendações da OMS e na ausência de qualquer indício científico da eficácia do medicamento para tratamento do vírus. Na ocasião, alegou que o paciente deveria ter a liberdade de optar por se submeter ao tratamento e associou o medicamento ao espectro político brasileiro, dizendo: “*quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, tubaina*” (VEJA, 2020).

A frase retrata a intensa polarização que se percebia na sociedade brasileira, que há meses discutia o apoio ou a rejeição às medidas sanitárias. É nesse contexto que surgem as manifestações contra o Supremo Tribunal Federal, já que o órgão passou a antagonizar o Governo Federal por meio de decisões contrárias à política de saúde estabelecida¹. Os atos foram realizados por meio de uma passeata, que mesmo causando uma aglomeração, foi inflamada pelo Presidente, que sobrevoou os apoiadores enquanto fazia uma *live* (G1, 2020). O mês de maio de 2020 terminou, com mais de meio milhão de casos e 29 mil óbitos.

A primeira semana do mês de junho de 2020 também foi marcada pelo início dos atrasos na divulgação de informações sobre a pandemia prestadas pelo Ministério da Saúde, que passou a ser às 22h e não às 19h como anteriormente, além do site ter sido tirado do ar no dia 6 e retornando no dia 7. Ato contínuo, o Ministério anunciou a mudança na divulgação dos dados, que passaria a mostrar somente as últimas 24 horas (Nexo Jornal, 2020).

Nesse momento, em resposta à tentativa de ocultação de dados, foi feito um consórcio entre os veículos de imprensa visando a apuração diária das informações referentes aos casos, mortes e mais a frente em relação aos marcadores do avanço da vacinação, composto pelos jornais O Estado de S. Paulo, G1, O Globo, Extra,

¹ Destacam-se as decisões paradigmáticas ADI 6341, ADPF 972, ADI 6343, ADPF 714, ADI 6362, ACO 3393, ADI 6394, ADI 6357, ADI 6421, ADPF 472, ADPF 709, ADI 6586, ADPF 754, ADI 6347 e ADPF 690.

Folha de São Paulo e UOL. Este trabalho duraria 965 dias e não apenas foi fundamental para a garantia do acesso às informações durante a pandemia, como intensificou as críticas quanto a falta de transparência do Governo Federal, que após a criação do consórcio voltou a divulgar os dados (G1, 2023).

Contemporaneamente, o Presidente da República passou a se posicionar contra a OMS, novamente em consonância com o Presidente norte americano, chegando a ponderar deixar a composição do órgão, uma vez que, segundo ele, a instituição estava enviesada por uma agenda política (G1, 2020). Ao mesmo tempo, o Brasil bateu as marcas de 45 mil mortes e um milhão de casos confirmados.

Ainda em junho de 2020 é firmada a primeira parceria entre o Governo Federal e a farmacêutica Astrazeneca para os testes de uma possível vacina, que seriam realizados pela Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz), representando um dos grandes passos na busca pela imunização contra o coronavírus. Além disso, a parceria significava também o contraponto à vacina *coronovac*, que poderia vir a ser produzida pelo Instituto Butantan e ofereceria um capital político à oposição, representada pelo então governador do Estado de São Paulo, João Doria (Nexo Jornal, 2020).

O segundo semestre de 2020 se inicia com a criação de um mecanismo internacional que pudesse propiciar o acesso rápido, justo e equitativo às vacinas, intitulado “COVAX”, aderido pelo Brasil junto à OMS. Em 7 de julho de 2020, o próprio Presidente da República anunciou ter sido diagnosticado com COVID-19, oportunidade na qual afirmou estar fazendo uso da hidroxicloroquina (Nexo Jornal, 2020), ainda que sem comprovação científica da eficácia do medicamento. No mesmo mês, o Brasil atingiu o pico da primeira onda, com 1595 mortes em 24 horas.

Em agosto, o Instituto Butantan anunciou a produção da vacina para o vírus, que seria testada para aprovação da Anvisa (CNN, 2020). Em nível federal, no entanto, não havia previsão do planejamento nacional de vacinação, razão pela qual o Tribunal de Contas da União estabeleceu o prazo de 15 dias para que o Governo Federal apresentasse um plano de vacinação contra a COVID-19 (G1, 2020).

Nos dias 14 e 18 de agosto de 2020, a farmacêutica *Pfizer* ofereceu ao Governo Federal duas propostas para aquisição de vacinas, que poderiam entregar respectivamente 500 mil e 1,5 milhão de doses até dezembro de 2020, para até junho de 2021 totalizar até 70 milhões de doses. Mesmo assim, não houve

sinalização da União para aquisição das vacinas, tanto pelo Governo quanto pelos ministérios. (UOL, 2021).

A inação do Governo se somou ao cancelamento de uma compra de kits intubação, por parte do Ministério da Saúde, num contexto de grande escassez de medicamentos nas Unidades de Tratamento Intensivo e apesar dos alertas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para a possibilidade de desabastecimento desde o mês de maio de 2020 (Nexo Jornal, 2020).

Em setembro de 2020, o então Presidente da República se posicionou contra a obrigatoriedade da vacinação, na contramão do movimento da Organização Mundial da Saúde, que passou a recomendar junto ao seu comitê especializado em imunização (*Strategic Advisory Group of Experts - SAGE*) o planejamento de alocação de vacinas e o estabelecimento dos grupos prioritários que receberão as doses enquanto o estoque de imunizantes fosse limitado (OMS, 2020).

Já em outubro de 2020, as farmacêuticas foram chamadas a apresentar seus imunizantes para aprovação da pré-qualificação e uso emergencial frente à OMS. No Brasil, a Anvisa já havia iniciado a análise sobre a vacina Astrazeneca/Oxford e o então Governador do Estado de São Paulo, João Dória, havia firmado contrato com a *Sinovac* para fornecimento de 46 milhões de doses, bem como do compartilhamento da tecnologia com o Instituto Butantan.

Em novembro, enquanto o Brasil enfrentava uma segunda onda de alta nos casos, a OMS recomendou que os países membros realizassem o planejamento de aplicação vacinal. É realizada pela *Pfizer* uma terceira proposta de oferecimento das doses ao Governo brasileiro, que novamente não se posiciona para a aquisição dos imunizantes e acaba por perder seu lugar nas negociações (Folha, 2021). Em 24 de novembro de 2020, o Supremo Tribunal Federal cobra do Governo Federal a estratégia para um plano de vacinação em escala nacional, no âmbito da ADPF 754.

Em dezembro de 2020, a OMS emite a primeira validação para uso emergencial da vacina para a farmacêutica *Pfizer/BioNTech*. Ao mesmo tempo, o Governo do Estado de São Paulo anunciou o início da vacinação de sua população para 25 de janeiro de 2021. Atendendo ao pedido do STF, em 15 de dezembro de 2020 o Ministério da Saúde apresentou um esboço da proposta de plano de vacinação a ser realizada em quatro etapas, considerando-se a idade, comorbidade e ocupação do indivíduo.

Ainda em dezembro de 2020 o Supremo Tribunal Federal decide pela obrigatoriedade da vacinação, bem como da possibilidade de que os Estados, municípios e Distrito Federal aplicarem sanções aos indivíduos que se recusassem a receber a vacina². Enquanto isso, o então Presidente da República adotou posicionamento negacionista, no sentido de questionar os efeitos colaterais da vacinação, ocasião na qual ironicamente disse que as pessoas que tomassem o imunizante iriam se transformar em jacarés, complementando a onda de desinformação que se instalou no Brasil (EL PAÍS, 2020).

Já no mês de janeiro de 2021, com a chegada dos primeiros dados após a aplicação da vacina *Pfizer*, a OMS emite um comunicado informando não haver fatalidades ou efeitos adversos inesperados relacionados à vacina, além de passar a analisar o uso da vacina “Moderna mRNA-1273”. No Brasil, a *coronavac* atinge o limiar da eficácia mínima de 50% e é aprovada emergencialmente pela Anvisa, juntamente com o imunizante Astrazeneca/Oxford (Nexo Jornal, 2020).

Apesar de inicialmente prever o início da vacinação em massa para ocorrer entre 20 de janeiro e 10 de fevereiro de 2021, quando questionado, o Ministro da Saúde disse que a imunização começaria “*no dia D, na hora H*”. Essa crise é agravada pelo colapso do sistema de saúde de Manaus, na qual o desabastecimento de cilindros de oxigênio causou pelo menos 30 mortes desencadeadas pela falta do produto (G1, 2021).

Complementarmente, as doses que eram esperadas na produção pela FioCruz não são disponibilizadas em razão da escassez do IFA (ingrediente farmacêutico ativo) que viria da Índia, a qual por sua vez, não autorizou a exportação dos produtos devido à necessidade para uso na concretização do próprio calendário de imunização (Nexo Jornal, 2021). Frente à ausência dos produtos, o Ministério da Saúde fez uma requisição ao Instituto Butantan, para que fornecesse 6 milhões de doses da *coronavac*.

A entrega não se concretizou diante da recusa do próprio Instituto Butantan, em razão da não apresentação de um plano vacinal formulado pelo Governo Federal que pudesse distribuir as doses em escala nacional, bem como qual a quantidade de doses permaneceria no Estado de São Paulo para início da imunização (Folha, 2021). Esse movimento marca a mudança de comportamento do então Presidente, que não apenas havia afirmado que o Governo Federal não adquiriria as doses da

² Vide ADI 6586, 6587 e do ARE 1267879

“vacina chinesa”, como por diversas vezes desacreditou a eficácia do imunizante (EL PAÍS, 2021).

Em 17 de janeiro de 2021, é iniciada a vacinação com a aplicação do imunizante do Butantan em São Paulo, em cerimônia realizada pelo Governo do Estado. Três dias depois, o Ministério da Saúde divulgou a atualização do plano de vacinação, aumentando a previsão de vacinados em grupos prioritários e garantindo maiores estoques de seringas e agulhas para aplicação. Com isso, deu-se início a imunização em todo o país (G1, 2021).

No mesmo mês, o Conselho Federal de Medicina lançou uma nota se posicionando contra o aplicativo vinculado ao Ministério da Saúde, lançado no início do mês, “TrateCov”, que em alguns casos indicava o uso de tratamento precoce sem comprovação científica, tal como o da hidroxicloroquina, em alinhamento ao posicionamento do Planalto. O aplicativo foi retirado do ar imediatamente e mais tarde foi explicado como o vazamento de um projeto inacabado, ainda em fase de testes (G1, 2021).

Em fevereiro de 2021, a vacinação foi interrompida em razão da falta de estoque de doses dos imunizantes (G1, 2021). O Supremo Tribunal Federal decide pela possibilidade de que os Estados, Municípios e Distrito Federal pudessem adquirir as doses em caso de descumprimento do plano nacional de imunização (OAB, 2021), bem como nos casos nos quais a Anvisa não concedesse a autorização em 72 horas, desde que os imunizantes tivessem tido aprovação perante agências de saúde internacionais. Mesmo com o início da vacinação, o Brasil passa a enfrentar a segunda onda de alta do vírus.

No mês de março, apenas 4 horas após um pronunciamento do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Planalto convoca uma cerimônia para anunciar que sancionaria três dispositivos para facilitar a aquisição de imunizantes pelos entes federativos. Apesar de, diferentemente das demais manifestações, os participantes estivessem utilizando máscaras, o então presidente ainda defendeu o que chamou de “tratamento imediato”. No mesmo mês ocorreu a troca do Ministro da Saúde, com a entrada de Marcelo Queiroga no cargo (G1, 2021).

Em abril, o Senado Federal instalou a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar a conduta do Governo Federal no enfrentamento da pandemia, realizando a oitiva de mais de 50 depoimentos, quebrando 251 sigilos e analisando 9,4 terabytes de documentos relacionados à emergência sanitária. O relatório

produzido pelo senador Renan Calheiros recomendou o indiciamento de 66 pessoas relacionadas com manobras de uma política negacionista que possivelmente aumentou o número de casos e óbitos pelo vírus, assim como o incentivo aos tratamentos sem base científica e as omissões nas negociações para a compra de vacinas (AGÊNCIA SENADO, 2021).

A CPI focou em investigar ações e omissões do Governo Federal, além do desvio de recursos repassados para Estados e Municípios no combate à pandemia, abordando temas como colapso em Manaus, velocidade da vacinação, "gabinete paralelo", uso da cloroquina, entre outros. Destacam-se as denúncias de irregularidades em processos de compra de vacinas, envolvendo suspeitas de superfaturamento, pedido de propina e a demora injustificada para o procedimento de aquisição (AGÊNCIA SENADO, 2021).

Na divulgação do relatório produzido na CPI, as omissões do Governo Federal foram categoricamente reconhecidas e rechaçadas, à medida que as conclusões das investigações apontaram o aumento significativo de casos e óbitos no Brasil em razão da ineficácia das ações governamentais. A União foi ainda acusada de agir de forma negligente e anti-científica, promovendo uma possível imunidade de rebanho e indicando tratamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, concluindo também que a inadequada implementação de medidas não farmacológicas importaram no agravamento da crise³.

Em agosto de 2021 o Brasil atingiu a marca de 50% dos brasileiros imunizados com pelo menos uma dose da vacina, enquanto 22% já estavam com o esquema vacinal completo. Em setembro de 2021 iniciou-se a vacinação em adolescentes, tendo como prioridade aqueles entre 12 a 17 anos com comorbidades ou que integram o grupo de risco. Já em dezembro de 2021 a vacina foi aprovada pela Anvisa para imunização de crianças de 5 a 11 anos.

³ A CPI concluiu ainda que a questão vacinal foi a principal omissão do governo federal durante a pandemia de COVID-19, caracterizada pelo atraso na sua negociação e compra, o que resultou em um impacto negativo significativo na saúde pública evidenciado pela alta taxa de mortalidade e na propagação de novas variantes do vírus. Estudos mencionados na comissão indicaram que milhares de vidas poderiam ter sido salvas se o governo tivesse agido mais rapidamente na compra de vacinas, como a Pfizer, laboratório este que foi deliberadamente deixado sem resposta quando do oferecimento das doses. Complementarmente foram reconhecidas outras omissões, destacando-se ao colapso do sistema de saúde do estado do Amazonas, onde o governo federal optou pela promoção de tratamentos precoces sem respaldo científico, as graves irregularidades envolvendo a compra da vacina Covaxin, o especial impacto sobre os indígenas e o uso de recursos públicos destinados a tratamentos ineficazes.

(<https://legis.senado.leg.br/atividade/comissoes/comissao/2441/mna/relatorios>)

O ano de 2022 inicia-se justamente com uma alta brusca de casos diários, com picos entre janeiro e fevereiro, quando chegou-se a notificar quatro milhões de casos. Apesar da alta, a variante “Ômicron” foi menos letal, fato este consequente também da vacinação que já havia sido disponibilizada a grande parte da população em pelo menos uma dose e que agora já completava um ano do início do plano vacinal (CNN, 2022).

Em 22 de abril de 2022 deste mesmo ano, foi decretado o fim do Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, seguindo critérios remanescentes de manutenção de autorização de uso emergencial e priorização na análise de solicitações de registro de insumos utilizados no enfrentamento a pandemia, bem como a manutenção de testagem rápidas nas farmácias (CNN, 2022). O saldo da pandemia até o fim de 2022 foi de mais de 36 milhões de casos notificados e 693.853 mortos pelo vírus.

Assim como as baixas, foi significativo o impacto da pandemia para o contexto político e social brasileiro. A crise sanitária escancarou as desigualdades estruturais do Brasil, reforçadas pela maior mortalidade entre populações pardas e pretas, com menor escolaridade e oriundas de regiões com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo (Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, 2020), demonstrando a ineficiência das instituições em promover ações que estancassem os obstáculos da contaminação.

Nesse viés, o recorte se soma de forma muito clara a uma visão macroscópica da crise de representatividade democrática experienciada na última década, sobretudo evidenciada pelo aumento da polarização política e do já sedimentado populismo no Brasil (RICCI, IZUMI, MOREIRA, 2021). Em verdade, a atuação do Governo Federal, não por acaso, se revelou completamente alinhada com a concepção populista uma vez que corrobora com a visão polarizada e hipereleitoral de soberania do povo e a domesticação de instituições não eleitas (HERNANDEZ, PIOVESAN, 2022, p. 376).

A opção do então Presidente da República e do Ministério da Saúde por uma conduta “não técnica” culminou no risco concreto de infecção em larga escala, mesmo durante o longo período em que não havia indicativos de imunização ou cura possíveis, assim como foi constatado pela Comissão Parlamentar de Inquérito da pandemia (SENADO FEDERAL, 2021, p. 1270).

Apesar de não ter sido uma individualidade da experiência brasileira, a postura negacionista do Governo Federal quanto aos avanços científicos na pandemia gerou um excedente estimado em 120 mil mortes evitáveis, se considerado somente o ano de 2020 (OXFAM, 2021). Com as informações obtidas posteriormente, foi possível verificar que as baixas poderiam ter sido reduzidas caso a União optasse por adotar medidas sanitárias preventivas e o distanciamento social (WERNECK, BAHIA e outros, 2021, p. 19).

Nesse cenário, houve o deslocamento do poder efetivador dos direitos sociais, passando o Supremo Tribunal Federal a assumir um relevante espaço decisório das disputas sociais e político-partidárias que, no âmbito da judicialização, buscavam transpor ou neutralizar as omissões do Governo Federal que no contexto se demonstrou ineficaz na criação de políticas públicas de combate ao vírus (FERNANDES, OUVENEY, 2022, p.49-50).

Esse movimento se misturou com o esdrúxulo desempenho do Planalto em diversos âmbitos da pandemia, evidenciados sobretudo pelo Senado Federal quando da Comissão Parlamentar de Inquérito, que verificou inegáveis negligências praticadas pelo Presidente e seus subordinados durante o período pandêmico, o que fortaleceu ainda mais a sensação de insatisfação com a narrativa negacionista assumida por Jair Bolsonaro.

Com essa provocação do judiciário, a corte, por sua vez, passa a exercer sua função de sanar os conflitos federativos ao alterar seu entendimento sobre federalismo, adotando uma tendência mais descentralizada, que favorece a competência dos Estados, Municípios e Distrito Federal para a incorporação de suas próprias políticas públicas de saúde, passando a permitir que as medidas sanitárias fossem criadas ainda que em desconformidade com a determinação da União. (GODOY, TRANJAN, 2022, p. 4).

1.2- Atuação do Supremo Tribunal Federal em meio ao período pandêmico.

Apesar das robustas transformações trazidas como consequência da pandemia, é de se observar que os limites temporais do estado de calamidade duraram essencialmente três anos: 2020, 2021 e 2022, quando ainda não havia sido possível o retorno integral das atividades da população. Naturalmente, as políticas públicas voltadas à contenção dessa crise foram criadas conforme as possibilidades

de infraestrutura e de materiais, baseadas nas evidências que se tinham sobre a doença e que inicialmente eram extremamente escassas.

O ano de 2020, por exemplo, foi marcado pela incerteza quanto ao comportamento e possibilidade de cura da doença, dando origem a políticas públicas de saúde preventivas de modo a diminuir a circulação do vírus, mediante controle e até impedimento de funcionamento de determinados setores da economia, além do distanciamento social e obrigatoriedade do uso de máscaras. No ano de 2021, por sua vez, em um contexto de uma possível forma de imunização com os testes das vacinas, passa-se a discutir a maior campanha de vacinação a ser implantada pelo Sistema Único de Saúde até então (BRASIL, 2021).

Já no ano de 2022, se iniciam as aplicações do imunizante, fazendo com que as políticas públicas se voltassem à concretização do plano vacinal. Dessa forma, o recorte temporal proposto pela presente pesquisa se esgota no início de 2022, tendo em vista o término da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e que as demais informações que concernem à vacinação serão observadas quando do estudo de caso (capítulo 3).

Dito isso, se observados os dados quanto à propositura de ações de controle concentrado relativas ao direito à saúde junto ao Supremo entre os anos de 2020 e 2021, é possível verificar uma tendência muito própria em relação ao padrão de julgamento do órgão antes e durante o período, na qual se evidencia uma tendência de favorecimento dos Estados, Municípios e Distrito Federal em face da União.

Esse movimento indica uma nova visão quanto ao conceito de federalismo, ventilada sob a perspectiva do conflito federativo como uma característica das matérias levantadas quanto a temática da pandemia, especialmente no que tange a competência para criação de políticas públicas em saúde. Esse comportamento é evidenciado numericamente pelo aumento de Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental propostas, bem como quando analisadas mais a fundo quanto à natureza dos autores das ações.

O significativo número desses litígios, tratando de discordâncias entre a União, Estados, Municípios e Distrito Federal (GODOY TRANJAN, 2022, p. 8), demonstram a utilização dessas ações como instrumento voltado à reparação de lesões resultantes de atos do poder público e o questionamento de atos normativos federais, que à época foram judicializados na tentativa de permitir que os outros entes pudessem suprir as omissões do Executivo Federal.

Além disso, quando observados os autores das ações, verifica-se a expressividade dos Estados e governadores que, juntos, detêm a autoria de 24% das ações relacionadas à pandemia. O estremecimento institucional vem também dos pontos debatidos nas ações, considerando que em 33% delas foi identificado conflito federativo, dessas quais em 79% foi reconhecida a competência concorrente entre os demais entes da federação (GODOY, TRANJAN, 2022, p. 9 e 10).

Ressalta-se, no entanto, que a mera propositura das ações não está ligada diretamente ao efeito no campo político. Corrobora com este argumento o fato de que, numericamente, o recebimento de ações pelo Supremo Tribunal Federal apresentou, na maioria dos ramos do direito, uma tendência de queda ou estabilidade durante os últimos anos, sendo um ligeiro aumento somente quanto aos temas ligados ao direito penal, processual penal e à saúde (STF, 2022).

Assim, verifica-se que a observação da atuação do órgão quanto ao plano político deve ser realizada também qualitativamente, para que se elenque a repercussão das decisões no mundo fático e assim se possa se considerar a atuação do STF como efetivamente política (CARVALHO, 2004, p.122). Isso porque, se as decisões do tribunal tivessem adotado uma tendência de manutenção dos atos já praticados, não há o que se falar em inovação no plano político, mas tão somente a anuência à posição assumida pelo Governo Central.

Em suma, o processo de politização do Supremo resulta não da postulação, mas da mudança de entendimento que passou a contrariar atos provenientes dos poderes executivo e legislativo. É justamente essa a quebra de tendência que se verificou no período pandêmico, caracterizada pela mudança de posicionamento que até então era majoritariamente no sentido de manter os atos do Governo Central (OLIVEIRA, MADEIRA, 2021, p.1 e 2).

Este comportamento ativo não é exatamente novo, visto que a instituição tem se consolidado como agente atuante no plano político brasileiro desde o início dos anos 1990, com a instrumentalização do órgão no enfrentamento político entre governo e oposição. Assim, a verdadeira inovação dessa atuação mais recente é a alteração do padrão de julgamento, que passou a favorecer um deslocamento do poder tradicionalmente conferido à União, para os demais entes federativos (OLIVEIRA, MADEIRA, 2021, p.1 e 2).

A grande mudança de entendimento do tribunal se originou das deliberações da corte sobre a competência de cada ente federativo para implementar medidas de

controle dos danos ocasionados pela COVID-19 em diversas esferas da administração pública (GODOY, TRANJAN, 2022, p. 5). Os julgamentos que antes em sua maioria tinham o sentido de conferir à União a competência dos atos, passam agora a incluir os Estados e Municípios como entes legítimos para adotar as medidas de enfrentamento necessárias frente à crise sanitária⁴, inclusive em âmbito territorial⁵, assumindo um viés cooperativo.

É seguro dizer que com a crise sanitária se estabelece o início de um sentido descentralizador das decisões, baseando-se em evidências científicas e argumentos principiológicos quanto a busca pela melhor realização do direito à saúde, na preponderância dos interesses coletivos e no exercício do controle de constitucionalidade para garantia de direitos fundamentais, levando em consideração o contexto das omissões praticadas até então (GODOY, TRANJAN, 2022, p.4 e 7).

Nesse cenário, o Tribunal passou a enfrentar o problema da natureza diversa das pautas deliberadas no período aqui discutido, ainda que seja possível verificar que, ao fim e ao cabo, todas as decisões estavam enraizadas na garantia do direito à saúde em alguma instância. Mesmo com essa análise multitemática, é possível agrupar os resultados dos julgamentos por meio de seu caráter paradigmático, conforme eixos temáticos consequenciais da pandemia de COVID-19 e seu respectivo oferecimento por meio das políticas públicas, tendo como base a divulgação de relatórios do próprio Tribunal (BRASIL, 2021).

O primeiro eixo temático se deu pelo conjunto de julgamentos quanto ao reconhecimento da competência dos Estados e Municípios, que não se restringiu ao enfrentamento da crise quanto ao cuidado médico hospitalar, passando a ser possível também que os demais entes impusessem medidas de restrição de circulação de pessoas⁶ e a obrigatoriedade do uso de máscaras em locais fechados⁷, bem como realizassem requisições administrativas⁸ tais quais a de ventiladores pulmonares e insumos para a produção de vacinas⁹.

No segundo eixo, quantos aos gastos e funcionalismo público, foram admitidas possibilidades de expansão das ações governamentais temporárias,

⁴ ADI 6341

⁵ ADPF 972

⁶ ADI 6343

⁷ ADPF 714

⁸ ADI 6362

⁹ ACO 3393

conforme os limites de gastos¹⁰ e a Lei de Responsabilidade Fiscal, sem que se exigisse a comprovação da adequação com a referida lei¹¹. Além disso, os agentes públicos foram abrangidos pelas decisões do órgão, à medida que se reconheceu a possibilidade de responsabilidade civil e administrativa por atos relacionados à pandemia¹².

Em um terceiro eixo, tomadas as proporções das omissões do Governo Federal e a reconhecida vulnerabilidade resultante da pré-existente carência em infraestrutura sanitária e de saúde, quanto aos povos culturalmente diferenciados, houve a deliberação junto ao Plano Nacional de Combate aos efeitos da pandemia na comunidade quilombola¹³ e a discussão sobre a tutela do direito à vida e à saúde de povos indígenas¹⁴, que enfrentaram uma significativa letalidade decorrente da ausência de políticas públicas, em especial no caso do povo Yanomami (SILVA, ESTELLITA-LINS, 2021, p. 275).

Por último, dentre os assuntos deliberados, o Tribunal julgou questões centrais da possibilidade de controle da pandemia por meio da imunização. Não apenas reconheceu que a vacinação não poderia infringir limites do consentimento do cidadão¹⁵, mas decidiu sobre a pretensão da criação de um plano vacinal conforme critérios¹⁶ de classes e subclasses, bem como da ordem de preferência, além de reconhecer as garantias de acesso à informação¹⁷ e dados epidemiológicos¹⁸.

Os impactos dessa tendência não foram somente no âmbito das políticas públicas, já que a descentralização favoreceu as forças de oposição ao Governo, que se municiaram das altas taxas de contaminação e mortes para descategorizar a diligência federal e ocupar este vazio institucional. Essa busca pelo ganho de capital político, se verificou no protagonismo pela busca de uma possível vacina, quando o governador de São Paulo, João Dória, passou de aliado para oposição ao Presidente (VAZQUEZ, SCHLEGEL, 2022, p. 13).

¹⁰ ADI 6394

¹¹ ADI 6357

¹² ADI 6421

¹³ ADPF 472

¹⁴ ADPF 709

¹⁵ ADI 6586

¹⁶ ADPF 754

¹⁷ ADI 6347

¹⁸ ADPF 690

Em resumo, não só o tribunal era tratado como oposição, mas como fortalecedor dos demais opositores. Isso se observa das diversas declarações do então Presidente, que se expressava fortemente avesso às decisões descentralizadoras do tribunal em sede de judicialização proposta por outros partidos, valendo-se de uma narrativa que defendia que o órgão estaria impedindo de governar, bem como declarou à época que *“De três anos de governo, dois são de guerra na questão da covid. Não pudemos trabalhar. Você vê: a cada 10 decisões do STF, nove são contrárias à gente, e são propostas por partidos que não têm voto dentro do parlamento”* (CORREIO BRAZILIENSE, 2022).

Nesse contexto, percebeu-se que a união institucional em prol do combate ao vírus envolveu uma complexa interação entre as diferentes esferas de Governo Federal, Estadual e Municipal, principalmente sobre as questões que tangem sobre as medidas de saúde pública. Paralelamente, os poderes legislativo e judiciário se alçaram a um papel de destaque na busca por equilíbrio entre competências e na garantia dos direitos constitucionais, o que foi complementado pela colaboração entre instituições variadas, tais como órgãos de saúde e entidades da sociedade civil.

Especialmente em se tratando o Supremo Tribunal Federal, essa atuação ativa no recorte pandêmico veio por meio da mudança de entendimento jurisprudencial, que passou a reconhecer a competência dos Estados e Municípios para implementar medidas de controle da pandemia, descentralizando as decisões anteriormente centralizadas na União, que causou não apenas o impacto nas políticas públicas, mas também no cenário político partidário já inflamado.

Por meio das decisões é possível constatar, portanto, que a Corte teve um papel significativo durante a pandemia, especialmente no que diz respeito aos conflitos federativos relacionados à competência dos demais entes para criação de políticas públicas, passando a integrar um movimento de união institucional experienciado no cenário de calamidade, somente pelo qual foi possível o enfrentamento além da narrativa negacionista do Governo Federal.

1.3- Judicialização da saúde e federalismo no STF

Os conflitos federativos não se restringem tão somente aos choques entre poderes estatais, mas também ocorrem entre entes subnacionais, como evidenciado

nos embates políticos para a prestação de serviços de saúde no período pandêmico. No contexto brasileiro, essa dinâmica depende diretamente do Supremo Tribunal Federal, já que o órgão desempenha um papel crucial na resolução de conflitos entre a União, os Estados e o Distrito Federal, utilizando-se do sistema de freios e contrapesos para garantir a separação dos poderes e evitar arbitrariedades (HANAI, ABRANTES, PEREIRA, p. 454 e 455).

Complementarmente, o tribunal esteve historicamente envolvido com as garantias do direito à saúde, não somente pela defesa do texto constitucional, mas também pelo reconhecimento do dever estatal de sua prestação por meio da Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 (STA 175), que já em 2010 definiu os parâmetros a serem adotados na deliberação da judicialização dessas pautas, especialmente quanto ao princípio da integralidade do sistema público de saúde (FREITAS FILHO, 2023, p.1)

A compreensão da Corte foi pela interpretação elástica dos dispositivos constitucionais que garantem o direito à saúde, estabelecendo sua concepção como absoluta e prioritária ao entender pela legitimidade de que os juízes determinassem que o Estado forneça medicamentos e tratamentos médicos, mesmo em situações específicas nas quais há falta de recursos orçamentários ou quando o custo é excessivamente alto, desde que cumpridos requisitos de ausência dessa prestação estatal (FREITAS FILHO, BRUM, 2014, p. 62).

Segundo o Supremo, a prestação estatal é o primeiro critério a ser analisado quando da judicialização, devendo-se saber antes de tudo, se de fato as políticas públicas existentes são omissas ou ineficientes quanto à prestação pleiteada. A partir disso verifica se ausência do serviço ou produto se deve ao vazio legislativo, de uma determinação administrativa de não fornecimento ou do oferecimento de tratamento alternativo em detrimento do requisitado no sistema público (STF, 2010). Dessa maneira, apesar da já citada interpretação elástica abrangente quanto às políticas públicas de saúde (FREITAS FILHO, BRUM, 2014, p 52), o direito aos medicamentos e tratamentos não é ilimitado.

Isto posto, o Tribunal entendeu desde logo que o Estado, em regra, não estaria compelido a oferecer tratamentos experimentais, assim como somente ofereceria tratamentos não incluídos no protocolo do SUS quando oferecidos em rede particular e com ampla instrução probatória, evitando que a garantia do direito

fundamental à saúde importasse o oferecimento irrestrito de práticas e produtos às custas dos cofres públicos (STF, 2010).

Uma vez que o entendimento foi firmado em um contexto no qual era impossível prever uma crise na saúde pública da magnitude da trazida pela disseminação da COVID-19, o Tribunal manteve somente em parte os parâmetros adotados na época. Esse comportamento corresponde ao contexto de calamidade no qual não havia tempo hábil para o regular procedimento de autorização e registro das práticas.

A inovação observada em relação aos antigos parâmetros de julgamento da judicialização da saúde foi a possibilidade de que a previsão dos medicamentos e tratamentos pudesse ser relativizada e os produtos obtidos e distribuídos com uma maior celeridade na cobertura pública, desde que a inclusão fosse baseada em evidências científicas e padrões internacionais.

Isso se aplica fortemente às ações sanitárias na pandemia que, buscando a proteção do direito à vida e à saúde, não se propunham somente a realizar naquele momento os objetivos específicos de combate ao coronavírus por meio de ações que versassem sobre a obrigatoriedade de realização do distanciamento social e a suspensão de serviços não essenciais, mas também dependiam da facilitação de implementação de inovações sobre no atendimento, medicamentos e notadamente dos insumos destinados a imunização da população.

Nesse plano, à medida que o STF analisou os casos, além de reconhecer os direitos fundamentais que ali encontravam-se em cheque, também deliberou sobre como esses objetivos seriam concretizados. Isso se evidenciou pela formulação de um precedente e a determinação direta de que os demais poderes suprissem as omissões ou cessassem violações por meio da produção de atos ou leis. É por essa razão que o tribunal se consolidou, naquele contexto, como via eficaz de medidas de urgência que em regra deveriam ser remediadas pelo executivo ou legislativo.

Devido à natureza multidisciplinar e específica dos temas, os ministros se posicionaram no sentido de lastrear suas decisões em um parâmetro comum de segurança de que as ações estatais sejam adequadas ao caso. Considerando a velocidade com a qual o conhecimento sobre a doença se alterava, a Corte tomou entendimento que privilegiava o embasamento em evidências científicas, em especial aquelas produzidas pelos órgãos internos e internacionais quanto ao tratamento do vírus. (LUI, MADEIRA, CÂMARA, 2023, p. 608 a 611).

No que pese essa conduta já ter sido utilizada desde os primeiros julgamentos sobre temas da saúde e bioética, tal como se verificou no famoso julgamento da ADI 3.510 sobre a pesquisa com células tronco (ACERO, 2021, p. 860-862), foi só com o contexto negacionista criado durante a pandemia (CASTILHO, LEMOS, 2021) que o Supremo se posicionou mais fortemente como defensor da ciência como instrumento balizador da garantia de direitos fundamentais.

Apesar desse denominador comum, a enorme variedade de campos temáticos enfrentados pelo Tribunal quando dos julgamentos fez surgir a necessidade de que órgãos e instituições especializadas se manifestassem sobre a pautas que estavam em discussão. Essa participação, no entanto, não era nova, tendo em vista que uma importante parte das determinações de enfrentamento da judicialização da saúde no Brasil foi a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), em 2010, e dos Comitês Estaduais e dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NATJUS), em 2018 (FREITAS FILHO, 2023, p.1).

Além disso, os próprios grupos sociais se mobilizaram em prol da participação nos casos com a relevância como a observada nas discussões sobre a pandemia, o que se comprova pela natureza da autoria das ações que tratavam de repercussões da emergência em saúde causada pelo vírus, postulados não só por entidades especialistas, mas por grupos de confederações, associações, sindicatos¹⁹ e partidos²⁰ (GODOY, TRANJAN, 2022, p.9), o que reforçava o caráter político e social das deliberações.

Mesmo utilizado em contextos análogos, o termo “evidências” no âmbito das políticas públicas pode ser tratado de diversas formas, se revelando como um conceito extremamente amplo e multidimensional. Inicialmente parte-se do pressuposto de que a lógica do termo vem de um conjunto de diretrizes orientadoras capazes de promover a construção minimamente epistemológica dentro de uma conjuntura social e política (PINHEIRO, 2023, p. 23).

Isso porque, no mundo prático, as políticas públicas seguem critérios sistemáticos de elaboração, que importam fatores externos ao que seria considerada

¹⁹ ADPFs n. 665, 666, 672; ADIs n. 6.362, 6376; ADPF n. 675; ADIs n. 6.405, 6.406, 6.410, 6.411, 6.423, 6.435, 6.438, 6.432; ADPF n. 687; ADIs n. 6.441, 6.444, 6.448; ADPF n. 692; ADIs n. 6.451, 6.456, 6.465; ADPFs n. 701, 702, 703, 706, 713; ADI n. 6.485; ADPF 720; ADIs n. 6.484, 6.486; ACOs n. 3.417, 3.418; ADIs n. 6.495, 6.498, 6.526, 6.538, 6.541, 6.542, 6.575, 6.588; ADPF 770; e ADI 6.445

²⁰ ADIs n. 6.341, 6.343; ADPF n. 671; ADI n. 6.381; ACO n. 3.387; ADPFs n. 676, 680; ADIs n. 6.442, 6.443, 6.447; ADPFs n. 690, 691; ADIs n. 6.491, 6.493, 6.497, 6.525, 6.586, 6.587; ADPF n. 756; ADIs n. 6.623, 6.625; ADPFs n. 773, 785; e ADI n. 6.450.

evidência no caso concreto, tais como a disponibilidade de recursos a serem destinados a concretização daquele ato, os princípios administrativos, os valores morais da sociedade e comumente a agenda e racionalidade limitada do “*policy maker*” (PINHEIRO, 2023, p. 25).

Especialmente no recorte pandêmico, esses critérios ocuparam um espaço ainda mais sensível, tendo em vista os recursos limitados e a própria obscuridade quanto às evidências que se tinha acerca do vírus. Em outras palavras, a situação enfrentada no âmbito das políticas públicas voltadas à contenção e tratamento da emergência sanitária era de uma tomada de decisão simultânea à descoberta das evidências que possivelmente a justificariam.

Trazendo para termos práticos, tem-se o exemplo da determinação do uso obrigatório de máscaras, que inicialmente foi indicado somente em ambientes de tratamento do vírus, mas, após constatada a necessidade de utilização em ambientes domésticos e de convívio comum, suscitou a necessidade de alteração da política pública anterior. Ambas as determinações foram baseadas nas evidências existentes na época, ou seja, a conduta não garante uma solução estática, mas sim a escolha fundamentada dentro das possibilidades que se apresentam no contexto.

Além disso, as evidências que sustentam a funcionalidade das políticas públicas são apenas instrumentos utilizados por pessoas e/ou organizações que atuam com propósitos conscientes, sendo necessário analisar não apenas o contexto da aplicação, mas principalmente os problemas alvos das políticas públicas. Essa análise mais cuidadosa e ampla busca vencer a “tentação da generalização”, para que se possa conectar a criação dos atos aos resultados de sua efetiva implementação no plano fático (PINHEIRO, 2023, p. 39).

A utilização desse parâmetro para a análise judicial das políticas públicas nos julgamentos ganha destaque no contexto de descrédito das recomendações científicas durante a pandemia no Brasil, principalmente por parte do então Presidente da República e da administração federal, o que abriu um espaço de atuação para que o Supremo Tribunal Federal desempenhasse um papel significativo ao valorizar as evidências científicas nas decisões relacionadas à pandemia (LUI, MADEIRA, CÂMARA, 2023, p.611).

O Supremo Tribunal Federal atuou a partir de um consenso de que políticas embasadas em conhecimento técnico têm maior efetividade e exigiram que o

Governo Federal seguisse as recomendações de instituições como a Organização Mundial da Saúde e a Anvisa, que apesar de por vezes ser usada de forma selecionada com a finalidade de reforçar os pontos defendidos nos votos, representaram significativos obstáculos à política negacionista (LUI, MADEIRA, CÂMARA, 2023, p.608 a 611).

O projeto de governo de Jair Bolsonaro que, entre outros aspectos, sempre prezou pela centralização do poder nas mãos da União, passou a antagonizar o reconhecimento de competência dos demais entes como artifício para justificar sua própria inação. Apesar de argumentar que o Tribunal estaria retirando poder do executivo federal, restou claro que a descentralização não impedia as ações do Governo, apenas as considerava sob uma ótica de cooperação.

Além disso, verificou-se que a narrativa do Planalto para a não aplicação de medidas de distanciamento pretendia evitar a responsabilização do Governo em quaisquer que fossem os resultados da pandemia. Isso porque, deixando os Estados e Municípios realizarem o isolamento, em caso de alta dos casos, poderia dizer que a medida é ineficaz, enquanto que, se os casos diminuíssem, poderia questionar a gravidade da pandemia (VAZQUEZ, SCHLEGEL, 2022, p.12).

Fato é que as omissões da União, favoreceram ainda mais um movimento prévio do Tribunal no sentido de utilizar seus poderes de limitação e provocação dos atos do Executivo e do Legislativo para possibilitar a criação de políticas públicas de saúde, que se tornaram essenciais na pandemia, sem prejuízo de relativizar o próprio entendimento quanto a judicialização dessas matérias em prol de uma maior celeridade quanto às tentativas de superação da crise.

As repercussões dessa atuação, bem como a possibilidade de retorno ao status anterior, no entanto, só poderão ser observadas passado um limite temporal que permita a observação do órgão nos anos seguintes ao retorno da realidade pós-COVID, ainda considerando as sequelas econômicas e sociais remanescentes do período, além de uma transição de governo com a entrada de Luiz Inácio Lula da Silva no lugar antes ocupado por Jair Bolsonaro e a nova composição do Congresso Nacional.

CAPÍTULO 2- ADPF 770 E SUPREMO POLÍTICO

O conceito de jurisdição se expandiu no contexto do neoconstitucionalismo e é reconhecido no direito brasileiro como uma enfatização da força normativa da Constituição e da hermenêutica constitucional. Este movimento implica em uma função jurisdicional a ser exercida de forma mais ampla e ativa, buscando ser adaptada às novas realidades jurídicas e sociais e contemplar de forma mais apropriada as mudanças graduais das experiências judicializadas (COPI, KLEIN, 2014, p. 143).

Nesse sentido, a jurisdição no Direito Constitucional contemporâneo deve ser compreendida levando em consideração a constante revisão ocasionada diante de novos tipos de processos, como os casos repetitivos e o controle concentrado de constitucionalidade. Essas revisões refletem as mudanças na função do Judiciário e o impacto das decisões judiciais na sociedade com base no mundo fático e na própria mudança da realidade contextual dos direitos analisados (COPI, KLEIN, 2014, p. 146 e 147).

Em muitos casos, a dificuldade em compreender o exercício da jurisdição no direito brasileiro se deve ao fato de que em processos objetivos, não há lide direta entre partes, tal como se observa no controle concentrado de constitucionalidade. Em outros casos, há ainda uma multiplicidade de partes, quando o interesse em jogo é deliberado em processos coletivos. Esses processos trazem novos desafios para a aplicação desse conceito, pois exigem uma abordagem que vai além da simples resolução de conflitos individuais (BARROS E DA CUNHA JR, 2020, p. 89 e 90).

Essa atuação demonstra uma verdadeira função política do Judiciário, que fica particularmente evidente em decisões de controle concentrado, que têm efeitos *erga omnes*, e em processos coletivos, que afetam um grande número de pessoas. O Tribunal exerce assim uma atuação de distinção entre o direito material e o direito processual, realizando por meio da jurisdição o ato de "dizer o direito", isto é, interpretar e aplicar o direito material por meio dos instrumentos aqui estudados (BARROS E DA CUNHA JR, 2020, p. 90).

Especialmente na perspectiva da pandemia, a jurisdição não representa apenas uma função declaratória, mas também criativa e inovadora, tendo em vista que o Supremo Tribunal Federal, ao aplicar o direito, muitas vezes se viu na necessidade de interpretar normas em contextos novos. Apesar da imparcialidade do juiz ser essencial e ter um peso até mesmo principiológico, em muitos casos concretos, tal como se revela no contexto estudado, a neutralidade era impossível,

dado que não apenas as decisões já carregariam algum grau de subjetividade, mas os próprios julgadores estavam inseridos na situação de calamidade da saúde, sendo eles mesmos sujeitos as omissões do Governo Federal na qualidade de cidadãos.

De forma mais específica, a ampliação da jurisdição é realizada por meio de instrumentos do processo constitucional, ou seja, as ações, que se estabelecem em um espaço que não apenas busca garantir a legitimidade democrática das decisões judiciais, mas também levanta questões sobre a concentração de poder no Judiciário e o papel das cortes constitucionais como "legisladores negativos". Dessa forma, o controle concentrado de constitucionalidade importa a seus atores um papel político significativo, uma vez que permite que o Supremo Tribunal Federal declare a inconstitucionalidade de leis, afetando todo o ordenamento jurídico (BARROS E DA CUNHA JR, 2020, p. 91).

Assim, fica estabelecido que em adição às mudanças e adequações necessárias dos próprios julgadores, a evolução do Direito Constitucional exige a reformulação contínua do conceito de jurisdição para abarcar as novas realidades e desafios apresentados por processos, especialmente os coletivos. O grande desafio, em última instância, passa a ser adaptar a jurisdição para que continue sendo um instrumento de legitimidade democrática, sem se desviar do seu papel essencial de garantir a aplicação correta do direito e sem que seja confundida com uma forma de ativismo judicial.

Dito isto, considerando a relação entre o exercício da jurisdição e a ação como o instrumento que inicia um procedimento judicial e promove a análise de questões jurídicas pelo Judiciário, a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), prevista na Constituição de 1988 e regulamentada pela Lei 9.882/99, expandiu a jurisdição do STF, tendo como objetivo evitar ou reparar lesão a preceito fundamental, resultante de ato do Poder Público (artigo 1º)²¹.

Uma vez que o direito de ação nasce das supostas violações constantes em atos do poder público, com grande frequência esse é o instrumento utilizado para a judicialização de questões envolvendo políticas públicas ou a ausência de sua prestação. Essa relação enfatiza a necessidade de estabelecimento de um limiar

²¹ "Art. 1º - A arguição prevista no § 1o do art. 102 da Constituição Federal será proposta perante o Supremo Tribunal Federal, e terá por objeto evitar ou reparar lesão a preceito fundamental, resultante de ato do Poder Público."

lógico entre o direito afirmado no processo e a interpretação constitucional daquela garantia não atendida, destacando que a hermenêutica jurídica é um processo que vai além da simples aplicação de normas, envolvendo a criação do direito a partir do contexto cultural.

Assim, a ADPF não deve ser vista como um simples controle de inconstitucionalidade, mas como um recurso para abordar violações de preceitos fundamentais. Por tais razões, historicamente esta ação é um dos instrumentos processuais mais importantes dentro do ordenamento jurídico brasileiro, reconhecidamente criada para preservar a integridade da Constituição, especialmente quando os métodos tradicionais de controle de constitucionalidade, como a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), não são aplicáveis ou se mostram insuficientes.

Complementarmente, a ADPF pode ser proposta tanto para questionar a constitucionalidade de atos normativos como para contestar atos administrativos, jurisdicionais ou legislativos que violam preceitos fundamentais. Nesse âmbito, o conceito de "preceito fundamental", naturalmente amplo e abrangente, se localiza nos princípios de manutenção da ordem constitucional, como o direito à vida, à dignidade da pessoa humana e as garantias sociais à saúde.

O peso político da ADPF pode ser visto também no restrito rol de legitimados para a sua propositura, determinado pela Constituição Federal em seu artigo 103²², quais sejam: o Presidente da República, a Mesa do Senado Federal, a Mesa da Câmara dos Deputados, os governadores, as Mesas das Assembleias Legislativas estaduais e da Câmara Legislativa do Distrito Federal, o Procurador-Geral da República, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), partidos políticos com representação no Congresso Nacional, e confederações sindicais ou entidades de classe de âmbito nacional.

Essa restrição busca efetivar os objetivos da utilização desse instrumento processual de forma criteriosa, assegurando que a intervenção do STF se dê apenas em casos de relevância nacional e que envolvam a proteção de preceitos fundamentais, permitindo que o Tribunal atue em situações críticas visando garantir

²² Art. 103 - Podem propor a ação direta de inconstitucionalidade e a ação declaratória de constitucionalidade: I - o Presidente da República; II - a Mesa do Senado Federal; III - a Mesa da Câmara dos Deputados; IV - a Mesa de Assembléia Legislativa ou da Câmara Legislativa do Distrito Federal; V - o Governador de Estado ou do Distrito Federal; VI - o Procurador-Geral da República; VII - o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil; VIII - partido político com representação no Congresso Nacional; IX - confederação sindical ou entidade de classe de âmbito nacional.

a supremacia da Constituição e a proteção dos direitos fundamentais. Este viés é reforçado pelo caráter subsidiário da ADPF, podendo ser utilizada em situações onde outros instrumentos de controle de constitucionalidade não seriam cabíveis, o que permite uma ampla proteção dos preceitos fundamentais, cobrindo lacunas deixadas por outros mecanismos jurídicos (BARROS E DA CUNHA JR, 2020, p. 103).

Estas características fizeram com que a ADPF fosse um palco de transformações importantes na garantia de direitos fundamentais, sendo a via utilizada para discutir casos de grande relevância social, como a ADPF 132 no ano de 2011, que resultou no reconhecimento da união estável entre pessoas do mesmo sexo, e a ADPF 347 que em 2015 declarou o estado de coisas inconstitucional no sistema prisional brasileiro. De forma determinante para o caso aqui estudado, a ADPF tem sido instrumental na resolução de conflitos entre diferentes esferas de governo, especialmente em questões relacionadas ao federalismo cooperativo.

Durante a pandemia de COVID-19, o aumento de propositura de Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental se deu pela necessidade de revisitar os conceitos definidores das competências e responsabilidades entre a União, Estados e Municípios na resposta à crise sanitária. Ao permitir que o STF decidisse sobre a constitucionalidade de atos de forma definitiva e com efeito vinculante para todos os órgãos do poder público, esses instrumentos, em especial a ADPF 770, contribuíram para a estabilidade no país no que tange a determinação de realização de políticas públicas em saúde.

Dessa forma, muito se pode atribuir do simples fato do caso em questão se tratar de uma ADPF, tendo em vista que é uma ferramenta essencial para a proteção dos princípios e direitos fundamentais previstos na Constituição brasileira, que assume especial importância quando tratamos da atuação do STF por um olhar político. Em outras palavras, é via pela qual o órgão foi capaz de garantir que os preceitos constitucionais fossem respeitados e aplicados em sua plenitude, especialmente em situações de grande relevância social.

Como instrumento de controle de constitucionalidade, a ADPF fortalece o papel do STF como guardião da Constituição e contribui para a manutenção do Estado Democrático de Direito no Brasil, se destacando como um instrumento jurídico de grande importância durante a crise sanitária, tornando crucial a atuação

do Supremo na proteção dos direitos humanos e sociais, especialmente no que tange ao acesso à saúde e à dignidade humana.

Nesse caso, a deliberação em questão não apenas tratava do direito a estas garantias, mas também de sua efetiva implementação, fazendo com o que o Tribunal fosse lançado a uma arena política ao reconhecer publicamente as omissões do Governo Federal em um contexto de sobrecarga do sistema de saúde que afetava milhões de pessoas, explicitando nos julgamentos as falhas na coordenação das ações de combate ao vírus e na criação de políticas públicas eficazes.

Assim, não só se reconhecia que as ações do Governo Federal violavam os preceitos fundamentais da Constituição Federal, especialmente no que se refere ao direito à vida, à saúde e à dignidade humana, mas por meio da ADPF se determinou uma obrigação do poder público para a implementação de políticas que fizessem cessar as violações, procedendo no reconhecimento dos demais entes federativos para o enfrentamento adequado à pandemia e a garantia do direito à saúde.

2.1- Conteúdo da propositura

A pandemia de COVID-19 impôs desafios sem precedentes à saúde pública global, exigindo respostas rápidas e eficazes dos governos e instituições. Na ausência dessas respostas, a judicialização das demandas em saúde passaram a chegar no no Supremo Tribunal Federal, alçando o órgão a um espaço crucial na viabilização de políticas públicas. Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal (STF) teve um papel notadamente importante na discussão envolvendo a vacinação em massa, atuando como um guardião dos direitos fundamentais e da ordem constitucional em um momento de grande incerteza e tensão política.

Quando a pandemia de COVID-19 se instalou no Brasil, em março de 2020, o país se viu diante de um cenário de crescente número de casos e mortes. As vacinas foram rapidamente identificadas como a principal ferramenta para controlar a disseminação do vírus e salvar vidas. No entanto, a criação desses medicamentos tinha um histórico de longas fases de estudos e testes, tornando essa solução ainda mais desafiadora e representando uma verdadeira corrida contra o tempo.

Mais do que isso, mesmo com a invenção do imunizante, a implementação de uma campanha nacional de vacinação é naturalmente repleta de desafios, incluindo não apenas a necessidade de aprovar e adquirir vacinas, mas de coordenar a distribuição em um país de dimensões continentais em um contexto no qual o

mundo todo estaria buscando os mesmo insumos e matérias primas que, via de regra, viriam dos mais diversos locais do globo.

Neste viés, o Governo Federal, responsável por coordenar a resposta à pandemia, foi criticado por sua postura em relação às vacinas, com acusações de demora na aquisição dos imunizantes e uma retórica que por vezes minimizava a gravidade do vírus. Assim, bem como nas demais demandas das políticas públicas em saúde, o STF foi chamado a intervir para garantir que o direito à saúde fosse efetivamente protegido e que a vacinação fosse viabilizada de forma ampla e acessível, o que fez com que o órgão produzisse várias decisões importantes para assegurar a viabilidade da vacinação contra a COVID-19 no Brasil.

Nesse contexto, o Tribunal, que já ganhava cada vez mais protagonismo político por meio de seu processo decisório baseado no controle constitucional, passou a discutir a competência dos entes federativos, produzindo decisões que não apenas teriam efeito declaratório, mas também implicaram uma conduta estatal que, a partir daquele momento, deveria ser objeto de política pública. Um exemplo desse efeito é aquele verificado em um dos primeiros e mais significativos julgamentos, quando o tribunal decidiu, em resposta a ações movidas por partidos políticos e entidades da sociedade civil²³, que a vacinação contra a COVID-19 poderia ser obrigatória, desde que não fosse forçada fisicamente.

Esse fenômeno é o que se observa na decisão proferida na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 770 (ADPF 770)²⁴ ao determinar competência para medidas de vacinação a Estados e Municípios, independentemente da esfera Federal. Na disputa, a Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB) levantou a negligência do Ministério da Saúde em emitir diretrizes para o plano de vacinação, ainda muito embrionário em sua execução, e solicitou que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA) avaliasse os pedidos de autorização de imunizantes no prazo de até 72 horas.

Quando da propositura da ação, o CFOAB justificou a intervenção por meio da judicialização em razão da gravidade da pandemia de COVID-19, que à época

²³ Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) 6586 e 6587 e Recurso Extraordinário com Agravo (ARE) 1267879

²⁴

<https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=6068402>

havia resultado em mais de 177 mil mortes e 6,6 milhões de infectados. Diante dessa situação, os proponentes enfatizaram a necessidade de uma atuação coordenada e eficaz dos Poderes da República para proteger a vida e a saúde da população, direitos fundamentais previstos na Constituição.

Na peça inicial, estabelece-se como réu o Poder Público Federal, especialmente na pessoa do Presidente da República e na entidade do Ministério da Saúde, por adotarem uma postura omissa e negacionista em relação à pandemia, ao invés de liderar e coordenar os esforços para o combate à COVID-19. O fato gerador da demanda é justamente a inércia do Executivo, que além das muitas questões relacionadas ao combate à pandemia foram levadas ao Poder Judiciário, agora responderia quanto a ausência de um plano de imunização contra o vírus.

São levantadas pelo Requerente ainda as demais ações que chegaram ao Supremo Tribunal Federal com a finalidade de sanar violações decorrentes da inação do poder executivo, tais como a necessidade de divulgação de dados²⁵ sobre a pandemia e a discussão sobre a competência dos entes federativos para implementar medidas de isolamento social, reforçando a consolidação do órgão como garantidor de direitos fundamentais no contexto pandêmico.

Um dos principais pontos de crítica é a desarticulação do Governo Federal em relação à vacinação. Para justificar essa acusação, são levantados pontos essenciais para a viabilização da vacinação que foram e estavam sendo sistematicamente descumpridos pelo Planalto e pelo Ministério da Saúde quanto ao processo de aquisição de doses e insumos que possibilitasse a execução de um futuro plano de imunização. Inicialmente, se aponta que desde agosto de 2020, o Ministério da Saúde não se reuniu com fabricantes de seringas, atrasando o processo de aquisição dos insumos necessários para a vacinação em massa.

Além disso, é trazida a polêmica em torno da compra da vacina *coronovac*, desenvolvida em parceria entre o Instituto Butantan e a farmacêutica chinesa Sinovac. Diante de um impasse também político, o então presidente Jair Bolsonaro declarou que o Governo não compraria "a vacina da China"²⁶, o que gerou incertezas e atrasos na estratégia de vacinação, assim como um descrédito da qualidade do imunizante.

²⁵ ADPFs 690, 691 e 692

²⁶

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

A grande questão, no entanto, era justamente a lentidão na apresentação de um Plano Nacional de Imunização e a previsão de que as primeiras doses só estariam disponíveis no Brasil em janeiro de 2021, com a imunização efetiva começando, na melhor das hipóteses, em março de 2021. O CFOAB, neste sentido, defendia que a ausência de um plano vacinal detalhado e bem estruturado compromete a garantia do direito à saúde.

Da mesma forma, a demora na organização para a imunização em massa, bem como as exigências adicionais para a aprovação das vacinas, são apresentadas como exemplos de falhas que punham em risco a saúde pública e o direito à vida, o que seria apresentado como argumentação para o requerimento de liminar no sentido de antecipar a decisão que possibilitasse a aplicação das doses somente com a aprovação em órgãos de vigilância sanitária estrangeiros.

Para justificar a ocorrência dos fatos levantados, novamente a função jornalística foi determinante, tendo em vista que as notícias foram utilizadas para contextualizar e comprovar a situação de perigo que se buscava expor. Foram juntadas notícias de múltiplos veículos de informação, assim como de sites do próprio Governo, na tentativa de esclarecer dois pontos principais: a inação do Governo Federal e o avanço da implementação das vacinas fora do país (Quadro 1).

Quadro 1: Reportagens utilizadas para basear a propositura da ADPF 770		
Título	Data	Veículo
<i>Bolsonaro desautoriza Pazuella e suspende compra da vacina CoronaVac</i>	09/12/2020	G1
<i>Reino Unido começa hoje a vacinação contra a Covid-19</i>	08/12/2020	CNN
<i>Pazuella prevê 60 dias para certificar qualquer vacina contra Covid e bate boca com Dória</i>	08/12/2020	Folha de São Paulo
<i>Sem logística, plano nacional de vacinação precisa de ajuste, dizem médicos</i>	04/12/2020	UOL
<i>Brasil possui quatro estudos clínicos de vacinas contra o coronavírus</i>	20/08/2020	gov.br
<i>Reino Unido inicia vacinação em massa contra o coronavírus: como funciona e quem são os primeiros</i>	08/12/2020	BBC News
<i>Rússia começa imunização em massa contra Covid, mesmo sem conclusão dos testes de vacina</i>	05/12/2020	G1
<i>Pfizer e BioNTech concluem estudos da fase 3 de vacina contra</i>	18/11/2020	G1

<i>Covid e anunciam 95% de eficácia</i>		
<i>Governo abre crédito de R\$ 1,9 bilhão para produção e aquisição de vacina contra o coronavírus</i>	06/08/2020	gov.br
<i>CoronaVac é a vacina em teste mais segura contra covid-19</i>	19/10/2020	Agência Brasil
<i>Plano preliminar de vacinação contra a Covid19 prevê quatro fases</i>	01/12/2020	gov.br
<i>IBGE divulga estimativa da população dos municípios para 2020</i>	27/08/2020	Agência de Notícias IBGE
<i>Associação de artigos médicos alerta para risco de faltar seringa para vacina da covid no Brasil</i>	08/12/2020	O Estado de São Paulo

O CFOAB defende sua legitimidade para propor ações de controle de constitucionalidade, argumentando que o órgão tem interesse direto na condução adequada das políticas de saúde pública, especialmente no contexto da pandemia, colocando ainda que o cabimento da ADPF se deve à comprovada omissão do Poder Público na proteção dos direitos fundamentais à vida e à saúde, não havendo outro meio eficaz no ordenamento jurídico para sanar essa lesão.

Segundo o Conselho, a situação narrada demonstra a existência de ameaças aos direitos fundamentais, sublinhando que as ações e omissões do Governo Federal violam os preceitos da Constituição, como o direito à dignidade da pessoa humana, à saúde e à vida. A argumentação jurídica apresentada sustenta ainda que é legítima a intervenção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas que garantam esses direitos fundamentais, especialmente quando o Executivo falha em suas responsabilidades.

Em sede de propositura, é invocado o direito à saúde como um direito fundamental reconhecido pela Constituição Federal de 1988, especialmente no artigo 6º²⁷, que o classifica como um direito social, e no artigo 196²⁸, que trata especificamente das responsabilidades do Estado em relação à saúde. Para sua efetivação, o texto constitucional estabelece que a saúde é um dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

²⁷ Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

²⁸ Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em âmbito internacional, é colocado que o direito à saúde também foi consagrado no artigo 25²⁹ da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que afirma o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado, incluindo a assistência médica, assim como pelo Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que em seu artigo 12³⁰ detalha a obrigação dos Estados em garantir a saúde por meio de legislação adequada, políticas públicas e outros meios.

Adicionalmente, o CFOAB menciona que no Comentário-Geral nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), são estabelecidas três obrigações estatais com relação ao direito à saúde, no que se refere à obrigação do Estado de não adotar medidas discriminatórias que prejudiquem o acesso à saúde (“Respeitar”), regular e fiscalizar a prestação de serviços de saúde por terceiros, garantindo que o acesso igualitário e a qualidade dos serviços sejam preservados (“Proteger”) e adotar de medidas positivas pelo Estado para a implementação de um sistema de saúde eficiente, que contemple prevenção, educação em saúde, e infraestrutura adequada (“Realizar”).

É levantado que especialistas estariam temerosos com o plano preliminar do Governo, apontando lacunas em questões essenciais como logística de transporte de vacinas, cadeia de frio e disponibilidade de insumos como seringas e vidros. Além disso, é ressaltado que o Governo Federal priorizou a vacina AstraZeneca, apesar de outras vacinas já terem concluído seus testes clínicos e serem aprovadas por entidades sanitárias internacionais.

A falta de critério técnico-científico e as escolhas que não estavam seguindo protocolos baseados em evidências são apresentadas como violações aos princípios constitucionais da publicidade, moralidade e impessoalidade, que deveriam guiar os atos administrativos. É colocado ainda que a crise da COVID-19 revelou as fragilidades do sistema de saúde brasileiro, particularmente na elaboração e

²⁹ Artigo 25 - Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

³⁰ Artigo 12 §1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. §2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: 1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças. 2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente. 3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças. 4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

execução de um plano de vacinação eficaz, sendo mais do que nunca essencial que o Governo brasileiro adotasse medidas que realizassem o direito à saúde.

Além disso, são trazidos os diplomas regulatórios que normatizam a aprovação e distribuição dos insumos vacinais no Brasil. Segundo o artigo 12 da Lei nº 6.360/1976, o registro de medicamentos na ANVISA é obrigatório para a industrialização, comercialização e importação com fins comerciais no Brasil. A falta desse registro configura ilícito, exceto em casos excepcionais, como demonstrado no julgamento do Tema 500³¹ pelo STF, no qual foi decidido que poderia haver permissão para o fornecimento de medicamentos sem registro em caso de demora irrazoável na apreciação do pedido de registro.

Nesse sentido, é apontado que no mês de dezembro de 2020, o Brasil ainda não tinha registrado vacinas contra a Covid na ANVISA, apesar das promessas de vacinação em janeiro de 2021. Essa falta de registro inviabilizaria o início imediato da vacinação, mesmo com as vacinas já presentes em território nacional. Além disso, o plano de vacinação do Governo Federal estava em fase preliminar, sem datas definidas para sua implementação.

Por outro lado, a peça cita que a ANVISA havia destacado que faltavam etapas importantes para a liberação da *coronovac*, como a submissão de dados completos da fase III dos testes clínicos, que são essenciais para confirmar a segurança e eficácia da vacina. Além disso, o relatório de inspeção na empresa Sinovac, fabricante da CoronaVac, só seria finalizado entre 30 de dezembro de 2020 e 11 de janeiro de 2021, atrasando ainda mais a liberação da vacina no Brasil.

Dessa forma, o caso em questão se beneficiaria do referido precedente do STF quanto as condicionantes para o uso de medicamentos não registrados, sendo possível em casos excepcionais, a concessão judicial de medicamentos sem registro na ANVISA, desde que atendam aos requisitos de existência de pedido de registro no Brasil, registro em agências regulatórias estrangeiras renomadas e a inexistência de substituto terapêutico no Brasil.

³¹ 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.

Tendo em vista que o STF reconheceu que as vacinas registradas em outras agências renomadas, poderiam ser excepcionalmente fornecidas no Brasil, mesmo sem registro na ANVISA, o CFOAB invoca ainda a alteração legislativa trazida pela Lei nº 14.006/2020, que alterou a Lei de enfrentamento ao coronavírus (Lei 13.979/2020), permitindo a importação e distribuição de medicamentos, equipamentos e insumos de saúde sem registro na ANVISA, desde que aprovados por autoridades sanitárias estrangeiras como FDA (EUA), EMA (Europa), PMDA (Japão) e NMPA (China).

Dessa forma, seria possível a autorização de uso emergencial dos imunizantes por parte da ANVISA, devendo o órgão conceder autorização excepcional em até 72 horas para produtos essenciais ao combate à pandemia sob pena de, caso não houvesse manifestação dentro desse prazo, o aval fosse tido automaticamente, propondo portanto a ampliação da incidência da Lei nº 14.006/2020 para abranger outras agências internacionais e garantir a imunização rápida e eficaz da população.

No mais, a petição inicial discute o "Plano Preliminar de Vacinação contra a COVID-19" apresentado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2020, que previa a imunização em quatro fases, priorizando trabalhadores da saúde, idosos e pessoas com comorbidades. Apesar de delinear essas fases, o CFOAB defende que o plano apresentado não supre a omissão questionada, de forma que o documento não especificava uma data de início e indicava que os critérios poderiam mudar conforme os imunizantes fossem aprovados pela ANVISA.

Por fim, a propositura aborda a aprovação de projetos de lei que priorizam o Sistema Único de Saúde (SUS) na aquisição e distribuição de vacinas e critica a insuficiência de recursos financeiros destinados ao combate à pandemia, sugerindo a utilização de fundos alternativos, como o Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST) e recursos recuperados pela operação Lava Jato, para financiar a vacinação em massa.

O CFOAB pede a concessão de medida cautelar com fundamento no art. 5º, §§ 1º e 3º, da Lei n. 9.882/99³². A tutela se justificaria pela gravidade das ações e

³² Art. 5º O Supremo Tribunal Federal, por decisão da maioria absoluta de seus membros, poderá deferir pedido de medida liminar na arguição de descumprimento de preceito fundamental. § 1º Em caso de extrema urgência ou perigo de lesão grave, ou ainda, em período de recesso, poderá o relator conceder a liminar, ad referendum do Tribunal Pleno. § 3º A liminar poderá consistir na determinação de que juízes e tribunais suspendam o andamento de processo ou os efeitos de

omissões do então Presidente da República e do Ministério da Saúde em relação à pandemia de COVID-19, tais como a demora na aquisição de vacinas e a falta de um plano estratégico nacional, que estariam prejudicando a imunização social necessária e aumentando o número de mortos e infectados pelo vírus.

Segundo a inicial, o *fumus boni iuris* estaria identificado na relevância jurídica contida violação de direitos humanos e preceitos fundamentais, como a dignidade humana, o direito à saúde e o direito à vida; enquanto o *periculum in mora* no risco iminente relacionado à demora no julgamento final, que tornava imperativa a concessão da medida cautelar, visto que a ausência de ação imediata poderia resultar em mais contaminações, internações e mortes.

Assim, por meio da ADPF 770, foi pedido para que o Tribunal autorizasse a compra de vacinas já aprovadas por agências internacionais, independentemente da aprovação da ANVISA e pela utilização de vacinas aprovadas no exterior, em caso do órgão não se manifestar em até 72 horas. Adicionalmente pediu que fosse determinado que a compra de vacinas seja pautada exclusivamente em critérios científicos, sem discriminação da origem do imunizante e que os fundos recuperados por operações como a Lava-Jato fosse utilizados para o plano de vacinação nacional.

2.2- Conteúdo do julgamento

O julgamento da medida cautelar foi conduzido pelo Ministro Ricardo Lewandowski, que reconheceu a importância do direito à vida e à saúde como direitos fundamentais, destacando a responsabilidade do Estado em assegurar esses direitos por meio de políticas eficazes, como a vacinação. Na manifestação, o Ministro relator enfatizou que o dever do Estado de garantir a saúde pública está acima de interesses políticos e que a situação exigia que o Governo Federal atuasse de forma coordenada.

Em conclusão, o ministro entendeu que o Governo Federal deveria garantir a vacinação contra a COVID-19, inclusive permitindo a utilização de vacinas aprovadas internacionalmente, independentemente de registro na Anvisa, em casos excepcionais. Contudo, ele deferiu apenas um dos pedidos liminares do CFOAB,

decisões judiciais, ou de qualquer outra medida que apresente relação com a matéria objeto da arguição de descumprimento de preceito fundamental, salvo se decorrentes da coisa julgada.

destacando que a questão seria analisada de forma mais aprofundada em etapas posteriores do processo.

A cautelar deferida assentou que os Estados, Distrito Federal e Municípios poderiam dispensar as vacinas disponíveis em caso de descumprimento do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 publicado pela União, ou, na hipótese de que o Governo Federal não providenciasse a cobertura imunológica tempestiva e suficiente contra a doença.

Complementarmente, estabeleceu que se no prazo de 72 horas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) não expedisse a autorização competente, os entes federativos poderiam importar e distribuir vacinas desde que registradas por pelo menos uma das autoridades sanitárias estrangeiras e liberadas para distribuição comercial nesses países, ou, ainda, quaisquer outras que fossem aprovadas, em caráter emergencial.

No voto é ressaltada a gravidade da pandemia, destacando que os direitos à vida e à saúde, garantidos pelos artigos 5º, 6º e 196 da Constituição Federal, são fundamentais e devem ser assegurados pelo Estado. No caso, o direito à vida, conforme o Ministro, implica não apenas o direito de viver, mas de ter uma existência digna, como mencionado no artigo 170³³ da Constituição. Já o direito à saúde, conforme o artigo 196, é um dever do Estado, que deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Ainda, no voto, Lewandowski enfatizou que o direito à saúde deve se sobrepujar à autoridade de governantes temporários e suas eventuais discricionariedades políticas, sendo um dever permanente do Estado. Ele lembrou que o Brasil, como Estado Federal, tem uma estrutura de governança que envolve a cooperação entre União, Estados, Municípios e o Distrito Federal, destacando a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade da União coordenar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, especialmente em situações de emergência como a pandemia.

O Ministro citou a Lei 8.080/1990, que define a competência da União em situações de agravos inusitados à saúde, e a Lei 6.259/1975, que estabelece o

³³ Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios (...)

Programa Nacional de Imunizações (PNI). Por meio desses diplomas, é consagrada a responsabilidade do Ministério da Saúde na coordenação das vacinações, inclusive as obrigatórias, concluindo que a União tem a obrigação constitucional de assumir a liderança na coordenação das ações de saúde em situações emergenciais, destacando a importância de uma resposta rápida e eficaz por parte do Estado para garantir a saúde e a vida da população.

Dessa forma, o Ministro reconheceu de forma determinante que os Estados, Municípios e Distrito Federal eram legitimados a adquirir as doses das vacinas de forma autônoma. Isso porque, reafirmou que, embora o Ministério da Saúde realize a coordenação o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e defina as vacinas do calendário nacional de imunizações, os demais entes mantêm a competência para adaptar o PNI às suas peculiaridades locais, em exercício da competência comum para "cuidar da saúde e assistência pública" (art. 23, II, CF)³⁴.

Em sessão virtual composta pelos Ministros Luiz Fux (Presidente), Marco Aurélio, Gilmar Mendes, Ricardo Lewandowski, Cármen Lúcia, Dias Toffoli, Rosa Weber, Roberto Barroso, Edson Fachin, Alexandre de Moraes e Nunes Marques, a cautelar foi referendada pelo pleno, oportunidade na qual direito à saúde é colocado pelo acórdão num patamar que vai além do tratamento de doenças, abrangendo também a prevenção e a promoção de condições adequadas de vida.

Nesse contexto, a implementação de programas universais de vacinação é essencial, especialmente durante a pandemia. Em consonância a este entendimento, é referenciada a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que reconhece o direito à saúde como um direito humano fundamental, exigindo medidas para prevenir e tratar doenças.

Em um contexto ideal, a inclusão de todas as vacinas seguras e eficazes no PNI deveria ser feita pela União, como tradicionalmente foi, de forma a imunizar uniformemente a população. Contudo, o STF tem reiterado a possibilidade de atuação conjunta das autoridades estaduais e locais na pandemia de Covid-19, especialmente para suprir omissões do Governo Central. Até por meio da Lei

³⁴ Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência

8.080/1990³⁵, que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), está incluído em seu campo de atuação a vigilância sanitária e epidemiológica e a formulação de políticas de medicamentos e imunobiológicos, reforçando a competência concorrente dos entes federados.

Por meio da decisão inicialmente dada monocraticamente pelo relator, e após, referendada pelo pleno, foi reconhecido que todos os entes federativos têm competência comum para cuidar da saúde, adotando medidas necessárias para salvar vidas, incluindo a disponibilização de imunizantes não ofertados pela União, desde que aprovados pela Anvisa. Além disso, considerou que a Lei 13.979/2020 autoriza a importação e distribuição de materiais e medicamentos essenciais ao combate à pandemia, mesmo sem registro na Anvisa, desde que aprovados por renomadas autoridades sanitárias internacionais.

Mesmo atestando a constitucionalidade dessas disposições, o voto deixou claro que a solução encontrada pelo Congresso Nacional visa superar emergencialmente a carência de vacinas no combate ao novo coronavírus, razão pela qual foi uma verdadeira inovação, contrariando o histórico de planejamento e implementação de programas vacinais por parte exclusiva da União, como ocorria até então. Assim, essa decisão foi fundamental para que estados e municípios pudessem adotar políticas públicas mais rígidas de controle da pandemia, independentemente da postura da Presidência da República.

Interessante analisar a forma como a atuação do Tribunal não precisou sequer de acórdão determinando a realização das condutas determinadas na liminar. Tão somente a perspectiva de viabilização de um plano vacinal e a aquisição direta dos imunizantes pelos demais entes federativos impactou o plano político de forma sensível, reconhecendo a inércia do Governo Federal e dando preferência a uma inovação nas políticas públicas de saúde no sentido de descentralizar a competência para sua aplicação e gestão.

Por afirmar que tanto a União, quanto os Estados, o Distrito Federal e os Municípios tinham competência concorrente para adotar medidas de combate à pandemia, incluindo a vacinação, o STF garantiu uma abordagem mais eficaz na proteção da saúde pública, tendo como consequência uma garantia de que o Governo Federal cumprisse sua responsabilidade de adquirir e distribuir vacinas

³⁵ Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica;

para toda a população, que fez inclusive com que a ação não fosse julgada, tendo em vista a perda do objeto com o início do plano de imunização.

Na ADPF 770, se verifica no plano concreto de que forma o tribunal foi determinante para que o Governo Federal elaborasse e executasse um plano nacional de imunização que fosse inclusivo e transparente, assegurando que todos os brasileiros tivessem acesso às vacinas. Esse respaldo jurídico foi essencial para que governadores e prefeitos pudessem negociar a compra de vacinas, garantindo uma oferta maior de imunizantes no país quando a atuação da União foi considerada insuficiente.

Por fim, o STF ao proferir e referendar a decisão analisada, teve um papel fundamental na viabilização da vacinação contra a COVID-19 no Brasil, atuando como uma via de promoção da defesa do direito à saúde e na garantia de que a resposta à pandemia estivesse de acordo com os princípios constitucionais. Em um cenário de polarização política e incerteza, as decisões do tribunal ajudaram a proteger a vida e a saúde dos brasileiros, reafirmando o papel do Judiciário na proteção dos direitos fundamentais durante a crise pandêmica.

2.3- Impactos políticos da decisão sobre a postura do Governo Federal na aquisição de vacinas contra a COVID-19.

A atuação do STF durante a pandemia se consolidou como um exemplo de como o judiciário pode ser uma ferramenta essencial para a efetivação de políticas públicas que visam o bem-estar coletivo, especialmente em momentos de emergência sanitária. A decisão proferida no âmbito da ADPF 770 teve um impacto significativo na gestão da pandemia de COVID-19 no Brasil, possibilitando que o STF determinasse que o Governo Federal deveria atuar de maneira mais proativa, ajudando a mitigar algumas das falhas iniciais na resposta à crise.

Esse caso não apenas reafirmou o papel do STF na proteção dos direitos fundamentais, mas também destacou a importância da atuação coordenada entre os diferentes níveis de governo para garantir a efetividade dessas proteções em tempos de crise. Diante desse contexto também político, a pandemia de COVID-19 expôs fragilidades no sistema de saúde e na estrutura social do Brasil, necessitando de uma resposta jurídica que se tornou essencial para enfrentar essas dificuldades.

Dada a aquiescência do Supremo Tribunal Federal à competência dos Estados e Municípios para procederem a tais medidas, observa-se uma releitura mais dinâmica do pacto federativo, que ampliou a possibilidade de garantir a aplicação de imunizantes aos referidos entes, evidenciando o peso das decisões proferidas pela Corte. Neste contexto, é indispensável a análise da repercussão política ocasionada pela decisão estudada.

Somado ao espaço ocupado pelo STF em razão da importância e peso de suas decisões, havia se instaurado no Brasil um clima de intensa polarização política, que se intensificou durante a pandemia da COVID-19. O reconhecimento das referidas omissões por parte do Governo Federal foram por diversas ocasiões motivo de real embate entre o tribunal e o então Presidente da República, Jair Bolsonaro.

Essa disputa se manifestou de maneira mais evidente no contexto da vacinação contra o coronavírus, tendo em vista que, a partir do momento que o Supremo autorizou a produção autônoma do plano de vacinação e aquisição de doses pelos demais entes federativos, o então governador de São Paulo, João Dória, passou a divulgar a parceria com a empresa chinesa *Sinovac* para produzir a *coronovac* no Brasil, através do Instituto Butantan.

Desde o início da pandemia, o governo de Jair Bolsonaro adotou uma postura que minimizava a gravidade do vírus e se posicionou contra medidas restritivas, como o uso de máscaras e o distanciamento social, defendendo a reabertura da economia e questionando a eficácia das vacinas. Esse comportamento gerou tensão com outros atores políticos que seguiam as orientações científicas e recomendavam medidas mais rigorosas de controle da pandemia.

João Dória foi uma figura central na defesa da vacinação em massa e frequentemente se colocava em oposição às falas de Bolsonaro, que chegou a sugerir que a população não deveria se vacinar. Foi justamente a possível campanha de vacinação promovida pelo Governo do Estado de São Paulo um dos principais pontos de conflito entre estes atores, que até suas respectivas eleições eram considerados aliados, conhecidos inclusive pela alcunha “bolsodória”.

Esses embates refletiram a profunda divisão política no país, com setores da população e da política apoiando as medidas de Bolsonaro, enquanto outros defendiam as ações de João Dória e o papel moderador do STF. A polarização exacerbou a crise sanitária, com a divulgação de fake news que aumentavam a

desinformação e incertezas sobre a vacina e influenciavam a resposta da população ao dificultar um enfrentamento unificado da pandemia.

Nesse contexto, o STF passou a ter um peso também político à medida que suas decisões tinham um papel balizador das possibilidades e deveres dos entes federativos. Mais do que isso, eram corroboradas pela instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito, que assim como o Tribunal reconheceram as condutas omissivas e negacionistas promovidas pelo Governo Federal.

No caso da ADPF 770, o questionamento sobre a ausência de plano vacinal foi proposto no dia 9 de dezembro de 2022, oportunidade na qual o site oficial do Supremo noticiou “*Vacinas: OAB e Rede ajuízam novas ações no STF*”. No corpo da notícia é colocado que “*Na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 770, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) questiona a suposta omissão do governo federal em fornecer à população um plano definitivo nacional de imunização, o registro e o acesso à vacina contra a Covid-19*” (Supremo Tribunal Federal, 2020).

Em seguida, no dia 11 de dezembro, o Ministério da Saúde entregou ao Ministro Ricardo Lewandowski um Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19. Apesar de descrever a população-alvo para a vacinação, os imunizantes adquiridos pelo Governo, a operacionalização e esquema logístico de distribuição das vacinas (Agência Brasil, 2020), o documento não indicava data para início da vacinação, atribuindo o atraso do calendário a lentidão da aprovação das substâncias junto à ANVISA.

Após o plano se tornar público, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil realizou um peticionamento, que em suma defendia que a estratégia apresentada, por não conter datas de previsão para o início efetivo das aplicações das doses, não era suficiente para sanar a violação apontada pelo que constava na inicial e que a questão da mora regulatória estaria sendo utilizada como “*subterfúgio, pelo Ministério da Saúde, para se furtar a apresentar um plano detalhado e factível de vacinação da população brasileira*”.³⁶

Ao fim, o CFOAB reiterou a necessidade de atendimento da tutela arguida em sede liminar, para que o registro não fosse impeditivo para a realização de um plano

36

<https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=6068402>

de vacinação factível a ser apresentado pelo Ministério da Saúde. A essa altura, o Governo de São Paulo havia previsto o início da vacinação no estado para 25 de janeiro de 2021, com possibilidade de venda de doses da *Coronovac* para outros Estados.

Em 16/12/2020, o Governo Federal anunciou um plano de vacinação, desta vez incluindo o imunizante *Coronovac* produzido pelo Butantan, que até então não havia constado de nenhuma das listas dos laboratórios previstos para integrar o Programa Nacional de Imunização. O então Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, destacou que o plano ainda não era definitivo, uma vez que o Planalto não detinha as doses listadas no planejamento. Mesmo assim, assegurou que o plano seria executado sem maiores problemas (G1, 2020):

“Todas as vacinas produzidas no Brasil, ou pelo Butantan ou pela Fiocruz ou por qualquer indústria, ela terá a prioridade do SUS. E isso está pacificado, isso está discutido. E eu posso afiançar aos senhores: está muito bem tratado e está muito bem acompanhado. Qualquer fumaça, qualquer discussão anterior, ficou na discussão. A logística já é uma normalidade nossa, não vou repetir mais. Não se preocupem com a logística. A logística é simples. Apesar do nosso país ser desse tamanho, nós temos estrutura, nós temos companhias aéreas, nós temos Força Aérea Brasileira, nós temos toda a estrutura já planejada e pronta”

Nessa oportunidade, governos estaduais declararam aos jornalistas que apesar de preferirem aderir ao plano nacional de vacinação, ainda não haviam descartado a compra direta para planos locais em caso de não fornecimento das doses por parte do Governo Federal. No mesmo sentido, em 17/12/2020, o Ministro Ricardo Lewandowski concedeu a liminar, referendada posteriormente pelo pleno, com os fundamentos explicitados no subcapítulo anterior, restando reconhecida a competência concorrente para que os demais entes pudessem proceder nas políticas vacinais de forma autônoma.

Internacionalmente, até o fim do mês de dezembro, 26 dos 27 países da União Europeia já haviam iniciado as campanhas de vacinação, restando somente a Holanda, onde as doses começaram a ser aplicadas em janeiro. Da mesma forma, Estados Unidos, Canadá, México, Chile, Costa Rica, Omã, Kuwait, Bahrein,

Emirados Árabes, Rússia, China, Arábia Saudita e Israel já haviam começado a imunização a esse ponto (G1, 2020). Quando questionado sobre a demora do Brasil em iniciar o plano de vacinação, o então presidente Jair Bolsonaro declarou “*não dou bola pra isso*” (G1, 2020).

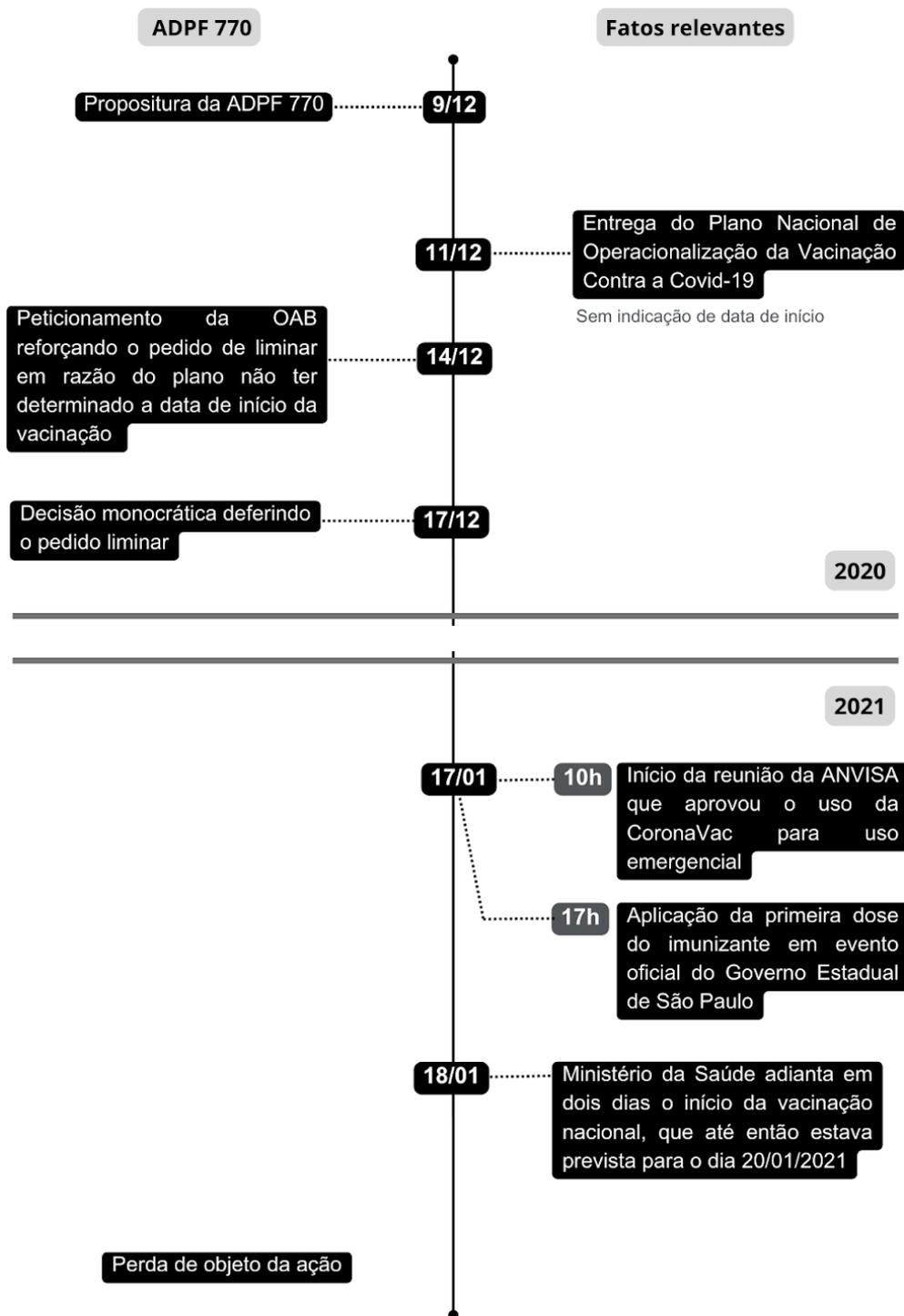
Mesmo assim, já em 13 de janeiro de 2021, o Ministério da Saúde ainda não havia divulgado a data para começar a vacinação contra o coronavírus. O secretário-executivo do Ministro da Saúde, neste mesmo dia anunciou que a campanha de imunização só iria ser iniciada após a chegada das doses em todas as capitais, e, ressaltou que os estados onde estavam sediados os estudos dos fármacos, São Paulo e Rio de Janeiro, não seriam privilegiados quanto ao início das aplicações (G1, 2021).

No dia 17 de janeiro de 2021 é anunciada a reunião da ANVISA que aprovou a *Coronavac* para uso emergencial, seguida do anúncio do Governo do Estado de São Paulo, que em ato contínuo realizou uma cerimônia para a primeira aplicação do imunizante em solo brasileiro (G1, 2021). O evento foi considerado uma tentativa de simbolização do embate político entre o Governador e o Presidente da República, num contexto no qual o Governo Federal repudiava a tentativa de associar a viabilidade dos imunizantes a qualquer dos governos estaduais.

Durante a cerimônia, o Ministério da Saúde abriu simultaneamente uma coletiva, reafirmando que as doses seriam entregues à União em sua totalidade. O então Governador do Estado de São Paulo, João Dória, anunciou que a vacina havia sido produzida inteiramente com verbas estaduais, e que o plano inicial do estado incluía um pacote inicial de 50 mil doses que seriam enviadas ao estado do Amazonas, por, em suas palavras “*já não confiava no Ministério da Saúde*” (G1, 2021).

Em seguida, apenas algumas horas depois veio o anúncio do Ministério da Saúde de que a vacinação nacional seria adiantada em dois dias, se iniciando portanto em 18 de janeiro de 2021. Dessa forma, o efeito consequencial da decisão do Supremo Tribunal Federal no objetivo final de garantia das vacinas pode ser concretizado sem que ao menos houvesse sentença, tendo em vista que a liminar que legitimou os Estados, Municípios e Distritos Federal a produzirem seus próprios planos vacinais e adquirirem de forma direta as doses, causou uma movimentação política que induziu a necessidade de ações mais robustas por parte do Governo Central.

Vejam os exemplos pela linha do tempo dos acontecimentos explicados:



O caso da vacinação ilustra como a pandemia se tornou não apenas uma crise de saúde pública, mas também um campo de batalha político, onde divergências ideológicas afetaram diretamente as políticas públicas e a segurança da população, evidenciando a relevância do Judiciário como guardião dos direitos

fundamentais, especialmente em situações de emergência, como a pandemia. Dessa forma, a ADPF 770 pode ser considerada um marco na história do direito constitucional brasileiro, especialmente no contexto da COVID-19.

Assim, não há como falar do período pandêmico no Brasil sem levar em conta o papel distinto do Supremo Tribunal Federal como meio de viabilização de políticas públicas de saúde. Mesmo assim, é fundamental que esta análise seja realizada considerando o cenário político e fatores sociais ocorridos antes da situação de calamidade enfrentada na pandemia.

A criação do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO) no Brasil foi um marco crucial na resposta do país à pandemia. Diante da rápida disseminação do vírus e do elevado número de casos e mortes, a vacinação em massa foi vista como a principal estratégia para controlar a crise sanitária, no entanto, o processo de planejamento e implementação do plano de vacinação enfrentou diversos desafios, desde a aquisição de imunizantes até a distribuição e administração das doses.

O desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19 em tempo recorde também trouxe desafios sem precedentes em termos de produção, aquisição e distribuição em escala global. Diante de todos estes obstáculos, no Brasil, o enfrentamento da pandemia se traduziu em um verdadeiro potencial de ganho de capital político. Os atrasos na definição de estratégias claras para a aquisição de vacinas, bem como a lentidão inicial na negociação com fabricantes de vacinas, como a *Pfizer*, aumentaram a pressão sobre o Governo Federal para formular um plano de vacinação eficaz, abrindo espaço para que outras figuras passassem a se destacar no plano decisório..

Foi por meio da judicialização da demanda e a ponderação realizada pelo órgão, que decidiu em consonância com o padrão descentralizador que se verificou na atuação durante a pandemia, que foi possível legitimar outros entes a proceder nas políticas públicas de saúde necessárias à época, notadamente a vacinação. As repercussões sequenciais desencadeadas por essa decisão, associadas aos demais aspectos sócio-políticos daquele contexto mostram que a atividade do Supremo foi determinante para a viabilização do plano de imunização em escala nacional.

CAPÍTULO 3- A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA VACINAL EM CAMPINAS-SP.

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é amplamente reconhecido como uma das maiores e mais abrangentes redes de saúde pública do mundo. Entre os vários serviços essenciais que oferece à população, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) destaca-se por sua importância na erradicação e prevenção de doenças, especialmente considerando sua imensa capilaridade em um território de dimensões continentais e regiões de difícil acesso.

O sistema vacinal brasileiro foi criado em 1973 com o objetivo de controlar e eliminar doenças imunopreveníveis no país, sendo responsável pela elaboração de políticas de imunização, distribuição e aplicação das vacinas, bem como a definição do calendário vacinal, de forma a incluir as vacinas recomendadas para diferentes faixas etárias, grupos populacionais e campanhas esporádicas.

As doses, por sua vez, são distribuídas por meio de uma rede integrada de unidades de saúde, garantindo o acesso gratuito às vacinas para a população, numa estrutura que abrange mais de 36 mil salas de vacinação espalhadas pelo país, em postos de saúde, hospitais, clínicas e centros de referência. Esta ampla rede de atendimento permitiu que a imunização se tornasse acessível até mesmo em regiões remotas, cujo acesso é prejudicado, como comunidades ribeirinhas, indígenas e áreas rurais.

Historicamente, o funcionamento do PNI é baseado em uma estrutura escalonada, na qual o Ministério da Saúde é responsável pela compra centralizada das vacinas e pela distribuição das doses para os estados, que por sua vez distribuem aos municípios. Os municípios, através de suas redes de unidades básicas de saúde (UBS), são os responsáveis pela aplicação das vacinas na população. Tal lógica foi revertida justamente no contexto pandêmico, em decorrência da ausência das doses sob o poder federal, permitindo que os próprios Estados, Municípios e Distrito Federal fizessem a aquisição direta das doses caso fosse preciso.

A existência do PNI é responsável por colocar o Brasil como um dos líderes mundiais em imunização, realizando grandes campanhas de saúde como a da erradicação da poliomielite em 1994 e do controle de doenças evitáveis, como o sarampo, rubéola, tétano neonatal e difteria. Além disso, o programa também oferece vacinas específicas para grupos de risco, como gestantes, idosos, profissionais de saúde e pessoas com comorbidades, sendo atualizado para incluir

novas vacinas conforme elas se tornam disponíveis e recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Apesar desses avanços, o sistema de saúde brasileiro enfrenta desafios significativos quanto ao oferecimento vacinal pleno. Vale lembrar que as recomendações da OMS preveem públicos específicos para imunização, assim como deve-se considerar as peculiaridades exigidas por cada fármaco. Assim, o programa não apenas deve abranger um grande território, com um quantum populacional de mais de 215 milhões de brasileiros, como deve prever um calendário que englobe diferentes faixas etárias, lapso de tempo para doses de reforço e estabelecimento de critérios de preferência para recebimento de alguns dos medicamentos.

Complementarmente, a sustentabilidade do PNI depende de investimentos contínuos em infraestrutura, capacitação de profissionais de saúde, que no contexto pandêmico encontravam-se no ápice da vulnerabilidade de recursos, com a economia já enfraquecida, as estruturas hospitalares operando muito além de suas capacidades e os profissionais de saúde exaustos e altamente expostos ao risco de contaminação.

Atualmente, se verifica no âmbito interno uma dificuldade adicional decorrente da crescente hesitação vacinal e disseminação de informações falsas sobre vacinas, também experienciado em outros países. Nesse sentido, a organização para a imunização contra a COVID-19 expôs além das vulnerabilidades do próprio sistema de saúde, incluindo desafios logísticos e de comunicação, mas também a necessidade de enfrentamento de questões de ordem social de combate à desinformação que ameaçavam a eficácia do PNI.

No caso da pandemia, como já mencionado nos demais capítulos, a coordenação entre o Governo Federal e os governos estaduais e municipais foi crucial, mas repleta de momentos de desarmonia e disputas políticas que impactaram a elaboração e implementação do plano. Além disso, a autonomia dos Estados e Municípios na adoção de suas próprias estratégias de vacinação, possibilitada pelo Supremo Tribunal Federal, muitas vezes em desacordo com as diretrizes do governo federal, gerou um clima de possível descentralização na execução da imunização, em contraposição a um plano nacional unificado.

Apesar de não conter datas ou prazos para execução, em dezembro de 2020 o Ministério da Saúde lançou oficialmente o Plano Nacional de Operacionalização da

Vacinação contra a COVID-19 (PNO), que detalhou as estratégias para a distribuição e aplicação das vacinas no país, sendo estruturado em várias fases. O objetivo era vacinar toda a população adulta de forma progressiva, à medida que as vacinas fossem disponibilizadas, considerando critérios de preferência a grupos mais vulneráveis.

No Brasil, a vacinação foi iniciada em janeiro de 2021, com a aplicação das primeiras doses da vacina CoronaVac, desenvolvida pelo laboratório chinês Sinovac em parceria com o Instituto Butantan, e da vacina de Oxford/AstraZeneca, produzida no Brasil pela Fiocruz. Apesar dos desafios, desde o início das aplicações, pode-se observar um impacto significativo na contenção da pandemia, à medida que os números de óbitos e internações graves pela doença passaram a diminuir progressivamente.

A vacinação em massa ajudou a reduzir drasticamente a superlotação dos serviços de saúde, permitindo que o Brasil avançasse na reabertura econômica e social. Até o final de 2021, o PNI havia conseguido vacinar a maioria de sua população adulta com pelo menos uma dose, um feito considerável dado o contexto de desafios logísticos e políticos enfrentados ao longo do processo, o que evidenciou como a coordenação entre diferentes níveis de governo e a intervenção de instituições como o STF é fundamental para a proteção da saúde em situações de crise.

3.1- Chegada da vacina e critérios de aplicação na cidade de Campinas-SP

Em meio a tudo isso, o estado de São Paulo tornou-se peça importante no questionamento do pacto federativo. Isso porque, passou a realizar um movimento para solucionar demandas regionais que estavam sendo deixadas em segundo plano pelo Governo Federal, e principalmente, caminhar em direção à produção de um imunizante que, se viável, poderia ser o primeiro em solo brasileiro.

Esse contexto foi decisivo para que o Governo Federal se sentisse ameaçado de perder seu protagonismo na elaboração de políticas públicas eficazes no combate à pandemia, que na época se traduzia em evidente capital político. Isso fez com que as duas instâncias iniciassem um intenso embate político, principalmente entre o presidente da república e o então governador do estado de São Paulo, João Dória.

No interior do estado de São Paulo, esse movimento pode ser vivenciado em menor escala, enquanto as cidades adotaram diferentes abordagens para impedir a propagação do vírus. O município de Campinas-SP, por exemplo, se destacou ao promover ações inovadoras para o controle do vírus enquanto ainda não havia vacina, tendo não só que enfrentar os dilemas típicos gerados pela pandemia, como teve que se organizar em uma realidade hospitalar que historicamente engloba pacientes provenientes de municípios próximos.

Em 6 de janeiro de 2021, o Governo Estadual já informava às Prefeituras a intenção de iniciar o plano vacinal estadual previsto para 25 de janeiro, com a expectativa de que Campinas recebesse um total de 210 mil doses, inicialmente seguindo o calendário estadual, tendo em vista que o Ministério da Saúde ainda não havia anunciado data prevista para efetiva distribuição das doses.

Utilizando-se da divisão dos grupos proposta pelo PNO, o oferecimento das doses seria feito em quatro fases: a primeira, focada em vacinar os maiores de 75 anos, profissionais da saúde, quilombolas e indígenas; a segunda, abrangendo as pessoas com idades entre 60 e 74 anos; a terceira destinada às pessoas com comorbidade e a quarta para imunização de professores, trabalhadores das forças de segurança e salvamento, funcionários do sistema prisional e os presos.

Segundo o calendário previsto ainda no dia 6 de janeiro de 2021 pelo Governo do Estado, as duas primeiras fases do plano já haviam sido provisionadas, com as datas para aplicação da primeira e segunda doses para serem disponibilizadas entre os meses de janeiro e março de 2021 conforme o esquema do quadro 2:

Quadro 2: Datas vacinais previstas inicialmente pelo Governo do Estado		
Público alvo	1ª dose	2ª dose
Trabalhadores da saúde, indígenas e quilombolas	25 de janeiro	15 de fevereiro
Pessoas com 75 anos ou mais	8 de fevereiro	1 de março
Pessoas com idades entre 70 a 74 anos	15 de fevereiro	8 de março
Pessoas com idades entre 65 a 69 anos	22 de fevereiro	15 de março
Pessoas com idades entre 60 a 64 anos	1 de março	22 de março

Apenas na semana seguinte, em 14 de janeiro de 2021, o Ministro da Saúde comunicou a pretensão para a distribuição de 8 milhões de doses para início das aplicações em 21 de janeiro, que segundo ele, dependiam da chegada do avião que traria os imunizantes da Índia. Assim como mencionado, em 17 de janeiro de 2021, o Governo do Estado de São Paulo realizou a cerimônia de início da aplicação das vacinas, seguida do comunicado de que o calendário federal seria adiantado para o dia 18 de janeiro de 2021.

O agendamento da vacinação pode ser realizado tanto pelo telefone, no número 160 ou pelo *site* da Prefeitura, em seu espaço “Vacina Campinas”. Os atendimentos ocorreram por meio dos horários disponibilizados, com objetivo de garantir uma vacinação organizada e evitar aglomerações. Além disso, em parceria com o Governo do Estado, era possível fazer um pré-cadastro, que não assegurava a reserva de doses, mas servia para facilitar o atendimento nos locais de vacinação (CAMPINAS, 2021).

Os cadastros eram feitos com o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), Registro Geral (RG) ou número da Carteira Nacional de Saúde (CNS), bem como comprovação de residência no Município e eventuais documentos que justificassem a prioridade vacinal no caso das faixas de grupos de risco. Os agendamentos poderiam ainda ser feitos em múltiplos centros de saúde, facilitando a distribuição das doses de forma geograficamente espalhada (CAMPINAS, 2021).

Em Campinas, o início da vacinação se deu em 21 de janeiro de 2021, contemplando o primeiro grupo da primeira fase do plano de imunização, quais sejam os profissionais da saúde, indígenas e quilombolas. Mais tarde, no dia 26 de janeiro, foram disponibilizadas doses 12 mil doses, destinadas no Município para profissionais da saúde que não estavam na assistência direta do combate à COVID, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, técnicos de análises clínicas e motoristas de ambulância.

No dia 9 de fevereiro foi aberto o agendamento para idosos a partir de 85 anos, com as aplicações iniciadas em 11 de fevereiro. A urgência para a imunização desse grupo se deve ao fato de constituírem o maior número de óbitos, correspondente a 28% do número total. O esquema de aplicação contou com o sistema de “*drive thru*”, permitindo que os idosos fossem vacinados diretamente de dentro do veículo, assim como para aqueles que eram acamados, poderia ser solicitada a equipe volante a domicílio.

Em 27 de fevereiro de 2021 os agendamentos para idosos com idades entre 80 e 84 anos foram abertos, com início da vacinação desse grupo em 1 de março de 2021. A imunização dessa faixa foi feita com o recebimento de 13 mil doses da vacina da Astrazeneca/Oxford. A faixa seguinte foi para o atendimento de idosos com idades entre 77 e 79, que puderam agendar o recebimento da primeira dose a partir do dia 3 de março, sendo interrompida e retornando após um dia, com o recebimento de novo lote com 9 mil doses (G1, 2021).

No dia 5 de março de 2021, a faixa dos idosos com mais 85 anos já havia sido completamente vacinada. Já em 9 de março, foi aberto o agendamento para a faixa dos 75 e 76 anos, com possibilidade de aplicação para o mesmo dia (G1, 2021). As demais faixas abertas continuavam ativas para atendimento. Mesmo diante do avanço significativo da imunização da população, a reserva de horários nessa faixa foi abaixo do esperado, fazendo com que as campanhas passassem a reforçar a importância da vacina e incentivar que os mais jovens levassem os familiares mais idosos para se vacinarem.

Iniciada a segunda fase do plano vacinal, foi aberta a faixa das pessoas com idades entre 73 e 74 anos no dia 12 de março de 2021, começando a vacinar este grupo com a primeira dose no mesmo dia. Ao contrário da faixa anterior, houve grande procura para agendamento, fazendo com que após o preenchimento das vagas abertas, a reserva fosse suspensa e reaberta em 15 de março de 2021 com a disponibilização de 1.400 vagas. Da mesma forma, a abertura de agendamento para maiores de 70 anos, que se deu em 17 de março de 2021 foi interrompida em razão do esgotamento de horários em algumas horas.

No dia 23 de março de 2021 é aberto o sistema de agendamento para idosos na faixa dos 69 anos, com a disponibilização de 11 mil vagas (G1, 2021), e em 31 de março de 2021 agendamento para os maiores de 68 anos. O mês de abril se inicia com a imunização dos profissionais da segurança pública no dia 5, assim como a abertura da faixa de 67 anos e profissionais da educação no dia 12. Em 22 de abril de 2021 iniciou-se a imunização dos maiores de 65 anos, ao mesmo tempo que os maiores de 64 poderiam agendar o recebimento da primeira dose. Já em 27 de abril de 2021 foram abertos os agendamentos para a faixa dos 63 anos.

Em 4 de maio de 2021 foram disponibilizadas 300 vagas para gestantes, lactantes e puérperas da área da saúde, tendo em vista que a gestação e puerpério se apresentaram como fatores de risco no ambiente de exposição das atividades

laborais dessas pessoas. As 300 vagas abertas se esgotaram em somente 5 horas. Em 5 de maio de 2021 foi iniciada a terceira fase do plano com a abertura dos agendamentos para a faixa dos 60 anos, bem como novas vagas para o grupo do dia anterior e para trabalhadores da saúde a partir de 35 anos.

A partir desse momento, a terceira e quarta fase passam a funcionar de forma contemporânea, com público alvo abaixo dos 60 anos, buscando agora incluir no escalonamento a consideração das comorbidades e fatores de risco. A partir do dia 7 de maio de 2021 passou a ser possível agendar as doses destinadas a estudantes e trabalhadores da área da saúde a partir de dezoito anos, além de pessoas com síndrome de down, pacientes em terapia renal substitutiva e transplantados.

Em 17 de maio de 2021 se iniciou a imunização de grávidas e puérperas com comorbidades e logo no dia 20 de maio os motoristas de transporte público. No dia 19, a Prefeitura Municipal anunciou o “Dia D da Vacinação”, que ocorreria em 22 de maio, visando a imunização massiva de pessoas maiores de 45 anos com comorbidade e motoristas de transporte público. Entre os dias 26 e 28 do mesmo mês, foram incluídos os estudantes da graduação e curso técnico da área da saúde, funcionários de aeroporto e pessoas com comorbidade a partir de 18 anos.

O mês de junho se iniciou com o segundo “Dia D da Vacinação”, realizado no dia 4. No dia 7 de junho de 2021 o agendamento passou a estar disponível para todas as grávidas e puérperas e, no dia 8, para as pessoas a partir de 58 anos, bem como profissionais da educação a partir de 45 anos. Nos dias 9 e 10 ocorreu a abertura da faixa de 55 anos, profissionais da educação básica acima de 18 anos e pessoas com deficiência. No dia 12 ocorreu o terceiro “Dia D da Vacinação”, seguido do quarto dia 19 de junho. A vacinação avançou mais três faixas de idade neste mês, com as doses disponibilizadas para os maiores de 50 no dia 14, de 43 no dia 21 e 40 no dia 30. Além disso, os militares foram vacinados no dia 24 desse mesmo mês.

Em 7 de julho de 2021 foi aberta a faixa dos 37 anos (G1, 2021), expandida em 14 de julho para 35 anos (CAMPINAS, 2021). No feriado de 9 de julho é realizado o quinto “Dia D da Vacinação” e no dia 14 as doses passam a estar disponíveis para pessoas com 35 anos ou mais. O mês termina com a abertura da vacinação para a faixa dos 28 anos no dia 30. A esta altura já era possível ver o impacto das imunizações, como se verifica pelos dados divulgados pela Prefeitura,

que indicavam uma diminuição de 16,6% nos casos novos e 17% dos óbitos (CAMPINAS, 2021).

No mês de agosto foram abertas as faixas dos 25 anos no dia 2 e dos 18 anos no dia 18. Apesar de ter ocorrido uma certa polêmica quanto a vacinação de adolescentes, o Município assegurou que seguiria o calendário Estadual, procedendo na imunização de pessoas com comorbidades entre 15 e 17 no dia 20 e sem comorbidades no dia 30. Por fim, em 8 de setembro de 2021 as vacinas passaram a estar disponíveis para pessoas a partir dos 12 anos.

Dessa forma, a imunização no Município de Campinas pode ser esquematizada conforme a linha do tempo disposta no Quadro 3, composta pelos meses do ano de 2021, dia de disponibilização das doses (DDD), público alvo da imunização e fase correspondente:

Quadro 3: Execução fática do plano vacinal em Campinas-SP			
Mês	DDD	Público Alvo	Fase
Janeiro	21	Profissionais de saúde	1
	27	Idosos e cuidadores de asilos	
Fevereiro	4	Pessoas acima de 90 anos e novos profissionais da saúde	
	11	Pessoas acima de 85 anos	
Março	1	Pessoas acima de 80 anos	2
	3	Pessoas com idades entre 77 e 79	
	9	Pessoas com idades entre 75 a 76	
	12	Pessoas com idades entre 73 a 74	
	17	Pessoas com idades entre 70 anos	
	23	Pessoas acima de 69 anos	
	31	Pessoas acima de 68 anos	
Abril	5	Profissionais da segurança pública	3 e 4
	12	Pessoas acima de 67 anos e profissionais da educação	
	22	Pessoas acima de 65 anos e agendamento para 64 anos	
	27	Pessoas acima de 63 anos	
Maio	4	Gestantes, lactante e puérperas da área da saúde	
	5	Pessoas acima de 60 anos e novas vagas para gestantes, lactante e puérperas da área da saúde	
	7	Estudantes da área da saúde que estagiam no setor, pessoas com síndrome de down, pacientes em terapia renal substitutiva e transplantados e trabalhadores da saúde com mais de 18 anos.	
	11	Pessoas com deficiência grave	
	17	Grávidas e puérperas com comorbidade	
	20	Motoristas do transporte público	
	26	Estudantes de graduação e cursos técnicos na área da saúde maiores de 18 anos e pessoas com comorbidade a partir de 18 anos	

	28	Funcionários de aeroporto	
Junho	7	Grávidas e puérperas de todas as idades	
	8	Pessoas acima de 58 anos e profissionais da educação a partir de 45 anos	
	9	Pessoas acima de 55 anos	
	10	Profissionais da educação básica maiores de 18 anos e pessoas com deficiência	
	14	Pessoas acima de 50 anos	
	21	Pessoas acima de 43 anos	
	24	Militares do Exército	
	30	Pessoas acima de 40 anos	
Julho	7	Pessoas acima de 37 anos	
	14	Pessoas acima de 35 anos	
	30	Pessoas acima de 28 anos	
Agosto	2	Pessoas acima de 25 anos	
	18	Pessoas acima de 18 anos	
	20	Pessoas de 12 a 17 pertencentes ao grupo de risco	
	30	Pessoas entre 15 e 17 anos	
Setembro	8	Pessoas acima de 12 anos	

Em resumo, a política vacinal aplicada no município foi elaborada conforme características específicas de agrupamento da população. Os grupos iniciais eram delimitados pelas faixas etárias, tendo em vista a alta mortalidade entre pacientes mais idosos, e ocupação profissional, conforme grau de exposição ao vírus e essencialidade da atividade que realiza. Nas demais fases do plano vacinal, além dessas características foram considerados os fatores de risco das pessoas com comorbidades e deficiências, que estivessem realizando tratamentos que fragilizam a saúde, puérperas, lactantes e gestantes.

Importante ressaltar ainda que, apesar de naturalmente remeter aos médicos e enfermeiros, as doses destinadas aos trabalhadores de saúde incluíam os profissionais que trabalhavam no setor, incluindo recepcionistas, trabalhadores da limpeza e lavanderias, cozinheiros, balconistas de farmácias, drogarias, entre outros que trabalham em estabelecimentos como hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios, drogarias, farmácias, além de cuidadores de idosos registradas por empresas da área.

Após o início da imunização das pessoas inseridas na linha de frente da pandemia, foram priorizados os trabalhadores de atividades essenciais, como segurança pública, educação básica, motoristas de transporte público, funcionários

dos aeroportos e militares do Exército. A realização dessa organização foi essencial para o retorno gradual das atividades presenciais e conseqüentemente do início da retomada econômica por elas possibilitada.

As comorbidades consideradas como fator de risco incluem os portadores de doenças como diabetes mellitus tipo 1 em uso de insulina, imunodeficiência primária, doenças cardíacas, e obesidade mórbida. Da mesma forma foram incluídos aqueles que passavam por tratamentos que vulnerabilizam a saúde em caso de contaminação, como era o caso de pessoas com câncer em tratamento quimioterápico imunossupressor e/ou radioterapia, que estavam em terapia renal substitutiva e os transplantados.

Com relação a preferência de grupos de pessoas com deficiências graves e com de síndrome de down, foram considerados não apenas os problemas de saúde preexistentes e subjacentes a deficiência, mas também obstáculos adicionais como a dificuldade em manter o distanciamento social devido a necessidades adicionais de apoio, a necessidade de encostar nos objetos para obter informações sobre o ambiente ou para se apoiar fisicamente e as dificuldades de acessibilidade de recursos de higiene, tais como a ausência de pias adaptadas e dificuldade de esfregar as mãos corretamente (OPAS, 2020).

Outro fator de risco considerado foi a das gestantes, lactantes e puérperas, que receberam as doses após a confirmação quanto à segurança do uso dos imunizantes em pessoas nessas condições. Houve ainda uma preferência dentro do grupo para as pessoas que além de estarem nessa condição se encontravam trabalhando na área da saúde, uma vez que esses fatores representavam perigo tanto para elas quanto para os bebês, que não seriam imunizados. Para esses grupos era necessário comprovar a situação ou comorbidade por meio de declaração, relatório médico ou receita de insulina no caso de diabéticos.

Outras ações mais amplas ou sem grupo definido também foram importantes para alavancar os números de vacinados. Em Campinas, houve a promoção de múltiplos “Dia D da Vacinação” tanto para a primeira quanto para a segunda dose e a apelidada “Xepa da Vacina”, quando as doses remanescentes que seriam descartadas eram aplicadas em pessoas sem grupo definidos, o que além de evitar o desperdício dos imunizantes, favorecia pessoas que ainda não teriam a chance de receber a dose.

Em conclusão, a política vacinal no município de Campinas foi marcada por uma organização estratégica que considerou um plano hierarquizado não apenas faixas etárias e ocupações profissionais, mas também a presença de comorbidades e outras condições de vulnerabilidade, como deficiências graves e a situação de gestantes e puérperas. Complementarmente, a implementação de iniciativas como o "Dia D da Vacinação" e a "Xepa da Vacina" demonstrou um esforço contínuo para ampliar a cobertura vacinal e evitar o desperdício que seria ocasionado pelo descarte obrigatório de doses.

Essa abordagem estruturada, combinada com a eficiência na administração das vacinas, foi fundamental para a redução significativa de novos casos e óbitos na cidade, contribuindo para a retomada gradual das atividades econômicas e sociais e evidenciando uma implementação alinhada com o conceito de políticas públicas baseadas em evidências, mencionado nos capítulos anteriores.

3.2- Comparativo cronológico dos dados obtidos: casos, internações e mortes.

A divulgação dos dados epidemiológicos realizada pela Prefeitura de Campinas era feita por meio do processamento das informações na Secretaria de Saúde e no Departamento de Vigilância em Saúde (DEVISA), em forma de boletins semanais. Essas informações passaram a estar disponíveis desde o dia 9 de abril de 2020 e se estendem até o ano de 2024. Uma vez que a disponibilização vacinal se deu ao longo do ano de 2021, a análise contará com 42 semanas epidemiológicas, que contabilizaram o lapso temporal de 27/01/2021 a 29/12/2021 (anexo 1).

A tradução da disponibilização vacinal por faixa etária no formato apresentado nos Boletins Epidemiológicos analisados se dá na forma disposta nos quadros 4 e 5, conforme a semana epidemiológica (SE), data de referência dos dados e os grupos abrangidos pela disponibilização do agendamento para recebimento das doses:

Quadro 4: Fase 1 nas semanas epidemiológicas (SE)		
SE	Data	Grupos abrangidos pelo agendamento
1	27/1/2021	Profissionais de saúde, Idosos e cuidadores de asilos
3	10/02/2021	Pessoas acima de 90 anos e novos profissionais da saúde

4	17/02/2021	Pessoas acima de 85 anos
5	24/02/2021	Pessoas acima de 80 anos
6	03/03/2021	Pessoas com idades entre 77 e 79
7	10/03/2021	Pessoas com idades entre 75 a 76

Quadro 5: Fase 2 nas semanas epidemiológicas (SE)		
SE	Data	Grupos abrangidos pelo agendamento
8	19/03/2021	Pessoas com idades entre 73 a 74 seguido de idades acima 70 anos
9	26/03/2021	Pessoas acima de 69 anos
10	01/04/2021	Pessoas acima de 68 anos
11	09/04/2021	Profissionais da segurança pública
12	16/04/2021	Pessoas acima de 67 anos e profissionais da educação
13	26/04/2021	Pessoas acima de 65 anos e agendamento para 64 anos
14	30/04/2021	Pessoas acima de 63 anos
15	07/05/2021	Pessoas acima de 60 anos

Complementarmente, para a presente análise, considera-se a indicação das datas para segunda dose recomendadas pelos fabricantes dos imunizantes, ou seja, 15 dias após a primeira dose de *Coronovac*, oito semanas após a 1ª dose de *AstraZeneca*, 21 dias após a primeira dose da *Pfizer* e a *Janssen* com dose única. Ressalta-se também que excepcionalmente, na ausência da *AstraZeneca*, poderiam ser utilizadas as vacinas da *Pfizer* para a aplicação da segunda dose.

Quadro 6: semanas epidemiológicas de aplicação das doses dos grupos etários				
Faixa	disponibilização da 1ª dose	2ª dose da <i>Coronovac</i>	2ª dose da <i>Astrazeneca</i>	2ª dose da <i>Pfizer</i>
90+	3	5	11	6
80-89	5	7	13	8
70-79	8	10	16	11
60-79	15	17	23	18
50-59	19	21	27	22

40-49	21	23	29	24
30-39	25	27	33	28
20-29	30	32	38	33

Para verificar a repercussão quantitativa das políticas públicas aplicadas, foram considerados os dados divulgados pela Prefeitura de Campinas durante todo o ano de 2021, por meio dos boletins epidemiológicos. Assim como os documentos, os dados foram apresentados conforme semanas epidemiológicas, sendo aqui o recorte referente às semanas 1 a 42, que contabilizaram o lapso temporal já mencionado de 27/01/2021 a 29/12/2021³⁷.

Além disso, destaca-se que observando os boletins epidemiológicos, há um provável erro nas semanas de número 33, 39 e 40, que indicaram menos mortes totais do que em semanas anteriores e, da mesma forma, não foram disponibilizados os dados com relação aos óbitos da semana epidemiológica 38, razão pela qual foram excluídos da análise e da representação gráfica desse indicador.

Ademais, os dados das faixas abaixo de 29 anos foram excluídos da representação em razão do término do esquema vacinal ser muito próximo das semanas finais de divulgação dos dados por idade, prejudicando a visualização em razão do encurtamento da linha após o esquema obrigatório das primeiras e segundas doses das vacinas disponibilizadas, bem como de sua inconsistência considerando os dados faltantes nas semanas já especificadas.

Ao considerar o esquema vacinal realizado entre a primeira semana de disponibilização (semana 3) e a segunda dose com intervalo mais tardio, no caso de Campinas a Astrazeneca (semana 23), verificamos uma queda substancial no número de óbitos, quando analisados os números totais desse índice (Gráfico 1). Tais resultados se devem à gradual vacinação dos grupos pré-determinados de forma escalonada, que foram pouco a pouco sendo imunizados conforme o recebimento das vacinas.

³⁷ Os números absolutos representados nos gráficos encontram-se nos anexos da presente pesquisa.

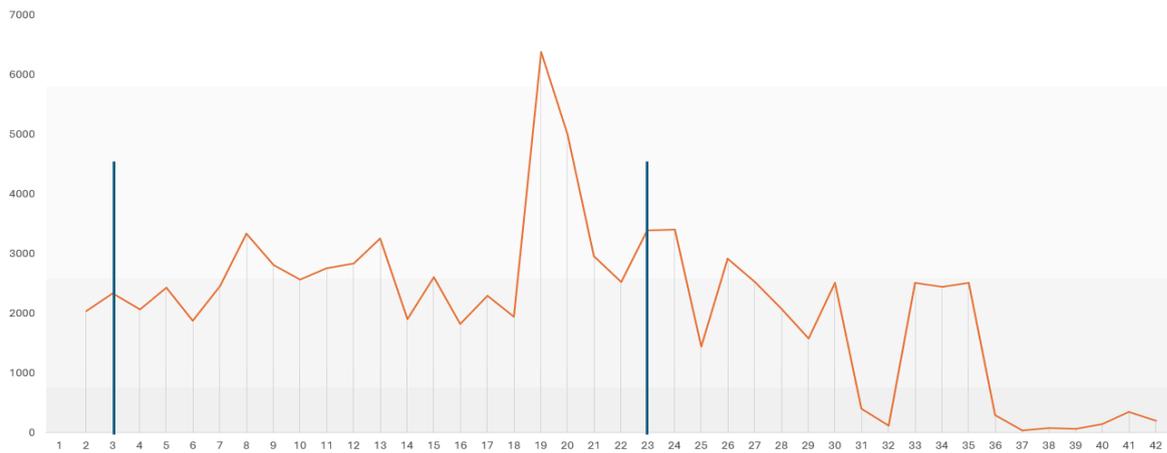


gráfico 1

Apesar da imunização ter ocorrido contemporaneamente a segunda onda do vírus, marcada pelas variantes Gama e Ômicron (MOURA, CORTEZ-ESCALANTE E OUTROS, 2022, p. 3 e 5), podemos observar uma clara queda nos números absolutos de novos óbitos por faixa etária após a imunização das pessoas a partir de 60 anos, considerando a aplicação das duas doses, conforme o calendário previsto por cada fabricante, sendo a primeira dose de todos os imunizantes representada pela linha azul, as segundas doses de *Coronovac*, *Pfizer* e *Astrazeneca* representadas respectivamente pelas linhas amarela, roxa e verde.

Os maiores de 90 anos, foram os primeiros a receber os imunizantes, tendo sua janela de recebimento de doses entre as semanas 3 e 11. Pode-se observar que, no que pese um pico de óbitos na semana de número 20, em nenhum momento após a imunização o índice ultrapassa o último quantum de óbitos representado na primeira semana epidemiológica. Isso indica também que, por receberem as doses de forma preferencial, foram o primeiro grupo a sentir os efeitos da imunização:

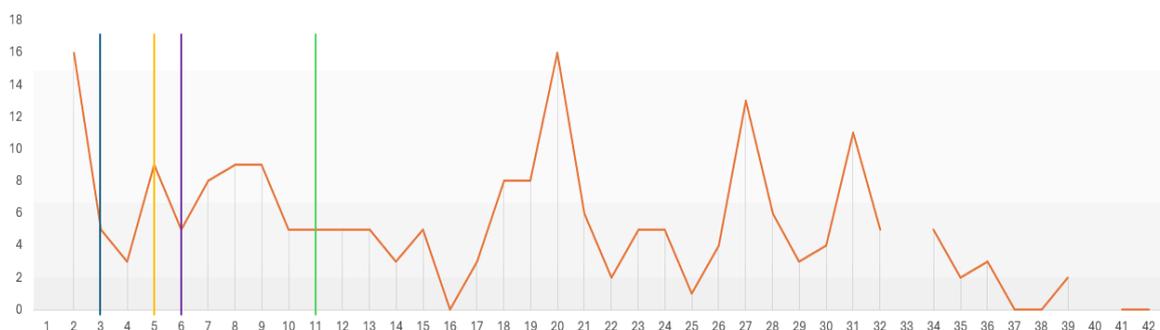


gráfico 2

Com relação a faixa seguinte, integrada pelas pessoas com idades entre 80 e 89 anos, os efeitos da vacinação podem ser visualizados de forma também variável, que assim como na faixa anterior, mesmo em seus picos notados pela semanas 15, 19 e 28, em nenhum dos casos se ultrapassa os números verificados antes da janela de imunização das duas doses completa entre as semanas epidemiológicas 5 a 13.

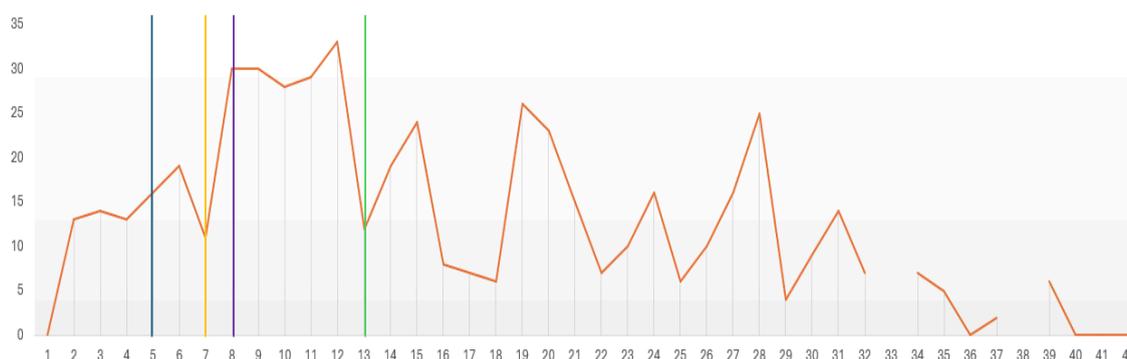


gráfico 3

Com relação aos óbitos na faixa etária de 70 a 79 anos, representados pelo gráfico 4, notamos ligeiras altas nas semanas 20, 27 e 31, que assim como nos demais grupos vacinados anteriormente não ultrapassam os dados do mesmo ano antes da disponibilização das duas doses para as pessoas contempladas por essa fase das aplicações. Ao fim, é possível verificar a queda absoluta dos números na altura das semanas 31 em diante (considerada a ausência de dados referentes a semana 38).

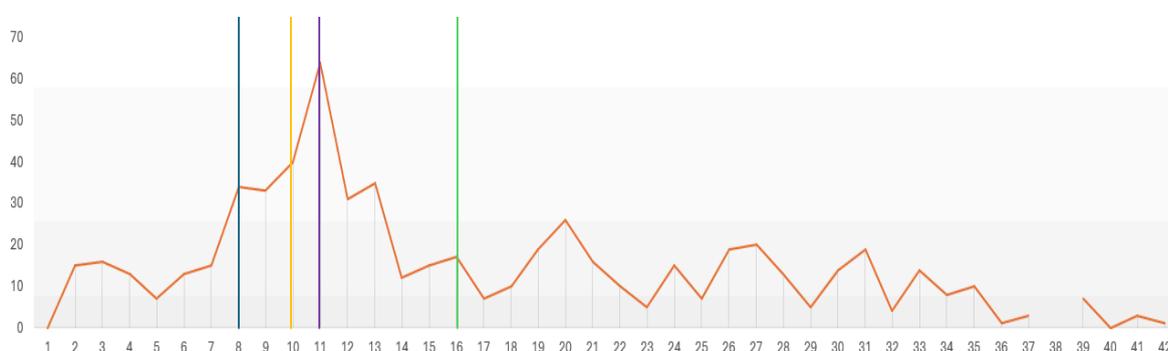


gráfico 4

De forma ainda mais clara, é possível visualizar no gráfico 5 a queda dos números na faixa etária dos 60 a 69 anos, que após a janela vacinal teve somente

uma alta na semana 33, seguido pela queda que acusou números de novos óbitos quase irrisórios se comparados com o pico anterior a vacinação nesse mesmo ano, representado pela semana 10. Da mesma forma que na faixa anterior, notamos uma expressiva e constante queda a partir da semana 34.

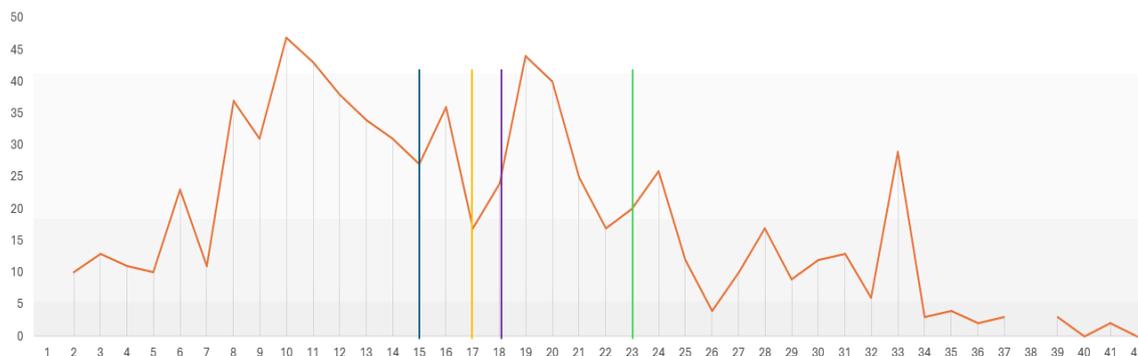


gráfico 5

Quanto ao público dos 50 a 59 anos, pode-se observar um pico na semana de número 34, envolto de uma tendência muito clara de sensível queda nos índices de novos óbitos após a aplicação das doses obrigatórias.

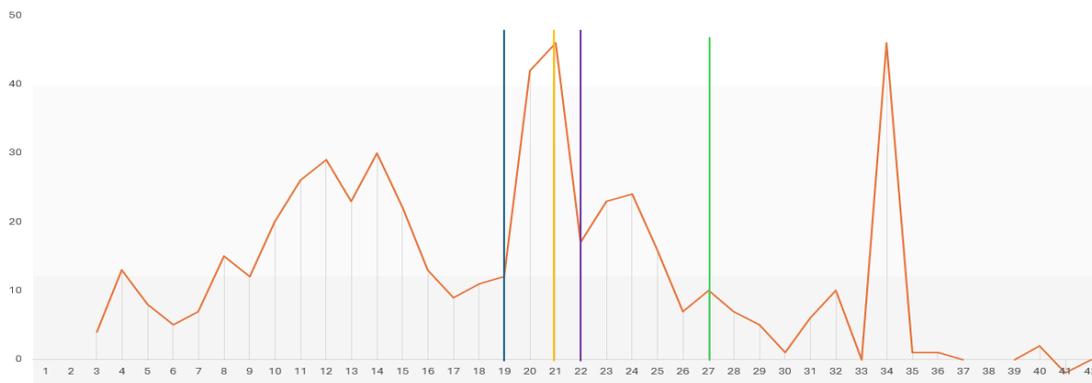


gráfico 6

Nos dados disponibilizados acerca da população na faixa dos 40 a 49 é possível perceber a tendência de queda de forma ainda mais visível, considerando que após o período de aplicação das primeiras e segundas doses a curva mostrou números mais baixos em relação ao índice de óbitos verificado imediatamente antes do início da vacinação.

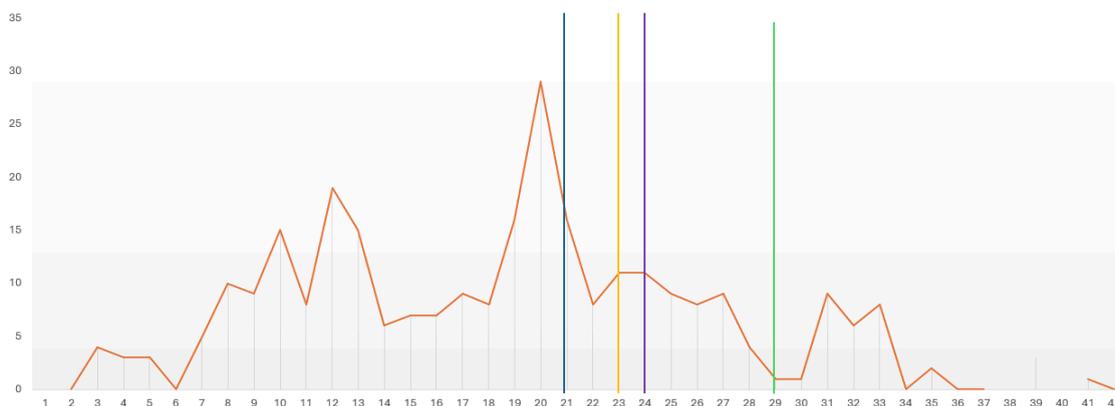


gráfico 7

Por último, já muito próximo da divulgação dos dados por idade, se observa o início da queda de óbitos na faixa dos 30 a 39 anos após o esquema obrigatório completo, conforme comparativo entre as semanas 33 e 34.

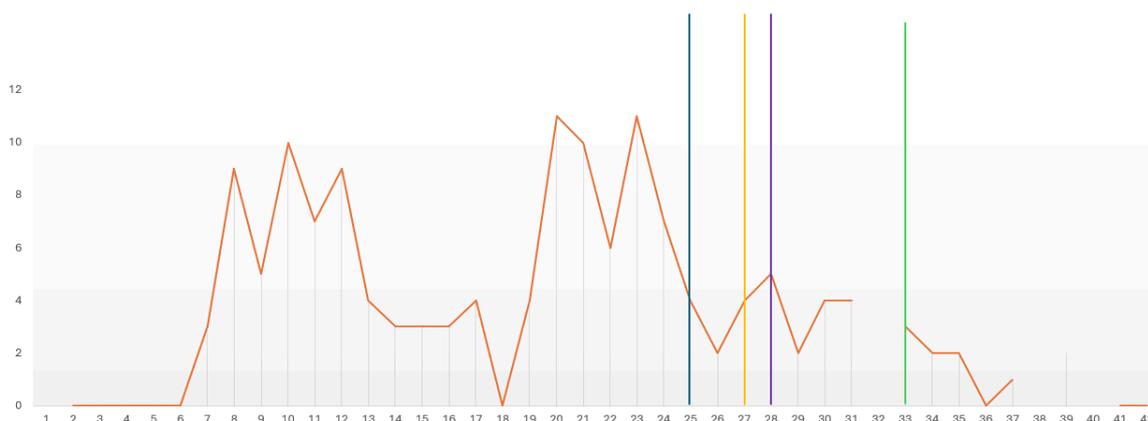


gráfico 8

Outro dado relevante é o indicador de hospitalizações pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Diferentemente da síndrome gripal comum, a SRAG acomete os infectados pelo vírus com sintomas mais sérios, como desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente e coloração azulada dos lábios ou rosto (Secretaria de Saúde de São Paulo, 2020), desencadeando em muitos casos a necessidade de intervenção específica e internação na Unidade de Terapia Intensiva.

Podemos constatar pelo gráfico 9 que, assim como no gráfico 1, após o período de aplicação das primeiras e segundas doses aos grupos investigados (sinalizados pelas linhas azuis), se percebe a queda gradual dos hospitalizados em situação grave, o que indica que a vacinação não apenas combate o contágio, mas

também evitava que os contaminados evoluíssem para quadros mais agudos da doença.

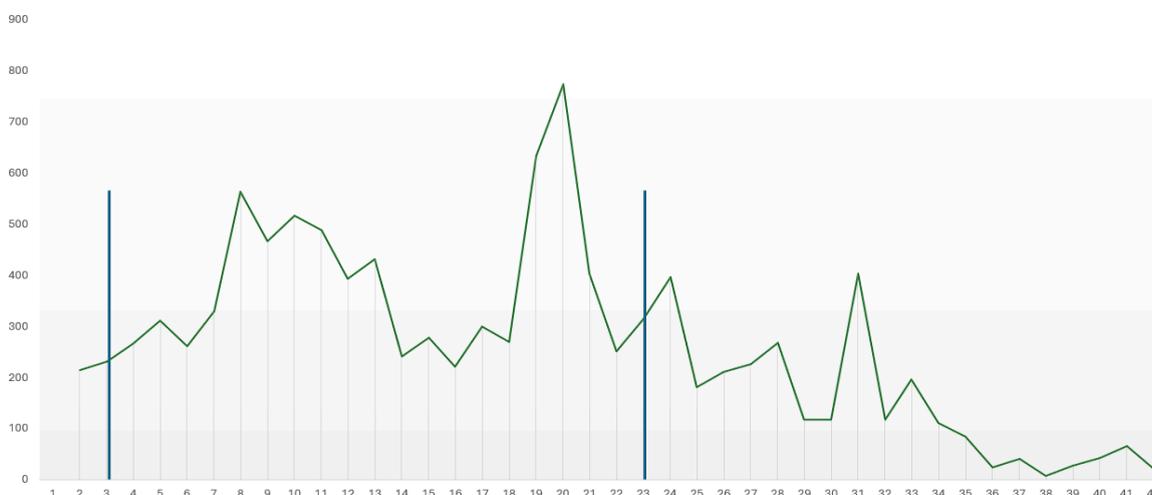


gráfico 9

Este dado é de extrema importância tendo em vista que além da mortalidade, um dos grandes elementos responsáveis pela situação de calamidade enfrentada foi a superlotação do sistema de saúde pública municipal, que teve seus recursos totalmente revertidos em prol do atendimento dos infectados. Com a diminuição dos casos graves, passou a ser possível o atendimento de outras demandas em saúde que até então estavam paralisadas pela falta de leitos e recursos.

Para isso, foi necessário que a Prefeitura de Campinas realizasse um levantamento dos pacientes que aguardavam por procedimentos eletivos, cuja alta demanda já era um problema antes da pandemia, se agravando diante da paralisação. Para a retomada desses atendimentos, a Secretaria de Saúde organizou uma fila de espera de consultas, exames e cirurgias, e, com base nessas informações, apresentou um plano de metas para normalização dos procedimentos no sistema de saúde municipal (CAMPINAS, 2021).

Foram considerados com prioridade os casos oncológicos e inadiáveis, além de mutirões cirúrgicos para agilizar a absorção dessas demandas. Neste ponto a Administração trabalhou também no atendimento primário dos centros de saúde, que enfrentaram o problema da insuficiência da gestão de pessoas, passando a fomentar também o atendimento via telemedicina, visando acelerar abertura de vagas (CORREIO POPULAR, 2021).

Além disso, com o tratamento de pacientes acometidos somente com a síndrome gripal normal favorece a contenção do vírus à medida que nesses casos a indicação era o tratamento domiciliar, com a administração de remédios para os

sintomas e o isolamento social. Mais do que isso, muitos desses casos poderiam ser diagnosticados via telemedicina, que assim como os autotestes, diminuiu o contato dos profissionais de saúde com a doença.

3.3- Conclusões técnicas sobre a eficácia da política vacinal aplicada.

A cidade de Campinas-SP enfrentou os desafios na implementação da sua política vacinal contra a COVID-19 por meio do respaldo no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (PNO) e das diretrizes emitidas pelo Governo Estadual de São Paulo em um contexto de disputas políticas entre diferentes esferas do governo. Assim como no restante do país, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) desempenharam papéis determinantes em um novo cenário de descentralização das ações vacinais.

Historicamente, o PNI operava e opera atualmente com uma estrutura centralizada, onde o Governo Federal adquire e distribui as vacinas. Como explicado exhaustivamente, diante da ausência de coordenação central eficaz no início da pandemia, por meio da judicialização da questão, o Supremo Tribunal Federal permitiu que os demais entes federativos, como Campinas, pudessem realizar suas próprias políticas de aquisição de vacinas, induzindo o Governo Federal a corresponder a movimentação pela distribuição dos imunizantes que começava em São Paulo à época.

A descentralização possibilitou também adaptações locais, permitindo que Campinas iniciasse seu planejamento vacinal antes mesmo da oficialização de datas pelo Governo Federal, o que foi fundamental para a eficácia necessária para atender às peculiaridades regionais. Nesse sentido, o município elaborou sua divisão em fases conforme o PNO, priorizando os grupos mais vulneráveis, como idosos e profissionais da saúde, adaptando os grupos conforme a realidade local e a chegada de novas doses.

Essas fases foram determinadas com base na vulnerabilidade e exposição ao vírus, garantindo que as pessoas com maior risco de complicações fossem vacinadas primeiro. Além disso, profissionais de saúde incluíram não só médicos e enfermeiros, mas também categorias de apoio essenciais, como motoristas de ambulâncias, recepcionistas e trabalhadores da limpeza, o que não só atende a

necessidade de suas ocupações, mas prestigia esses trabalhadores tão importantes que em muitos momentos foram invisibilizados nesse período.

Além disso, Campinas adotou ações adicionais para ampliar a cobertura vacinal, como a utilização de “*drive-thru*” para vacinação de idosos e a criação de equipes volantes que vacinavam pessoas acamadas ou com mobilidade reduzida em suas casas. Tais estratégias reduziram a exposição dos idosos ao risco de infecção em locais fechados e permitiram maior conforto no atendimento domiciliar.

Da mesma forma, houve a implementação dos “Dias D da Vacinação”, que ocorreram em múltiplas datas ao longo do processo de imunização, promovendo o avanço da vacinação. Visando ainda combater o desperdício e maximizar a aplicação de doses, houve a distribuição limitada de vacinas por meio da “Xepa da Vacina”, quando as doses remanescentes que não poderiam ser armazenadas eram aplicadas em qualquer pessoa disponível, considerando que as vacinas que têm um tempo de validade curto após abertas.

De forma complementar, um obstáculo fortemente presente tanto na caracterização da postura do Governo Federal quanto em alguns grupos sociais foi a hesitação vacinal e a disseminação de desinformação, representado em Campinas especialmente no avanço da vacinação dos grupos mais velhos. Isso demonstrou a necessidade de uma comunicação clara e contínua com a população, reforçando a importância da vacina, especialmente entre os mais jovens, para incentivar a vacinação de seus familiares mais idosos e combater as notícias falsas.

A junção desses aspectos fez com que tecnicamente a política vacinal de Campinas pudesse ser bem-sucedida em muitos aspectos, principalmente no que tange à capacidade de adaptação local às diretrizes federais. O Município aplicou estratégias que ampliaram a cobertura vacinal, superando desafios logísticos e sociais e evidenciando que a coordenação entre diferentes níveis de governo e o uso de medidas inovadoras, como o agendamento *online*, a vacinação “*drive-thru*” e os Dias D, foram fundamentais para o sucesso de uma política pública vacinal.

Essa abordagem se evidencia por meio dos dados epidemiológicos de Campinas no ano de 2021, fornecidos pela Prefeitura em boletins semanais que foram a principal fonte de informação para o planejamento de políticas públicas do município e para a análise realizada no presente trabalho. Por meio desses documentos oficiais, foi possível avaliar o impacto das políticas de vacinação na contenção dos casos, internações por síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e

óbitos conforme o avanço da imunização por faixas etárias, detalhando o impacto direto da vacinação especialmente na segunda onda .

Quando analisadas individualmente, no que pese algumas inconsistências nos dados nas semanas epidemiológicas 33 e 38, verificou-se uma queda substancial no número de casos confirmados após a vacinação. Essa queda é um reflexo direto da disponibilização gradual dos imunizantes para grupos prioritários, mesmo com o surgimento de variantes mais transmissíveis. Mais do que isso, a análise dos óbitos por faixa etária em contraponto à disponibilização vacinal, revelou um padrão de queda significativo que, apesar de picos isolados demonstrou números permanecerem abaixo dos níveis anteriores à vacinação, refletindo o impacto positivo do esquema vacinal completo.

Da mesma forma, a redução das hospitalizações por síndrome respiratória aguda grave (SRAG), condição associada à COVID-19 com sintomas graves, foi outro indicativo positivo da vacinação, tendo em vista que após a aplicação das doses nos grupos de risco, o número de internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) caiu gradativamente, aliviando a pressão sobre o sistema de saúde municipal, que até então enfrentava superlotação.

A diminuição dos casos graves permitiu que o sistema de saúde retomasse o atendimento de outras patologias, que havia sido interrompido devido à priorização dos pacientes de COVID-19, permitindo o retorno lento de outros tratamentos ao sistema de saúde público municipal. Essa redução contínua confirma que a vacinação, mesmo ocorrendo durante a segunda onda da pandemia, foi eficiente na proteção das faixas etárias mais vulneráveis.

Assim, é seguro afirmar que a política vacinal em Campinas demonstrou resultados positivos no combate à pandemia, tanto na redução de óbitos quanto na diminuição de internações por casos graves. A análise cronológica dos dados reforça que a vacinação em massa foi essencial para a contenção do avanço da pandemia. Da mesma forma, o monitoramento contínuo dos dados epidemiológicos foi crucial para garantir a proteção da população e evitar a saturação dos sistemas de saúde em situações de emergência, bem como refletiram a importância de flexibilidade e inovação em cenários de crise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2020 foi marcado por incertezas marcadas pelas poucas informações sobre a COVID-19. Inicialmente, as políticas públicas eram preventivas, buscando controlar a circulação do vírus por meio do fechamento de setores econômicos, distanciamento social e uso obrigatório de máscaras, sendo gradualmente melhoradas conforme as pesquisas sobre a doença avançavam. Com o surgimento das vacinas, no início de 2021, o foco passou a ser a viabilização para uma possível imunização, gerando uma mobilização para a campanha de vacinação pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante esse período, pode-se verificar um aumento significativo de ações de controle concentrado, tal como as ADPFs, no Supremo Tribunal Federal (STF), que abordavam divergências entre a União, Estados, Municípios e o Distrito Federal sobre políticas de saúde. Nesse sentido, o STF adotou uma postura descentralizadora, conferindo aos estados e municípios o poder de adotar medidas de enfrentamento à pandemia, contrariando a tendência anterior de concentrar esse poder na União, o que deu novos contornos ao conceito de federalismo cooperativo no contexto da crise sanitária.

Essa discussão trouxe à tona um conflito federativo à medida em que, por meio da judicialização, começou-se a questionar atos do Executivo federal nas ações de combate ao estado de calamidade que se instalava, especialmente nos temas relacionados à criação de políticas de saúde pública. Nesse sentido, a atuação do STF durante a pandemia é vista como um elemento significativo na viabilização dessas condutas, considerando uma postura mais crítica ao Governo Federal e favorecendo os Estados e Municípios.

Complementarmente, o Tribunal foi visto como um "fortalecedor" dos partidos de oposição, em especial dos atores políticos que integraram a busca ativa pela vacina, o que gerou críticas do então Presidente Jair Bolsonaro, que argumentava que o órgão estava impedindo seu governo de agir durante a crise. Entre as várias decisões produzidas no período, destaca-se o debate sobre a obrigatoriedade e ordem de preferência no plano de vacinação e a garantia de acesso à informação e dados epidemiológicos sobre a pandemia.

Dessa maneira, as decisões do STF contribuíram para a descentralização do poder e o enfraquecimento da imagem do Governo Federal, sendo visto não apenas como um órgão judicial, mas como um ator político ativo durante a crise sanitária, promovendo mudanças substanciais na forma de governança do país em um

contexto de emergência de saúde pública. Essa postura impactou significativamente o cenário político, reforçando a cooperação entre os entes federativos e garantindo a proteção do direito à saúde durante um dos maiores estados de calamidade da história recente do Brasil.

Com isso, os conflitos se verificaram não apenas entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, mas também entre os entes federativos, como União, Estados e Municípios, considerando que a própria coordenação de ações de saúde foi palco de disputas políticas. O STF foi crucial na resolução desses conflitos, garantindo a separação dos poderes e a cooperação entre os entes federados, como foi o caso do reconhecimento da competência concorrente tanto União quanto Estados e Municípios para atuar na saúde pública.

Essa "interpretação elástica" foi usada durante a crise sanitária, que exigiu respostas rápidas e flexíveis, fazendo com que o Supremo ajustasse os parâmetros adotados antes da pandemia para permitir que medicamentos e tratamentos fossem distribuídos, desde que baseados em evidências científicas e padrões internacionais. O tribunal, então, assumiu um papel de proteção da ciência como base das políticas públicas, contrastando com o Governo, que resistia às orientações de distanciamento e vacinação.

Mais do que isso, a disputa entre o STF e o então Governo Bolsonaro ficou evidente em relação às vacinas. A estratégia de Governo de Jair Bolsonaro, à época, minimizou a gravidade da pandemia, resistiu às medidas sanitárias e à aquisição de vacinas, enfrentando a oposição inclusive de atores políticos que antes eram seus aliados, como foi o exemplo do então governador de São Paulo, João Dória, que havia fechado uma parceria com a Sinovac para produzir a CoronaVac no Brasil.

Durante a pandemia, o STF deu preferência às evidências científicas, exigindo que as políticas públicas de saúde seguissem as recomendações de entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Ao mesmo tempo, o Governo Bolsonaro argumentava que o tribunal estava retirando sua autonomia ao permitir que Estados e Municípios adotassem medidas de forma individual.

O STF, ao julgar as ações mencionadas, atuou como um "legislador negativo", de forma a declarar a inconstitucionalidade de atos em relação à crise sanitária e revelando a necessidade de coordenação entre os entes federativos.

Especificamente no caso da ADPF 770, o órgão reconheceu as omissões do Governo Federal no planejamento e execução de políticas públicas de imunização e garantiu que estados e municípios tivessem autonomia para lidar com a pandemia, visando proteger o direito à saúde e à dignidade humana.

Ainda no âmbito da ADPF 770, argumentando que o governo federal estava sendo negligente em coordenar e executar um plano de vacinação eficaz, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB) criticou a demora na aquisição de insumos, como seringas, e a politização da compra da vacina *coronovac*, que foi rejeitada inicialmente pelo então Presidente da República. Tal inércia foi reconhecida pelo tribunal como um aspecto que estava comprometendo o direito à saúde e à vida, ambos garantidos pela Constituição Federal.

O tribunal reforçou a importância de critérios técnicos e científicos na aquisição de vacinas, sem discriminação de origem, e também garantiu que fundos públicos fossem utilizados de maneira eficiente para viabilizar a imunização em massa. No julgamento da medida cautelar, o ministro Ricardo Lewandowski reconheceu a importância dos direitos fundamentais à vida e à saúde e reafirmou o dever do Estado de garanti-los, especialmente em um cenário de pandemia, enfatizando que o dever de garantia da saúde pública está acima de interesses políticos.

Dessa forma, determinou que a vacinação deveria ser garantida, ainda que sem o registro da Anvisa, em casos excepcionais de imunizante aprovados internacionalmente, afirmando que, em caso de descumprimento do Plano Nacional de Vacinação ou na ausência de uma cobertura vacinal adequada por parte da União, os demais entes federativos estariam autorizados a adquirir e distribuir vacinas de forma autônoma.

Interessante é que, apesar de a decisão inicial ser monocrática, seu impacto político foi enorme. A pressão gerada pela possibilidade de atuação independente dos Estados e Municípios acelerou a formulação de um plano nacional de vacinação. Isso ilustra o poder de decisões judiciais no contexto de governança federal e na forma como podem influenciar políticas públicas, sem que haja necessariamente uma execução coercitiva. A decisão reforçou ainda o papel do órgão num contexto de intensa polarização política, que foi exacerbado pela resposta descoordenada à crise.

Ao fim e ao cabo, a descentralização foi uma forma de garantir que, mesmo diante da inação do Governo Federal, os outros entes pudessem tomar medidas efetivas contra a pandemia. Com base nas decisões mencionadas e em especial nos votos em sede da ADPF 770, fica evidente que o STF buscou orientar suas decisões de modo a garantir o direito à saúde e à vida, estabelecendo um padrão de decisões focado na ciência, o que foi decisivo na pandemia, não apenas como mediador de conflitos federativos, mas também como guardião dos direitos fundamentais no contexto da judicialização da saúde.

Assim, o que se conclui é que o Supremo Tribunal Federal desempenha um papel político ao interpretar e aplicar o direito material, especialmente em processos coletivos, por meio de instrumentos como a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), que visando evitar ou reparar violações a preceitos fundamentais por atos do poder público, se configura como um dos principais mecanismos de judicialização de políticas públicas.

O resultado desse movimento foi a elaboração do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO), lançado em dezembro de 2020, e o início a vacinação em janeiro de 2021, com o uso da CoronaVac e da vacina de Oxford/AstraZeneca. Apesar de desafios políticos e logísticos, o Programa Nacional de Imunização (PNI) conseguiu vacinar a maioria da população adulta até o final de 2021, contribuindo para a redução dos casos graves de COVID-19 e possibilitando a reabertura das atividades no país.

A chegada da vacina contra a COVID-19 foi um marco decisivo no enfrentamento da pandemia, especialmente no que tange a organização dos municípios para viabilizar a implementação do plano e a distribuição das doses. Na cidade de Campinas-SP a administração da vacina seguiu uma estrutura rígida e planejada, com fases bem definidas, com a distribuição das doses dividida conforme a existência de grupos prioritários começando sua campanha de vacinação em 21 de janeiro de 2021, conforme o Plano Nacional de Imunização (PNI) e o Plano Estadual de São Paulo.

Ainda no sentido da criação de medidas diretas pelos entes federativos, Campinas adotou diversas medidas inovadoras para acelerar o processo de vacinação, além de evitar desperdícios e aglomerações. A maior dessas medidas foi a inovadora disponibilização do agendamento das doses de modo *online*, por meio

de plataforma específica que não apenas organizou a distribuição dos imunizantes como compilou dados relevantes para a análise do andamento da vacinação.

Da mesma forma, foram pensadas ações como o “Dia D da Vacinação”, como campanha complementar intensiva para a aplicação de doses, e a “Xepa da Vacina”, para evitar o descarte de doses já abertas. Além disso, a cidade também implementou o sistema “drive-thru” para facilitar o acesso dos idosos à vacina e contou com equipes volantes para vacinar aqueles que estavam acamados e com mobilidade reduzida.

O plano vacinal de Campinas levou em consideração não apenas a idade e ocupação dos indivíduos, mas também suas condições de saúde e ocupação. Foram priorizadas pessoas com comorbidades, com critérios claros e adaptações para grupos vulneráveis e profissionais essenciais. O resultado foi uma significativa redução na mortalidade e no número de casos, possibilitando a retomada gradual das atividades econômicas e sociais.

A Prefeitura de Campinas divulgou dados epidemiológicos por meio de boletins semanais, processados pela Secretaria de Saúde e o Departamento de Vigilância Sanitária (DEVISA). Esses boletins forneceram informações valiosas sobre a evolução da pandemia no município, desde abril de 2020, permitindo um acompanhamento detalhado dos casos, internações e mortes até o final de 2021, tendo sido analisado o período chave das semanas epidemiológicas de 27/01/2021 a 29/12/2021 considerando que cada vacina tinha um intervalo específico entre a 1ª e a 2ª dose, variando entre *coronavac*, AstraZeneca, Pfizer e Janssen (dose única).

Após a imunização, o número de óbitos em todas as faixas etárias caiu significativamente. Outro dado importante da análise foi o impacto da vacinação nas hospitalizações por SRAG, uma condição mais grave associada à COVID-19. Antes da vacinação, as hospitalizações por SRAG sobrecarregavam o sistema de saúde. Com a vacinação, houve uma redução progressiva de hospitalizações em quadros graves, indicando que a vacina não só prevenia a infecção, mas também reduzia a gravidade dos casos.

Essa evolução foi essencial para o Município, tendo em vista uma particularidade considerável de que historicamente seu sistema de saúde atende não apenas seus habitantes, mas também pacientes de cidades vizinhas, o que gerou uma sobrecarga adicional nos atendimentos no período pandêmico. A

diminuição das hospitalizações liberou recursos médicos para atender outras demandas de saúde, aliviando a superlotação hospitalar.

Assim, os dados apresentados ilustram como as políticas públicas de vacinação em Campinas foram eficazes em reduzir os casos graves de COVID-19, internações por SRAG e óbitos e desempenharam um papel crucial na contenção da pandemia, especialmente entre os grupos mais vulneráveis, bem como permitiu que a atenção à saúde voltasse a condições normais, atendendo outros pacientes e doenças que tinham sido negligenciados durante o pico da pandemia.

Por meio da pesquisa foi possível esclarecer a relação consequencial da atuação do Supremo Tribunal Federal no movimento de criação e concretização do plano de imunização de combate à pandemia por meio do reconhecimento da competência dos demais entes federativos na adoção de medidas sanitárias, especialmente no que se refere ao impacto dessa decisão no cenário político, ocasionando uma movimentação do governo federal.

Além disso, demonstrou como a jurisdição pode ser usada como instrumento de garantia de direitos em contextos de crise, destacando o papel do tribunal na manutenção da ordem constitucional e na proteção dos direitos fundamentais assim como consolidou a importância do STF em contextos políticos, sociais e de crise, como guardião da Constituição e promotor de políticas públicas justas e eficazes.

Complementarmente, se verificou quantitativamente a eficácia da aplicação dessas medidas por meio dos dados de Campinas, ressaltando a organização do plano de forma a priorizar grupos mais vulneráveis. Essa análise evidencia a importância das políticas públicas baseadas em evidências que não só foram favorecidas em sede das decisões do STF, mas foram também utilizadas como critério de distribuição dos imunizantes no município.

Após os resultados da pesquisa se constatou que a atuação do Supremo Tribunal Federal impactou as políticas públicas de saúde que possibilitaram a vacinação em massa contra a COVID-19 no Brasil, confirmando a hipótese inicial de que a omissão do Governo Federal no período induziu a judicialização das medidas sanitárias e de imunização, nesse caso instrumentalizadas nos autos da ADPF 770, passando assim o tribunal a ocupar um espaço também político que contribuiu para o contexto de criação do plano vacinal responsável pelo fim da pandemia.

Por fim, conclui-se que a decisão que autorizou que Estados e Municípios desenvolvessem planos de vacinação independentes, caso o Governo Federal não

garantisse doses suficientes, claramente acelerou a movimentação política, considerando que o Estado de São Paulo, anunciou a vacinação antes do Governo Federal, pressionando o Ministério da Saúde a agir rapidamente para não perder protagonismo. Assim, pode-se dizer que a ADPF 770 é um marco histórico na interação entre política e Judiciário, destacando a importância de decisões judiciais para a garantia de direitos fundamentais em momentos de crise.

BIBLIOGRAFIA

1. ACERO, L. Ciência, políticas públicas e inclusão social: debates sobre células-tronco no Brasil e no Reino Unido. *Dados* 53 (4). 2010. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582010000400003>
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Coronavírus (COVID-19) - Regulamentos. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/arquivos/regulamentos/7000json-file-1>. Acesso em: 09 abr. 2024.
3. Albuquerque, DAR, Internações hospitalares e taxas de mortalidade por doenças respiratórias não COVID-19 no sistema público de saúde do Brasil durante a pandemia de COVID-19: um estudo observacional nacional. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Set/2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/5HD3x7KkQqTK3VwvDZkvWXG/?format=pdf&lang=pt> - numero de obitos por doença respiratória
4. BARROS JOBIM, M.; DA CUNHA JÚNIOR, D. A ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL NA PERSPECTIVA DO CONCEITO FUNDAMENTAL DE AÇÃO: O RESGATE DE SEU SENTIDO CONSTITUCIONAL. *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 78–108, 2020. DOI: 10.25192/issn.1982-0496.rdfd.v25i31944. Disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/1944>. Acesso em: 2 set. 2024.
5. BBC. 2 momentos em que Bolsonaro chamou covid-19 de 'gripezinha', o que agora nega. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536> . Acesso em 4/2/2024.
6. Brasil, El País. Guerra da vacina se acirra e Butantan cobra cota de São Paulo antes de entregar doses CoronaVac ao Ministério da Saúde. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-16/guerra-da-vacina-se-acirra-e-butantan-cob>

ra-cota-de-sao-paulo-antes-de-entregar-doses-coronavac-a-ministerio-da-saude.html . Acesso em: 09 abr. 2024.

7. BRASIL. Governo entrega ao STF plano nacional de vacinação contra covid-19. Agência Brasil, Brasília, DF, 12 dez. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-12/governo-entrega-ao-stf-plano-nacional-de-vacinacao-contra-covid-19>. Acesso em: 27 ago. 2024.

8. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STF determina que Governo Federal mantenha orçamento para implementação do Plano Nacional de Imunização contra a Covid-19. STF, Brasília, DF, 17 dez. 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=457001&ori=1>. Acesso em: 27 ago. 2024.

9. CAMPINAS. Aberta agenda de vacinação contra a Covid para pessoas com mais de 43 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89368>. Acesso em: 05 set. 2024.

10. CAMPINAS. Abertas vagas para vacinação de gestantes da área da saúde contra Covid. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89870>. Acesso em: 05 set. 2024.

11. CAMPINAS. Aberto agendamento para cuidador e pessoa com comorbidade a partir de 18. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89605>. Acesso em: 05 set. 2024.

12. CAMPINAS. Agendamento para a vacinação de maiores de 73 anos está suspenso. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88400>. Acesso em: 05 set. 2024.

13. CAMPINAS. Agendamento para idosos acima dos 73 anos está suspenso temporariamente. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88423>. Acesso em: 05 set. 2024.

14. CAMPINAS. Agendamento para vacinação de novos grupos será aberto nesta 2ª às 14h. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89507>. Acesso em: 05 set. 2024.

15. CAMPINAS. Avanço da vacinação contra Covid-19 já reflete nos números da pandemia. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90938>. Acesso em: 05 set. 2024.

16. CAMPINAS. Boletim atualiza casos de Covid-19 e vacinação nesta segunda-feira (11/04). Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/92244>. Acesso em: 05 set. 2024.

17. CAMPINAS. Campinas abre agendamento da vacinação para maiores de 60 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89855>. Acesso em: 05 set. 2024.

18. CAMPINAS. Campinas abre agendamento para vacinação a partir de 35 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/91085>. Acesso em: 05 set. 2024.

19. CAMPINAS. Campinas amplia vacinação contra a Covid para pessoas a partir de 40 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89275>. Acesso em: 05 set. 2024.
20. CAMPINAS. Campinas amplia vacinação contra Covid a todas as crianças de 5 a 11 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/93033>. Acesso em: 05 set. 2024.
21. CAMPINAS. Campinas amplia vacinação contra Covid para pessoas com mais de 55 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89485>. Acesso em: 05 set. 2024.
22. CAMPINAS. Campinas define esquema e estrutura para vacinação contra Covid-19. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88909>. Acesso em: 05 set. 2024.
23. CAMPINAS. Campinas inicia vacinação contra Covid-19 para outras categorias da saúde. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88797>. Acesso em: 05 set. 2024.
24. CAMPINAS. Campinas reabre a agenda para dose adicional da vacina contra a Covid-19. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90329>. Acesso em: 05 set. 2024.
25. CAMPINAS. Campinas terá 60 postos para vacinação no sábado Dia D contra a Covid. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89674>. Acesso em: 05 set. 2024.
26. CAMPINAS. Campinas terá Dia D da vacinação contra a Covid neste sábado (22). Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89709>. Acesso em: 05 set. 2024.
27. CAMPINAS. Campinas terá Dia D de vacinação no sábado (5/02) em 36 centros de saúde. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/92914>. Acesso em: 05 set. 2024.
28. CAMPINAS. Campinas terá o 3º Dia D de vacinação contra a Covid no próximo sábado (12). Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89506>. Acesso em: 05 set. 2024.
29. CAMPINAS. Campinas terá o 4º Dia D de vacinação contra a Covid-19 no sábado (19). Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89375>. Acesso em: 05 set. 2024.
30. CAMPINAS. Campinas vacina 21.080 pessoas no 6º Dia D da 2ª dose. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/92002>. Acesso em: 05 set. 2024.
31. CAMPINAS. Centros de saúde começam a vacinar alunos em escolas da rede estadual. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/91514>. Acesso em: 05 set. 2024.

32. CAMPINAS. Cidade tem 99% menos mortes e casos de Covid-19 do que no auge da pandemia. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/91277>. Acesso em: 05 set. 2024.
33. CAMPINAS. Começa agendamento para vacinação da Covid-19 para maiores de 70 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88383>. Acesso em: 05 set. 2024.
34. CAMPINAS. Idosos a partir de 85 anos podem começar a agendar vacina amanhã, quarta. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88693>. Acesso em: 05 set. 2024.
35. CAMPINAS. Pessoas com comorbidades a partir de 30 anos já podem agendar vacinação. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89562>. Acesso em: 05 set. 2024.
36. CAMPINAS. Prefeito dá início à vacinação contra a Covid-19 na rede municipal de saúde. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88840>. Acesso em: 05 set. 2024.
37. CAMPINAS. Prefeito discute com Ministério da Saúde a vacinação contra a Covid-19. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/95431>. Acesso em: 05 set. 2024.
38. CAMPINAS. Prefeitura divulga boletim de casos de Covid-19 e da vacinação em Campinas. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/93031>. Acesso em: 05 set. 2024.
39. CAMPINAS. Prefeitura divulga dados da pandemia e da vacinação contra Covid-19. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/92967>. Acesso em: 05 set. 2024.
40. CAMPINAS. Primeira fase de vacinação contra a Covid-19 começa no dia 25 de janeiro. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88925>. Acesso em: 05 set. 2024.
41. CAMPINAS. Saadi participa de reunião virtual que definiu vacinação contra a Covid-19. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88884>. Acesso em: 05 set. 2024.
42. CAMPINAS. Sábado (13/11) terá “Campinas Vacina Mais” em cinco locais e 2,5 mil doses. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/91664>. Acesso em: 05 set. 2024.
43. CAMPINAS. Saúde abre agendamento de vacinação para adolescentes entre 12 e 17 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90474>. Acesso em: 05 set. 2024.
44. CAMPINAS. Saúde abre agendamento para vacinação de 15 a 17 anos a partir das 17h. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90678>. Acesso em: 05 set. 2024.

45. CAMPINAS. Saúde abre mais 39,8 mil vagas para vacinação contra Covid nesta sexta (29). Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/91790>. Acesso em: 05 set. 2024.
46. CAMPINAS. Saúde amplia vacinação e abre hoje (7) agendamento para novas categorias. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89825>. Acesso em: 05 set. 2024.
47. CAMPINAS. Saúde faz apelo para que idosos entre 75 e 79 anos agendem vacinação. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88438>. Acesso em: 05 set. 2024.
48. CAMPINAS. Saúde organiza fila de cirurgia eletiva. Portal Prefeitura de Campinas, 14 out. 2024. Disponível em: <https://cms.campinas.sp.gov.br/novidades/saude-organiza-fila-de-cirurgia-eletiva>. Acesso em: 16 out. 2024.
49. CAMPINAS. Saúde reabre agendamento para vacinação de maiores de 18 anos contra Covid. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90451>. Acesso em: 05 set. 2024.
50. CAMPINAS. Saúde realiza Dia D de vacinação contra Covid no feriado de 9 de julho. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/91212>. Acesso em: 05 set. 2024.
51. CAMPINAS. Saúde registra queda no atendimento de pessoas com sintomas respiratórios. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90344>. Acesso em: 05 set. 2024.
52. CAMPINAS. Saúde suspende agendamento de vacina para pessoas a partir de 18 anos. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90670>. Acesso em: 05 set. 2024.
53. CAMPINAS. Saúde vacina 22.708 pessoas contra a Covid-19 no 5º Dia D da 2ª dose. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/92109>. Acesso em: 05 set. 2024.
54. CAMPINAS. Tem início agendamento para vacinação de profissionais de aeroporto. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/89588>. Acesso em: 05 set. 2024.
55. CAMPINAS. Vacinação contra Covid em crianças entre 6 meses e 2 anos começa na quinta. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/95603>. Acesso em: 05 set. 2024.
56. CAMPINAS. Vacinação contra Covid: Campinas assume liderança entre as maiores cidades. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90338>. Acesso em: 05 set. 2024.
57. CAMPINAS. Vacinação para idosos acima de 85 anos: tranquilidade marca o 1º dia. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88674>. Acesso em: 05 set. 2024.

58. CAMPINAS. Vacinação para idosos de 80 a 84 anos começa segunda; agenda abre amanhã. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88543>. Acesso em: 05 set. 2024.
59. CAMPINAS. Vacinação reduz mortes e internações na faixa acima de 60 em Campinas. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/90347>. Acesso em: 05 set. 2024.
60. Cândido DS, Claro IM, de Jesus JG, Souza WM, Moreira FRR, Dellicour S et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science*. 2020;369(6508):1255-60.
61. CASTILHO, DR; LEMOS, ELS. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. *Rev. katálysis* 24 (2). Mai-Ago 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75361>
62. CASTRO, Alexandre Samy. O método quantitativo na pesquisa em Direito. *In: MACHADO, Máira Rocha (org.). *Pesquisar empiricamente o Direito** São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017. p. 39-82. Disponível em: <http://reedpesquisa.org/wp-content/uploads/2019/04/MACHADO-Mai%CC%81ra-org.-Pesquisar-empiricamente-o-direito.pdf> Acesso em: 21 nov. 2023.
63. CNN Brasil. (s.d.). Doria: em três semanas, 9 mil voluntários estarão sendo testados no Brasil. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/doria-em-tres-semanas-9-mil-voluntarios-estarao-sendo-testados-no-brasil/>
64. COPI, Lygia Maria; KLEIN, Érico Prado. Neoconstitucionalismo e Jurisdição Constitucional no Brasil: uma proposta conciliatória entre a garantia de direitos fundamentais pelo Poder Judiciário e fortalecimento democrático. *OBSERVATÓRIO DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL*. Brasília: IDP, Ano 7, no. 2, jul./dez.2014. ISSN 1982-4564
65. Correio Braziliense. Bolsonaro diz que não trabalhou durante pandemia porque STF não deixou. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2022/01/4976943-bolsonaro-diz-que-nao-trabalhou-durante-pandemia-porque-stf-nao-deixou.html>. Acesso em: 15 de abril de 2024.
66. CORREIO POPULAR. Saúde organiza fila de cirurgia eletiva. *Correio Popular*, 14 out. 2024. Disponível em: <https://correio.rac.com.br/campinasermc/saude-organiza-fila-de-cirurgia-eletiva-1.201238>. Acesso em: 16 out. 2024.
67. DI GIULIO, Gabriela Marques; RIBEIRO, Helena; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. As múltiplas dimensões da crise de Covid-19: perspectivas críticas da Saúde Global e Sustentabilidade. . Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/9786588304211> Disponível em: www.livrosabertos.abcd.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/1135 . Acesso em 9 abril. 2024.

68. El País Brasil. Chip na vacina, virar jacaré e outros mitos criam pandemia de desinformação na luta contra a COVID-19. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-12-20/chip-na-vacina-virar-jacare-e-outros-mitos-criam-pandemia-de-desinformacao-na-luta-contra-a-covid-19.html>>. Acesso em: 4/2/24.

69. Fiocruz. Processo de desenvolvimento de vacinas é destaque na revista Radis. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/processo-de-desenvolvimento-de-vacinas-e-destaque-na-revista-radis>>. Acesso em: [15 de abril de 2024].

70. Folha de S.Paulo. (2021, 3 de março). Pfizer confirma que governo rejeitou oferta de 70 milhões de doses de vacinas. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/pfizer-confirma-que-governo-rejeitou-oferta-de-70-milhoes-de-doses-de-vacinas.shtml>.

71. Folha de S.Paulo. (2021, janeiro). Butantan diz que só entrega vacinas à saúde quando souber plano de uso. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/01/butantan-diz-que-so-entrega-vacinas-a-saude-quando-souber-plano-de-uso.shtml>.

72. G1 Globo. Bolsonaro rebate STF, usa helicóptero da Presidência para sobrevoar ato de apoio e participa de aglomeração em meio à pandemia. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/24/bolsonaro-rebate-stf-usa-helicoptero-da-presidencia-para-sobrevoar-ato-de-apoio-e-participa-de-aglomeracao-em-meio-a-pandemia.ghtml>. Acesso em: [4/2/24].

73. G1 Globo. Covid-19: Manaus vive colapso com hospitais sem oxigênio, doentes levados a outros estados, cemitérios sem vagas e toque de recolher. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/14/covid-19-manaus-vive-colapso-com-hospitais-sem-oxigenio-doentes-levados-a-outros-estados-cemiterios-sem-vagas-e-toque-de-recolher.ghtml>. Acesso em: [4/2/2024].

74. G1. (2020, 12 de agosto). TCU dá 15 dias para que governo federal apresente plano de vacinação contra a Covid-19. Recuperado de <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/08/12/tcu-da-15-dias-para-que-governo-federal-apresente-plano-de-vacinacao-contra-a-covid-19.ghtml>.

75. G1. (2020, 5 de junho). Bolsonaro aponta viés ideológico na OMS e ameaça tirar Brasil da organização. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/05/bolsonaro-aponta-vies-ideologico-na-oms-e-ameaca-tirar-brasil-da-organizacao.ghtml>

76. G1. (2021, 10 de março). Usando máscara, Bolsonaro sanciona lei que facilita compra de vacinas contra Covid-19. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/03/10/usando-mascara-bolsonaro-sanciona-lei-que-facilita-compra-de-vacinas-contra-covid-19.ghtml>

77. G1. (2021, 19 de fevereiro). Falta de vacinas contra a Covid-19: os riscos da interrupção da campanha de vacinação no Brasil. Disponível em:

<https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/02/19/falta-de-vacinas-contra-a-covid-19-os-riscos-da-interruptao-da-campanha-de-vacinacao-no-brasil.ghtml>.

78. G1. (2021, 22 de janeiro). Em plano atualizado, Ministério da Saúde prevê 77 milhões de pessoas nos grupos prioritários da vacinação. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/01/22/em-plano-atualizado-ministerio-da-saude-preve-77-milhoes-de-pessoas-nos-grupos-prioritarios-da-vacinacao.ghtml>

79. G1. (2023, janeiro 28). Criado para divulgar dados sobre Covid, consórcio de veículos de imprensa chega ao fim. Recuperado de <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2023/01/28/criado-para-divulgar-dados-sobre-covid-consorcio-de-veiculos-de-imprensa-chega-ao-fim.ghtml>

80. G1. Agendamento para vacina contra Covid-19 em idosos de 70 anos é suspenso após término de doses em Campinas. G1, Campinas e Região, 18 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/03/18/agendamento-para-vacina-na-covid-em-idosos-de-70-anos-e-suspenso-apos-termino-de-doses-em-campinas.ghtml>. Acesso em: 18 set. 2024.

81. G1. Aplicativo de ministério que recomenda tratamento precoce para COVID-19 sai do ar. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/01/21/aplicativo-de-ministerio-que-recomenda-tratamento-precoce-para-covid-19-sai-do-ar.ghtml>. Acesso em: 18 set. 2024.

82. G1. Após aprovação da Anvisa, governo de SP aplica 1ª dose da Coronavac antes do início do plano nacional de vacinação. G1, São Paulo, 17 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/01/17/apos-aprovacao-da-anvisa-governo-de-sp-aplica-1a-dose-da-coronavac-antes-do-inicio-do-plano-nacional-de-vacinacao.ghtml>. Acesso em: 27 ago. 2024.

83. G1. Após reunião, prefeitos dizem que Pazuello marcou início da vacinação em todo o país para o dia 20 de janeiro. G1, Rio de Janeiro, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/01/14/apos-reuniao-prefeitos-dizem-que-pazuello-marcou-inicio-da-vacinacao-em-todo-o-pais-para-o-dia-20-de-janeiro.ghtml>. Acesso em: 27 ago. 2024.

84. G1. Campinas abre agendamento da vacinação contra Covid-19 para moradores maiores de 69 anos. G1, Campinas e Região, 23 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/03/23/campinas-abre-agendamento-da-vacinacao-contra-covid-19-para-moradores-maiores-de-69-anos.ghtml>. Acesso em: 18 set. 2024.

85. G1. Covid: Campinas abre agendamento para vacinar idosos entre 75 e 76 anos nesta terça; veja como fazer. G1, Campinas e Região, 09 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/03/09/covid-campinas-abre-ag>

endamento-para-vacinar-idosos-entre-75-e-76-anos-nesta-terca-veja-como-fazer.ghtml. Acesso em: 18 set. 2024.

86. G1. Covid-19: Campinas reabre agendamento de vacinação para idosos acima de 73 anos. G1, Campinas e Região, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/03/15/covid-19-campinas-reabre-agendamento-de-vacinacao-para-idosos-acima-de-73-anos.ghtml>. Acesso em: 18 set. 2024.

87. G1. Covid-19: Campinas reabre agendamento para vacinação para idosos entre 77 e 79 anos. G1, Campinas e Região, 04 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/03/04/covid-19-campinas-reabre-agendamento-para-vacinacao-para-idosos-entre-77-e-79-anos.ghtml>. Acesso em: 18 set. 2024.

88. G1. Covid-19: Campinas vacina idosos com 73 a 74 anos a partir desta sexta-feira; veja como agendar. G1, Campinas e Região, 12 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/03/12/covid-19-campinas-vacina-idosos-com-73-a-74-anos-a-partir-desta-sexta-feira-veja-como-agendar.ghtml>. Acesso em: 18 set. 2024.

89. G1. 'E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?', diz Bolsonaro sobre mortes por coronavírus no Brasil. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eu-faca-o-que-e-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.ghtml>. Acesso em: (9/4/2024).

90. G1. Mandetta anuncia em rede social que foi demitido do Ministério da Saúde. 16 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/16/mandetta-anuncia-em-rede-social-que-foi-demitido-do-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: (10/09/2023).

91. G1. Ministério da Saúde não determina data da vacinação contra Covid, mas diz que campanha só começa quando vacina chegar a todas as capitais. G1, Rio de Janeiro, 13 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/01/13/ministerio-da-saude-nao-determina-data-da-vacinacao-contracovid-mas-diz-que-campanha-so-comeca-quando-vacina-chegar-a-todas-as-capitais.ghtml>. Acesso em: 27 ago. 2024.

92. G1. 'Não tenham medo', diz Mônica Calazans, 1ª pessoa a ser vacinada no Brasil. G1, São Paulo, 17 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/01/17/nao-tenham-medo-diz-monica-calazans-1a-pessoa-a-ser-vacinada-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 27 ago. 2024.

93. G1. Vacinação contra Covid-19 em Campinas: tire dúvidas sobre como será o esquema. G1, Campinas e Região, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/01/14/vacinacao-contracovid-19-em-campinas-tire-duvidas-sobre-como-sera-o-esquema.ghtml>. Acesso em: 18 set. 2024.

94. G1. Veículos de comunicação formam parceria para dar transparência a dados de Covid-19. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml>>. Acesso em 15 de abril de 2024.
95. GARCIA, E. Pesquisa bibliográfica versus revisão bibliográfica. Uma discussão necessária. *Línguas & Letras*, v. 17, n. 35, 2016. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/linguaseletras/article/view/13193>.
96. HANAI, JL; ABRANTES, LA; PEREIRA, LI. Conflitos de Competência e a Judicialização da Saúde no Federalismo Brasileiro Conflicts of jurisdiction and the judicialization of health care in the Brazilian federal organization. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*. Vol. 11. nº 3. Dez/2021
97. ICTQ. Coronavírus: Governo distribuirá 3,4 milhões de unidades de cloroquina aos hospitais. Disponível em: <https://ictq.com.br/farmacia-hospitalar/1322-coronavirus-governo-distribuir-3-4-milhoes-de-unidades-de-cloroquina-aos-hospitais>. Acesso em: (10/09/2023)
98. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Nota Técnica nº 18 - Pandemia COVID-19: Notas sobre as implicações socioeconômicas do distanciamento social. Brasília, 2020. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200429_nt18_covid-19.pdf. Acesso em 10/09/2023.
99. JORNAL NACIONAL. Governo lança o plano nacional de vacinação contra a Covid. G1, Rio de Janeiro, 16 dez. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/12/16/governo-lanca-o-plano-nacional-de-vacinacao-contra-a-covid.ghtml>. Acesso em: 27 ago. 2024.
100. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>
101. Ministério da Saúde (Brasil). (2021, outubro). Maior campanha de vacinação da história do Brasil chega a 300 milhões de doses distribuídas contra a Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/outubro/maior-campanha-de-vacinacao-da-historia-do-brasil-chega-a-300-milhoes-de-doses-distribuidas-contra-a-covid-19>
102. Ministério da Saúde (Brasil). (2021, setembro). Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>.

103. Ministério da Saúde. Editais emergenciais do Mais Médicos são lançados para enfrentamento do coronavírus. Disponível em:
<http://maismedicos.gov.br/noticias/299-editais-emergenciais-do-mais-medicos-sao-lancados-para-enfrentamento-do-coronavirus>. Acesso em: 09 abr. 2024.
104. Moura EC, Cortez-Escalante J, Cavalcante FV, Barreto ICHC, Sanchez MN, Santos LMP. Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020–2022. Rev Saude Publica. 2022;56:105.
<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004907>
105. Nexo Jornal. (2020, 15 de maio). Teich caiu: o ministro da Saúde que durou menos de um mês. Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/15/Teich-caiu-o-ministro-da-Sa%C3%BAde-que-durou-menos-de-um-m%C3%AAs>
106. Nexo Jornal. A busca global por uma vacina contra a Covid-19. Sem o Brasil. Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/05/A-busca-global-por-uma-vacina-contr-a-covid-19.-Sem-o-Brasil>. Acesso em 9/4/2024.
107. Nexojornal. (2020, 7 de julho). Do mau exemplo à infecção: Bolsonaro e a Covid-19. Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/podcast/2020/07/07/Do-mau-exemplo-%C3%A0-infec%C3%A7%C3%A3o-Bolsonaro-e-a-covid-19>
108. Nexojornal. (2021, 15 de janeiro). O fracasso de Bolsonaro com a Índia. E a disputa pela Coronavac. Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/01/15/O-fracasso-de-Bolsonaro-com-a-%C3%8Dndia.-E-a-disputa-pela-Coronavac>.
109. Nexojornal. (2021, 19 de março). A corrida para impedir a falta de medicamentos nas UTIs. Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/19/A-corrida-para-impedir-a-falta-d-e-medicamentos-nas-UTIs>.
110. Nexojornal. (2021, 21 de março). Como Bolsonaro atacou e atrasou a vacinação na pandemia. Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/21/Como-Bolsonaro-atacou-e-atrasou-a-vacina%C3%A7%C3%A3o-na-pandemia>
111. Nexojornal. (2021, 28 de março). De questionamentos a apagões: o governo e os dados da Covid. Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/28/De-questionamentos-a-apag%C3%B5es-o-governo-e-os-dados-da-covid>
112. OAB. STF atende OAB e autoriza estados e municípios a comprar vacinas já aprovadas por autoridades internacionais. Disponível em:
<https://www.oab.org.br/noticia/58627/stf-atende-oab-e-autoriza-estados-e-municipios-a-comprar-vacinas-ja-aprovadas-por-autoridades-internacionais>.
113. OPAS. Folha informativa - COVID-19 - Escritório da OPAS e OMS no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52063/OPASBRACOV1920017_por.pdf?sequence=7. Acesso em: 18 set. 2024.

114. Organização Mundial da Saúde (2021). COVID-19 pandemic response in the Eastern Mediterranean Region: 2020 progress report of the Incident Management Support Team. Cairo: World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. ISBN 978-92-9022-671-0 (pbk.). ISBN 978-92-9022-676-5 (online). NLM Classification: WC 506.4.

115. Organização Mundial da Saúde (OMS). Covid-19 Timeline. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>. Acesso em: 09 abr. 2024.

116. Organização Mundial da Saúde. Adjusting public health measures in the context of COVID-19. Genebra, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-ncov-adjusting-ph-measures-2023.1>. Acesso em 10/09/2023.

117. Organização Mundial da Saúde. Pneumonia of unknown cause – China. Genebra, 5 jan. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>. Acesso em: 21/2/2023.

118. Oxfam Brasil. Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/especiais/mortes-evitaveis-por-covid-19-no-brasil/#:~:text=Estima%2Dse%20que%20cerca%20de,acima%20do%20esperado%20no%20per%20C3%ADodo.>>. Acesso em: 15 de abril de 2024.

119. PINHEIRO, MAURÍCIO. POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS (PPBEs): DELIMITANDO O PROBLEMA CONCEITUAL. Introdução à pesquisa jurídica quantitativa. Editora Vozes; 1 Ed. 2023. 224 p.

120. PONTES, Leticia; DANSKI, Mitzy Tannia Reichembach; PIUBELLO, Simone Martins Nascimento; PEREIRA, Jéssica de Fátima Gomes; JANTSCH, Leonardo Bigolin; COSTA, Letícia Bettega; SANTOS, Juliana de Oliveira dos; ARRUE, Andrea Moreira. Perfil clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses da pandemia. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 1-8, jan. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0203>.

121. Prefeitura de Campinas. Campinas retoma agendamento para vacinação de idosos acima de 73 anos. Campinas, SP, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://campinas.sp.gov.br/noticias/88479>. Acesso em: 18 set. 2024.

122. Prefeitura de São Paulo. Saiba quais são os intervalos entre doses das vacinas anticovid. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.capital.sp.gov.br/w/noticia/saiba-quais-sao-os-intervalos-entre-doses-das-vacinas-anticovid>. Acesso em: 18 set. 2024.

123. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Notas técnicas - Síndrome Respiratória Aguda Grave. Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/tabnet/298960>. Acesso em: 1 nov. 2024.

124. Presidência da República (Brasil). (2020, maio 11). Decreto nº 10.344, de 11 de maio de 2020. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10344.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2010.344%2C%20DE%2011%20DE%20MAIO%20D E%202020&text=Altera%20o%20Decreto%20n%C2%BA%2010.282,que%20lhe%20 confere%20o%20art.
125. RICCI, P., IZUMI, M, MOREIRA, D. (2021). O populismo no Brasil (1985-2019): Um velho conceito a partir de uma nova abordagem. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 36(107).
126. Santos, L. J. M., Martinez, B. P., & Correia, H. F. (2019). Perfil de internações hospitalares e mortalidade por doenças respiratórias obstrutivas crônicas nas regiões brasileiras, entre os anos de 2016 e 2018. *Revista De Ciências Médicas E Biológicas*, 18(3), 344–346. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v18i3.34175>
127. Santos, S. dos. (2023). Judicialização da pandemia: Supremo Tribunal Federal como guardião do federalismo e do direito fundamental à Saúde. *ZIZ - Revista Discente De Ciência Política*, 1(2), 99-117. Recuperado de <https://periodicos.uff.br/ziz/article/view/54168> (Original work published 29º de novembro de 2022)
128. Senado Federal. CPI da Pandemia: principais pontos do relatório. Disponível em:
<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/20/cpi-da-pandemia-principais-pontos-do-relatorio>>. Acesso em: [data de acesso].
129. Senado Notícias. O caminho da CPI da pandemia: da instalação ao relatório final. Disponível em:
<<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/10/o-caminho-da-cpi-da-pandemia-da-instalacao-ao-relatorio-final>>. Acesso em: [15 de abril de 2024].
130. Silva, M. M., & Estellita-Lins, C. (2021). A xawara e os mortos: os Yanomami, luto e luta na pandemia da Covid-19 [The xawara and the dead: Yanomami people, mourning and fighting along COVID-19 pandemic]. *Horizontes Antropológicos*, 27(59). <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100014>
131. Supremo Tribunal Federal (STF). [Dossiê: *STF na Pandemia de COVID-19*]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.stf.jus.br/xmlui/handle/123456789/4174>. Acesso em 09 de abril de 2024.
132. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.341-MC-REF. Relator: Ministro Marco Aurélio. Relator para o acórdão: Ministro Edson Fachin. Julgamento em 15 de abril de 2020.
133. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.342-MC-REF. Relator: Ministro Marco Aurélio. Relator para o acórdão: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 29 de abril de 2020.
134. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.343-MC-REF. Relator: Ministro Marco Aurélio. Relator para o acórdão: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 6 de maio de 2020.

135. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.347-MC-REF. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 30 de abril de 2020.
136. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.394. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 23 de novembro de 2020.
137. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.421-MC. Relator: Ministro Roberto Barroso. Julgamento em 21 de maio de 2020.
138. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.586. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Julgamento em 17 de dezembro de 2020.
139. Supremo Tribunal Federal. ADPF 661-MC-REF. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 21 de dezembro de 2020.
140. Supremo Tribunal Federal. ADPF 672-MC-REF. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 13 de outubro de 2020.
141. Supremo Tribunal Federal. ADPF 690-MC-REF. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 23 de novembro de 2020.
142. Supremo Tribunal Federal. ADPF 709-MC-REF. Relator: Ministro Roberto Barroso. Julgamento em 5 de agosto de 2020.
143. Supremo Tribunal Federal. ADPF 714. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Julgamento em 17 de fevereiro de 2021.
144. Supremo Tribunal Federal. ADPF 742-MC. Relator: Ministro Marco Aurélio. Relator para o acórdão: Ministro Edson Fachin. Julgamento em 24 de fevereiro de 2021.
145. Supremo Tribunal Federal. ADPF 754-TPI-segunda-REF. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Julgamento em 1º de março de 2021.
146. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada 175. Relator: Ministro Dias Toffoli. Brasília, 2010.
147. Supremo Tribunal Federal. ACO 3.393. Relator: Ministro Roberto Barroso. Julgamento em 22 de junho de 2020.
148. Supremo Tribunal Federal. ACO 3.463-MC-REF. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Julgamento em 8 de março de 2021.
149. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.357-MC-REF. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 13 de maio de 2020.
150. Supremo Tribunal Federal. ADI 6.362. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Julgamento em 2 de setembro de 2020.
151. UNA-SUS. Brasil confirma primeiro caso da doença. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20confirmou,para%2>

0lt%C3%A1lia%2C%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia.. Acesso em: 09 abr. 2024.

152. UOL. (2020, 11 de dezembro). Plano de Vacinação Covid-19. Disponível em: https://download.uol.com.br/files/2020/12/891107215_2020_12_11_plano_de_vacinacao_covid19__revisado.pdf

153. UOL. (2020, 25 de julho). Pior semana epidemiológica da Covid: mortes e casos. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/25/pior-semana-e-epidemiologica-covid-mortes-casos.htm>

154. UOL. (2021, março 15). Mandetta, Teich, Pazuello e Queiroga: os 4 ministros da Saúde da pandemia. Recuperado de <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuella-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm>

155. VAZQUEZ, DA; SCHLEGEL, R. Covid-19, Fundeb e o populismo do governo Bolsonaro nas relações federativas. Rev. Bras. Ciênc. Polít. (38). 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2022.38.255785>

156. Veja. (s.d.). Bolsonaro: quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, tubaina. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/bolsonaro-quem-e-de-direita-toma-cloroquina-quem-e-esquerda-tubaina>

157. World Health Organization (WHO). (2020, 15 de julho). More than 150 countries engaged in COVID-19 vaccine global access facility. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/15-07-2020-more-than-150-countries-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>

158. World Health Organization (WHO). ACT-Accelerator. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>. Acesso em: (10/9/2023).

159. World Health Organization (WHO). Considerations for public health and social measures in the workplace in the context of COVID-19. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-public-health-and-social-measures-in-the-workplace-in-the-context-of-covid-19>. Acesso em: (10/09/2023).

160. World Health Organization. (2020). Clinical management of COVID-19: interim guidance, 27 May 2020. World Health Organization. Disponível em : <https://iris.who.int/handle/10665/332196>.

161. World Health Organization. (s.d.). Solidarity clinical trial for COVID-19 treatments. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>

ANEXO 1

Fases 3 e 4 nas semanas epidemiológicas (SE)		
SE	Data	Grupo
15	07/05/2021	Gestantes, lactante e puérperas da área da saúde Pessoas acima de 60 anos e novas vagas para gestantes, lactante e puérperas da área da saúde Estudantes da área da saúde que estagiam no setor, pessoas com síndrome de down, pacientes em terapia renal substitutiva e transplantados e trabalhadores da saúde com mais de 18 anos
16	14/05/2021	Pessoas com deficiência grave
17	21/05/2021	Grávidas e puérperas com comorbidade Motoristas do transporte público
18	28/05/2021	Estudantes de graduação e cursos técnicos na área da saúde maiores de 18 anos e pessoas com comorbidade a partir de 18 anos Funcionários de aeroporto
19	14/06/2021	Grávidas e puérperas de todas as idades Pessoas acima de 58 anos e profissionais da educação a partir de 45 anos Pessoas acima de 55 anos Profissionais da educação básica e pessoas com deficiência Pessoas acima de 50 anos
20	25/06/2021	Pessoas acima de 43 anos Militares do Exército
21	02/07/2021	Pessoas acima de 40 anos
22	08/07/2021	Pessoas acima de 37 anos
23	16/07/2021	Pessoas acima de 35 anos
24	26/07/2021	
25	30/07/2021	Pessoas acima de 28 anos

26	06/08/2021	Pessoas acima de 25 anos
27	16/08/2021	
28	25/08/2021	Pessoas acima de 18 anos
29	30/08/2021	Pessoas de 12 a 17 pertencentes ao grupo de risco Pessoas entre 15 e 17 anos
30	08/09/2021	Pessoas acima de 12 anos
31	22/09/2021	
32	29/09/2021	
33	19/10/2021	
34	04/11/2021	

ANEXO 2

Casos novos por Semana Epidemiológica				
Semana Epidemiológica	Casos confirmados		Casos com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	
	Total	Novos	Total	Novos
1	60001		6037	
2	62044	2043	6251	214
3	64379	2335	6482	231
4	66446	2067	6749	267
5	68884	2438	7061	312
6	70759	1875	7323	262
7	73221	2462	7652	329
8	76561	3340	8215	563
9	79376	2815	8682	467
10	81941	2565	9199	517
11	84695	2754	9687	488
12	87527	2832	10080	393
13	90788	3261	10512	432
14	92691	1903	10754	242
15	95297	2606	11032	278

16	97126	1829	11253	221
17	99418	2292	11552	299
18	101367	1949	11821	269
19	107755	6388	12454	633
20	112758	5003	13228	774
21	115713	2955	13631	403
22	118245	2532	13882	251
23	121656	3411	14196	314
24	125069	3413	14593	397
25	126516	1447	14775	182
26	129442	2926	14987	212
27	131974	2532	15214	227
28	134061	2087	15482	268
29	135643	1582	15600	118
30	138153	2510	15718	118
31	138556	403	16121	403
32	138674	118	16239	118
33	141184	2510	16436	197
34	143628	2444	16547	111
35	146147	2519	16631	84
36	146435	288	16655	24
37	146472	37	16696	41
38	146556	84	16704	8
39	146614	58	16731	27
40	146756	142	16773	42
41	147099	343	16839	66
42	147302	203	16861	22

ANEXO 3

Óbitos por gênero nas semanas epidemiológicas consideradas a fase 1 e 2												
SE	90+			80-89			70-79			60-69		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
1	89	50	139	185	211	396	148	233	381	156	225	381
2	91	64	155	193	216	409	155	241	396	160	231	391
3	95	65	160	200	223	423	163	249	412	163	241	404
4	96	67	163	207	229	436	167	258	425	169	246	415
5	102	70	172	213	239	452	172	260	432	171	254	425
6	104	73	177	224	247	471	175	270	445	182	266	448
7	110	75	185	232	250	482	183	277	460	187	272	459
8	116	78	194	250	262	512	197	297	494	202	294	496
9	120	83	203	261	281	542	211	316	527	221	306	527
10	122	86	208	274	296	570	225	342	567	237	337	574
11	125	88	213	287	312	599	258	373	631	258	359	617
12	129	89	218	301	331	632	274	388	662	277	378	655
13	132	91	223	306	338	644	290	407	697	294	395	689
14	135	91	226	316	347	663	293	416	709	311	409	720
15	139	92	231	327	360	687	301	423	724	319	428	747
16	139	92	231	332	363	695	311	430	741	338	445	783
17	141	93	234	335	367	702	315	433	748	344	456	800
18	146	96	242	336	372	708	319	439	758	353	471	824
19	150	100	250	349	385	734	327	450	777	376	492	868
20	160	106	266	358	399	757	339	464	803	390	518	908
21	164	108	272	366	406	772	344	475	819	401	532	933
22	165	109	274	370	409	779	350	479	829	409	541	950
23	168	111	279	377	412	789	353	481	834	419	551	970

24	170	114	284	383	422	805	358	491	849	428	568	996
25	171	114	285	387	424	811	360	496	856	431	577	1008
26	174	115	289	393	428	821	369	506	875	431	581	1012
27	182	120	302	400	437	837	380	515	895	433	589	1022
28	186	122	308	410	452	862	385	523	908	438	601	1039
29	186	125	311	414	452	866	385	528	913	442	606	1048
30	188	127	315	420	455	875	392	535	927	447	613	1060
31	196	130	326	427	462	889	403	543	946	449	624	1073
32	197	134	331	432	464	896	404	546	950	453	626	1079
33	174	115	289	428	454	882	419	545	964	462	646	1108
34	176	118	294	429	460	889	421	551	972	464	647	1111
35	178	118	296	430	464	894	423	559	982	464	651	1115
36	181	118	299	430	464	894	424	559	983	464	653	1117
37	181	118	299	431	465	896	425	561	986	465	655	1120
38			0			0			0			0
39	182	119	301	435	467	902	428	565	993	466	657	1123
40	181	118	299	435	467	902	428	565	993	467	656	1123
41	181	118	299	435	467	902	429	567	996	467	658	1125
42	181	118	299	435	467	902	429	568	997	467	658	1125

ANEXO 4

Óbitos por gênero nas semanas epidemiológicas consideradas após a fase 2									
SE	50-59			40-49			30-39		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T
1	68	115	183	23	44	67	16	32	48
2	69	118	187	23	44	67	16	32	48
3	72	128	200	23	48	71	16	32	48
4	76	132	208	25	49	74	16	32	48
5	78	135	213	26	51	77	16	32	48
6	78	142	220	26	51	77	16	32	48
7	83	152	235	29	53	82	17	34	51
8	91	156	247	31	61	92	20	40	60
9	98	169	267	36	65	101	22	43	65
10	112	181	293	41	75	116	24	51	75
11	127	195	322	46	78	124	28	54	82
12	131	214	345	52	91	143	31	60	91
13	145	230	375	57	101	158	32	63	95
14	154	243	397	60	104	164	33	65	98
15	158	252	410	63	108	171	35	66	101
16	161	258	419	67	111	178	35	69	104
17	164	266	430	68	119	187	37	71	108
18	168	274	442	70	125	195	37	71	108
19	184	300	484	75	136	211	39	73	112
20	203	327	530	90	150	240	40	83	123
21	208	339	547	96	160	256	44	89	133
22	218	352	570	99	165	264	46	93	139
23	230	364	594	105	170	275	49	101	150
24	232	378	610	109	177	286	50	107	157
25	238	379	617	112	183	295	51	110	161
26	240	387	627	116	187	303	50	113	163

27	243	391	634	118	194	312	52	115	167
28	245	394	639	120	196	316	55	117	172
29	246	394	640	120	197	317	57	117	174
30	251	395	646	120	198	318	60	118	178
31	256	400	656	124	203	327	61	121	182
32	255	401	656	124	209	333	61	118	179
33	274	428	702	125	216	341	63	119	182
34	274	429	703	125	216	341	63	121	184
35	275	429	704	125	218	343	63	123	186
36	275	429	704	125	218	343	63	123	186
37	275	429	704	125	218	343	63	124	187
38			0			0			0
39	276	430	706	126	220	346	64	125	189
40	275	429	704	125	219	344	64	124	188
41	275	429	704	125	220	345	64	124	188
42	275	429	704	125	220	345	64	124	188

ANEXO 5

Óbitos por gênero nas semanas epidemiológicas consideradas após a fase 2									
SE	20-29			10-19			0-9		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T
1	5	7	12	0	2	2	1	0	1
2	5	7	12	0	2	2	1	0	1
3	5	7	12	0	2	2	1	0	1
4	6	7	13	0	2	2	1	0	1
5	6	7	13	0	2	2	1	0	1
6	6	8	14	0	2	2	1	0	1
7	6	10	16	0	2	2	1	0	1
8	6	10	16	1	2	3	1	0	1
9	6	10	16	2	2	4	1	1	2
10	8	10	18	2	2	4	1	1	2
11	9	12	21	4	2	6	1	1	2
12	11	12	23	4	2	6	1	1	2
13	11	13	24	4	2	6	1	1	2
14	12	15	27	4	2	6	1	1	2
15	13	15	28	3	2	5	1	1	2
16	14	14	28	3	2	5	1	1	2
17	14	14	28	3	2	5	1	1	2
18	14	14	28	3	2	5	1	1	2
19	15	16	31	3	3	6	1	1	2
20	18	14	32	3	3	6	1	1	2
21	17	20	37	3	3	6	1	1	2
22	18	21	39	3	3	6	1	1	2
23	19	22	41	3	3	6	1	2	3
24	20	24	44	3	3	6	1	2	3
25	20	24	44	3	3	6	1	2	3
26	20	24	44	3	3	6	1	2	3

27	20	24	44	3	3	6	1	2	3
28	21	25	46	3	3	6	1	2	3
29	21	26	47	3	3	6	1	2	3
30	22	27	49	3	3	6	1	2	3
31	23	29	52	3	3	6	1	2	3
32	23	29	52	3	3	6	1	2	3
33	27	35	62	4	3	7	1	3	4
34	27	34	61	4	3	7	1	3	4
35	27	34	61	4	3	7	1	3	4
36	27	34	61	3	3	6	1	3	4
37	27	34	61	3	3	6	1	3	4
38			0			0			0
39	28	35	63	5	5	10	2	4	6
40	27	34	61	4	4	8	1	3	4
41	27	34	61	4	4	8	1	3	4
42	27	34	61	4	4	8	1	3	4