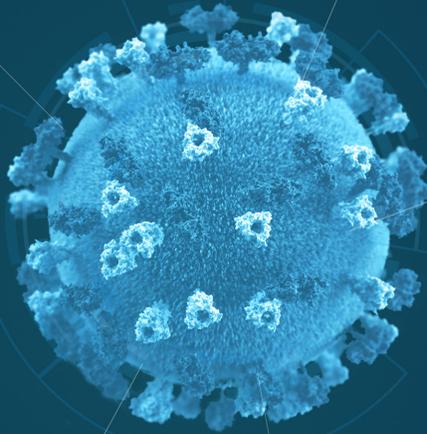


Janaína Reckziegel (org.)

COVID-19 E SUAS DIVERSAS INTERFACES NA BIOÉTICA

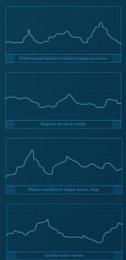


Item	Value
Item 1	Value 1
Item 2	Value 2
Item 3	Value 3
Item 4	Value 4
Item 5	Value 5

Phasellus lacrima

Item	Value
Item 1	Value 1
Item 2	Value 2
Item 3	Value 3
Item 4	Value 4
Item 5	Value 5
Item 6	Value 6
Item 7	Value 7
Item 8	Value 8
Item 9	Value 9
Item 10	Value 10

Three circular icons below the table.



Nullam bibendum nisi

Item	Value
Item 1	Value 1
Item 2	Value 2
Item 3	Value 3
Item 4	Value 4
Item 5	Value 5
Item 6	Value 6
Item 7	Value 7
Item 8	Value 8
Item 9	Value 9
Item 10	Value 10



Freugiat	Sed	Etiam commodo.
Est	Id	Pellentesque luctus.
Ploceat	Nisi	Eget dictum elit.
Phaenra	Nunc	Sed non metus viverra.
Freugiat	Sed	Etiam commodo.
Est	Id	Pellentesque luctus.
Ploceat	Nisi	Eget dictum elit.
Phaenra	Nunc	Sed non metus viverra.
Freugiat	Sed	Etiam commodo.
Est	Id	Pellentesque luctus.



© 2020 Editora Unoesc
Direitos desta edição reservados à Editora Unoesc
É proibida a reprodução desta obra, de toda ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios, sem a permissão expressa da editora.
Fone: (49) 3551-2000 - Fax: (49) 3551-2004 - www.unoesc.edu.br - editora@unoesc.edu.br

Editora Unoesc

Coordenação
Tiago de Matia

Agente administrativa: Simone Dal Moro
Revisão metodológica: Esther Arnold
Projeto Gráfico e capa: Saimon Vasconcellos Guedes
Diagramação: Saimon Vasconcellos Guedes

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C873 Covid-19 e suas diversas interfaces na bioética /
organizadora Janaína Reckziegel. – Joaçaba: Editora
Unoesc, 2020.
242 p.

ISBN: 978-65-86158-39-7

1. Bioética. 2. COVID-19 (Disease). I. Reckziegel,
Janaína, (org.).

CDD 174.9574

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Unoesc de Joaçaba

Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc

Reitor
Aristides Cimadon

Vice-reitores de Campi
Campus de Chapecó
Carlos Eduardo Carvalho
Campus de São Miguel do Oeste
Vitor Carlos D'Agostini
Campus de Videira
Ildo Fabris
Campus de Xanxerê
Genesio Téó

Pró-reitora Acadêmica
Lindamir Secchi Gadler

Pró-reitor de Administração
Ricardo Antonio De Marco

Conselho Editorial

Jovani Antônio Steffani
Tiago de Matia
Sandra Fachineto
Aline Pertile Remor
Lisandra Antunes de Oliveira
Marilda Pasqual Schneider
Claudio Luiz Orço
Ieda Margarete Oro
Silvio Santos Junior
Carlos Luiz Strapazzon
Wilson Antônio Steinmetz
César Milton Baratto
Marconi Januário
Marceli Maccari
Daniele Cristine Beuron

A revisão linguística é de responsabilidade dos autores.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
O PAPEL DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ENFRENTAMENTO ÀS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS GLOBAIS, ESPECIALMENTE AO COVID-19	9
Janaína Reckziegel, Simone Tatiana da Silva	
RESPOSTAS À PANDEMIA E A ESTRATÉGIA BRASILEIRA	27
Carlos Luiz Strapazzon	
A INOBSERVÂNCIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DO PRINCÍPIO DA SUBSIDIARIEDADE POLÍTICO-ADMINISTRATIVA NO FEDERALISMO BRASILEIRO DURANTE O ENFRENTAMENTO PANDÊMICO	91
Prof. Me. Lázaro Cardoso Pereira	
PLANO CATARINENSE DE CONTIGÊNCIA A COVID-19 COMO MEIO DE PROTEÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE HUMANA	111
Renan Eduardo da Silva	
A PANDEMIA DE COVID-19 E AS MEDIDAS DE ISOLAMENTO SOCIAL: A DIALÉTICA ENTRE A TEORIA DA JUSTIÇA DE JOHN RAWLS E O UTILITARISMO DE JEREMY BENTHAM	127
Wendell Wesley Matos Ludwig	
DIREITO À INTIMIDADE DO DIAGNOSTICADO COM COVID-19: CONFLITOS BIOÉTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA	141
Janaína Reckziegel, Jhonatan Felipe Laurindo Gomes Duarte	
COVID-19 E A AMPLIAÇÃO DO FENÔMENO SHARENTING: DIREITO À PRIVACIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA	155
Vinícius Almada Mozetic	



PARTOS DURANTE A PANDEMIA DE CORONAVÍRUS..... 175

Janaína Reckziegel, Luciele Daiana Wilhelm

**A ÉTICA MÉDICA NA ADMINISTRAÇÃO DA
HIDROXICLOROQUINA EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS
COM COVID-19**..... 187

Janaína Reckziegel, Wilson Junior Cidrão

**DOAÇÃO DE SANGUE: NOVOS CRITÉRIOS ADOTADOS EM
TEMPO DE PANDEMIA**..... 199

Janaína Reckziegel, Josemar Cristiano de Freitas

POVOS INDÍGENAS E COVID-19..... 213

Thaís Janaina Wenczenovicz

SAÚDE E CULTURA INDÍGENA EM TEMPOS DE PANDEMIA..... 227

Juliano Seger, Janaína Reckziegel



APRESENTAÇÃO

A obra que tenho a honra de apresentar é resultado das pesquisas desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), que publica no ano de 2020. Estudos que foram o resultado do Grupo de Pesquisa: NOVAS PERSPECTIVAS DA DIGNIDADE NA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO: PROPRIEDADE, BIOÉTICA E LIBERDADE CIENTÍFICA, dentro da Linha de Pesquisa: Bioética e os limites da Dignidade Humana, com contribuições de professores e pesquisadores de outros Grupos de Pesquisa, sempre levando em consideração o momento vivido pela Pandemia do COVID-19 frente a vida e saúde humana com foco na garantia e na efetivação destes direitos.

No decorrer do referido ano as propostas foram expostas, analisadas e discutidas no referido grupo de pesquisa. As discussões iniciaram com o estudo da COVID-19 em suas diversas interfaces dentro dos Direitos Fundamentais e da Dignidade Humana, considerando seu conceito, surgimento histórico, elementos formadores e a sua evolução, dados estatísticos, balizando as condições vivenciadas no atual momento dentro do Brasil.

Foram estudados as questões que envolvem a COVID-19 frente a vigilância sanitária, as estratégias e respostas brasileiras adotadas, o Plano Catarinense de contingência, o isolamento social, o direito à intimidade no diagnóstico da Covid-19 incluindo



as crianças e adolescentes, bem como realizou-se um debate sobre o uso da Hidroxicloroquina.

Realizou-se pesquisas e estudos sobre a COVID-19 voltados as novas regras implantadas para doações de sangue, e a realização de partos em hospitais, bem como as questões indígenas voltadas à vida, a saúde e a cultura indígena, também a inobservância da Dignidade da pessoa humana e do princípio da subsidiariedade político-administrativa no federalismo brasileiro durante o enfrentamento pandêmico, considerando a forma como esse processo ocorreu em diferentes ambientes culturais e no sistema constitucional. Também se analisou os mecanismos de proteção destes direitos fundamentais.

A Linha de Pesquisa Bioética e os limites da Dignidade Humana, discute e desenvolve projetos focados na ética médica-científica e o desenvolvimento de novas tecnologias dentro do direito, evidenciando como estas justificam e embasam os ideais de justiça, dos direitos fundamentais e da Dignidade Humana, de modo a buscar uma melhor aceitação e compreensão destes temas.

Os docentes, discentes e demais pesquisadores, desenvolveram estudos com esta temática, COVID-19 sempre com uma visão prática e crítica sobre a mesma. O resultado desse estudo pode ser aferido nos artigos que compõem esse livro, os quais permitem a construção de fundamentos teóricos que ajudarão no seu entendimento mostrando ao leitor o que se tem trabalhado por este pesquisadores que compõe a Linha de Pesquisa de Direitos Fundamentais Cíveis do Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc).





Desta forma a Unoesc vem cumprindo com sua função social de informar, instruir, educar e formar cidadãos para atuarem em um mundo complexo e globalizado.

Janaína Reckziegel



O PAPEL DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ENFRENTAMENTO ÀS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS GLOBAIS, ESPECIALMENTE AO COVID-19

Janaína Reckziegel¹
Simone Tatiana da Silva²

RESUMO: Este artigo tem como tema discutir o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no enfrentamento às emergências sanitárias globais, em especial do Covid-19. Nesse sentido, discutem-se as ações a nível mundial e o tratamento que estas tem recebido no país. Para tanto utilizou-se de metodologia qualitativa, com pesquisa bibliográfica e normativa. Como resultado percebe-se que apesar de haver regulamentação internacional no combate as emergências, o Brasil não possui legislação adequada, tendo sido criada apenas uma regulamentação emergencial. Portanto, há necessidade de uma legislação que atenda as emergências internacionais, mas que não despreze direitos fundamentais e o princípio da dignidade humana. Conclui-se que as emergências globais estarão cada vez mais presentes, exigindo que sejam regulamentadas ações no país, inclusive no que se relaciona a

¹ Pós-Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2019). Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá – RJ (2014). Mestre em Direito Público pela Universidade de Caxias do Sul – UCS (2007). Especialista em “Mercado de trabalho e exercício do magistério em preparação para a Magistratura” pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó (2002) e em “Educação e docência no ensino superior” pela Faculdade Exponencial – FIE (2009). Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc (2001). Autora de diversos livros (*E-book*) e artigos em revistas jurídicas especializadas no Brasil e exterior. Advogada, Professora Titular e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. CPF: 018.521.589-05. Residente na Avenida Getúlio Vargas, 542-S, Ed. Olympus, Apto: 401, Centro, em Chapecó – SC, Cep: 89.814-000. Fone (49) 99987-0903. *E-mail:* janaina.reck@gmail.com. Sistema Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7597547217990217>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8301-4712>.

² Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Acadêmica do Curso de Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. *E-mail:* simonets12@hotmail.com. Bolsista Fundo de Apoio à manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior do Estado de Santa Catarina – FUMDES – SC

Vigilância Sanitária, que estejam atentas ao princípio da Dignidade Humana.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Vigilância Sanitária. Covid-19.

ABSTRACT: *This article discusses the role of the National Health Surveillance Agency in addressing global health emergencies, in particular Covid-19. In this sense, the actions worldwide are discussed and the treatment they have received in the country. For this purpose, a qualitative methodology was used, with bibliographic and normative research. As a result, it is clear that although there are international regulations in the fight against emergencies, Brazil does not have adequate legislation, having created only an emergency regulation. Therefore, there is a need for legislation that addresses international emergencies, but does not disrespect fundamental rights and the principle of human dignity. It is concluded that global emergencies will be increasingly present, requiring actions to be regulated in the country, including in relation to Health Surveillance, which are attentive to the principle of Human Dignity.*

Keywords: *Right to Health. Health Surveillance. Covid-19.*

1 INTRODUÇÃO

O tema deste artigo são as emergências sanitárias globais. Tendo em vista este tema, questiona-se o papel que a Vigilância Sanitária tem apresentado diante da ocorrência destas doenças. Há uma regulamentação adequada para este tipo de situação no país? A regulamentação internacional é suficiente para atender essas situações no Brasil? Para responder estas questões, toma-se como base o caso do Covid-19, pois é o mais recente declarado pela Organização Mundial da Saúde. Para tanto, foi utilizada a metodologia qualitativa, tendo como base de dados a pesquisa bibliográfica e normativa.

O texto é construído da seguinte forma: Inicialmente aborda-se o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, situando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e apresentando suas principais funções. Na sequência apresentam-se as emergências globais, discutindo-se as principais medidas a serem tomadas no caso de ocorrência destas e a legislação pertinente, destacando-se a ocorrência do Covid-19. Após aborda-se o papel da Vigilância Sanitária no enfrentamento as emergências globais, apresentando-se os principais protocolos e planos que estão sendo adotados. Diante disso, discute-se na sequência os limites de atuação frente as emergências globais, destacando-se os limites legislativos, de avaliação e notificação dos pacientes.

Finalmente aborda-se a questão da dignidade humana, que possui relação direta com a questão da saúde. Nesse caso, verifica-se que a população tem o direito de ter garantida a proteção contra as emergências em saúde pública. No entanto, tal proteção não pode contrariar princípios fundamentais, em especial o princípio da dignidade humana.

Portanto, percebe-se por meio deste estudo, que as emergências sanitárias internacionais estarão cada vez mais presentes. Apesar da existência de regulamentação internacional a este respeito, bem como, de protocolos criados no Brasil para seu atendimento, ainda é preciso avançar em debates a respeito da criação de legislação adequada. Tal legislação não deve servir apenas para o momento em que tais doenças vierem a ocorrer, mas de ser formulada antecipadamente, preventivamente e com maior amplitude. Nesse sentido, é necessário que sejam observados princípios fundamentais, em especial o princípio da dignidade humana.

2 O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi definido por meio da Lei 9782/1999, que também criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. O art. 1º desta lei afirma que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, compreende as ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo e de prestação de serviços (BRASIL, 1999).

Em verdade as atividades de vigilância sanitária surgiram da necessidade de proteção da população em decorrência da propagação de doenças transmissíveis nos agrupamentos urbanos, a fim de eliminar situações de risco à saúde. Portanto, seus métodos de intervenção se direcionam ao fortalecimento da sociedade e da cidadania, para promoção de saúde e prevenção de agravos (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Integra a saúde coletiva, como campo de conhecimento e de práticas e desenvolve ações no sistema de saúde, regulação sanitária das atividades relacionadas ao ciclo produção/consumo de bens e serviços da esfera privada e pública (SILVA *et al.*, 2018).

A atuação da Vigilância Sanitária é abrangente, pois tem responsabilidade no controle de processos dos bens que se relacionam direta e indiretamente com a saúde. E dentre as ações executadas pela vigilância sanitária, têm-se as ações preventivas voltadas a evitar o desenvolvimento de doenças específicas (SILVA *et al.*, 2018). Nessa área localiza-se a atuação relacionada as emergências globais que serão abordadas na sequência deste texto.

3 EMERGÊNCIAS GLOBAIS EM SAÚDE PÚBLICA E A NOVA EMERGÊNCIA COVID-19

Tendo em vista a crescente preocupação com a ocorrência de doenças com elevada possibilidade de disseminação pelo mundo, a Organização Mundial de Saúde formulou um instrumento, em 2005, que traz as diretrizes a serem aplicadas no caso de uma emergência sanitária de impacto global. Este instrumento é o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que estabelece procedimentos para proteção contra a disseminação internacional de doenças. No entanto, esta não é a primeira versão do documento, já que anteriormente havia sido adotado durante a 4ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1951, o primeiro código internacional. Porém o primeiro regulamento não abordava todas as possibilidades de emergências globais, seu foco eram medidas para prevenir a disseminação de doenças infecciosas (BRASIL, 2009).

O RSI de 2005 está atualmente em vigor nos 193 países signatários da OMS e tem por objetivo impedir a disseminação internacional de doenças, controlar e dar resposta de saúde pública proporcional e restrita aos riscos, evitando interferências desnecessárias ao tráfego e comércio internacional (SAMPAIO; SCHÜTZ, 2016). O RSI ainda dispõe das características de uma notificação e afirma que cada país deverá avaliar os eventos ocorridos em seu território, utilizando-se de instrumentos de decisão. Qualquer potencial de emergência sanitária deverá ser notificada à OMS no prazo de vinte e quatro horas (BRASIL, 2009).

Baseado na avaliação dos eventos ocorridos e pela utilização dos instrumentos de decisão, a direção geral da OMS, independente do consentimento dos Estados, pode declarar uma

Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Esta declaração é baseada na opinião do Comitê de Emergências constituído por especialistas independentes, escolhidos conforme seu campo de competência e da experiência que corresponder ao evento em andamento (BRASIL, 2009).

A primeira ESPII declarada pela OMS foi em 2009 e se referiu a Gripe A (H1N1). A segunda declaração ocorreu em 2014 e se referia ao poliovírus, a terceira declaração se referiu ao Ebola, em agosto de 2014 e a quarta ocorreu em 2016, referente ao vírus Zika (SAMPAIO; SCHÜTZ, 2016). Portanto a declaração relacionada ao Covid-19 é a quinta que ocorre após a criação do novo RSI.

Sobre o Covid-19, o mesmo é ocasionado pelo coronavírus, pertencente a uma grande família de vírus, que provocam doenças em seres humanos e animais. Em humanos, vários coronavírus são conhecidos por causar infecções respiratórias que vão do resfriado comum a doenças mais graves, como síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). O coronavírus mais recentemente descoberto causa a doença COVID-19 (CHEN *et al.*, 2020). Os primeiros casos do novo Coronavírus ocorreram em Wuhan, Província de Hubei na China, em Dezembro de 2019 e Janeiro de 2020. Inicialmente acreditava-se em contaminação zoonótica, que teria ocorrido no mercado de frutos do mar, mas após percebeu-se a ocorrência de transmissão de pessoa a pessoa, por meio de gotículas (BRASIL, 2009). Os sinais comuns da infecção são sintomas respiratórios, febre, tosse, dificuldade para respirar. Nos casos mais severos, a infecção pode causar pneumonia, síndrome respiratória severa, insuficiência renal e até mesmo a morte (QUN LI, 2020).

Em relação ao Brasil, as primeiras ações em relação ao Coronavírus, ocorreram em 22 de janeiro de 2020, com a ativação

do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19), do Ministério da Saúde (MS) coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com o objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à possível emergência de saúde pública, buscando uma atuação coordenada no âmbito do SUS (BRASIL, 2020a).

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), por meio da Portaria MS nº 188, e conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 (CHEN *et al.*, 2020). Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) como uma pandemia. Isso significa que o vírus está circulando em todos os continentes e há ocorrência de casos oligossintomáticos, o que dificulta a identificação (BRASIL, 2020b).

Em verdade, os fatos e conhecimentos sobre o novo Coronavírus (COVID-19) disponíveis são limitados, havendo muitas incertezas no modo exato de transmissão e os possíveis reservatórios. As taxas de letalidade, mortalidade e transmissibilidade não são definitivas e estão subestimadas ou superestimadas. As evidências epidemiológicas e clínicas ainda estão sendo descritas e a história natural ainda está sendo construída (CHEN *et al.*, 2020). Portanto ainda é um cenário de incertezas. Até o momento não há tratamento específico para a doença e a maioria das pessoas se recupera por meio de cuidados, especialmente hospitalares.

Nesse sentido, os objetivos estratégicos da Organização Mundial da Saúde em relação ao coronavírus são: limitar a transmissão pessoa a pessoa; identificar, isolar e cuidar precocemente dos pacientes; identificar e reduzir a transmissão

de origem animal; abordar incógnitas sobre a gravidade clínica, extensão da transmissão e infecção, opções de tratamento e diagnóstico, terapêuticas e vacinas; comunicar informações críticas de risco e eventos a todas as comunidades e combater a desinformação; minimizar o impacto social e econômico por meio de parcerias multisetoriais. Estes objetivos podem ser alcançados através de uma combinação de medidas de saúde pública, como identificação rápida, diagnóstico e manejo dos casos, identificação e acompanhamento dos contatos, prevenção e controle de infecções em ambientes de saúde, implementação de medidas de saúde para viajantes, conscientização na população e comunicação de risco (WHO, 2020). Portanto, verifica-se que a Organização Mundial da Saúde apresenta um plano de ação em relação ao Covid-19. No entanto, é necessário situar as ações tomadas pelo governo brasileiro no combate a esta emergência mundial, especialmente no que se relaciona a Vigilância Sanitária.

4 ATUAÇÃO DA ANVISA EM EMERGÊNCIAS GLOBAIS E SEUS LIMITES

O RSI determina que cada Estado deverá designar um órgão responsável para atendimento às emergências globais, que aplicará as medidas sanitárias em conformidade com o regulamento. No caso do Brasil, esta responsabilidade é da Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde e do Centro de Operações de Emergências (COE).

Quando a OMS emite uma declaração de ESPII, determina um conjunto de recomendações endereçadas ao público em geral e a diferentes categorias e atores, em especial aos Estados e setor de transporte. Estas recomendações permitem coordenar a resposta

a doença, racionalizando meios e providências. São orientações de natureza não-vinculante e portanto na há previsão de sanções para os Estados que não as cumprirem (BRASIL, 2020c).

Em relação a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, seu papel foi a criação do Protocolo Para Enfrentamento do COVID-19 em Portos, Aeroportos e Fronteiras, cujos principais objetivos são: definir procedimentos e fluxos para a detecção e o controle do COVID 19 em portos, aeroportos e fronteiras; estabelecer ações a serem empreendidas em áreas portuárias, aeroportuárias e fronteiriças para minimizar o risco da disseminação do COVID 19 no território nacional; proteger a saúde de passageiros, tripulantes, pessoal de solo e do público em geral nos portos, aeroportos e fronteiras; e manter o funcionamento dos portos, aeroportos e fronteiras, minimizando os impedimentos aos fluxos de passageiros, tripulantes, cargas e suprimentos procedentes do exterior (BRASIL, 2020c).

Há ainda o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19, criado pelo COE, que prevê três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível é baseado na avaliação do risco do novo Coronavírus afetar o Brasil e seu impacto para a saúde pública (BRASIL, 2020a).

Apesar destas regulamentações verifica-se que ainda é necessário avançar no tema, muito embora exista o Decreto 7616/2011 que trata a respeito da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e que institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. Tal fato foi sentido no caso do Covid-19 quando brasileiros residentes na província de Wuhan protestaram por ajuda do governo brasileiro, para retornar

ao país e não havia regulamentação adequada para lidar com a situação.

Diante da percepção de que não havia a regulamentação adequada para agir no caso daqueles brasileiros que solicitavam ajuda do governo, rapidamente o mesmo aprovou a Lei 13979 de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 (BRASIL, 2020d).

Esta nova lei trouxe conceitos importantes e possibilitou a realização da chamada “Operação Regresso”, que tratou a respeito do retorno dos brasileiros repatriados de Wuhan, localizada na província de Hubei na China, desde sua saída do local até 18 dias após chegada ao Brasil, período total de duração da quarentena definida pelo Ministério da Saúde. Para esta operação foi emitida uma Recomendação do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária, sobre os procedimentos a serem adotados no embarque, durante o voo, conexão e desembarque, bem como do período da quarentena dos brasileiros submetidos a operação (BRASIL, 2020e).

Em verdade, esta lei foi muito importante, pois possibilitou a criação de planos de ação em relação a Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e no âmbito do Ministério da Saúde. Como medida de urgência, esta legislação trouxe ações e definições relevantes, que antes não estavam previstas no Direito brasileiro. No entanto, ainda é necessária uma legislação e regulamentação mais detalhada, no tocante as ações de emergência em saúde pública.

Ressalta-se nesse sentido, a necessidade de legislação no âmbito das práticas da Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Embora, este não seja o único campo de necessidade legislativa. A

legislação necessária deve levar em conta os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo capaz de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, nas dimensões individuais e coletivas, visando à atenção integral a saúde da população (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

O cuidado a ser tomado em relação a criação de legislação específica sobre o tema, é considerar o respeito aos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal, especialmente aqueles encontrados no art. 5º da Carta Magna. Já que nesses casos, há grande risco de atos adotados em nome da necessidade de proteção à saúde, desrespeitarem tais direitos. Pois não há justificativa para proposição de leis sanitárias restritivas e coercitivas, que poderão afastar ou ignorar garantias estabelecidas na Constituição. Esta em verdade, atua como forma de segurança frente à arbitrios que possam levar a interpretações equivocadas de alguma norma jurídica gerando decisões danosas e ou constrangedoras (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

Há um perigo de que leis coercitivas de liberdades, mesmo que tenham como propósito a preservação da integridade da saúde da população, possam representar ameaça a democracia. Apesar de que em situações especiais, como no caso do Coronavírus serem necessárias medidas para contenção da doença, é preciso estar atento na criação de leis que não atuem de forma a atingir princípios constitucionais, especialmente o principio da Dignidade Humana. O ideal é que a atuação legislativa trilhe o caminho do saber técnico aliado a democratização das informações, a fim de cumprir o dever de proteção a saúde, sem utilizar de gesto de autoritarismo (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

Diante da limitação discutida, verifica-se a necessidade do destaque ao principio da Dignidade Humana, que deve estar

inserido no atendimento aos pacientes vítimas de emergências em saúde pública, bem como no cuidado a população em geral. Este princípio será discutido na sequência.

5 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA EM RELAÇÃO ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Kant (1974) considera que: “No reino dos fins tudo tem um preço ou uma dignidade. Uma coisa que tem um preço pode ser substituída por qualquer outra coisa equivalente; [...] o que está acima de todo preço [...], o que não admite equivalente, é o que tem uma dignidade”. Diante disso, é perceptível que o ser humano é portador de dignidade, já que não pode ser tratado como objeto, tem um fim em si mesmo.

A dignidade humana também é reconhecida como atributo dos indivíduos desprovidos de condições de se autogerirem, pois também possuem direito de receberem tratamento digno por sua existência. Em verdade, a dignidade humana não depende reconhecimento jurídico para existir, pois é um bem inato e ético, colocando-se acima das especificidades culturais e morais. Persiste mesmo naquelas sociedade que não a respeitam, já que a sua violação evidencia afronta a capacidade de autodeterminação do ser humano e de sua própria condição de ser livre (RECKZIEGEL, 2016).

Reckziegel (2016), explica que quando não houver respeito à vida, à integridade física e moral do ser humano, quando não houver mínimas condições para que o indivíduo possa levar uma vida de modo digno, onde os poderes forem ilimitados, quando não houver reconhecimento dos direitos básicos e fundamentais dos indivíduos, a dignidade humana não está presente. O outro ser

humano nunca deve ser colocado em desvantagem, não poderá ser tratado de modo que seja negada a importância da sua vida.

Nesse sentido, quando não há respeito à vida de qualquer ser humano, e nesse caso, destaca-se a questão de sua saúde, conseqüentemente há desrespeito ao princípio da dignidade humana. Aqui, percebe-se a necessidade de proteção à saúde da população, que tem o direito de estar livre de qualquer ameaça que possa atingir seu bem estar físico, mental e social. Portanto há necessidade da criação de estratégias que resguardem a saúde da população a fim de que seja respeitado o princípio da dignidade humana.

No entanto, as medidas utilizadas para resguardar a saúde da população não podem restringir direitos constitucionais básicos, já que facilmente leis arbitrárias podem contrariar o princípio da dignidade humana. Nesse caso, há o risco de os poderes tornarem-se ilimitados e de reconhecimento de direitos básicos não estarem presentes.

No caso de pessoas que adquirirem a doença, deve-se tomar o cuidado, de não colocá-las em desvantagem, diminuindo a importância de sua vida. Isso seria uma afronta total ao princípio da dignidade humana. Afinal de contas, não é porque o indivíduo é portador de uma doença considerada emergência em saúde pública, que o mesmo perdeu sua condição de ser humano e portanto detentor de dignidade. Nesse caso, as ações adotadas devem ser no sentido de recuperação de sua saúde e cuidados para que não haja transmissão da doença. Já que o princípio da dignidade humana tem vinculação direta com o direito à saúde, que é expresso por meio da Constituição Federal de 1988, no art. 6º, no rol dos direitos sociais e no art. 196 que afirma ser a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas

sociais e econômicas ao acesso universal e igualitário as suas ações e serviços (BRASIL, 1988).

6 CONCLUSÃO

As emergências sanitárias de importância internacional tem ganhado muito destaque nos últimos anos. Isso ocorreu pela percepção de que uma doença presente em um local pode rapidamente ser disseminada por todo mundo. Diante disso, foram criadas regulamentações internacionais para atendimento a estas situações. Estas regulamentações vinculam o Brasil, mas não são suficientes para as necessidades do país. Por esta razão, diante da emergência do Coronavírus, rapidamente criou-se uma legislação emergencial, a fim de atender as necessidades momentâneas geradas pela doença. No entanto, esta legislação ainda é insuficiente, sendo necessária uma melhor regulamentação para atendimento as emergências internacionais que surgirem, de forma preventiva.

Essa legislação deve estar atenta aos princípios constitucionais, especialmente ao princípio da Dignidade Humana. Isso porque ao se refletir sobre a criação de regulamentação, deve-se levar em conta o respeito à vida de cada ser humano, seja ele ou não portador da doença. Importante ainda, é que tal regulamentação seja criada de forma crítica e técnica, com respeito a princípios e conhecimento científico, para que não se torne uma forma de ferir direitos constitucionais.

Este tema está em ebulição, visto que vive-se o período em que a emergência internacional Coronavírus está em crescimento exponencial. As ações tomadas em relação à doença devem ser imediatas e urgentes, com respeito aos princípios constitucionais.

No entanto, é ainda necessário que se pense sobre as novas possibilidades de emergência que ocorrerão no futuro, para que dessa forma, esteja-se preparado para seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 9.782, 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, 27 jan. 1999.

BRASIL. **Regulamento Sanitário Internacional – RSI 2005**. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.

BRASIL. **Novo coronavírus**. 2020b. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200210_N_EmktCoronaVirusPopV2_9220990263189084795.pdf. Acesso em: 1º mar. 2020.

BRASIL. **Protocolo para enfrentamento do Covid 19 em portos, aeroportos e fronteiras**. Brasília, 2020c.

BRASIL. **Lei n.º 13.979 de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, 06 fev. 2020d.

BRASIL. **Operação regresso**. Brasília: 2020e. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/operacao-regresso-11fev-b.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2020.

CHEN, W.; PETER, W. H.; FREDERICK, G. H.; GEORGE, F. G. A novel coronavirus outbreak of global health concern. **The Lancet**. London, v. 35, 2020, p. 470-473.

KANT, I. **Crítica da razão pura e outros textos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**. São Paulo, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.

QUN LI, M. Early transmission dynamics in wuhan, china, of novel coronavirus-infected pneumonia. **The New England Journal of Medicine**. 2020.

RECKZIEGEL, J. **Dignidade humana em risco**: existe limites para experiências científicas? Prismas: Curitiba, 2016.

SAMPAIO, J. R. C.; SCHÜTZ, G. E. A epidemia de doença pelo vírus Ebola de 2014: o Regulamento Sanitário Internacional na perspectiva da Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Cad. saúde colet**. São Paulo: v. 24, n.2, p. 242-247, 2016.

SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo: v. 23, n. 6, p. 1953-1961, 2018.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C.; VIANA, I.; PAIM, J. S. Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo: v. 10, n. 2, p. 126-144, 2009.

WHO. **Coronavirus**. Genebra: 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>. Acesso em: 23 fev. 2020.

RESPOSTAS À PANDEMIA E A ESTRATÉGIA BRASILEIRA

Carlos Luiz Strapazzon, PhD¹

1 INTRODUÇÃO

As análises comparadas da evolução da pandemia da COVID19 mostram que algumas estratégias estão dando melhores resultados do que outras. Neste momento (30.07.2020) as evidências (NECSI, 2020) conhecidas baseadas em dados fornecidos pelos países, mostram que há 36 países que merecem estudos, pois estão respondendo muito bem à crise sanitária.

Numa visão panorâmica, podemos dividi-los em dois grupos. Um seria formado por 17 nações que tiveram pleno êxito em lidar, rápida e consistentemente, com a crise. Todos apresentam hoje curvas com baixo índice de novas contaminações diárias e com indicação (atual) de tendência de estabilidade: Brunei, Dominica, Estônia, Finlândia, Hungria, Islândia, Irlanda, Jamaica, Latvia, Ilhas Mauricio, Nova Zelândia, Nigéria, Noruega, San Marino, Taiwan, Tailândia, Timor Leste.

Há um segundo grupo formado por 19 países que, neste momento, parece ter controlado a situação. Respondeu muito bem, embora não tão rapidamente quanto o primeiro grupo. Destacam-se: Bielorrússia, China, França, Alemanha, Itália, Paquistão, Catar, Coreia do Sul, Portugal e Suécia (NECSI, 2020).

Todos os demais países estão atrasados e tendo muitas dificuldades para controlar a circulação do vírus e para controlar

¹ Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito (mestrado e doutorado) da UNOESC; Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito (mestrado) da Universidade Positivo. E-mail: strapazzon.carlos.luiz@gmail.com.

a taxa de mortalidade. Alguns casos extremos, parecem ser mais preocupantes, por diferentes razões. O caso da Austrália, porque está enfrentando uma grande segunda onda de novas contaminações; o Brasil e os EUA, pelo alto índice de novas contaminações diárias e óbitos diários.

Dentre os países que merecem atenção e estudo, elegi a Coreia do Sul, a Alemanha e a Suécia. Parece-me, nesse momento, que as diferentes respostas desses países, o contexto e também algumas semelhanças com o Brasil, podem ser úteis para pensar a situação do Brasil. O critério que adotei para selecionar esses países foi o seguinte: quem mais aprendeu com tragédias passadas, quem faz bom uso da tecnologia da informação, da ciência e de um sistema público de saúde e, por fim, quem sabe preparar um país inteiro para lidar eficientemente com uma grave crise de escala nacional sem abrir mão dos fundamentos da democracia e das liberdades individuais.

Antes da COVID19, a Coreia do Sul teve uma experiência traumática com a epidemia MERS, em 2005. E aprenderam muito com a tragédia. A resposta da Coreia do Sul à pandemia da COVID19 ensina a ver coisas importantes sobre adaptações da política pública de saúde. A Alemanha é outro país com aprendizado duríssimo de enfrentamento a emergências nacionais. Desde que se recuperou dos estragos monumentais da II Guerra, mantém protocolos nacionais de resposta a situações emergenciais. A resposta da Alemanha ensina que todos os países devem estar prontos para emergências de grande escala. A resposta da Suécia ensina a ver como uma resposta bem-sucedida também pode depender – e muito – da cultura local, dos costumes e da forma como governo e sociedade dialogam e tentam evitar, a todo o custo, restrições a liberdades individuais.

Uma das coisas aprendidas na análise desses três casos é que todos eles assumem que um país não pode negligenciar investimentos em políticas públicas e instituições públicas aptas a ajudar os governos e a sociedade em situações emergenciais; não podem hesitar nos investimentos contínuos em ciência, tecnologia e conhecimento, orientações da ciência e também devem colaborar com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em momentos de pandemia.

O caso da resposta brasileira também ensina muito, quando comparada às respostas desses países acima. Na primeira parte deste trabalho, apresento e discuto as estratégias da Coreia do Sul, da Alemanha e da Suécia. Depois, analiso os atos normativos editados pela União Federal, na forma de Emendas à Constituição, Leis Complementares, Leis Ordinárias, Medidas Provisórias e Decretos em busca de compreensão quanto às principais linhas de ação adotadas pelo Brasil.

2 RESPOSTA À PANDEMIA: MODELO DA COREIA DO SUL

Com a COVID19, o enfrentamento coreano foi diferente: a OMS anunciou que havia epidemia na China, que era algo sério e o governo Coreano iniciou a tomada de decisões preventivas. Ativaram emergência para controle de entrada de turistas e cidadãos vindos da China. A Coreia do Sul conta hoje com um estruturado sistema nacional de saúde para conduzir ações preventivas e hospitais para acolher doentes de pandemias. Ativaram o sistema público de saúde para o nível de emergência. Liberaram autorização e kit de testes coletivos. Assumiram que não adianta testar individualmente quem chega no hospital, e a preocupação com testagens, agora, foi direcionada para entender o movimento das pessoas e a progressão

das infecções, o mais rápido possível. Incrementaram investimentos e cuidados com testes em larga escala. Até criaram um padrão próprio para testes e evitaram a dependência de dispositivos ou insumos importados.

Um outro aspecto do modelo coreano de enfrentamento da pandemia diz respeito com as liberdades individuais. Diminuíram as liberdades individuais, porém, sem lockdown. A política pública foi baseada em intensa orientação para manter distanciamento social, com apoio na tecnologia nacional. Criaram e usaram APPs para mapear, meticulosamente, a mobilidade humana no país. A política de distanciamento gerou conflitos, obviamente. Como aquele do governo com líderes de igrejas (especialmente da River of Grace Community Church) que insistia em fazer cultos com aglomerações. Não houve proibição de cultos, mas as igrejas tiveram de informar quem os frequentava, para que o rastreamento pudesse ser realizado. Depois o governo divulgou o número de infectados vinculados à igreja.

Assumiram também que uma epidemia precisa de informações precisas e bem difundidas, em larga escala. Para isso, cuidaram, muito, da liberdade de imprensa e da boa relação entre governo e imprensa.

Outro pilar da estratégia coreana foi estimular a solidariedade: pediram doações de máscaras para apoiar o pessoal da saúde e a sociedade respondeu. Dizem, na Coreia do Sul, que a saúde de todos vem em primeiro lugar.

Algumas particularidades da Coreia do Sul favorecem a estratégia. A tolerância com o mapeamento meticuloso de dados pessoais e uma população dotada de habilidades e recursos para lidar com novas tecnologias. Além disso, é um sistema de saúde dotado de poderosa capacidade de armazenar e analisar dados

que orientam a tomada de decisões, em especial as decisões preventivas, e mais recentemente, de reabertura e retomada da normalidade sem correr riscos de novas ondas de contaminação.

Venceram a MERS e estão vencendo a COVID19. Mas reconhecem que a luta contra epidemias não acabou. Estão se preparando para outras epidemias (*OUR WORLD IN DATA, 2020b; KOREA.NET, 2020*).

3 RESPOSTA À PANDEMIA: MODELO DA ALEMANHA

O caso da Alemanha também é importante de ser analisado, sobretudo porque é um país que, como Brasil, adota a forma federal de Estado, com 16 unidades subnacionais autônomas e aproximadamente 400 unidades locais de governo.

A Alemanha não tomou medidas especiais e extraordinárias para lidar com a pandemia da COVID19. É um país preparado para situações de emergências, com protocolos nacionais claros, com sistema hospitalar eficiente e com recursos financeiros, humanos e tecnológicos adequados. Apenas aplicou seu protocolo padrão, o Plano Nacional de enfrentamento a pandemias, para lidar com emergências desse tipo. Sua estratégia foi baseada em alto nível de testagens (ECKNER, 2020), o maior da Europa, atenção especial a pessoas idosas – o que explica a baixa letalidade nesse público – e uso eficiente do sistema hospitalar. A gestão centralizada de dados e informações, a partir do Robert Koch Institute (RKI, 2020) e uma rede de instituições parceiras, favoreceu o processo de tomada de decisões, como, por exemplo, a mobilização de laboratórios públicos e privados para elevar o nível de testagens, particularmente a testagem do tipo PCR – que é a mais importante na estratégia da Alemanha. Na estratégia da Alemanha, foi muito importante

a comunicação eficiente com o público, seja dos diagnósticos, quando das medidas adotadas, que foram muito diferentes para as diferentes regiões do país.

Já a partir de maio a Alemanha começou o retorno à normalidade, com plano de volta totalmente estruturado em monitoramento de dados e informações epidemiológicas a partir do RKI, entidade frequentemente citada pela Chanceler Angela Merkel, a fim de controlar os riscos de segunda onda de contaminações. O caso da Alemanha é exemplar, dada a dimensão populacional (aproximadamente 80 milhões de habitantes) e a complexidade do sistema político (democracia parlamentar de um estado federativo) (*OUR WORLD IN DATA, 2020c*).

4 RESPOSTA À PANDEMIA: MODELO DA SUÉCIA

Na Suécia os números de infecções e óbitos cresceram mais do que o esperado até fins de abril, começando a cair, lentamente, a partir de maio e junho. Os mais atingidos foram idosos (*OUR WORLD IN DATA, 2020a*).

Para responder à evolução da pandemia, restrições importantes de mobilidade humana foram estabelecidas, como no caso de viagens de estrangeiros para a Suécia, com algumas exceções para países selecionados, junto a proibição de visitas sociais a locais onde vivem pessoas em situação especial de risco, como lares de idosos e enfermarias. Foram proibidas aglomerações com mais de 500 pessoas e, em seguida, com mais de 50 pessoas (*POLIMAP COVID19, 2020*). Sempre com a lembrança de que “é crime espalhar doença”. O governo também intensificou advertências a idosos com mais de 70 anos, para que fiquem em casa e evitem contatos sociais.

O caso das escolas é um dos mais controversos e interessantes. A Suécia considera uma parte muito importante de sua estratégia a decisão de não interromper atividades de escolas infantis e de educação primária. Quanto ao ensino médio, determinou restrições de distanciamento nas escolas e impuseram fechamento parcial de universidades. No caso das escolas infantis e de educação primária, a razão para não impedir o funcionamento é o seguinte.

Muito cedo descobrimos que crianças na faixa etária de frequentar jardim da infância e ensino primário não são os agentes transmissores desta pandemia. Elas não ameaçam a saúde de seus pais ou de adultos que as cercam porque não expõem vírus como ocorre, por exemplo, no caso da influenza. É por isso que decidimos orientar a educação infantil e a educação primária para permanecerem abertas (KRISINFORMATION.SE, 2020)².

Empresas puderam permanecer em funcionamento, com os cuidados sanitários e – se possível – com trabalho remoto, particularmente nas áreas de maior nível de incidência do vírus. Todo o setor de alimentos e bebidas foi autorizado a operar, mas sem aglomerações, sob pena de serem fechados. Quanto aos cidadãos em geral, a recomendação é para que permaneçam em casa, realizando os cuidados de higiene pessoal, mesmo se tiverem sintomas leves.

Na avaliação mais recente, reconheceram que estavam falhando em relação às casas de asilo, mas não em relação à estratégia de reação lenta, flexível, de monitoramento preciso e de

² Esta afirmação consta do vídeo *The Swedish strategy against Covid-19*, apresentado por Johan Carlson, Diretor Geral da Agência de Saúde Pública da Suécia, exibido em 12 de junho de 2020, durante a explicação da estratégia sueca de resposta à pandemia. O comunicado de Johan Carlson pode ser visto a partir do minuto 2:06, logo após a apresentação da Ministra da Saúde e assuntos sociais, Lena Hallengren. Pode ser visto no YouTube, neste link: <https://www.youtube.com/watch?v=svlHD2mpk9k>, acessei em 01 de agosto de 2020.

corresponsabilidade. A Suécia busca, a todo custo, medidas que evitem o lockdown. A legislação proíbe lockdown e aprovar leis que mudem isso, por lá, é mais difícil do que mudar a Constituição, no Brasil. A Suécia tem uma tradição de responsabilidade individual, confiança nas agências de Estado e abundância de hospitais. Além disso, as autoridades sanitárias emitem comunicados diários sobre o comportamento social e os dados da pandemia.

5 O CASO DO BRASIL: UMA TEIA DE FATOS QUE INDICAM UMA PROVÁVEL ESTRATÉGIA

A análise que ofereço a seguir é a primeira versão de um esforço interpretativo progressivo de atos normativos e comunicados oficiais publicados pela União Federal em resposta à pandemia do coronavírus. Ainda não é uma análise detalhada de todos os aspectos jurídicos desses atos ou das informações disponíveis. O que foi possível apresentar, aqui, são os resultados parciais da pesquisa em andamento sobre Segurança Social e o direito na pandemia, que desenvolvo no PPG da Unoesc e também no PPG da Universidade Positivo. Minha análise é baseada nos atos e decisões oficiais adotadas a partir de fevereiro de 2020 até 30 de julho de 2020.

04.01

OMS RECONHECE O NOVO CORONAVIRUS

Primeiro Comunicado da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o novo coronavírus (WHO, 2020b).

10.01

ACIONADO O COMITÊ DE MONITORAMENTO

O Ministério da Saúde do Brasil acionou o Comitê de Monitoramento do novo coronavírus. Nessa mesma data a China divulga o código genético do novo Coronavírus (CIDRAP, 2020).

27.01

PRIMEIRO CASO SUSPEITO

Primeiro caso suspeito no Brasil é detectado no estado de Minas Gerais (VEJA, 2020).

30.01

OMS DECLARA EMERGÊNCIA INTERNACIONAL

A Organização Mundial da Saúde declarou situação de Emergência Internacional (WHO, 2020a).

03.02

BRASIL DECLARA EMERGÊNCIA

Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020 do Ministério da Saúde declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) (BRASIL, 2020e).

05.02

COMEÇAM REUNIÕES ENTRE MS, CONASS E CONASEMS

Ministério da Saúde se reúne com secretários estaduais de saúde para analisar primeiras ações sobre o novo coronavírus.

06.02

LEI GERAL DA PANDEMIA

Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, dispôs sobre medidas que podem ser adotadas pela União, Estados e Municípios para enfrentamento da emergência de saúde pública (BRASIL, 2020g).

13.02

PLANO DE CONTINGÊNCIA

Ministério da Saúde publica o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID (BRASIL, 2020o).

25.02

PRIMEIRO CASO EM SÃO PAULO

Identificado o primeiro caso de coronavírus, em São Paulo, no Hospital Albert Einstein (BRASIL, 2020r).

27.02

VACINAÇÃO INFLUENZA

Ministério da Saúde decide antecipar a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza.

28.02

COMEÇA A CAMPANHA PREVENTIVA COVID19

Inicia campanha publicitária de prevenção ao coronavírus.

29.03

FLUXOGRAMA ESPECIAL NA REDE SUS

Foi criado um novo fluxo de dados sobre COVID, partindo de Municípios para Estados e Ministério da Saúde (BRASIL, 2020gg).

02.03

COMEÇA A TESTAGEM

SUS anuncia distribuição de 30 mil kits para teste de COVID19.

10.03

REDE SUS CAPACIDA UNIDADES DE SAÚDE

SUS anuncia 42 mil postos de saúde capacitados para atender COVID19, dentre as quais, 6.700 seriam unidades com atendimento 24h (BRASIL, 2020t).

11.03

OMS ANUNCIA A PANDEMIA

A OMS declarou que o surto de coronavírus era, a partir desta data, considerada uma pandemia. Havia registro de 118.000 casos em 114 países e 4.291 mortes (WHO, 2020c).

5.000 MÉDICOS NO BRASIL

Ministério da Saúde anuncia que vai convocar 5.000 médicos para a atenção primária (preventiva) em saúde pública (O GLOBO, 2020).

17.03

PRIMEIRO ÓBITO NO BRASIL

Nesta data foi registrado o 1º óbito de Covid19 no Brasil, no município de São Paulo, SP. É o 22º dia desde a notícia do primeiro contágio (AGÊNCIA BRASIL, 2020). Para simplificar a análise progressiva de casos e óbitos, elaborei a Tabela 1, a seguir, que informa datas em que se verificaram dobradas de casos e óbitos, com algumas anotações sobre a crise sucessória de Ministros da Saúde.

Tabela 1 – Brasil. Casos e óbitos, mar-jul 2020

DATA	CASOS	ÓBITOS	
17.03		1	
21.03	1.000		
24.03	2.000		
28.03		98	Começa a atualização de dados em plataforma on line do Ministério da Saúde
29.03	4.000	125	
02.04		250	
03.04	8.000		
06.04		500	Imprensa divulga ameaça de exoneração do Min. da Saúde, Luiz Henrique Mandetta
09.04	16.000		
10.04		1.000	
16.04			Exoneração de Luiz Henrique Mandetta do cargo de Ministro da Saúde
17.04	32.000	2.000	Nelson Teich toma posse como o Ministro da Saúde
25.04		4.000	
27.04	64.000		
06.05		8.000	
07.05	128.000		
09.05		10.000	
15.05			Nelson Teich pede exoneração do cargo de Ministro da Saúde
16.05			General Eduardo Pazuello assume, interinamente, as funções de Ministro da Saúde
18.05	256.000		
21.05		20.000	
31.05	512.000		
11.06		40.000	
19.06	1.024.000		
18.07	2.048.000		

DATA	CASOS	ÓBITOS	
20.07		80.000	
30.07	2.610.583	91.310	General Eduardo Pazuello permanece, interinamente, nas funções de Ministro da Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Dados Transparentes (2020).

18.03

EXAMES RT-PCR EM 26 LACEN

Ministério da Saúde anuncia que todos os laboratórios centrais (LACEN) do país estão aptos realizar exame para COVID19 (BRASIL, 2020nn).

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE E LIMITES PARA GASTOS PÚBLICOS (I)

Mensagem n.93 do Presidente da República ao Congresso Nacional pede reconhecimento da situação de Calamidade para fins de flexibilizar as regras fiscais que limitam as despesas correntes e de capital previstas na Lei de Responsabilidade Fiscal (LCp 101, 04.5.2000) (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020).

20.03

TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA

Portaria n. 454 do Ministério da Saúde declarou o estado de transmissão comunitária nacional (BRASIL, 2020pp).

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE E LIMITES PARA GASTOS PÚBLICOS (II)

O Congresso Nacional reconheceu, nessa mesma data, a situação de calamidade para fins da Lei de Responsabilidade Fiscal e foi publicado o Decreto Legislativo n.6 (CONGRESSO NACIONAL, 2020).

COMPRAS PÚBLICAS EMERGENCIAIS

Nessa data, o Presidente da República também editou a MP n. 926, que alterou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos especiais de compras públicas de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Editou também o Decreto Presidencial n.10.282, para definir serviços públicos e atividades essenciais (BRASIL, 2020b).

23.03

INFLUENZA. INÍCIO DA VACINAÇÃO MASSIVA DE IDOSOS

Nesse dia foi publicada a Medida Provisória n. 928, que alterou a Lei de Transparência. Autorizou autoridades públicas a priorizar respostas a informações sobre COVID19, suspendeu prazos para respostas de outros temas e gerou grande polêmica (BRASIL, 2020i).

26.03

PROTOCOLO DE VELÓRIOS E ENTERROS

Ministério da Saúde publicou o protocolo de velórios e enterros em caso de COVID19 (BRASIL. 2020ee).

27.03

FIOCRUZ

Fiocruz recebeu R\$144 milhões para ampliar Centro Hospitalar com 200 leitos especializados para COVID19.

28.03

BASES DE DADOS

Começa a atualização de dados em plataforma on line, mantida pelo Ministério da Saúde. Número de óbitos: 98 confirmados.

30.03

INFLUENZA

Ministério da saúde divulga que 8,7 milhões de idosos foram vacinados.

02.04

MÁSCARAS

Ministério da Saúde recomenda fazer máscaras em casa e sair de máscara (BRASIL, 2020ff).

MAIS DE 5.000.000 DE PROFISSIONAIS DA SAUDE

Ministério da Saúde também anuncia que 5 milhões de profissionais de saúde, de 14 áreas de atuação, seriam cadastrados e capacitados para enfrentar a pandemia (BRITO, 2020).

Ministério da Saúde também publicou a Portaria nº 639, de 31 de março de 2020, que dispôs sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19) (BRASIL, 2020c).

Em 30.7.2020, o número de profissionais da saúde oficialmente registrados na base “Covid19 – Profissionais da Saúde”, do SUS/MS indicava a existência de 996.989 profissionais da saúde atuantes. Indica também que foram efetuadas a contratação de 476 profissionais pelos meios criados pela Portaria 639/2020. Consta

do site também que existem 366.834 profissionais da saúde à disposição. O site informa também que existem 16.038 profissionais da saúde integrados ao programa “Mais Médicos” e 4.815 vinculados ao “Mais Médicos Covid19”.

Tabela 2 – Brasil. Profissionais da saúde, 30.07.2020

PROFISSIONAIS DA SAÚDE – SUS	STATUS	SUL	SUDESTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	NORTE	TOTAL
Covid19 – Profissionais da Saúde		185.660	493.950	183.651	82.502	51.226	996.989
BR Conta Comigo	Contra-tados		-	-	-	476	476
BR Conta Comigo	à disposição	62.983	165.690	76.326	35.952	25.883	366.834
Mais Médicos – Profissionais da saúde		2.234	4.383	6.049	1.255	2.117	16.038
Mais Médicos – Profissionais da saúde	COVID19	756	1.485	1.722	450	402	4.815

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Brasil (2020aa).

AUXÍLIO EMERGENCIAL

Nessa data foi publicada a Lei 13.982, que criou o Auxílio emergencial de R\$ 600,00 e alterou a política pública nacional da Assistência Social, prevista na Lei n. 8.742/1993 (BRASIL, 2020h).

AUXÍLIO FEDERATIVO

Começa a ajuda financeira a Estados e Municípios: Presidente da República edita MP 939 para liberar crédito extraordinário de R\$16 bi ao Fundo de Participação dos Municípios e ao Fundo de Participação dos Estados (BRASIL, 2020m).

03.04**EMPREGOS**

Publicada a Medida Provisória n. 944, criando o Programa Emergencial de suporte a empregos, com crédito a empresas a fim de manter a capacidade de pagar a folha de salários. Total de R\$34 bi foram liberados ao BNDES para repassar a bancos com projetos (BRASIL, 2020n).

09.04**TESTAGEM**

Até essa data, 1 milhão de testes rápidos foram distribuídos a Estados e Municípios, sendo que 451,4 mil eram testes RT-PCR.

11.04**POVOS INDÍGENAS**

Publicado o Plano de Contingência Nacional para Povos Indígenas (BRASIL, 2020oo).

15.04**TELEMEDICINA**

Entra em vigor a Lei 13.989, sobre o uso da telemedicina durante a crise (BRASIL, 2020i).

16.04**CAI O MINISTRO DA SAÚDE**

Exoneraçãodo Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta (UOL NOTÍCIAS, 2020a).

17.04**NOVO MINISTRO**

Nelson Teich toma posse como o novo Ministro da Saúde (BRASIL, 2020jj).

23.04**FLEXIBILIZA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA**

Publicada a MP 927, autorizando flexibilização do direito do trabalho, autorizando negociações individuais entre empregadores e empregados, prorrogação do prazo para recolhimento do FGTS dos meses de março a maio, o teletrabalho e a prorrogação temporária de acordos coletivos e antecipação de férias.(BRASIL, 2020k). Gerou muita polêmica e recebeu 1.082 emendas na Câmara dos Deputados.

27.04**AUXÍLIO EMERGENCIAL**

Primeiro dia de saques de R\$ 600,00 (UOL NOTÍCIAS, 2020b).

07.05**EMENDA CONSTITUCIONAL DO REGIME FISCAL DE GUERRA**

Entra em vigor a Emenda à Constituição n.106, de iniciativa da Câmara de Deputados, que instituiu o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia (BRASIL, 2020d).

15.05**CAI O SEGUNDO MINISTRO**

O Ministro da Saúde, Nelson Teich, pede exoneração.

16.05**MINISTRO INTERINO – CARGO PROVISÓRIO**

General Eduardo Pazuello assume, interinamente, as funções de Ministro da Saúde.

29.05**COVID NAS FAVELAS**

Ação em aglomerados subnormais (favelas). Portaria nº 1.444/GM/MS, institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento da Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional (BRASIL, 2020f).

02.06**ORÇAMENTO ESPECIAL E COMITÊ DE SUPERVISÃO**

Publicada a Lei nº 14.008, de 2.6.2020, por meio da qual o Congresso Nacional autoriza gastos de R\$343,6 bi para enfrentamento da COVID19, a ser utilizado pelo governo federal e transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2020j).

Resolução nº 6. Comitê de crise para supervisão e monitoramento dos impactos da covid-19: Institui Grupo de Trabalho para a Consolidação das Estratégias de Governança e Gestão de Riscos do Governo federal em resposta aos impactos relacionados ao coronavírus, no âmbito do Comitê de Crise da covid-19 (BRASIL, 2020a).

06.06**MUDANÇAS NO SITE COM DADOS DIÁRIOS DE CASOS E ÓBITOS**

Ministério da Saúde retirou do site o número acumulado de óbitos e todos os demais gráficos de acompanhamento.

08.06**MINISTÉRIO DA SAÚDE CORRIGE DADOS PUBLICADOS**

Ministério da Saúde corrige boletim sobre COVID-19 (BRASIL, 2020hh).

09.06**OMISSÃO DE DADOS**

O ministro interino da Saúde, Eduardo Pazuello, afirmou durante videoconferência com a Comissão Externa da Câmara dos Deputados, que “nunca houve, não há e nunca haverá omissão de dados”.

12.06**NOVA PLATAFORMA DE DADOS**

O Ministério da Saúde anuncia nova plataforma para divulgar o cenário de casos e óbitos relacionados à Covid-19. O novo modelo permite acompanhar a análise de casos e mortes de forma regionalizada e por municípios, entre outras informações. O objetivo é ter uma ferramenta mais precisa sobre o cenário atual da doença e permitir ao Poder Público adequar ações e agir com mais efetividade na proteção e assistência à população.

17.06

NOVAS ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE DO SUS

O novo protocolo é para orientar no atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2020z). O documento traz informações básicas sobre diagnósticos (tipos), sobre sintomas típicos, fatores de risco, exames laboratoriais, fluxograma para atender pacientes de casos leves, moderados e sérios, atenção a crianças, gestantes, indígenas, prevenção e controle, classificação de imagens de pneumonia.

NOVAS ORIENTAÇÕES SOBRE CLOROQUINA NO TRATAMENTO PRECOCE

O Ministério da Saúde divulgou novas orientações para uso de medicamentos, mantendo o uso da cloroquina ou da hidroxicloroquina, no tratamento precoce de pacientes com Covid-19, no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020kk). A partir de agora, foi ampliado o uso desses medicamentos, inclusive para gestantes e crianças e adolescentes, que passaram a fazer parte dos grupos de risco. Transcrevo as partes das Considerações introdutórias, para que entendam os pressupostos que embasam a nova decisão do governo federal de recomendar, precocemente, um medicamento que a Sociedade Brasileira de Infectologia³ orientou que fosse proibido para casos leves e tratamentos precoces.

³ A SBI publicou o seguinte:

Diante dessas novas evidências científicas, É URGENTE E NECESSÁRIO que:

- a) a hidroxicloroquina seja abandonada no tratamento de qualquer fase da COVID-19;
- b) os agentes públicos, incluindo municípios, estados e Ministério da Saúde reavaliem suas orientações de tratamento, não gastando dinheiro público em

Considerando que alguns estados, municípios e hospitais da rede privada já estabeleceram protocolos próprios de uso da cloroquina e da hidroxicloroquina para tratamento da COVID-19;

Considerando a necessidade de uniformização da informação para os profissionais da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a existência de diversos estudos sobre o uso da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19;

Considerando a larga experiência do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento de outras doenças infecciosas e de doenças crônicas no âmbito do SUS e a inexistência, até o momento, de outro tratamento eficaz disponível para a COVID-19;

Considerando a necessidade de orientar o uso de fármacos no tratamento precoce da COVID-19, incluindo a cloroquina ou a hidroxicloroquina, no âmbito do SUS pelos médicos;

Considerando que doses baixas de cloroquina são usadas para profilaxia da malária na gravidez;

Considerando que diversas instituições, tanto internacionais quanto nacionais, preconizam o uso da cloroquina ou da hidroxicloroquina em pacientes com diagnóstico de COVID-19;

Considerando que o artigo científico publicado pela Escola de Saúde Pública de Yale (New Haven, Connecticut, EUA), que avaliou cerca de 300.000 doentes infectados, através de 5 estudos, incluindo 2 ensaios clínicos controlados, demonstrou uma eficácia significativa no tratamento ambulatorial com uso de hidroxicloroquina e concluiu que a hidroxicloroquina deve estar amplamente

tratamentos que são comprovadamente ineficazes e que podem causar efeitos colaterais;

c) que o recurso público seja usado em medicamentos que comprovadamente são eficazes e seguros para pacientes com COVID-19 e que estão em falta, tais como anestésicos para intubação orotraqueal de pacientes que precisam ser submetidos à ventilação mecânica, bloqueadores neuromusculares para pacientes que estão em ventilação mecânica; em aparelhos que podem permitir o diagnóstico precoce de COVID grave, como oxímetros para o diagnóstico de hipóxia silenciosa; em testes diagnósticos de RT-PCR da nasofaringe para pacientes sintomáticos; leitos de Unidade de Terapia Intensiva, bem como seus recursos humanos (profissionais de saúde) e respiradores.

A Sociedade Brasileira de Infectologia é uma sociedade médica científica, sem fins lucrativos, que congrega médicos infectologistas de todo o país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2020).

disponível e distribuída imediatamente para prescrição médica;

Considerando que a hidroxiclороquina não apresenta contraindicações absolutas durante a gestação;

Considerando que o Conselho Federal de Medicina recentemente propôs a consideração da prescrição de cloroquina e hidroxiclороquina pelos médicos, em condições excepcionais, mediante o livre consentimento esclarecido do paciente, para o tratamento da COVID-19 (Processo-Consulta CFM nº 8/2020 – Parecer CFM nº 4/2020) (BRASIL, 2020kk).

18.06

NOVO MODELO DE BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO (BRASIL, 2020p)

19.06

RETORNO SEGURO À NORMALIDADE

O Ministério da Saúde, publicou a Portaria nº 1.565, que estabelece orientações gerais à prevenção, o controle e à mitigação da transmissão da Covid-19. As orientações também são voltadas à promoção da saúde física e mental da população. O objetivo é apoiar as estratégias locais para retomada segura das atividades e do convívio social, respeitando as especificidades e características de cada setor ou ramo de atividade. Caberá às autoridades locais e aos órgãos de saúde locais decidir, após avaliação do cenário epidemiológico e capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, quanto a retomadas das atividades.

A Portaria traz um anexo. Destaco, a seguir, um fragmento que é bastante indicativo de sua finalidade.

Retomar as atividades e o convívio social são também fatores de promoção da saúde mental das pessoas, uma vez que o confinamento, o medo do adoecimento e da perda de pessoas próximas, a incerteza sobre o futuro, o desemprego e a diminuição da renda, são

efeitos colaterais da pandemia pelo SARS-COV-2 e têm produzido adoecimento mental em todo o mundo.

Porém, a retomada das atividades deve ocorrer de forma segura, gradativa, planejada, regionalizada, monitorada e dinâmica, considerando as especificidades de cada setor e dos territórios, de forma a preservar a saúde e a vida das pessoas. Para isso, é essencial a observação e a avaliação periódica, no âmbito local-regional, do cenário epidemiológico da COVID-19, da capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, dos aspectos socioeconômicos e culturais dos territórios e, principalmente, das orientações emitidas pelas autoridades locais e órgãos de saúde.

É importante que os setores de atividades elaborem e divulguem protocolos específicos de acordo com os riscos avaliados para o setor, considerando os ambientes e processos produtivos, os trabalhadores, os consumidores e usuários e a população em geral. (BRASIL, 2020ss).

23.06

MAIS RECURSOS PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ministério da Saúde anunciou que 105 milhões de brasileiros já são atendidos pelos serviços das equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atendem a população nos postos de saúde.

O Governo federal disponibilizou para esta ação do programa saúde da família, que foi denominado de Previne Brasil, mais de R\$ 400 milhões a todos os municípios brasileiros. São R\$ 8,9 mil para cada uma das cerca de 45 mil equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária.

A busca por melhores resultados dos indicadores de saúde será feita a partir da avaliação das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, progressivamente, com base em

21 indicadores. Para este ano, são sete indicadores no âmbito da saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas e gestantes. São avaliados, por exemplo, número de consultas de pré-natal e vacinação. A cada quatro meses, as equipes são avaliadas para definição dos valores de repasse aos municípios. Já o incentivo às ações e estratégias do Ministério da Saúde incluem os seguintes programas: Saúde na Hora; Informatização; Formação e residência médica e multiprofissional; Saúde Bucal; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório de Prótese Dentária; Unidade Odontológica Móvel; Saúde na Escola; Academia de saúde; Consultório na Rua; Equipes Ribeirinhas; UBS Fluviais; Microscopistas; Equipes prisional e Saúde do Adolescente.

24.06

TESTAR 25% DA POPULAÇÃO, INCLUINDO CASOS LEVES – PCR

Cerca de um quarto (22%) da população brasileira será testada para a doença. Com a ampliação da doença para o interior do país, o Ministério da Saúde anunciou que começará a investir mais na Atenção Primária para a coleta e diagnóstico dos casos leves da doença (BRASIL, 2020II). As unidades sentinelas, que apoiam a vigilância no país, passarão a realizar o teste RT-PCR (molecular) em 100% dos casos de Síndrome Gripal (SG). Antes, eram coletadas cinco amostras respiratórias por semana nessas unidades de monitoramento, além da rotina de coleta dos hospitais e outras unidades de saúde. Todos os Centros credenciados de Atendimento à Covid-19 também poderão coletar amostras de todos os casos leves.

26.06**FORÇA TAREFA PARA ORGANIZAR COMPRAS E DISTRIBUIÇÃO**

A Portaria nº 1.587, do Ministério da Saúde instituiu a Força Tarefa de Fundamentação que passa a coordenar todos os processos de aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos. A equipe deve organizar e administrar a infraestrutura e capacidade logística para recebimento de ventiladores pulmonares para pacientes graves da doença. O órgão também vai monitorar frequentemente a equipe profissional multidisciplinar habilitada para a operação em leitos.

27.06**VACINA – PARCERIA COM EMPRESA BRITÂNICA. R\$ 500 milhões**

O governo federal anunciou que enviou resposta à embaixada Britânica e ao presidente do laboratório AstraZeneca aceitando a proposta de acordo de cooperação no desenvolvimento tecnológico e acesso do Brasil à vacina para Covid-19 (BRASIL, 2020s). O anúncio informa que o

[...] acordo prevê a compra de lotes da vacina e da transferência de tecnologia. Se demonstrada eficácia, serão 100 milhões de doses à disposição da população brasileira. O acordo, quando celebrado, prevê a transferência de tecnologia de formulação, o envase e o controle de qualidade. Será utilizada a previsão legal de encomenda tecnológica prevista na lei nº 10.973, de 2004, e amparada na lei de licitações, a 8.666, de 1.993 (BRASIL, 2020s).

Segundo o que foi noticiado, o acordo começa com uma encomenda em que o Brasil assume também os riscos da pesquisa. Efetua investimento na pesquisa, mesmo que não haja resultado efetivo. Caso a vacina se mostre eficaz e segura, será comprada.

Na fase inicial, de risco, serão investidos U\$ 127 milhões, incluídos os custos de transferência da tecnologia e do processo produtivo da Fiocruz, estimados em U\$ 30 milhões.

04.07

COVID AFETA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Até o dia 4 de julho, 173.440 casos de Síndrome Gripal (SG) foram confirmados para a Covid-19 em profissionais da área da saúde de todo o país. Casos graves da doença de Covid-19, que necessitaram de internação hospitalar, foram 697 casos.

Técnicos ou auxiliares de enfermagem: 248 casos.

Médicos: 150 casos.

Enfermeiros: 130 casos.

Óbitos: 138 entre os profissionais de saúde.

PESSOAS RECUPERADAS E CURADAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE ANUNCIA PELA ÚLTIMA VEZ O NÚMERO DE PESSOAS RECUPERADAS (BRASIL, 2020v). A partir desta data, a comunicação institucional vai usar o termo “*peessoas curadas*”, muito embora não haja, até 30.7.2020, cura para a COVID19.

06.07

TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

O Ministério da Saúde determinou a realização, até o dia 15 de julho, de Pregão Eletrônico 18/2020 para contratação de fábrica de software, para desenvolvimento de sistemas para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020o). O objetivo é assegurar o desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação que possibilitem a disseminação de dados, informações e conhecimento.

02.07

RESULTADOS DE PESQUISA NACIONAL SOBRE COVID19

Nessa data foi anunciado o resultado do estudo sobre a Covid-19 no Brasil, “Evolução da Prevalência de Infecção por Covid-19 no Brasil: Estudo de Base Populacional”, financiado pelo Ministério da Saúde. O estudo foi coordenado pelo Centro de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEl). A coleta de dados foi feita por profissionais do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) nos domicílios de 133 do Brasil. Houve três fases de coleta de dados (entrevistas e testes) entre maio e junho de 2020: a primeira com 25.025 (75,2%); a segunda com 31.165 (93,7%); e a terceira com 33.207 (99,9%).

07.07

PRESIDENTE DOENTE

Presidente Jair Bolsonaro declara ter COVID19 (UOL NOTÍCIAS, 2020c).

PESQUISA CIENTÍFICA SOBRE SUS E PANDEMIA

Anúncio de 90 projetos de pesquisa selecionados, no valor total de R\$ 45,5 milhões, entre 2.219 propostas enviadas para avaliação por meio de parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovações e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (BRASIL, 2020w). Na avaliação das propostas, analisou-se como as ideias poderiam ser aplicadas ao SUS.

O conjunto temático mostra, igualmente, as fragilidades de conhecimentos da política pública de Saúde no Brasil. Chama a atenção que 50% dos temas não tem relação direta com a pandemia: são eles, a avaliação de modelos de vigilância em saúde, efetividade de intervenções farmacológicas, cumprimento de

medidas de prevenção e controle, uso de EPI, avaliação da atenção em saúde e Comunicação e prevenção de notícias falsas.

Os 12 temas de interesse prioritário da chamada de projetos foram os seguintes:

1. Alternativas terapêuticas
2. Desenvolvimento de vacinas preventivas e/ou terapêuticas
3. Novos testes diagnósticos
4. Acurácia de testes diagnósticos
5. Avaliação da patogênese e história natural da doença
6. Avaliação da carga de doença
7. Avaliação da atenção à saúde nos três níveis de complexidade
8. Uso de EPI
9. Cumprimento de medidas de prevenção e controle
10. Comunicação e prevenção de notícias falsas
11. Avaliação dos modelos de vigilância em saúde
12. Efetividade de intervenções não farmacológicas

POVOS INDÍGENAS

Publicado o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas (BRASIL, 2020rr).

10.07

VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

O Ministério da Saúde informou que a Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe alcançou 90,2% do público-alvo, ultrapassando a meta de 90%. Entre os grupos prioritários, os idosos foram os que tiveram melhor desempenho, com cobertura de 119,72%. Os estados e municípios receberam um total de 79,9 milhões de doses da vacina. Desse total, 81,18% foram aplicadas.

16.07

AÇÃO EM FAVELAS⁴

O Ministério da Saúde credenciou 57 Centros Comunitários de Referência (CCR) para Enfrentamento da Covid-19 em 746 favelas (aglomerados urbanos subnormais, na classificação do IBGE) em 19 Municípios de 15 Estados.

Os CCR reforçarão a assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia, com a identificação e tratamento precoce de casos leves da doença. A ação receberá R\$ 18 milhões de apoio financeiro.

A Tabela abaixo apresenta a distribuição das favelas de acordo com os Estados e Regiões. É notável, como se pode ver, a concentração de ações na região sudeste, particularmente no estado do Rio de Janeiro, que recebeu 2/3 de todas as ações. Quando somadas as ações nos Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, nota-se que 85% das ações estão concentradas ali.

Chama a atenção que a região nordeste tenha recebido ações para, apenas, 5 dos 13 Estados. Além disso, com exceção de Pernambuco e Alagoas, todos os demais (Bahia, Ceará e Paraíba), receberão apoio especial em apenas 1 (um) desses aglomerados urbanos subnormais, popularmente conhecidos como favelas. Assim, vê-se que o Estado de Santa Catarina receberá mais ações em favelas do que a soma das ações destinadas aos Estados da Bahia, Ceará e Paraíba.

A Portaria 1.742 não explicita os critérios adotados para realizar a distribuição com essas importantes diferenças regionais.

⁴ Ver Portaria nº 1.742, de 13 de julho de 2020. Credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) (BRASIL, 2020f).

Tabela 3 – Brasil. Favelas com política de atenção especial em saúde – Covid19

RS	1	0,13%		
SC	6	0,80%	SUL	7
				0,94%
SP	29	3,89%		
RJ	461	61,80%	SUDESTE	683
MG	181	24,26%		
ES	12	1,61%		
				91,55%
BA	1	0,13%		
CE	1	0,13%		
PE	11	1,47%	NORDESTE	24
PB	1	0,13%		
AL	10	1,34%		
				3,22%
PA	12	1,61%		
AM	4	0,54%	NORTE	32
AP	14	1,88%		
AC	2	0,27%		
				4,29%
746		100%		

Fonte. Elaborado pelo autor com base em Brasil (2020f).

21.07

TESTAGEM

O Ministério da Saúde publicou a Portaria N° 1.792, que torna obrigatória a notificação à pasta de todos os resultados de testes diagnóstico para detecção da Covid-19. A partir dessa data, deverão ser notificados ao Ministério da Saúde todos os resultados de testes diagnóstico realizados, sejam positivos, negativos, inconclusivos e correlatos, em qualquer que seja a metodologia de testagem utilizada. Os resultados de exames laboratoriais feitos

pelos laboratórios públicos já adotavam essa prática. A mudança ocorre no caso dos laboratórios privados, que tem até 04 de agosto para se adequar para disponibilizar resultados aos gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS).

24.07

POVOS INDÍGENAS

O Ministério da Saúde apresentou as ações realizadas de enfrentamento à Covid-19 em comunidades indígenas. O plano emergencial foi publicado em 07.07.20 e as ações foram as seguintes:

- a) Reforço médico em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);
- b) Investimento de R\$ 1,1 milhão em pesquisas com foco no enfrentamento da Covid-19 na população indígena;
- c) Distribuição de medicamentos e insumos médicos.

O governo do Brasil informa a existência de 755.898 indígenas em 5.852 aldeias. São 305 povos indígenas, que falam 274 línguas. A política especial para povos indígenas os divide em 34 Distritos Sanitários especiais, com 367 Polos Bases, 67 Casas de Saúde Indígena (CASA) e 1.199 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI).

De acordo com os dados oficiais, há 14.200 profissionais integrando 800 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, em um território de 950.122 km².

O boletim epidemiológico atualizado até 30.07 informa a existência de 15.800 indígenas doentes (2,09%), 285 óbitos (1,8%) e 10.500 recuperações (66,4%).

30.07

TESTES

Ministério da saúde informa que o Brasil alcançou a marca de 17.871 testes realizados por dia para detectar a Covid-19. Em março eram efetuados 1.148 testes diários. De 5 de março até 25 de julho de 2020 foram distribuídas 5.015.252 de reações de RT-PCR para os 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) em todo o país.

6 CONCLUSÕES

6.1 O CASO DO BRASIL: A PROVÁVEL ESTRATÉGIA DECORRENTE DA TEIA DE FATOS

Observados os fatos acima, bem como a produção normativa selecionada, pode-se afirmar que o Ministério da Saúde tem, sim, uma linha estratégica de ação. As certezas do atual ministro da Saúde interino, Eduardo Pazuello, são poucas. Ele tem declarado isso em muitas ocasiões. As linhas de ação, abaixo, foram reunidas a partir das decisões efetivamente adotadas e registradas na cronologia apresentada anteriormente. Tendo isso em conta, proponho a interpretação de que, até 30.07, as linhas estratégicas de ação do Ministério da Saúde podem ser assim organizadas.

6.2 A CURA NA LINGUAGEM FORMAL DA ESTRATÉGIA

A primeira medida que chama a atenção é a linguagem da cura. Muito embora não exista cura para a doença COVID19 causada pelo novo coronavírus, o Ministério da saúde afirma, constantemente em seus informativos diários, que os brasileiros estão sendo CURADOS da referida doença (BRASIL, 2020x). Ao proceder assim, deixa a impressão de que o Brasil tem a CURA para essa doença.

Contudo, ao analisar os boletins epidemiológicos e o conjunto de outras informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, nota-se que o próprio governo federal faz uso indevido desse termo, pois compara números de “curados” do Brasil com os de “recuperados” de outros países.

No informativo de 23 de julho o MS moderou a linguagem para explicar como calcula os índices de recuperação e evitou a palavra *curados*. O número de casos recuperados é estimado por um cálculo que considera os registros de casos e óbitos com confirmação de Covid-19, informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e o número de pacientes hospitalizados registrados no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEPGripe).

O verbo CURAR tem sido usado de modo exagerado nos informativos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020y). Nos painéis informativos de dados, porém, o verbo *curar* não é usado, exceto nos dados dos povos indígenas, onde aparece um indicador de quantidade de *cura clínica* (BRASIL, 2020qq). Afora isso, a expressão corrente é *recuperados* ou... *em recuperação*. Nos últimos 60 dias, nas notícias publicadas no site do MS, predominam o verbo *curar* e o adjetivo *curados*. São os termos preferidos da comunicação oficial e, de longe, mais frequentes do que o adjetivo *recuperados*.

6.3 CONDUTA PRECOCE DOS CIDADÃOS AOS CENTROS DE ATENDIMENTO DO SUS

A conduta precoce é o modo como o Ministério da Saúde chama a orientação formal para que “qualquer brasileiro que apresente sintomas procure a unidade básica de saúde”. A *conduta precoce*, diz ele, “é a melhor solução que podemos ter e a solução definitiva virá somente com a *vacina*”. O Ministério da saúde informa que o

SUS–Sistema Único de Saúde faz acompanhamento de todos os casos de Covid-19, sendo leves, moderados ou graves e recomenda que todas as pessoas com sintomas (até de gripe) procurem os serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoce (BRASIL, 2020u). No informativo de 21.07 (atualizado em 22.7), o Ministro afirmou o seguinte: “Nós avaliamos o que deu certo e o que não deu certo, mudamos várias orientações, alteramos protocolos e hoje podemos resumir da seguinte forma: o tratamento ideal é o tratamento precoce dos pacientes com Covid-19” (BRASIL, 2020bb).

Segundo Pazuello, o diagnóstico precoce pode salvar vidas. “É o médico que dará o diagnóstico para a Covid-19. Mesmo que o diagnóstico clínico possa ser aprofundado por exames laboratoriais ele será efetivado pelo médico. Essa notificação é a base estatística que será usada. Essa é a orientação do Ministério da Saúde”.

6.4 RELAÇÃO SELETIVA COM OS CONSELHOS DE SAÚDE

O SUS–Sistema Único de Saúde é uma complexa estrutura de órgãos, fundos e conselhos que envolvem sociedade e Estado na tomada de decisões.

Nesse semestre, e particularmente depois da exoneração de Nelson Teich, o Ministério da Saúde parece ter recorrido aos órgãos colegiados para tomar decisões. Adotou medidas que envolveram diálogos com secretários de saúde (de Estados e Municípios), sobretudo por via do CONASS e do CONASEMS, que são Conselhos de Secretários de Saúde (de Estados e de Municípios). Na estrutura orgânica do Ministério da Saúde existe também o Conselho Nacional de Saúde, órgão misto, formado por representantes de organizações da sociedade civil, não necessariamente vinculados às profissões da saúde. Esse Conselho, praticamente, tem sido deixado de lado

na tomada de decisões pelo Ministério da Saúde. Ao contrário dos outros, o CNS não foi citado em nenhum dos informativos diários do Ministério da Saúde.

6.5 TRANSPARÊNCIA DE DADOS

A falta de transparência tem sido uma das mais importantes críticas da sociedade ao modo como a política de resposta à pandemia vem se realizando. Recentemente (julho) as informações básicas relacionadas à ajuda do Ministério da Saúde aos estados e municípios, bem como o cenário de transmissão da doença no país, passaram a ser disponibilizadas pelo site <https://localizasus.saude.gov.br/>.

Consta do site do Ministério da Saúde que a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), plataforma nacional de integração de dados em saúde é um projeto estruturante do Conecte SUS, programa do Governo Federal para a transformação digital da saúde no Brasil. Ela foi criada com base nas diretrizes da Estratégia da Saúde Digital, construída a partir da Política Nacional de Informática e Informações em Saúde (PNIIS) e no documento Estratégia e-Saúde para o Brasil (BRASIL, 2020II).

6.6 APOIO A ESTADOS E MUNICÍPIOS

Dada a autonomia de Estados e Municípios para decidir como agir em razão das circunstâncias locais, conforme decisão do STF, o Ministério da Saúde posicionou-se para atuar como centro de apoio das decisões de Estados e Municípios. Para isso, vem mobilizando a estrutura orgânica do SUS e alguns dos programas da política pública em saúde, tais como o Fundo Nacional de Saúde

e a transferência fundo a fundo de recursos, diálogo regular com CONASS e CONASEMS.

O estudo das decisões tomadas pelo Ministério da Saúde e pelo Governo Federal mostram que as ações de apoio se concentram no seguinte:

- a) **logística:** atendendo demandas de movimentação de bens e pessoas, conforme os pedidos gerados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde;
- b) **recursos financeiros:** transferência de recursos via Fundo Nacional de Saúde (SUS) ou diretamente às Secretarias de Fazenda Estadual;
- c) **bases normativas:** neste item, nota-se uma clara atuação diferenciada de parte do Poder Executivo e do Poder Legislativo. Ambos tem produzido normas jurídicas importantes para a atuação da União Federal, todavia, a Presidência da República tem agido, prioritariamente, por meio de Medidas Provisórias e Decretos, enquanto as iniciativas de Emendas à Constituição e Leis têm sido predominantes entre a Câmara de Deputados e o Senado Federal.
- d) **compras centralizadas e fornecimento de insumos:** atendendo demandas geradas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, o MS passou a realizar, excepcionalmente, a aquisição centralizada de alguns itens e insumos para adequação da distribuição, de acordo com a evolução da doença. Assim, envia medicamentos, ventiladores pulmonares, Equipamentos de Proteção

Individual (EPIs), testes de diagnóstico e outros insumos que são utilizados pelos profissionais de saúde nos hospitais, Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde (SEMS) têm exercido papel de acompanhamento e controle. São elas que acompanham o cenário local e apoiam as ações e entregas do Governo Federal em auxílio aos estados e municípios (BRASIL, 2020mm).

Ações observadas de apoio a estados e municípios

As iniciativas e ações estratégicas são desenhadas conforme a realidade e necessidade de cada região, junto com estados e municípios (BRASIL, 2020bb, 2020cc, 2020dd). De acordo com o Ministro da Saúde interino, a decisão sobre as ações a serem adotadas no combate à doença cabe aos estados e municípios, conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF).

Testagem

12,5 milhões de testes de diagnóstico para Covid-19.

Compra centralizada de medicamentos em falta

O Ministério da Saúde informou na notícia de 23.07, que a compra de medicamentos é feita pelos estados e municípios. A União Federal passou a realizar compras centralizadas quando os governos subnacionais começaram a apontar a falta de medicamentos. O Ministério da Saúde passou a coordenar as ações com produtores, CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) para prover estoque de emergência. A compra centralizada, com

participação direta dos produtores e de estados e municípios pode garantir estabilidade de preços.

De acordo com o Ministério da Saúde, para a aquisição dos medicamentos em falta, o Ministério da Saúde implementou três ações simultâneas. A requisição imediata do estoque excedente da indústria farmacêutica, iniciada em 22 de junho. Iniciar o processo de licitação feito via Sistema de Registro de Preços (SRP). E a cotação para realizar compra internacional por meio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS). Realizou também a aquisição bilateral Brasil-Uruguai com intermédio da embaixada brasileira, em Montevidéu (BRASIL, 2020q).

Até 30.07, foram comprados 15,9 milhões de unidades de medicamentos e 79,9 milhões de doses da vacina contra a gripe

UTI

Até 30.07, 11.084 leitos de UTI habilitados para casos graves e gravíssimos, 8.449 ventiladores pulmonares, 208,5 milhões de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

Centros de atendimento

Até 30.07, 2.422 Centros de Atendimento em 2.069 municípios, em todos os estados.

Os Centros de Atendimento são estruturas complementares, que servem para identificação precoce dos casos, com atendimento adequado das pessoas com síndrome gripal e Covid-19 com sintomas leves, e que recebem financiamento federal.

Transferência de dinheiro

O repasse de recursos financeiros a estados e municípios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, está indicado

nas tabelas 4 e 5 abaixo. Algumas coisas chamam a atenção na execução orçamentária, como se pode ver. Em primeiro lugar, nota-se que o volume mais importante de pagamentos está concentrado na política de assistência social (Tab 4), especificamente, nas ações de pagamento do auxílio emergencial de R\$600,00 (Tab 5).

A transferência direta de recursos a Estados e Municípios não parece ter sido bem conduzida até 30.07. Das 6 ações previstas, há 4 com dotação orçamentária aprovada e ainda nada transferido. Só duas parecem ter tido execução orçamentária adequada ao momento. Todavia, faltam relatórios analíticos que expliquem as causas da realização parcial para 2 ações e da realização nula para 4.

Uma situação grave como da pandemia do coronavírus, com 91.000 óbitos até o final, deveria ser marcada pela resposta eficiente do Estado, notadamente quando tem recursos disponíveis e quanto tem os canais institucionais apropriados para transferi-los com segurança. A eficiência, nesse caso, tem dois lados: o do gasto eficiente (no tempo certo e para ações certas) e a comunicação eficiente, quando recursos aprovados pelo Congresso Nacional sequer são movimentados.

Tabela 4 – 2020. Prioridades orçamentárias da união federal, por ação e dotação. Até 31 jul

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Auxílio Emergencial de Proteção Social a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, Devido à Pandemia da COVID-19	254.240.000.000,00	197.895.029.947,00	167.415.345.728,00	65,8%

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Programa Federativo de Enfrentamento à Covid-19	60.189.488.452,00	60.189.488.453,00	30.074.457.129,00	50,0%
Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	51.641.629.500,00	51.546.521.578,00	18.236.207.413,00	35,3%
Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus	44.785.793.107,00	32.567.198.623,00	21.652.187.367,00	48,3%
Concessão de Financiamentos para o Pagamento da Folha Salarial, devido à Pandemia do COVID-19	34.000.000.000,00	17.000.000.000,00	3.910.003.151,00	11,5%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação	16.000.000.000,00	16.000.000.000,00	9.864.311.702,00	61,7%

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Integralização de cotas do Fundo Garantidor para Investimentos – FGI para Pequenas e Médias Empresas no âmbito do Programa Emergencial de Acesso a Crédito	20.000.000.000,00	5.000.000.000,00	5.000.000.000,00	25,0%
Integralização de cotas no Fundo Garantidor de Operações (FGO) para o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe)	15.900.000.000,00	15.900.000.000,00	15.900.000.000,00	100,0%
Financiamento da Infraestrutura Turística Nacional	5.000.000.000,00	787.434.059,00	388.467.676,00	7,8%
Transferência de Renda Diretamente às Famílias em Condição de Pobreza e Extrema Pobreza (Lei nº 10.836, de 2004)	3.037.598.000,00	3.037.598.000,00	369.285.445,00	12,2%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Apoio Emergencial do Setor Cultural devido à Pandemia da Covid-19	3.000.000.000,00	-	-	0,0%

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Transferência de Recursos para a Conta de Desenvolvimento Energético (Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002)	900.000.000,00	900.000.000,00	900.000.000,00	100,0%
Ativos Cíveis da União	320.112.746,00	320.112.746,00	4.739.149,00	1,5%
Auxílio Emergencial às Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, Devido à Pandemia da COVID-19	160.000.000,00	-	-	0,0%
Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas	43.059.135,00	-	-	0,0%
Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas	23.049.729,00	-	-	0,0%
Benefícios Obrigatórios aos Servidores Cíveis, Empregados, Militares e seus Dependentes	18.147.908,00	18.147.908,00	-	0,0%

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Manutenção de Contrato de Gestão com Organizações Sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998)	20.000.000,00	20.000.000,00	-	0,0%
	255.038.878.577,00	203.286.501.367,00	106.299.659.032,00	41,7%

Considerando o lado das dotações orçamentárias (Tab 4), nota-se que o orçamento da resposta à pandemia segue a seguinte ordem de prioridades:

- a) em primeiro lugar, é uma política de segurança de renda das famílias (R\$ 257,4 bi),
- b) depois, orienta-se para a segurança econômica das empresas (R\$127,4 bi) e,
- c) em terceiro lugar, orienta-se para o financiamento de ações em saúde (R\$ 124 bi), seja pelo apoio financeiro a Estados e Municípios (R\$ 79,1 bi), seja por gastos diretos em bens e serviços de saúde (R\$44,8 bi).

Considerando agora os valores efetivamente pagos (Tab 5), isto é, aqueles para os quais o governo foi mais eficiente em liberar recursos, temos que a ordem de prioridades é a seguinte:

a) **Segurança de renda de empresas**

Integralização de cotas no Fundo Garantidor de Operações (FGO) para o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe).

- Transferência de Recursos para a Conta de Desenvolvimento Energético (Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002).
- b) **Segurança de renda de pessoas em situação de vulnerabilidade social**
 Auxílio Emergencial de Proteção Social a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, Devido à Pandemia da COVID-19.
- c) **Sistema de Saúde**
- d) **Apoio financeiro a Estados e Municípios**
 Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação.
 Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Programa Federativo de Enfrentamento à Covid-19.
- e) **Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do Coronavírus**
- f) **Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda**
- g) **Integralização de cotas do Fundo Garantidor para Investimentos – FGI para Pequenas e Médias Empresas no âmbito do Programa Emergencial de Acesso a Crédito**

TABELA 5 – 2020. Prioridades Orçamentárias da União Federal, por ação e pagamento. Até 31 Jul

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Auxílio Emergencial de Proteção Social a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, Devido à Pandemia da COVID-19	254.240.000.000,00	197.895.029.947,00	167.415.345.728,00	65,8%

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Programa Federativo de Enfrentamento à Covid-19	60.189.488.452,00	60.189.488.453,00	30.074.457.129,00	50,0%
Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus	44.785.793.107,00	32.567.198.623,00	21.652.187.367,00	48,3%
Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	51.641.629.500,00	51.546.521.578,00	18.236.207.413,00	35,3%
Integralização de cotas no Fundo Garantidor de Operações (FGO) para o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe)	15.900.000.000,00	15.900.000.000,00	15.900.000.000,00	

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação	16.000.000.000,00	16.000.000.000,00	9.864.311.702,00	
Integralização de cotas do Fundo Garantidor para Investimentos – FGI para Pequenas e Médias Empresas no âmbito do Programa Emergencial de Acesso a Crédito	20.000.000.000,00	5.000.000.000,00	5.000.000.000,00	
Concessão de Financiamentos para o Pagamento da Folha Salarial, devido à Pandemia do COVID-19	34.000.000.000,00	17.000.000.000,00	3.910.003.151,00	
Transferência de Recursos para a Conta de Desenvolvimento Energético (Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002)	900.000.000,00	900.000.000,00	900.000.000,00	
Financiamento da Infraestrutura Turística Nacional	5.000.000.000,00	787.434.059,00	388.467.676,00	

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Transferência de Renda Diretamente às Famílias em Condição de Pobreza e Extrema Pobreza (Lei nº 10.836, de 2004)	3.037.598.000,00	3.037.598.000,00	369.285.445,00	
Ativos Cívicos da União	320.112.746,00	320.112.746,00	4.739.149,00	
Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Apoio Emergencial do Setor Cultural devido à Pandemia da Covid-19	3.000.000.000,00	-	-	
Auxílio Emergencial às Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, Devido à Pandemia da COVID-19	160.000.000,00	-	-	0,0%
Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas	43.059.135,00	-	-	0,0%

	Dotação Atual	Empenhado	Pago	%
Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas	23.049.729,00	-	-	0,0%
Benefícios Obrigatórios aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes	18.147.908,00	18.147.908,00	-	0,0%
Manutenção de Contrato de Gestão com Organizações Sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998)	20.000.000,00	20.000.000,00	-	0,0%
	537.700.846.095,00	422.164.824.027,00	291.277.497.030,00	54,2%

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Senado Federal (2020, sem grifo no original)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados e fatos analisados neste estudo mostram que o governo federal do Brasil tem uma estratégia de resposta à pandemia. As linhas gerais de ação mostram que é bem diferente das adotadas pela Coreia do Sul, pela Alemanha e pela Suécia. A estratégia brasileira de resposta à pandemia prioriza a segurança social de renda. As ações de serviços de saúde não são a prioridade.

O Art. 194⁵ da Constituição do Brasil estabelece a obrigação do Estado de atuar de modo integrado nos temas de saúde, de seguro de renda e de proteção e assistência social. Durante os debates na Assembleia Nacional Constituinte emergiu um consenso quanto à necessidade de o Brasil mudar seu modelo anterior de direitos e políticas de segurança de renda e de cuidados médicos. O modelo anterior era de alcance restrito a trabalhadores formais urbanos. Tanto o seguro de renda (pensões e aposentadorias) quanto os serviços médicos prestados em unidades públicas de saúde.

A Constituição vigente ampliou as formas de proteção social da renda. A segurança *social* é modalidade de segurança dos meios de vida que se realiza com esforços de todos, sejam pessoas físicas ou jurídicas, e para benefício de cada um (seja por meio do seguro social de renda ou da assistência social de renda). Além disso, universalizou os serviços de cuidados médicos. De 1988 em diante, todos os trabalhadores rurais e urbanos, de algum modo, passaram a ser cobertos pelo sistema *social* de segurança de renda e da saúde.

A segurança *social* da renda assumiu duas modalidades: contributiva e não contributiva. O regime geral de previdência foi a solução encontrada para ampliar o *seguro social* da renda de trabalhadores urbanos e rurais. Dado que é um tipo de seguro, então cobre todas as pessoas físicas que contribuem de algum modo, muito embora o dever de contribuir não se restrinja aos beneficiários (pessoas jurídicas privadas e Estado também contribuem para sustentar o sistema). E a política de assistência social (não confundir com *assistencialismo populista*) foi instituída

⁵ “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

para, por um lado, assegurar renda básica de um salário mínimo a alguns grupos em situação de extrema vulnerabilidade social (caso de idosos e de pessoas com deficiência em situação de insuficiência de meios econômicos para prover a subsistência) e por outro, para prestar serviços, como os de acolhimento de pessoas em situação de exclusão social e de sua integração ao mercado de trabalho, de cuidados especiais de crianças e adolescentes em situação de pobreza econômica, de habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência.

Os serviços de saúde foram universalizados e tornaram-se gratuitos. O claro propósito do Art. 194 foi introduzir no Brasil os padrões mínimos do direito a segurança social, reconhecidos pelo direito internacional desde 1952 (OIT, Convenção 102): cuidados médicos, segurança de renda em caso de doença, de desemprego, de idade avançada, de acidente de trabalho, de família e filhos, de maternidade, de invalidez, de morte, e de serviços assistenciais. O tripé saúde, assistência e previdência social correspondem, portanto, aos direitos que compõem o âmbito de proteção do direito humano a segurança social.

O momento atual da pandemia exige entendimento claro do âmbito de proteção desse direito constitucional implícito da segurança social, e impõe graves responsabilidades ao Estado e à sociedade. Tudo indica, até aqui, que a estratégia brasileira de priorizar a segurança de renda tem boas justificativas, dada a desigualdade estrutural da sociedade. Todavia, toda escolha implica numa renúncia. E renunciar a prioridade de ações para conter o avanço da epidemia, em nome da segurança de renda é algo que deve ser muito bem justificado numa democracia em que a vida é um direito inviolável e a dignidade da pessoa humana, o fundamento moral do sistema político.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **São Paulo registra primeira morte por Covid-19**. 11 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/sao-paulo-registra-primeira-morte-por-covid-19>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Comitê de crise para supervisão e monitoramento dos impactos da Covid-19. **Resolução n.º 6, de 2 de junho de 2020**. Institui Grupo de Trabalho para a Consolidação das Estratégias de Governança e Gestão de Riscos do Governo federal em resposta aos impactos relacionados ao coronavírus, no âmbito do Comitê de Crise da covid-19. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/RES/res-6-20-pr.htm. Acesso em: 28 jul. 2020a.

BRASIL. **Decreto N.º 10.282, de 20 de março de 2020**. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm. Acesso em: 29 jul. 2020b.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria n.º 639 de 31 de março de 2020**. Seção 1, n. 64, quinta-feira, 2 de abril de 2020. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/04/2020&jornal=515&pagina=76&totalArquivos=167>. Acesso em: 28 jul. 2020c.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 106, de 7 de maio de 2020**. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc106.htm. Acesso em: 30 jul. 2020d.

BRASIL. Imprensa Nacional. **Portaria n.º 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020.** DECLARA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN) EM DECORRÊNCIA DA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (2019-NCOV). DISPONÍVEL: [HTTP://WWW.IN.GOV.BR/EN/WEB/DOU/-/PORTARIA-N-188-DE-3-DE-FEVEREIRO-DE-2020-241408388](http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388). ACESSO EM: 25 JUL. 2020E.

BRASIL. Imprensa Nacional. **Portaria n.º 1.742, de 13 de julho de 2020.** Credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.742-de-13-de-julho-de-2020-266574834>. Acesso em: 25 jul. 2020f.

BRASIL. **Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13979compilado.htm. Acesso em: 25 jul. 2020g.

BRASIL. **Lei n.º 13.982, de 2 de abril de 2020.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13982.htm. Acesso em: 27 jun. 2020h.

BRASIL. **Lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020.** Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm. Acesso em: 30 jun. 2020i.

BRASIL. **Lei n.º 14.008, de 2 de junho de 2020.** Abre aos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, de Encargos Financeiros da União, de Transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios e de Operações Oficiais de Crédito, crédito suplementar no valor de R\$ 343.623.574.293,00, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14008.htm. Acesso em: 26 jul. 2020j.

BRASIL, **Medida Provisória n.º 927, de 22 de março de 2020.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm. Acesso em: 26 jul. 2020k.

BRASIL. **Medida Provisória n.º 928, de 23 de março de 2020.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv928.htm. Acesso em: 29 jul. 2020l.

BRASIL. **Medida Provisória n.º 939, de 2 de abril de 2020.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv939.htm. Acesso em: 30 jun. 2020m.

BRASIL. **Medida Provisória n.º 944, de 3 de abril de 2020.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv944.htm. Acesso em: 30 jun. 2020n.

BRASIL. Ministério da Economia. **Pregão Eletrônico n.º 00018/2020.** Disponível em: <http://www.comprasnet.gov.br/aceso.asp?url=/edital-250110-5-00018-2020>. Acesso em: 30 jul. 2020o.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Boletim epidemiológico Codiv**. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Boletim-epidemiologico-COVID-2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Brasil compra medicamentos para intubação, do Uruguai**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47217-brasil-compra-medicamentos-para-intubacao-do-uruguai>. Acesso em: 25 jul. 2020q.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Brasil confirma primeiro caso de novo coronavírus**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 25 jul. 2020r.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Brasil entra em parceria para produção de vacina contra Covid-19**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47132-brasil-entra-em-parceria-para-producao-de-vacina-contracovid-19>. Acesso em: 1º ago. 2020s.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Casos de coronavírus podem ser atendidos nos postos de saúde**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46522-90-dos-casos-de-coronavirus-podem-ser-atendidos-nos-postos-de-saude>. Acesso em: 25 jul. 2020t.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Conduta precoce nos casos de Covid-19 evita agravamento e mortes**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47277-conduta-precoce-nos-casos-de-covid-19-evita-agravamento-e-mortes>. Acesso em: 29 jul. 2020u.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Coronavírus: 876.359 pessoas estão recuperadas no Brasil.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47167-coronavirus-876-359-pessoas-estao-recuperadas-no-brasil>. Acesso em: 30 jul. 2020v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Covid-19 – Coletiva.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/07/Chamada-COVID-19-coletiva-resultado-final-07julho2020.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020w.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Covid-19 – Brasil registra 1.787.419 casos de pessoas curadas.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47275-covid-19-brasil-registra-1-787-419-casos-de-pessoas-curadas>. Acesso em: 30 jul. 2020x.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Covid-19 – Brasil ultrapassa 1,5 milhão de curados.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47237-covid-19-brasil-ultrapassa-1-5-milhao-de-curados>. Acesso em: 30 jul. 2020y.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Covid-19 – Orientações manejo de pacientes.** Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta----esManejoPacientes.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020z.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **COVID-19 – Profissionais de saúde.** Disponível em: https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_RH/DEMAS_C19Insumos_RH.html. Acesso em: 30 jul. 2020aa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Em visita a Porto Alegre, ministro interino da saúde oferta apoio às ações contra a Covid-19 no estado.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47235-em-visita-a-porto-alegre>

ministro-interino-da-saude-oferta-apoio-as-acoes-contr-a-covid-19-no-estado. Acesso em: 29 jul. 2020bb.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Em visita a Santa Catarina, ministro interino da saúde oferta apoio às ações contra a Covid-19.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47238-em-visita-a-santa-catarina-ministro-interino-da-saude-oferta-apoio-as-acoes-contr-a-covid-19-no-estado>. Acesso em: 28 jul. 2020cc.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Em visita ao Paraná, ministro interino da saúde oferta apoio às ações contra o Coronavírus.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47244-em-visita-ao-parana-ministro-interino-da-saude-oferta-apoio-as-acoes-contr-a-coronavirus>. Acesso em: 28 jul. 2020dd.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Manejo de corpos – coronavírus.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar-20-rev5.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020ee.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Máscaras caseiras podem ajudar na prevenção contra o coronavírus.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46645-mascaras-caseiras-podem-ajudar-na-prevencao-contr-a-coronavirus>. Acesso em: 25 jul. 2020ff.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Ministério da Saúde adota novo fluxo de consolidação de casos de coronavírus.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46459-ministerio-da-saude-adota-novo-fluxo-de-consolidacao-de-casos-de-coronavirus>. Acesso em: 25 jul. 2020gg.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Ministro da Saúde corrige boletim sobre Covid-19**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47026-ministerio-da-saude-corri-ge-boletim-sobre-covid-19>. Acesso em: 27 jul. 2020hh.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Ministério da Saúde passa a testar 100 dos casos leves de Covid-19**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47113-sau-de-passa-a-testar-100-dos-casos-leves-de-covid-19>. Acesso em: 29 jul. 2020ii.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Nelson Teich toma posse como Ministro da Saúde**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46747-nelson-teich-toma-posse-como-ministro-da-saude>. Acesso em: 27 jul. 2020jj.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19**. Disponível: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/ORIENTA----ES-D-PARA-MANUSEIO-MEDICAMENTOSO-PRE-COCE-DE-PACIENTES-COM-DIAGN--STICO-DA-COVID-19.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020kk.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Portaria torna obrigatória notificação de resultados de testes da Covid-19**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47230-portaria-torna-obrigatoria-notificacao-de-resultados-de-testes-da-covid-19>. Acesso em: 29 jul. 2020ll.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Superintendências estaduais de saúde reforçam combate a Covid-19**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47200-superintendencias-estaduais-de-saude-reforcam-combate-a-covid-19>. Acesso em: 27 jul. 2020mm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias. **Todos os laboratórios públicos do país podem realizar exame para coronavírus.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46555-todos-os-laboratorios-publicos-do-pais-podem-realizar-exame-para-coronavirus>. Acesso em: 24 jul. 2020nn.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19.** Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020oo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19).** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm. Acesso em: 21 jul. 2020pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena – Coronavírus.** Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. Acesso em: 29 jul. 2020qq.

BRASIL. Secretaria-Geral. **Governo Federal cria Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas.** Disponível em: <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2020/julho/governo-federal-cria-plano-emergencial-para-enfrentamento-a-covid-19-nos-territorios-indigenas-1>. Acesso em: 28 jul. 2020rr.

BRASIL. Imprensa Nacional. **Portaria n.º 1.565, de 18 de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>. Acesso em: 30 jul. 2020ss.

BRITO, Fábio. Ministério busca cinco milhões de profissionais de saúde de outras áreas para combate ao coronavírus. **O Estado de São Paulo. 02 abr. 2020.** Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-busca-cinco-milhoes-de-profissionais-de-saude-de-outras-areas-para-combate-ao-coronavirus,70003258614>. Acesso em: 28 jul. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Ficha de Tramitação MSC 93/2020.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichade-tramitacao?idProposicao=2239602>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CONGRESSO NACIONAL. **Decreto Legislativo n.º 6, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 21 jul. 2020.

CIDRAP. **China releases genetic data on new coronavirus, now deadly.** Disponível: <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/01/china-releases-genetic-data-new-coronavirus-now-deadly>. Acesso em: 18 jul. 2020.

DADOS TRANSPARENTES. Disponível em: <https://www.dadostransparentes.com.br/index.php>. Acesso em: 30 jul. 2020.

ECKNER, C. How Germany has managed to perform so many Covid-19 tests. **The Spectator.** April 6, 2020. Disponível em: <https://www.spectator.co.uk/article/how-germany-has-managed-to-perform-so-many-covid-19-tests>. Acesso em: 1º jun. 2020.

KOREA.NET. **Korea's national response to COVID-19 outbreak.** Disponível em: <http://www.korea.net/Government/Current-Affairs/National-Affairs?affairId=2034>. Acesso em: 15 jul. 2020.

KRISINFORMATION.SE. **The Swedish strategy against Covid-19**. Disponível em: <https://www.krisinformation.se/en/hazards-and-risks/disasters-and-incidents/2020/official-information-on-the-new-coronavirus>. Acesso em: 1º ago. 2020.

NECSI – New England Complex Systems Institute Inc. **Which countries do best in beating covid-19? DISPONÍVEL EM:** [HTTPS://WWW.ENDCORONAVIRUS.ORG/COUNTRIES](https://www.endcoronavirus.org/countries). ACESSO EM: 30 JUL. 2020.

O GLOBO. **Ministério da Saúde vai convocar 5 mil médicos para atenção básica. 11 mar. 2020**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/ministerio-da-saude-vai-convocar-5-mil-medicos-para-atencao-basica-1-24298892>. Acesso em: 25 jul. 2020.

OUR WORLD IN DATA. **Emerging COVID-19 success story: Germany's strong enabling environment**. University of Oxford. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany>. Acesso em: 28 jul. 2020a.

OUR WORLD IN DATA. **Emerging COVID-19 success story: South Korea learned the lessons of MERS**. University of Oxford. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-south-koreaver>. Acesso em: 15 jul. 2020b.

OUR WORLD IN DATA. **Sweden: Coronavirus Pandemic Country Profile**. University of Oxford. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/sweden?country=~SWE>. Acesso em: 25 jul. 2020c.

POLIMAP COVID19. **Interventions to reduce virus transmissions (Flatten the curve): Sweden**. Disponível em: <https://polimap.org/sweden/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

RKI – ROBERT KOCH INSTITUT. **Contribution to the COVID-19 response.** Disponível em: https://www.rki.de/EN/Content/Institute/International/COVID_ZIG_en/COVID_ZIG_node_en.html. Acesso em: 15 jul. 2020.

SENADO FEDERAL. IFI Brasil. Disponível em: <https://datastudio.google.com/reporting/12071674-bd8c-4949-af82->. Acesso em: 25 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Informe 16 HCQ precoce.** Disponível em: https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/principal/2020/07/SBI_Informe_16_HCQ_precoce.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

UOL NOTÍCIAS. **Exoneração de Mandetta é publicada no Diário Oficial e Teich é anunciado.** 16 abr. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/16/exoneracao-de-mandetta-e-publicada-no-diario-oficial-e-teich-e-anunciado.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 27 jul. 2020a.

UOL NOTÍCIAS. **Saque de auxílio emergencial começa a ser liberado hoje.** 27 abr. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-brasil/2020/04/27/saque-de-auxilio-emergencial-comeca-a-ser-liberado-hoje.htm>. Acesso em: 28 jul. 2020b.

UOL NOTÍCIAS. **Jair Bolsonaro diz que testou positivo para covid-19.** 07 jul. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/07/07/jair-bolsonaro-testa-positivo-para-covid-19.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 30 jul. 2020c.

VEJA. **Ministério da Saúde investiga caso suspeito de coronavírus em Minas.** 28 jan. 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/ministerio-saude-investigacao-coronavirus/>. Acesso em: 25 jul. 2020.

WHO – World Health Organization. **Emergency use listing.** Disponível em: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/EUL/en/. Acesso em: 25 jul. 2020a.

WHO – World Health Organization. **Twitter.** 4 jan. 2020. Disponível em: <https://twitter.com/WHO/status/1213523866703814656?s=20>. Acesso em: 06 jul. 2020b.

WHO – World Health Organization. **WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19.** 11 March 2020. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 25 jul. 2020c.

A INOBSERVÂNCIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DO PRINCÍPIO DA SUBSIDIARIEDADE POLÍTICO-ADMINISTRATIVA NO FEDERALISMO BRASILEIRO DURANTE O ENFRENTAMENTO PANDÊMICO

Prof. Me. Lázaro Cardoso Pereira¹

1 INTRODUÇÃO

No primeiro semestre de 2020 teve início a uma pandemia viral com consequências, sociais e de saúde pública que mesmo sem um inventário pleno das suas consequências, dá indícios sobre as fragilidades da gestão em todo o planeta. Os dilemas oriundos dessa situação calamitosa demonstram fraturas da máquina pública brasileira no que tange às capacidades de tomada de ação conjunta entre os seus entes federados. A formatação coesa de ações de combate ao surto pandêmico da Covid-19, tem levantado dúvidas, não apenas, no âmbito na saúde pública, mas também nos processos de tomada de decisão de interesse público dentro de todas as esferas de governo. Os gestores dos estados, dos municípios e da união em seus pronunciamentos, normalmente não afastam (nem poderiam) as suas obrigações em resguardar a dignidade da pessoa humana, sob os mais diversos aspectos principalmente integridade física e capacidade econômica. Contudo, a forma pela qual pode ser feita essa atuação pública no resguardo dos direitos individuais básicos, mesmo que idiossincrática e uníssona quanto a importância, é dilema objeto deste texto.

¹ Mestre em Políticas Públicas de Inclusão Social e professor de Direito Constitucional da Faculdade Concórdia (FACC) lazaro@facc.com.br.

A presente reflexão não tem pretensão de esgotar o tema, das formas de atuação do Estado Brasileiro no combate a pandemia, apenas procurar indícios de boas práticas político-jurídicas de intervenção entre os entes federados dentro do princípio da subsidiariedade político-administrativa, com referencial teórico acostado na doutrina lusitana Margarida Martins. Pela via indutiva bibliográfica é buscada a compressão estrutural do Estado brasileiro e as possíveis discrepâncias na atuação cooperada dos agentes públicos em todos os níveis de governo, dentro do panorama do combate aos efeitos da atual pandemia de Covid-19 no primeiro semestre de 2020.

2 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO VETOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA HISTÓRIA DO FEDERALISMO

Saindo do pressuposto que a dignidade humana é a principal diretriz fundamental na Constituição Brasileira de 1988 e que constituinte deu vação a uma abrangência semântica enorme na produção do texto, pode-se afirmar que uma das formas de abordar essa imposição ambivalente é a positiva e negativa mandamental. Assim sendo, os aspectos mais ou menos específicos da vida humana são tratados como dignidade a proteção jurídica da integridade física, intimidade e da vida em consonância com as demais diretrizes do texto magno. A exemplo de uma existência humana com a garantia de moradia e atendimento médico.

Essa posição ampliada da meta constitucional dignitária, estabelece a dignidade da pessoa humana como preceito de integralidade da carta constitucional, já que, constitui o valor próprio que identifica o ser humano como tal. A dignidade da pessoa humana apresenta-se como um instituto jurídico e simultaneamente

o principal limite e meta dos poderes de Estado e da comunidade em geral. Esta condição dúplice, simultaneamente aponta para uma conexão da dimensão defensiva e prestacional da dignidade (SALERT, 2019, p. 56). A operacionalização desse objetivo absoluto ultrapassa qualquer divisão ou subdivisão do agente transindividual, público ou privado, com a incumbência de ofertar ou resguardar esse objetivo de Estado.

O ataque as diversas engrenagens da máquina administrativa do Estado brasileiro, delimitado pelos efeitos da pandemia do Covid-19 é equipado à guerras e colapsos financeiros passados, já que, abre-se a possibilidade interpretativa de concretização de cenários jurídico-hipotéticos em que direitos fundamentais e boas-práticas de gestão pública são relativizadas de forma positivada, como estado de sítio e defesa. As possíveis fissuras que dificultavam a plena eficiência da máquina gestora brasileira, agora podem levar a quebras multifatoriais do Estado, pois necessidade de coordenação entre os envolvidos no combate às crises pandêmicas levam a redução de etapas dos processos de tomada de decisão e execução de políticas públicas.

No Brasil a forma adotada de organização político-administrativa é o federalismo, que antes do atual panorama já mostrava peculiaridades em seu exercício na cultura nacional, dá indícios de afastamentos do fluxo histórico tradicional dessa forma de gerir os interesses público pela via das políticas públicas democráticas e inclusivas. Uma das celeumas derivadas da formatação das formas de agir da administração públicas em âmbito nacional é como manter, ou criar, a escala da atuação de forma eficiente em um território continental e dispare.

Há inúmeros precedentes históricos sobre a problemática da descentralização de poder, que afetou até mesmo um dos

ancestrais culturais do ocidente, o antigo império Romano, já que, com a sua expansão territorial houve o conseqüente aumento do Estado e a necessidade de ampliação de sua máquina burocrática que antesse os interesses dos cidadãos e do império.

Esse precedente histórico ocorreu durante as conquistas militares dos Césares que resultaram na impossibilidade da supervisão direta do senado e os magistrados, nas atuações emergenciais dos prepostos da autoridade pública, pois estavam situados na capital. Esses fiscais das boas práticas do interesse público tinham seu trânsito indisponível, sendo preciso enviar pretores e procônsules para os pontos mais distantes do império (MOTESQUIEU, 1996, p. 196).

Demanda essa, gerou diversas discórdias na administração central, pois, havia mais interesses em jogo com o aumento de cidadãos vivendo realidades completamente diferentes nas mais diversas localidades. Um romano do território que hoje é a Inglaterra tinha os mesmos direitos de um compatriota na região onde é Israel atualmente. A necessidade de atuação das autoridades romanas ocidentais, em escolher a forma e intensidade da intervenção pública, obrigou a concessão de autonomia as províncias, fato que, prejudicou a integridade do Estado e estabeleceu alguns dos alicerces da Idade Média.

A atual dinâmica de separação e distribuição de poder, que estabelece as competências da atuação do Estado, qual seja, o federalismo moderno tem por fim resolver essa celeuma. Acosta as suas linhas gerais na luta pela independência das colônias inglesas norte americanas, que também apresentavam uma grande extensão territorial e necessitavam de coesão no enfrentamento de demandas comuns (CUMMINS, 2012, p. 42). Um dos pais fundadores dos Estados Unidos da América e principal teórico federalista das

antigas colônias inglesas no novo continente, Alexander Hamilton, reitera o entendimento de Montesquieu sobre a exiguidade de pequenas extensões territoriais administrativas para uma gestão adequada.

Dentro da realidade de um Estado em estruturação, ele afirmava que a maioria dos Estados americanos estavam aquém da extensão territorial imperiosa, admitindo a redução de diversos estados como Virgínia, Massachusetts e Pensilvânia. Hamilton salientava que o próprio Montesquieu concordaria com a sua posição de nunca negar a união de todas as colônias inglesas americanas em um único governo federativo, já que, esse é o cerne da coesão dos entes federados; conciliar as vantagens dos grandes e dos pequenos governos (REVERBEL, 2012, p. 87).

3 PRINCÍPIO DA SUBSIDIARIEDADE COMO ELEMENTO NEVRÁLGICO NAS POLÍTICAS DE COMBATE A PANDEMIA DE COVID-19

O prisma de entendimento na cooperação e coexistência pode estar sendo inobservado, do exercício da divisão de poder no Brasil, com a vigência do decreto 10.277/20, essa norma, instituiu o comitê de crise e da lei 13.979 que dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, e deu início a uma positividade proativa de enfrentamento a pandemia com foco preponderante as ações da União ao revés da união das diferenças entre os demais entes federados, necessário para uma atuação sistemática da constituição federal. A União como retentora da maioria dos recursos, pode até cumprir a sua obrigação de manter direitos indisponíveis, mas seria de forma dissonante com a integralidade do texto constitucional, pois esse obriga a observância

do princípio da subsidiariedade político-administrativa na execução de ações de interesse público.

Não é a força monetária que determina o protagonismo do combate a um problema comum e sim a flexibilidade na adequação das características de cada região, ou seja, não pode haver protagonismo e sim pluralidade e concordância. A subsidiariedade político-administrativa é a via pela qual é regida qualquer circunstância com processos baseados no equilíbrio entre interesses dos entes federados com a tomada de decisão de interesse público não assumindo uma forma rígida. As decisões legislativas ou administrativas, devem ser tomadas no nível político mais específico possível, isto é, por aqueles que estão o mais próximo das decisões que são definidas, efetuadas e executadas (MARTINS, 2003).

A forma pela qual a gestão pública concretiza os objetivos constitucionais passa tanto por ações reativas quanto proativas por meio das políticas públicas, que por sua vez são intervenções das diretrizes elaboradas para enfrentar um problema de ordem supraindividual. Essas ações devem apresentar como elemento fundamental a intencionalidade pública e responder a um problema público, dessa forma é possível afirmar que esse conjunto de ações são derivados da operacionalização axiomática do poder público. Demandam uma tipologia, um esquema de interpretação e análise de um fenômeno baseado para sua executividade, contudo devem ser obrigatoriamente variáveis e pertencentes a categorias analíticas para possíveis adequações (SECCHI, 2017, p. 2).

Assim, a indisponibilidade dos direitos fundamentais, resultante da fundamentação do direito no valor da dignidade humana, que se traduz na potencialidade do homem de ser autoconsciente e livre pode ser viabilizada pelo poder público. Até porque a superioridade valorativa da condição humana, ocorre quando o sistema jurídico

visa resguardar diretamente a potencialidade do homem em se autodeterminar, o que ocorre no ordenamento jurídico brasileiro. Esse interdito é derivado dos direitos que visam resguardar a vida biológica, sem a qual não há essência corpórea resguardar as condições normais de saúde física e mental bem como a liberdade de tomar decisões sem coerção externa (MENDES; BRANCO, 2019, p. 264).

Saindo do pressuposto da necessidade de norma formal para transmutação de teoria para prática e que só a lei traz consigo o conceito de uma necessidade incondicionada e de que a moralidade é vinculada a um imperativo que ordena imediatamente o seu comportamento individual, qual seja, a forma categórica dessa condição (KANT, 2020). A inovação legal oriunda do processo legislativo tradicional deve manter uma sacralidade em delimitar apenas as normas gerais e delimitar a atuação da coletividade, cabendo ao interesse local formular estratégias adaptativas para sua efetivação, pela via da normatização tradicional ou auto-regulamentação social com vistas, no caso em tela, a diminuição dos efeitos gerados pela pandemia de Covid-19.

O Estado, de forma descentralizada, só deve agir por ele próprio quando existir uma necessidade real e coletiva, que não tenha sido atendida por qualquer coletividade ou grupo de cidadãos, com forma atuação sendo refletida do ente federado mais específico em direção ao mais amplo. O juízo dos preceitos na subsidiariedade causou, e causa, inquietações nas tradicionais estruturas de governo, tendo em vista, que surge como alternativa entre o liberalismo clássico e o socialismo centralizador. Assenta-se na política social proposta por Estado descentralizado, com o reconhecimento, de certa forma paradoxal, de dois entendimentos: abandona o igualitarismo social em proveito do valor da dignidade

ao mesmo tempo em que foge do individualismo filosófico, para compor sociedade estruturada e federal (BARACHO, 1996).

O aumento da dispersão da tomada de decisão e iniciativa, aumenta a agilidade e eficiência da gestão local, pois, forma uma possibilidade de união de forças entre entes federados autônomos e ao mesmo tempo resguarda o sentimento de localidade. Uma das dificuldades de alterar o *status quo* despersonalizador dos centros urbanos, que prejudica a intervenção dessa solidariedade não caritativa é formado pela extrema centralização de recursos e pulverização de atribuições na federação brasileira e a diminuta interação do cidadão com a administração pública.

Nesse contexto cabe destacar que a cidade é um “grupo de grupos” nos termos e visão de Henri Lefebvre (2001, p. 26) é a forma básica de obtenção devida da dimensão das relações que nela ocorrem. A mudança dos processos de interação social deve ser o alvo primordial das políticas públicas, pois cabe à gestão do Estado dar a plataforma para os desenvolvimentos, não só econômico, mas também de integração e crescimento individual que aumentem a dignidade dos integrantes como coletividade.

A cidade como ‘ator político’ deve agir corporativamente com esse fim (leia-se, minimizando os conflitos internos), para sobreviver e vencer o problema comum ao planeta, a pandemia. A ação privada e pública ao agir dessa maneira estabelece espécies de ‘cidades corporativa’ ou da ‘cidades pátria’, que cobram o esforço e o consenso de todos em torno dessa visão abrangente de futuro (MARICATO, 2015, p. 89). Essa dinamicidade fundamental nos fluidos tempos atuais é ainda mais necessária quando o bem fundamental da vida é afrontado por uma doença que ainda gera muitas dúvidas na comunidade científica de saúde.

Como força contratária a esse fluxo existe administração pública nacional, com seus processos decisórios operados de modo estático e não adaptativo. São incondizentes com a “dinâmica do espaço público cotidiano, matizado por contradições, rupturas e mutações, o processo histórico interage constantemente com o núcleo representativo das necessidades, direitos e conflitos” (WOLKMER, 2015, p. 98) ao nivelar as necessidades e formas de intervenção aos padrões ditados pela união.

Não pode ser olvidado que estruturalmente ainda persista as projeções populacionais que reforçam a busca de desenvolvimento exclusivo pela via da indústria, que recorta as cidades e comércio lucrativo a qualquer custo, onde o transporte e moda falam sem vernáculos e que possivelmente entrega melhores resultados econômicos a curto prazo. Quanto o retorno em cifras já estava sendo alterado sob o prisma da valoração prática da dignidade humana em seu bem-estar mesmo antes da Pandemia que já estava mudando. O próprio mercado mundial e a produção de riquezas também estavam sendo alterados, com a globalização dos mercados coexistentes. Ainda é financeiramente melhor trazer produtos do outro lado do mundo do que formar fábricas locais em que a produção de riquezas vai muito além da questão monetária (GEHL, 2015, p. 215).

Há fortes indícios que as cidades multifuncionais sejam mais vibrantes e mais produtivas, mesmo que ainda seja, ingênuo imaginar civilizações de interesses isolados. A pandemia pode demonstrar que a descentralização de produção e poder público é um dos poucos caminhos para formação de processos como menos possibilidade de colapso total com a insuficiência de parte do seu sistema. A verdade é que “precisamos readquirir uma compreensão

adequada da dimensão dessa interconectividade, da qual a vida depende (HEYWOOD, 2017, p. 102).

O Brasil apresenta uma diversidade humana e regional como grande fator favorável para a concretude da diversidade de atuação do ente público, pois a pluralidade de formas de hábitos produtivos auxilia a divisão sem secção do território. A economia como integração é a forma de dar vigor à descentralização dos poderes estatais, já que visar o bem comum não é uma obrigação exclusiva da administração pública. Cabe aos entes federados, dentro dos limites de atuação, a função de plataforma dos processos que tenham ele como fim o interesse da coletividade, nesse momento cumprimento das determinações sanitárias impostas pelas autoridades de saúde epidemiológica.

A unicidade de entendimento sobre as relações de poder é uma utopia, como é possível perceber em diversas democracias, incluindo o Brasil. Evidencia-se, nessa aparente contradição, o principal papel da norma Estatal, por ser a representação e a regulamentação ético-jurídica da homogeneização das formas de vida humana, dentro dos parâmetros de proteção da dignidade exposta na constituição. Sem dúvida um dos fatores que dificultam esse sentimento por parte da população é um sintoma do “processo civilizatório” europeu que ditava o “padrão de ‘cientificidade’ que sustenta mormente o discurso da legalidade liberal-individual/formal-positivista” (WOLKMER, 2015, p. 274).

Para uma mudança desse paradigma, de imposição de valores legais e morais “pré-moldados”, demanda alterações estruturais na relação do cidadão com a norma. Empiricamente a população mantém a inércia da tomada de precaução em relação da pandemia, por exemplo, possivelmente pelo descrédito que a norma estatal ostenta tanto pela coação quanto pela conscientização.

Uma alternativa de resolução dessa situação é a criação de uma influência mútua, mais viva e arrazoada a partir do local em um processo de autolegislação, em um sentido amplo conexo com a ideia de direito social de estrutura condensada (HERMANY, 2007).

Hanna Arendt (2014, p. 67) afirma que “o mundo deve conter um espaço público, que não pode ser construído apenas para uma geração e planejado somente para os que estão vivos, mas tem de transcender a duração da vida de homens mortais”. O estabelecimento de um pensamento de pertença local, chancelado pelo ordenamento jurídico chancela, com caráter subsidiário, fora das fontes indiretas do Direito é um direito coexistente que forma obrigações subjetivas aos cidadãos, mas só é possível dentro da lógica administrativa município-união e não ao contrário.

O modo de ação subsidiária deve ser entendido na magnitude de “alteração das concepções tradicionais da repartição de poderes e de obviar às modernas crises de desconfiança e de distanciamento popular que a democracia representativa tem gerado” (MARTINS, 2003, p. 19). Não tem por intuito exprimir em si elemento valorativo, mas sim, deve se basear nas necessidades do grupo em que é aplicado utilizando suas capacidades e necessidades para a resolução da demanda, no caso em tela a diminuição das vítimas da Covid-19.

A formação desse ideário coletivo nada mais é do que a demonstração que o interesse individual e o coletivo são coexistentes. Kant (2002, p. 36) criticava formas sinápticas que levassem a uma razão pura tratada como fenômeno natural. É uma ilusão locais onde uma “doutrina do sumo bem” é oriunda de mestres do conhecimento da sabedoria que ignoram a dialética prática da vida cotidiana. Então o argumento lógico de necessidade de um terceiro desconhecido não é suficiente, não adianta ter um

inimigo em comum se há dúvida quanto a situação de afronta ou até mesmo existência. O individualismo do presente deve ser alimentado com a urgência de integração dos habitantes de cada centro urbano, não necessariamente do estado ou nação e agir não com a separação para autopreservação.

Krznaric (2015, p. 197) afirma que “a curiosidade continua sendo valorizada nas artes e nas ciências hoje em dia. Mas é limitada por nossa herança iluminista, que presume que ela deveria ser aplicada à ideias e objetos, e não a pessoas”. Reconhecer a existência de grupos coexistentes e não subordinados, dentro das urbes modernas, é um desafio que só pode ser alcançado com o interesse no outro “diferente”. Problemas de coordenação entre os entes federados apresentam transferência com a atitude dos cidadãos urbanos, já que, normalmente há concordância sobre a necessidade de cooperação, mas deve ser feita da forma que o proponente trás.

4 ARENA URBANA COMO ALIADA NA PRESERVAÇÃO DA DIVERSIDADE E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A empatia é fundamental na vida em assentamentos humanos e em qualquer diferença de entendimento principalmente em emergências de saúde pública. As concessões substantivas diminuem a distância entre os participantes ao término do conflito e facilita a obtenção do fim comum. Estruturar uma negociação como uma disputa de vontades e posições é uma atitude que agrava o processo de emaranhamento (FISHER *et. al.*, 2005, p. 39). De outro lado, passados quase duas décadas do século XXI, é mantido hábitos urbanos muito semelhante desde a primeira revolução indústria, já

que, em caixas de concreto se vive, em caixas de metal se locomove e nos últimos anos em caixas de plástico se comunica.

A cidade-fábrica é uma tendência antiga, incondizente com as necessidades humanas pela sua insalubridade, são muito anterior às guerras mundiais do século XX, onde o foco no capital distancia da percepção de moradia digna para os desenvolvimentos dos seus habitantes. Os próprios Direitos Humanos receberam o formato atual de proteção, dentro dessa realidade de produção em esteira que transforma pessoas em números e segregava os indesejáveis e por vezes os executavam (HOSBAWM, 2017 p. 67).

As doenças consequentes das realidades habitacionais calamitosas praticamente não são erradicadas desses lugares, sem alterações das formas de interação de seus moradores. Evidencia-se um ciclo de encarceramento em guetos, que podem ou não ter muros físicos formadores de microcosmos que não se comunicam entre si. A ecologia urbana criada é rica em oportunidades para disseminação de maus hábitos que “evoluem para enfermidades de caráter epidêmico, ocasiões em que ultrapassam os limites de seus focos e penetram nos bairros mais ventilados e saudáveis em que residem os senhores do capitalismo” (ENGELS, 2015, p. 49).

Em linhas gerais, boa parte do capitalismo tradicional de alguma forma está preso à determinada localidade geográfica, já que, às condições de sua indústria, seus meios de produção, energia hídrica, localização de minas de carvão, depósitos de minério de ferro, entre outros são mais eficientes economicamente com a diminuição de custos de transporte e armazenamento. Esses espaços já compartilham pontos cinestésicos entre os moradores e trabalhadores, em todos que mantem relações pessoais ou profissionais na área, então, por via de redesignações das relações e entre as pessoas e administração, em todas as direções e modos

entre elas há possibilidade de combate menos traumático a pandemia.

Urge uma progressão do sentimento de pertencimento, que siga o modelo de localização e que obrigue a criação de quatro dimensões sociais nessa esfera local, para o estabelecimento de um poder local efetivo na alteração de situações indesejáveis. A primeira está ligada aos valores de referência a respeito dos lugares e suas relações, com conjuntos como o Estado-nação e suas ideias de igualdade territorial, ou de autonomia da ação de suas comunidades integrantes.

Já a segunda esfera, do modelo de localização, é referente as técnicas de ação, receitas e instrumentos de análise automática ligadas à localidade. A exemplo do princípio da associação das coletividades locais que pode aumentar a eficácia de suas ações na esfera local, com uma melhor qualidade da gestão quando, por estar mais próxima dos usuários, otimizar a organização dos serviços públicos nessa região. Por último, a terceira, trata sobre a representação do que é a imagem do local, do território ou da sociedade (BOURDIN, 2001, p. 91).

A maior dificuldade de implementação dessa dinâmica de gestão é a delimitação do conceito de comunidade local, pois estas imagens se inserem, às vezes, em grandes discursos de justificação da ordem social, elas podem igualmente ser objeto de uma produção mais estrepitosa, à maneira do discurso atual do *marketing* territorial. O ordenamento jurídico tracional, até o momento, não está correspondendo as necessidades dogmáticas para o estabelecimento de uma confiança nas relações entre particulares e gestão pública. Para que uma mudança efetiva possa ocorrer é necessária a aceitação e validação do pluralismo jurídico,

como forma de criação de coalização de compante aos efeitos da pandemia.

É necessário que seja entendido o pluralismo jurídico como expressão das “funções de convergência e de integração, pois une indivíduos, povos, comunidades, sujeitos coletivos e outras identidades organizadas em torno de necessidades comuns” (WOLKMER, 2015, p. 411). Não esquecendo da ênfase no uso do território no ponto de partida, o reconhecimento de interesses divergentes e o estabelecimento de uma forma de demonstrar a importância da necessidade de todos os agentes sociais envolvidos nas negociações. A acepção de território-receptáculo (palco) é indispensável para entender a questão do combate social ao novo Coronavírus.

O enfrentamento dessa crise de saúde pública demanda a utilização de uma escala sistêmica na análise da vida cidadina, na concretização da dignidade humana por parte dos particulares ao absterem-se de ações cotidianas, com vistas de observar as restrições necessárias para o controle pandêmico. É indubitável que os conflitos da convivência urbana nascem das discordâncias oriundas de interesses diversos, mas há um potencial de diminuição imenso quando os envolvidos encontram um campo neutro “a empatia é muito mais que uma emoção agradável limitada ao domínio da experiência individual: ela pode também ser uma força coletiva com poder de mudar a sociedade” (KRZARNIC, 2015, p. 197).

Disputas que consigam manter os interesses básicos ao buscar opções mutuamente satisfatórias com padrões imparciais resultam, tipicamente, em acordos sensatos. A separação entre pessoas e problemas pode ser base na mediação e nas negociações em geral, mesmo quando não é constituído um terceiro desinteressado à causa (FISHER *et. al.*, 2005).

“O sítio onde se constitui o Eu que fala a quem o escuta, aquilo que é dito por um sendo já a resposta, enquanto o outro decide escutar o que o primeiro tenha ou não falado” (LACAN, 1998, p. 152). Aproximar-se é comunicar-se, mesmo que essa ação seja passiva e não verbal. A angústia individual segue a tendência mundial em super cidades, que com a união demográfica de antigos centros urbanos, com o aumento populacional e de volume financeiro levam a um fenômeno metropolitano da solidão coletiva de seus habitantes (BAUMAN, 2009, p. 78).

A ação do Estado e de provisões sociais juntas, no auxílio ao desenvolvimento de valores comuns, podem formar de um senso de responsabilidade, reduzem a necessidade de ações impositivas governamentais (SEN, 2000, p. 351). As organizações não externas do poder público como as fundações e as instituições de caridade podem a partir da formação de negócios sociais (ou de impacto social) promoverem seus fins, auxiliando as populações hipossuficientes de modo que ao longo do tempo a ajudem tornearem-se desnecessária.

O negócio de impacto social como metodologia econômica é, segundo o ganhador do prêmio Nobel Muhammad Yunus (2010, p. 73), “economicamente sustentável, cobrindo seus custos, assim como sua ajuda também contribuirá para que passem a se sentir como partes vitais do sistema econômico global, em vez de meros objetivos da caridade alheia”. Esse agir de modo colaborativo da iniciativa privada faz com que meios de controle social, de auto-organização, de planejamento e de execução de políticas públicas também sejam mais eficazes em suas funções e possivelmente deixem ser necessárias as imposições de um poder central.

Ao agir dessa forma, empaticamente e coordenadamente, é retomado o bônus no convívio urbano, como nas tribos em que

a união pela diversidade foi o gérmen da civilização humana, ao unir forças. Assim é ultrapassando também antigos dilemas, que de certa forma estão retornando, como a disseminação de males a exemplo da cólera, o tifo, a febre tifoide, a varíola e outras doenças devastadoras que disseminam seus germes no ar empestado e na água contaminada nos bairros densamente habitados, já que, sanando pequenos focos endêmicos não haverá realidades pandêmicas (BAUMAN, 2009, p. 39). Apenas com uma rede de políticas públicas com uma estrutura de interação, predominantemente informal, entre atores públicos e privados, envolvidos na formulação e implementação de política públicas, o sentido dos interesses podem dar o tom na prática dessas ações governamentais coerentes com as metas voltadas à dignidade da pessoa humana (SECCHI, 2017, p. 84).

5 CONCLUSÃO

Os atores da rede de combate aos efeitos da pandemia, mesmo que possam apresentar interesses distintos e interdependentes, podem resolver problemas coletivos, internos e externos, de uma maneira não hierárquica ao agir de forma subsidiária horizontal. Alinhando assim as esferas de governo, agentes econômicos, sociedade civil organizada e prioridades de saúde pública em uma única frente de atuação, mesmo que ramificada. Dessa forma, é possível evitar ou minimizar o canibalismo entre os entes federados e desmobilização pública, com a coordenação não hierarquizada das políticas públicas e ações humanitárias ou comunitárias. A escolha de prioridades de atuação pública dentro de critérios comuns, que observam a supremacia do resguardo da dignidade da pessoa humana e concretiza aos agentes externos aos entes estatais

um fluxo de alteração da realidade indispensável no combate da pandemia de Covid-19.

REFERÊNCIAS

ARENDRT, Hanna. **A condição humana**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **O princípio da subsidiariedade**. Rio de Janeiro: Forense, 1996.

BAUMAN, Zygmunt. **Confiança e medo na cidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BOURDIN, Alain. **A questão local**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

CUMMINS, Joseph. **As maiores guerras da história**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2012.

ENGELS, Friedrich. **Sobre a questão da moradia**. São Paulo: Boitempo, 2015.

FISHER, Roger; URY, William; PATTON, Bruce. **Como chegar ao sim: negociação de acordos sem concessões**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Imagino, 2005.

GEHL, Jean. **Cidades para pessoas**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

HERMANY, Ricardo. **(Re) Discutindo o espaço local: uma abordagem a partir do direito social de Gurvitch**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.

HEYWOOD, Huw. **101 regras básicas para edificações e cidades sustentáveis**. São Paulo: Gustavo Gili, 2017.

HOSBAWM, Eric J. **A era das revoluções 1782-1948**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão prática**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2020.

KRZNNARIC, Roman. **O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

MARICATO, Ermínia. **Para entender a crise urbana**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MARTINS, Margarida Salema D'Oliveira. **O princípio da subsidiariedade em perspectiva jurídico-política**. Coimbra: Coimbra Editora, 2003.

MENDES, Gilberto Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva educação, 2019.

MOTESQUIEU, Charles de Secondat Baron de . **O espírito das leis**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

REVERBEL, Carlos Eduardo Diedder. **O federalismo numa visão tri-dimensional do direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SALERT, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SEN, Amartya Kumar. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das letras, 2000.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Pluralismo jurídico**: fundamentos de uma nova cultura do direito. São Paulo: Saraiva, 2015.

YUNUS, Muhammad. **Criando um negócio social**: como iniciativas economicamente viáveis podem solucionar os grandes problemas sociais. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

PLANO CATARINENSE DE CONTIGÊNCIA A COVID-19 COMO MEIO DE PROTEÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE HUMANA

Renan Eduardo da Silva¹

RESUMO

O presente artigo objetiva abordar o Plano Catarinense de Contingência a Covid-19 sob a perspectiva deste como meio de proteção à vida e à saúde humana. O trabalho de pesquisa utiliza do procedimento metodológico da pesquisa bibliográfica-investigativa que integra uma ampla investigação na dogmática constitucional e na legislação normativa sobre o objeto de estudo. Deste modo, a investigação contempla 3 etapas: na primeira, são feitas breves considerações sobre a pandemia da covid-19 no mundo, no Brasil e no Estado de Santa Catarina, em seguida, aborda-se à saúde e à vida segundo seu reconhecimento como direitos humanos e fundamentais. Com a compreensão de todos estes aspectos, o tópico final analisa que o desenvolvimento de ações e medidas do Plano Catarinense de Contingência a Covid-19 voltados à preparação, prevenção, monitoramento e controle da transmissão da doença no Estado, objetivam assegurar a proteção da vida e da saúde humana como direitos dentro do contexto da pandemia do novo coronavírus.

Palavras-chave: Covid-19. Plano Catarinense de Contingência. Saúde. Vida.

¹ Graduado em Direito pela Universidade do Contestado – UNC Concórdia. Especialista em Direito Civil pela Universidade Anhanguera-Uniderp. Advogado OAB-SC nº 46.971. Servidor Público Federal do Instituto Federal Catarinense-Campus Concórdia. Coordenador de Pessoal e Relações Jurídicas do Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica, Profissional e Tecnológica (SINASEFE)-Seção de Concórdia-SC. Mestrando no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Contato: renan.silva@ifc.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

No final do ano de 2019, a identificação de uma nova doença (covid-19) na China originária de uma nova forma do coronavírus trouxe consigo sérias implicações para a humanidade. A escalada de disseminação da doença de um surto isolado para uma pandemia trouxe consigo o adoecimento de milhões de pessoas e milhares de vítimas em todo mundo.

O novo cenário de crise sanitária global leva governos de todos os países do mundo a adotar ações e medidas de proteção da saúde e da vida humana. Este dever de proteção à saúde e à vida, decorre do reconhecimento destas como direitos humanos, e no caso do Brasil de sua classificação como direitos fundamentais.

No Estado de Santa Catarina, uma destas ações é o Plano Catarinense de Contingência a Covid-19 (tema do presente estudo), que tem desenvolvido medidas para conter e mitigar os efeitos da disseminação da doença no âmbito estadual.

Assim, a pesquisa sobre o tema do presente artigo tem como referencial teórico os seguintes autores: Robert Alexy e Ingo Sarlet, com um trabalho investigativo composto por 3 etapas que adota o método da pesquisa bibliográfica-investigativa desenvolvida na legislação constitucional e normativa sobre o objeto de estudo.

A principal hipótese é de que ações desenvolvidas pelo Plano Catarinense de Contingência a Covid-19 são meios de proteção a proteção à vida e à saúde humana como direitos dentro da crise da pandemia causada pelo novo coronavírus.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PANDEMIA DE COVID-19

A doença respiratória covid-19 é derivada de uma nova espécie do vírus conhecido como coronavírus² (SARS-CoV-2), o qual foi descoberto inicialmente na China na província de Wuhan no ano de 2019.

Inicialmente presente neste país, o vírus foi tratado como um surto³, no entanto devido à natureza altamente infecciosa e com a crescente disseminação da doença em escala global, a OMS reclassificou o status do mesmo para epidemia⁴ e posteriormente para pandemia⁵.

Com o aumento exponencial do número de doentes e mortos, a crise sanitária provocada pelo novo coronavírus força governos de todo mundo a adotar medidas de isolamento social para diminuir a taxa de transmissão, não sobrecarregando o sistema de saúde e preservando vidas enquanto um medicamento ou vacina de eficácia comprovada não é encontrada.

No Brasil, o primeiro caso confirmado da doença foi datado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo de um paciente de 61 anos que viajou à Itália sendo considerado um caso de importação do vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

² Os coronavírus são um grande grupo viral, conhecidos desde meados de 1960, que causam infecções respiratórias em seres humanos e em animais. Geralmente causam sintomas leves a moderados, semelhantes a gripe, podendo cursar com sintomas intestinais, sendo altamente patogênicos. Alguns coronavírus podem causar doenças graves com impacto importante na Saúde Pública, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), identificada em 2002 e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), identificada em 2012 (OMS, 2020).

³ Em 9 de janeiro de 2020, a OMS informou que as autoridades chinesas determinaram que o surto é causado por um novo coronavírus (OMS, 2020).

⁴ Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), a epidemia de covid-19 (OMS, 2020).

⁵ Em vista dos alarmantes níveis de disseminação e severidade, a Organização Mundial da Saúde avaliou que a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia (OMS, 2020).

Após quase 1 mês, o primeiro óbito relacionado a doença é confirmado em 17 de março de 2020, e em 20 de março de 2020 a transmissão comunitária⁶ do novo coronavírus (covid-19) é confirmada no território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Transcorridos 120 dias da confirmação do 1 caso nacional, a ocorrência de casos e mortes pela transmissão do vírus afeta todas as regiões, estados e grande parte dos municípios⁷ do país.

Até a presente data (05 de julho de 2020) conforme análise dos dados do Painel Coronavírus⁸, são 1.577.004 casos confirmados com um total de 64.265 óbitos. No estado de Santa Catarina (em 05 de julho de 2020), os números são 31.931 casos confirmados e 383 óbitos.

Assim, não resta dúvida que a covid-19 representa um grande desafio para preservação da saúde e da vida humana⁹.

3 SAÚDE E VIDA COMO DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS

Saúde e vida são conceitos que possuem forte ligação entre si. Como direitos, saúde¹⁰ e a vida¹¹ são classificadas como direitos

⁶ Segundo o Ministério da Saúde a transmissão comunitária ocorre quando se registra a transmissão do vírus entre a população que não esteve nos países com registro da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

⁷ Levantamento divulgado em 21/05/2020 aponta que mais 3.488 municípios tiveram ao menos um caso de coronavírus. A cifra representa 62% de todos os 5.570 municípios do país, de acordo com o IBGE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

⁸ Para saber mais, ver Painel Coronavírus, disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>, (BRASIL, 2020a).

⁹ Para Reckziegel e Gomes Duarte (2020, p. 14) a vida humana enquanto objeto de estudo é marcadamente paradoxal quanto à própria conceituação científica que lhe é pertinente. Do substancialismo aristotélico ao apelo ficcionista em Nietzsche, o processo de definição do que significa vida traz em seu bojo inúmeras conceituações que se interligam com a biologia, a filosofia, e, obviamente, o direito.

¹⁰ Artigo 3 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (NAÇÕES UNIDAS, 1948).

¹¹ Artigo 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença,

humanos. Logo, como valores essenciais da humanidade e com o compromisso dos Estados em assegurar estes direitos de forma progressiva em caráter internacional e nacional, à saúde e à vida gozam de posição de destaque no ordenamento jurídico nacional, sendo ambas elencadas no Título II – dos direitos e garantias fundamentais da Constituição Federal de 1988.

No tocante à posição de um direito no ordenamento de um sistema constitucional, Alexy (2014, p. 520-521) nos traz a seguinte lição:

A fundamentalidade formal das normas de direitos fundamentais decorre da sua posição no ápice da estrutura escalonada do ordenamento jurídico, como direitos que vinculam diretamente o legislador, o Poder Executivo e o Judiciário. [...] À fundamentalidade formal soma-se a fundamentalidade substancial. Direitos fundamentais e normas de direitos fundamentais são fundamentalmente substanciais porque, com eles, são tomadas decisões sobre a estrutura normativa básica do Estado e da sociedade.

Quanto à definição de um direito como direito fundamental, Sarlet (2011, p. 11) expõe o seguinte preceito:

[...] os direitos fundamentais podem ser conceituados como aquelas posições jurídicas concernentes às pessoas, que, do ponto de vista do direito constitucional positivo, foram, por seu conteúdo e importância (fundamentalidade material), integradas ao texto da Constituição e, portanto, retiradas da esfera de disponibilidade dos poderes constituídos (fundamentalidade formal), bem como as que, pelo seu objeto e significado, possam lhes ser equiparados, tendo, ou não, assento na Constituição formal (aqui consideramos a abertura material consagrada no art. 5º, § 2º, da CF, que prevê o reconhecimento de direitos fundamentais implícitos, decorrentes do regime

invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (NAÇÕES UNIDAS, 1948).

e dos princípios da Constituição, bem como direitos expressamente positivados em tratados internacionais).

Com relação à saúde, esta é consagrada como um dos direitos fundamentais sociais¹² do artigo 6º¹³ da Constituição Federal de 1988, como parte integrante do sistema protetivo da seguridade social¹⁴ brasileira, ao lado da previdência social e assistência social, sendo tratada nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, os quais definem os contornos do desenvolvimento da política do direito de saúde.

Da leitura do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 vemos que a saúde é direito de todos (universal e de acesso igualitário) e dever do Estado (de ação positiva), o qual é desenvolvido por políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, por meio de ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹⁵.

Assim, no contexto de uma pandemia global de covid-19, não resta dúvida que a efetivação da saúde como um direito demanda

¹² Conforme da Silva (2014, p. 288) os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas, proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais.

¹³ Constituição Federal de 1988. 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 (BRASIL, 1988).

¹⁴ Constituição Federal de 1988. Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

¹⁵ Para Sarlet (2013, p. 4166) as expressões “redução do risco de doença” e “proteção” guardam relação direta com a ideia de “saúde preventiva”, isto é, a efetivação de medidas que tenham por escopo evitar o surgimento da doença ou do dano à saúde, individual ou pública, inclusive pelo contágio, justificando a imposição de deveres de proteção, sobretudo pela relevante incidência dos princípios da precaução e prevenção também nesta seara. O termo “promoção”, enfim, atrela-se à busca da qualidade de vida, por meio de ações que objetivem melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas.

o mais alto nível possível de atuação do Estado como meio de se garantir o próprio direito à vida¹⁶.

O direito à vida, por sua vez é exposto no caput do artigo 5º da Constituição Federal como um direito de natureza “ inviolável”. Quanto a este aspecto Marmelstein (2011, p. 92) pontua que:

A vida, sobretudo a vida humana, ainda tem para nós significado um tanto quanto místico e sobrenatural, fruto de nossa incapacidade de encontrar uma explicação ‘científica’ para a sua existência. Daí a crença de que a vida é sagrada, um presente de Deus e por isso mesmo possui valor intrínseco.

Portanto, a existência humana é pressuposto para o exercício de todos outros direitos, de modo que apesar da previsão genérica dada pela Constituição Federal, o conteúdo do direito à vida é conexo com outros direitos fundamentais¹⁷.

Como exemplo da interconexão entre o direito à vida e outros direitos fundamentais, para Sarlet *et al.* (2018, p. 448) em conexão com direito à saúde, o direito à vida “embora também apresente uma forte ligação com o direito à vida, com este não se confunde, por outro lado, a ligação cresce em importância quando, diante da ausência de previsão de um direito à saúde, o direito à vida leva ao reconhecimento de obrigações com a saúde”.

¹⁶ Segundo Sarlet (2018, p. 671) o direito à vida (e, no que se verifica a conexão, também o direito à saúde) assume, no âmbito desta perspectiva, a condição de verdadeiro direito a ter direitos, constituindo, além disso, pré-condição da própria dignidade da pessoa humana. Para além da vinculação com o direito à vida, o direito à saúde (aqui considerado num sentido amplo) encontra-se umbilicalmente atrelado à proteção da integridade física (corporal e psíquica) do ser humano, igualmente posições jurídicas de fundamentalidade indiscutível.

¹⁷ De acordo com Tavares (2013, p. 454) o direito à vida compreende um nível mínimo, compatível com a dignidade humana (parece haver, atualmente, um consenso em torno da vinculação entre estes dois “valores”, que são expressos na Constituição de 1988, falando-se comumente em vida digna). Isso inclui o direito à alimentação adequada, à moradia (art. 5º, XXIII), ao vestuário, à saúde (art. 196), à educação (art. 205), à cultura (art. 215) e ao lazer (art.217).

Disso posto, diante de um cenário onde a pandemia do novo coronavírus representa uma ameaça à proteção da existência física (direito de viver), é necessário à adoção de medidas e ações eficazes de combate à disseminação da doença para a preservação da vida humana.

4 DA PROTEÇÃO À SAÚDE E À VIDA PELO PLANO CATARINENSE DE CONTIGÊNCIA A COVID-19

Com um entendimento sobre a situação da pandemia no mundo, no Brasil e em Santa Catarina, aliado a uma definição da saúde e da vida como direitos humanos e fundamentais, o próximo passo é analisar quais são as medidas e ações desenvolvidas para a preservação da saúde e da vida humana como direitos diante do cenário de ameaça causado pela pandemia da covid-19 no estado de Santa Catarina.

Em Santa Catarina, com a preocupação com uma possível emergência no sistema de saúde pública estadual, a Secretária de Estado da Saúde (SES) tem articulado ações para minimizar os efeitos da pandemia no âmbito estadual.

Um das destas ações é o Plano Catarinense de Contingência¹⁸ para a covid-19 elaborado em 20/02/2020, o qual definiu 3 níveis de resposta: alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública

¹⁸ O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus expõe que o Brasil adota a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, seguindo a mesma linha utilizada globalmente na preparação e resposta em todo o mundo. Deste modo, recomenda-se que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências, empresas tomem nota deste plano na elaboração de seus planos de contingência e medidas de resposta. Toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos vigentes. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf> (BRASIL, 2020b).

(ESP), com diferentes ações a serem desenvolvidas diante da possível disseminação da doença no território catarinense.

No nível I (alerta), houve o monitoramento sobre a introdução do novo coronavírus e investigação sobre os casos suspeitos, com o desenvolvimento de respostas voltadas a preparação e prevenção da doença em 3 grandes áreas: 1) Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Laboratório de Saúde Pública, Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS), 2) Assistência (Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência, Assistência Hospitalar, Regulação, Assistência Farmacêutica), 3) Gestão (Logística, Comunicação, Gabinete do Secretário).

Tabela 1 – Plano Catarinense de Contingência para a Covid-19 – Nível I- Alerta

Área da Vigilância em Saúde	Quantitativo de ações realizadas	Área da Assistência	Quantitativo de ações realizadas	Área da Gestão	Quantitativo de ações realizadas
Vigilância Epidemiológica	7	Atenção Primária à Saúde	15	Logística	2
Vigilância Sanitária	9	Urgência e Emergência	7	Comunicação	9
Laboratório de Saúde Pública	16	Assistência Hospitalar	10	Gabinete do Secretário	10
Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS)	12	Regulação	3		
		Assistência Farmacêutica	5		

Fonte: Elaborada pelo autor, a partir de informações constantes em Santa Catarina (2020a)¹⁹.

¹⁹ Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/plano_de_contingencia.html (SANTA CATARINA, 2020a).

Ao analisarmos a tabela do Plano de Contingência para a Covid-19 no Nível I- Alerta vemos que foram desenvolvidas um total de 44 ações na área da vigilância em saúde, 40 ações na área da assistência e 21 ações de na área da gestão, em um total de 106 ações voltadas a preparação e prevenção da doença no Estado.

Com a confirmação do primeiro caso importado da covid-19 na data de 12 de março de 2020²⁰, o estado de Santa Catarina passa ao Nível II-Perigo Iminente no Plano de Contingência a covid-19, de modo que a resposta a disseminação da doença foi feita por medidas voltadas a prevenção e o controle da doença em 3 grandes áreas: 1) Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Laboratório de Saúde Pública, Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS), 2) Assistência (Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência, Assistência Hospitalar, Regulação, Assistência Farmacêutica), 3) Gestão (Logística, Comunicação, Gabinete do Secretário).

Tabela 2 – Plano Catarinense de Contingência para a Covid-19 – Nível II- Perigo Iminente

Área da Vigilância em Saúde	Quantitativo de ações realizadas	Área da Assistência	Quantitativo de ações realizadas	Área da Gestão	Quantitativo de ações realizadas
Vigilância Epidemiológica	11	Atenção Primária à Saúde	15	Logística	2
Vigilância Sanitária	10	Urgência e Emergência	7	Comunicação	8
Laboratório de Saúde Pública	11	Assistência Hospitalar	10	Gabinete do Secretário	6

²⁰ Sobre a notificação do primeiro caso, ver: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/coronavirus-santa-catarina-registra-os-dois-primeiros-casos-confirmados-da-doenca> (NSC TOTAL, 2020).

Área da Vigilância em Saúde	Quantitativo de ações realizadas	Área da Assistência	Quantitativo de ações realizadas	Área da Gestão	Quantitativo de ações realizadas
Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS)	12	Regulação	5		
		Assistência Farmacêutica	5		

Fonte: Elaborada pelo autor, a partir de informações constantes em Santa Catarina (2020a).

Da análise da tabela do Plano de Contingência Catarinense para a covid-19 no Nível II – Perigo Iminente observa-se que foram adotadas um total de 44 ações na área da vigilância em saúde, 42 ações na área da assistência e 16 ações de na área da gestão, perfazendo um total de 102 ações voltadas a prevenção e controle da doença no Estado.

Com o registro dos primeiros casos da covid-19 onde a origem do contágio não é confirmada²¹ (transmissão comunitária), Santa Catarina passa ao Nível III no Plano de Contingência a covid-19, sendo classificada como Emergência em Saúde Pública (ESP) com a adoção de medidas de prevenção, controle e monitoramento da propagação da doença em 3 grandes áreas: 1) Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Laboratório de Saúde Pública, Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS), 2) Assistência (Atenção Primária à

²¹ Para mais informações, ver: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/11146-coronavirus-em-sc-governo-confirma-14-casos-e-transmissoes-comunitarias> (SANTA CATARINA, 2020b).

Saúde, Urgência e Emergência, Assistência Hospitalar, Regulação, Assistência Farmacêutica), 3) Gestão (Logística, Comunicação, Gabinete do Secretário).

Tabela 3 – Plano de Contingência Catarinense para a Covid-19 – Nível III- Emergência em Saúde Pública (ESP)

Área da Vigilância em Saúde	Quantitativo de ações realizadas	Área da Assistência	Quantitativo de ações realizadas	Área da Gestão	Quantitativo de ações realizadas
Vigilância Epidemiológica	16	Atenção Primária à Saúde	8	Logística	2
Vigilância Sanitária	11	Urgência e Emergência	4	Comunicação	9
Laboratório de Saúde Pública	10	Assistência Hospitalar	11	Gabinete do Secretário	6
Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS)	13	Regulação	12		
		Assistência Farmacêutica	5		

Fonte: Elaborada pelo autor, a partir de informações constantes em Santa Catarina (2020a).

Avaliando a tabela do Plano Catarinense de Contingência para a covid-19 no Nível III- Emergência em Saúde Pública (ESP) percebe-se a adoção de 50 ações na área da vigilância em saúde, 40 ações na área da assistência e 17 ações de na área da gestão,

na quantidade total de 107 ações voltadas a prevenção, controle e monitoramento da doença no Estado.

O estudo sobre o Plano Catarinense de Contingência a covid-19 revela que desde a notificação do primeiro caso no Estado até a disseminação comunitária do novo coronavírus, já foram operacionalizadas 315 ações voltadas à preparação, prevenção, controle e monitoramento da disseminação da covid-19 no Estado.

Destas 315 ações, a maior parte ocorreu na área da saúde, ou seja, buscavam assegurar a preservação da saúde da população catarinense, pela garantia de um direito humano e fundamental no cenário de uma crise sanitária estadual.

Assim, em um contexto onde não há uma vacina ou tratamento eficaz para a covid-19, o Plano Catarinense de Contingência a Covid-19 representa um importante meio de proteção à saúde e à vida humana²² pela adoção de medidas prevenção, controle e mitigação dos impactos da doença a população catarinense.

5 CONCLUSÃO

Chegando ao final deste trabalho, é fácil perceber que a disseminação global do novo coronavírus trouxe consigo uma maior necessidade da proteção da vida e da saúde humana como direitos.

Das breves considerações sobre a pandemia da covid-19, é possível se perceber os impactos que a doença está causando pelo o número crescente de doentes e de óbitos no mundo todo.

²² Segundo dados do Painel Coronavírus em 05/07/2020, Santa Catarina é o segundo Estado do Brasil com o menor coeficiente de mortalidade pela covid-19 em relação a casos confirmados, a taxa é de 6%. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> (BRASIL, 2020a).

Como direitos humanos e fundamentais no contexto da ameaça causada por uma doença que não possui vacina ou tratamento eficaz, o direito à saúde e o direito à vida demandam uma maior proteção por parte do Estado, que deve buscar meios de garantir a efetividade desta proteção.

Em Santa Catarina, o Plano de Contingência a Covid-19 desenvolvido em 3 níveis de respostas a pandemia (alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública (ESP)), operacionalizou até o presente momento 315 ações voltadas preparação, prevenção, controle e monitoramento da disseminação da covid-19 no Estado.

Portanto, ao desenvolver ações que visam diminuir a velocidade da propagação da doença pela adoção de medidas de prevenção, controle e monitoramento aliado ao fortalecimento da área da saúde onde a maior parte das ações foram operacionalizadas, o Plano Catarinense de Contingência a Covid-19 se traduz como um importante meio de proteção da vida e da saúde humana.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. **Painel coronavírus**. 2020a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19)**. 2020b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2020.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção ao coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2020.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948**. ONU, 1948.

NSC TOTAL. **Coronavírus: Santa Catarina registra os dois primeiros casos confirmados da doença**. 2020. Disponível em: <https://www.nscotal.com.br/noticias/coronavirus-santa-catarina-registra-os-dois-primeiros-casos-confirmados-da-doenca>. Acesso em: 09 jul. 2020.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>. Acesso em: 09 jul. 2020.

RECKZIEGEL, Janaína; GOMES DARTE, Jhonatan Felipe Laurindo. **Vida: reprodução humana assistida – seus conflitos e convergências**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2020.

SANTA CATARINA. **Plano de Contingência de Santa Catarina para COVID-19**. 2020a. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/plano_de_contingencia.html. Acesso em: 09 jul. 2020.

SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Coronavírus em SC: governo confirma 14 casos e transmissões comunitárias**. 2020b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/11146-coronavirus-em-sc-governo-confirma-14-casos-e-transmissoes-comunitarias>. Acesso em: 09 jul. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os direitos fundamentais na constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**. Bahia: Salvador, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/24084444/2-os-direitos-fundamentais-sociais-na-cf88-ingo-sarlet>. Acesso em: 09 jul. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. O dever fundamental de proteção à saúde. *In*: CANOTILHO, J. J. Gomes; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK, Lenio Luiz; MENDES, Gilmar Ferreira (Orgs.). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013, v. único, p. 1982-1984.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

TAVARES, André Ramos. Caracterização do direito à vida. *In*: CANOTILHO, J. J. Gomes; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK, Lenio Luiz; MENDES, Gilmar Ferreira. (Orgs.). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013, v. único, p. 1982-1984.

A PANDEMIA DE COVID-19 E AS MEDIDAS DE ISOLAMENTO SOCIAL: A DIALÉTICA ENTRE A TEORIA DA JUSTIÇA DE JOHN RAWLS E O UTILITARISMO DE JEREMY BENTHAM

Wendell Wesley Matos Ludwig¹

1 INTRODUÇÃO

Em virtude do surgimento de uma nova variante de coronavírus chamada COVID-19, países, com o intuito de evitar um colapso em seus sistemas de saúde, têm imposto medidas para a contenção da sua disseminação.

Devido a esse fato, a aplicação do isolamento social como medida profilática de propagação do vírus, indubitavelmente tem acarretado sérios reflexos na sociedade, como desemprego em massa e o cerceamento de direitos fundamentais como a liberdade de ir e vir.

Nesse diapasão, o presente artigo visa analisar as teorias do utilitarismo e a da justiça, de John Bordley Rawls, a partir de um paralelo com a pandemia de COVID-19.

Para nortear o presente trabalho será utilizado o escólio de Michael J. Sandel, professor de filosofia em Harvard, especialmente a sua obra “Justiça: o que é fazer a coisa certa”.

A escolha desse autor se deu principalmente por sua didática abordagem das teorias filosóficas clássicas e modernas da justiça, por meio de exemplos de casos hipotéticos atuais. Pretende-se

¹ Bacharel em Direito pela UNEMAT, Procurador do Município de Cáceres, Mestrando em Direitos Fundamentais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), especialista em Direito Público e em Direito Processual Civil pela Faculdade Damásio.

expor a abordagem do autor acerca da teoria da justiça como equidade, de Haws, a fim de se obter uma visão crítica da filosofia utilitarista de Jeremy Bentham.

Em suma, o presente artigo almeja relacionar a situação da pandemia de COVID-19, com a Teoria da Justiça de John Haws, visando uma reflexão sobre as medidas que estão sendo adotadas durante a atual crise na saúde pública mundial.

2 O UTILITARISMO DE JEREMY BENTHAM

De início, pertinente compreendermos o utilitarismo, a fim de traçarmos um paralelo com a pandemia de COVID-19 enfrentada pela sociedade.

O filósofo e jurista Jeremy Bentham, foi o idealizador da corrente utilitarista como filosofia moral. Na linha de pensamento utilitarista, a felicidade é considerada como sinônimo de experiências que levam o indivíduo a uma sensação de prazer e ausência de dor.

Aduz, Jeremy Bentham, que o cidadão deveria obedecer ao Estado na medida em que a felicidade geral viria com sua aquiescência em contribuir com a coletividade, ao passo que isso contribuiria para uma efetiva reforma política.

Dessa forma, é possível compreender que o utilitarismo consiste em tudo que produz prazer e felicidade afastando a dor e o sofrimento (SANDEL, 2015).

Em suma, a corrente de pensamento utilitarista pode ser entendida como sendo a maximização da felicidade e a realização das vontades da maioria, onde ocorre o sacrifício de pequena parte dos indivíduos para a satisfação da maior parte deles, tal como verificamos durante uma eleição para chefe do poder executivo da

nação, em que a maioria escolhe o projeto político a ser seguido no país.

Nessa linha de raciocínio, o filósofo Michael J. Sandel expõe em sua obra “Justiça: o que é fazer a coisa certa”, exemplos práticos idealizados por Bentham, onde este objetivava conferir solidez a aceitação da sua teoria.

Dentre os exemplos, podemos destacar o do presídio de Panopticon, ocasião em que Bentham idealizou que fosse dirigido por um empresário (de preferência, ele mesmo), que gerenciaria a prisão em troca dos lucros gerados pelo trabalho dos prisioneiros, que trabalhariam 16 horas por dia (SANDEL, 2015).

Fazendo um paralelo da teoria utilitarista com a pandemia de COVID-19, é possível vislumbrar o raciocínio utilitarista na ideia da desnecessidade de realizar o distanciamento social, face ao grande impacto negativo que este provoca na economia, e o baixo índice de letalidade que, atualmente, gira em torno de 3,8% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Nessa linha, para o utilitarista Jeremy Bentham, não seria prudente para a felicidade coletiva condenar toda a população a uma quarentena total, com as consequências econômicas nefastas dela oriundas, apenas para garantir a vida de uma minoria, composta predominantemente por idosos e pessoas com comorbidades específicas (a saber, cardiopatia, diabetes e doenças renais).

Corroborando com o argumento utilitarista aqui apresentado, o salto no desemprego constatado através de pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

De acordo com o IBGE, houve retração no nível de emprego em quase todas as áreas pesquisadas: indústria (2,6%), construção (6,5%), comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas (3,5%), alojamento e alimentação (5,4%), outros serviços (4,1%) e serviços

domésticos (5,9%). Até o número de trabalhadores informais caiu, pois o nível de emprego sem carteira assinada do setor privado registrou um baque recorde de 7%. 'O movimento foi mais acentuado entre os informais: dos 2,3 milhões de pessoas que deixaram o contingente de ocupados, 1,9 milhão é de autônomos', disse a analista da pesquisa, lembrando, porém, que ainda há 36,8 milhões de trabalhadores abaixo da linha do radar das estatísticas. Adriana Beringuy diz, porém, que ainda não é possível creditar esse resultado à crise do novo coronavírus. Afinal, o trimestre encerrado em março considerou apenas o início das medidas de isolamento social que reduziram a atividade de milhares de negócios do país. 'Grande parte do trimestre ainda está fora desse cenário', comentou a analista do IBGE. 'A alta registrada em março reflete a fraca evolução da atividade econômica, antes mesmo do coronavírus. Até porque as medidas de isolamento social só começaram no fim de março, e muita gente não foi demitida logo nos primeiros dias de isolamento', reforçou o coordenador do curso de Ciências Econômicas do Centro Universitário IESB, Riezo Almeida (CORREIO BRAZILIENSE, 2020, grifo nosso).

Dessa forma, pode-se afirmar que, na perspectiva utilitarista, a escolha mais justa para a felicidade humana coletiva seria a não imposição do isolamento social ou este na sua modalidade seletiva (vertical). Em outras palavras haveria um risco maior de mortes de pessoas com comorbidades e idade avançada, em troca da manutenção da atividade econômica e da liberdade individual da maioria.

3 A CRÍTICA DE MICHAEL J. SANDEL E JOHN HAWLS À CORRENTE UTILITARISTA

Feita uma síntese do pensamento utilitarista, encontramos nas obras dos filósofos Michael J. Sandel e John Hawls um pensamento divergente da corrente utilitarista.

Retomando ao exemplo da pandemia do coronavírus, com base nos dados apresentados alhures e considerando as consequências nefastas das medidas de isolamento na economia, ao se aplicar o pensamento utilitarista é possível concluir que o normal prosseguimento das atividades econômicas e a ausência do isolamento social é a medida acertada.

Contudo, Michael J. Sandel, em sua obra “Justiça: o que é fazer a coisa certa”, propõe uma crítica ao utilitarismo, em especial quando aplicado aos dilemas morais da sociedade. Segundo o autor, o valor da vida humana é imensurável, sendo impassível de monetização:

Entretanto, será possível traduzir todos os bens morais em uma única moeda corrente sem perder algo na tradução? A segunda objeção ao utilitarismo põe isso em dúvida. De acordo com essa objeção, não é possível transformar em moeda corrente valores de naturezas distintas. A fim de explorar essa objeção, consideremos a maneira pela qual a lógica utilitarista é aplicada em análises de custo e benefício, uma forma de tomada de decisões amplamente utilizada por governos e corporações. A análise de custo e benefício tenta trazer a racionalidade e o rigor para as escolhas complexas da sociedade, transformando todos os custos e benefícios em termos monetários – e, então, comparando-os. Os utilitaristas veem nossa tendência a repudiar o valor monetário para avaliar a vida humana como um impulso que deveríamos superar, um tabu que obstrui o raciocínio claro e a escolha social racional. Para os críticos do utilitarismo, entretanto, nossa hesitação aponta para algo de importância moral – a ideia de que não é possível mensurar e comparar todos os valores e bens em uma única escala de medidas (SANDEL, 2015, p. 43-47, grifo nosso).

Nesse sentido, podemos concluir que, diante do dilema “salvar vidas com o isolamento social em detrimento do colapso econômico”, deveríamos considerar que a vida humana não é

passível de ser avaliada monetariamente, a fim de se comparar com os impactos econômicos das medidas restritivas.

Concomitantemente, o filósofo John Rawls é adepto de um raciocínio contrário ao pensamento utilitarista. Em sua obra “Uma Teoria da Justiça” ele profere severas críticas, conforme trecho a seguir:

Ora, os juízos morais devem ser imparciais; mas há um outro modo de se conseguir isso. Um juízo imparcial, podemos dizer, é um juízo feito de acordo com os princípios que seriam escolhidos na posição original. Uma pessoa imparcial é aquela cuja situação e personalidade lhe possibilitam julgar de acordo com esses princípios sem vieses ou preconceitos. Em vez de definir a imparcialidade do ponto de vista do observador compreensivo, definimos a imparcialidade do ponto de vista dos próprios litigantes. São eles que devem escolher a sua concepção de justiça em caráter definitivo, em uma posição original de igualdade. Devem decidir por quais princípios devem ser decididos as suas reivindicações mútuas, e aquele dentre os homens que julga como seu representante. A falha da doutrina utilitarista está em confundir impessoalidade com imparcialidade (RAWLS, 1997, p. 206, grifo nosso).

Ademais, merece destaque:

Nessa concepção de sociedade os indivíduos isolados são vistos como um número correspondente de linhas ao longo das quais direitos e deveres devem ser atribuídos e os poucos meios de satisfação distribuídos de acordo com certas regras, de modo a permitir o preenchimento máximo de carências. A natureza da decisão tomada pelo legislador ideal não é, portanto, substancialmente diferente da de um empreendedor que decide como maximizar seus lucros por meio da produção desta ou daquela mercadoria, ou da de um consumidor que decide como maximizar sua satisfação mediante a compra desta ou daquele conjunto de bens. Em cada um desses casos há uma única pessoa cujo sistema de desejos determina a melhor distribuição de

meios limitados. A decisão correta é essencialmente uma questão de administração eficiente. Essa visão da cooperação social é a consequência de se estender à sociedade o princípio da escolha para um único ser humano, e depois, fazer a extensão funcionar, juntando todas as pessoas numa só contrabalança a tendência humana natural de violar preceitos e direitos não sancionadas pela utilidade.

[...]

Naturalmente, não é impossível que a maximização do bem venha a ser realizada, mas isso seria uma coincidência. A questão de se obter o maior saldo líquido de satisfação nunca se apresenta na justiça como equidade; o princípio da maximização não é utilizado de forma alguma (RAWLS, 1997, p. 31-33, grifo nosso).

Portanto, é evidente que Rawls milita contra o princípio utilitarista, uma vez que este vai ao encontro do seu conceito de justiça.

O filósofo entende que a justiça deve ser feita de forma equitativa, ao passo que a aplicação da corrente de pensamento utilitarista em uma sociedade, penalizaria os menos desfavorecidos, pois estes ficariam à mercê do arbítrio das majorias.

4 A VISÃO DE MICHAEL J. SANDEL ACERCA DA TEORIA DA JUSTIÇA COMO EQUIDADE, DE JOHN RAWLS

O filósofo Michael J. Sandel dedica um capítulo da sua obra “Justiça: o que é fazer a coisa certa” para tratar da visão de John Rawls sobre justiça, mais especificamente, a contida na obra “Uma teoria da justiça”.

Aduz Sandel, que ao estudar o conceito de justiça de Rawls, se verifica que ele era contratualista, definindo o contrato como um acordo hipotético em uma posição original de equidade.

Pertinente a transcrição do entendimento de Sandel sobre a lavra de Rawls:

Rawls nos convida a raciocinar sobre os princípios que nós — como pessoas racionais e com interesses próprios — escolheríamos caso estivéssemos nessa posição. Ele não parte do pressuposto de que todos sejamos motivados apenas pelo interesse próprio na vida real; pede somente que deixemos de lado nossas convicções morais e religiosas para realizar essa experiência imaginária. Que princípios escolheríamos? Primeiramente, raciocina, não optaríamos pelo utilitarismo. Por trás do véu de ignorância, cada um de nós ponderaria: 'Pensando bem, posso vir a ser membro de uma minoria oprimida.' E ninguém se arriscaria a ser o cristão atirado aos leões para o divertimento da multidão. Tampouco escolheríamos o simples *laissez-faire*, o princípio libertário que daria às pessoas o direito de ficar com todo o dinheiro recebido em uma economia de mercado. 'Posso acabar sendo Bill Gates', alguém raciocinaria, 'mas também posso, por outro lado, ser um sem-teto'. Portanto, é melhor evitar um sistema que me deixe desamparado ou que não me ajude (SANDEL, 2015, p. 140, grifo nosso).

Sendo assim, ao traçarmos um paralelo com a pandemia de COVID-19, é perceptível que John Rawls se manifestaria contra a ausência de medidas de combate à propagação do vírus, pois, a título de comparação com o exemplo de a pessoa terminar sendo o "Bill Gates" ou um "sem-teto", ninguém, hodiernamente, buscaria se encontrar entre os idosos e portadores de comorbidades agravantes da doença.

Nessa linha, Rawls propõe a elaboração de um contrato hipotético com a presença de dois princípios básicos de justiça. O primeiro, afastaria o utilitarismo, pois ele possui uma hierarquia superior ao bem-estar geral da maioria da população, consistindo

em garantir para o cidadão liberdade de expressão e religião (SANDEL, 2015).

Quanto ao segundo princípio, este faz referência à equidade social e econômica. Embora seja imprescindível uma distribuição equânime de riquezas e renda, Rawls apoia desigualdades sociais e econômicas que beneficiem os membros menos favorecidos de uma sociedade (SANDEL, 2015). Nesse aspecto, ao se estabelecer um paralelo com uma das condutas estatais brasileiras, estaríamos diante do que Rawls chama de “princípio da diferença”, pois se verifica através do programa de auxílio emergencial do governo federal, medidas desiguais que apoiam uma camada menos favorecida da população (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2020).

John Rawls assevera que a justiça como equidade é um entendimento de filosofia política, não se limitando somente a uma doutrina ética geral que engloba todos os assuntos e valores.

Ademais, pertinente destacar uma aclaração que Rawls faz em sua obra: a maneira como as coisas são não determina como elas deveriam ser. Em outras palavras, colateralmente às circunstâncias atuais, o fato de alguém ser idoso ou portador de uma comorbidade é algo natural, o que é justo ou injusto é a maneira como as instituições lidam com tal fato.

Nesse ponto, merece destaque o seguinte trecho:

Devemos repudiar a alegação de que as instituições sejam sempre falhas porque a distribuição dos talentos naturais e as contingências da circunstância social são injustas, e essa injustiça deve inevitavelmente ser transferida para as providências humanas. Eventualmente essa reflexão é usada como uma desculpa para que se ignore a injustiça, como se a recusa em aceitar a injustiça fosse o mesmo que ser incapaz de aceitar a morte. A distribuição natural não é justa nem injusta; tampouco é injusto que as pessoas nasçam em uma determinada posição na sociedade.

Esses fatos são simplesmente naturais. O que é justo ou injusto é a maneira como as instituições lidam com esses fatos (RAWLS, 1997 *apud* SANDEL 2015, SEÇÃO 17).

Outrossim, a partir do pensamento de Rawls, é possível que as desigualdades sociais causam influência nos nefastos efeitos da pandemia, pois a parte minoritária da sociedade que possui poder aquisitivo elevado tem condições de laborar no regime home-office, se expondo menos ao risco do contágio, bem como possuem acesso a hospitais de primeira linha e moram em residências com muitos cômodos e ambientes arejados.

Já, a camada mais vulnerável da população exerce trabalhos predominantemente braçais, o que impede o uso do home-office, sendo, por consequência, obrigada a usar o transporte público para chegar ao trabalho, elevando, assim, o risco de contágio. Concomitantemente a esta realidade, soma-se o difícil acesso à saúde pública, bem como a um tratamento adequado.

Pois bem, para Rawls, a ferramenta para a injustiça social é a inércia das instituições em agir para atenuar essas diferenças. Dessa forma, na visão “rawlsiana” de justiça, pode-se afirmar que no atual contexto é imprescindível a adoção de medidas de transferência de renda para os vulneráveis. Como um exemplo acertado, pode-se citar o programa de auxílio emergencial do Governo Federal, capitaneado pela Caixa Econômica Federal.

O Auxílio Emergencial é um benefício financeiro destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, e tem por objetivo fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia do Coronavírus – COVID 19. O benefício no valor de R\$ 600,00 será pago por três meses, para até duas pessoas da mesma família. Para as famílias em que a mulher seja a única responsável pelas despesas da casa, o valor

pago mensalmente será de R\$1.200,00. Quem estava no Cadastro Único até o dia 20/03, e que atenda as regras do Programa, receberá sem precisar se cadastrar no site da CAIXA. Quem recebe Bolsa Família poderá receber o Auxílio Emergencial, desde que seja mais vantajoso. Neste período o Bolsa Família ficará suspenso. As pessoas que não estavam no Cadastro Único até 20/03, mas que têm direito ao auxílio poderão se cadastrar no site auxilio.caixa.gov.br ou pelo APP CAIXA|Auxílio Emergencial. Depois de fazer o cadastro, a pessoa pode acompanhar se vai receber o auxílio emergencial, consultando no próprio site ou APP (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2020).

Dessa forma, para John Rawls, pode-se afirmar que uma rede de seguridade social para a camada mais vulnerável da população (como o exemplo acima de assistencialismo social) é a medida mais justa para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Dito isto, constata-se que a conduta sobredita vai diametralmente de encontro ao pensamento utilitarista, que prega que a maioria será penalizada em virtude dos efeitos econômicos negativos advindos dessas medidas de redistribuição de renda e distanciamento social.

5 CONCLUSÃO

O presente artigo teve como intuito de analisar a corrente filosófica utilitarista e a visão de John Rawls acerca da justiça como equidade, a fim de traçar um paralelo entre estas e a pandemia de COVID-19.

No decorrer do trabalho, foram utilizadas como referencial teórico as obras “Justiça: o que é fazer a coisa certa”, do filósofo Michael J. Sandel, bem como a “Uma Teoria de Justiça” de John Rawls.

No primeiro tópico, foi abordada a corrente de pensamento utilitarista de Jeremy Bentham, onde foi possível concluir, em

apertada síntese, que se trata de uma linha de pensamento que prioriza a felicidade e o bem-estar da maioria de um determinado grupo, em detrimento de uma minoria.

Nesse sentido, relacionou-se o utilitarismo com o pensamento de parcela da sociedade que se opõe a medidas restritivas, a despeito do risco à saúde de um grupo de pessoas portadoras de comorbidades físicas.

Ademais, no segundo tópico do artigo foi apresentado, sob o olhar de Sandel e Rawls, um contraponto à linha de pensamento utilitarista.

Por derradeiro, no último tópico, foi abordada a questão da justiça como equidade de John Rawls, na qual o filósofo se opõe fortemente ao utilitarismo. Afirmou-se que, em uma posição inicial, sob o “véu da ignorância”, que os membros da sociedade não trocariam os direitos e liberdades fundamentais por vantagens econômicas que causasse a perda de suas próprias vidas.

Conclui-se, então, que, sob a ótica “rawlsiana”, o Estado deve impor medidas de isolamento social para a proteção de grupos sociais vulneráveis à morte por COVID-19 (portadores de comorbidades agravantes da doença, idosos, cidadãos hipossuficientes, entre outros), desprestigiando, assim, o utilitarismo que prega que a maioria não deve ser penalizada, em virtude dos efeitos econômicos negativos advindos das condutas estatais de prevenção da disseminação do vírus.

REFERÊNCIAS

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Auxílio emergencial do governo federal**. Disponível em: <https://auxilio.caixa.gov.br/#/inicio>. Acesso em: 23 jul. 2020.

CORREIO BRAZILIENSE. **Desemprego dispara com a chegada do coronavírus e chega a 12,2%**. Disponível em: https://www.correio-braziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/05/01/internas_economia,850313/desemprego-dispara-com-a-chegada-do-coronavirus-e-chega-a-12-2.shtml. Acesso em: 21 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Auxílio emergencial**. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial>. Acesso em 24 de junho de 2020, às 15h54min.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico especial 22, semana epidemiológica 28 (05 a 11/07): Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/15/Boletim-epidemiologico-COVID-22.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SANDEL, Michael J. **Justiça: o que é fazer a coisa certa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

DIREITO À INTIMIDADE DO DIAGNOSTICADO COM COVID-19: CONFLITOS BIOÉTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Janaína Reckziegel¹

Jhonatan Felipe Laurindo Gomes Duarte²

1 INTRODUÇÃO

A decretação do estado de pandemia, feita no início de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ante o incontido alastramento do novo coronavírus e sua subsequente infecção, a COVID-19, lançou todo o globo em inédito estado de choque e crise.

A crise instalada não se tratava de chamado tão somente para a reformulação de práticas médicas, ante o novel inimigo, mas, ao revés, de plena reforma de institutos e instituições que

¹ Pós-Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2019). Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá – RJ (2014). Mestre em Direito Público pela Universidade de Caxias do Sul – UCS (2007). Especialista em “Mercado de trabalho e exercício do magistério em preparação para a Magistratura” pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó (2002) e em “Educação e docência no ensino superior” pela Faculdade Exponencial – FIE (2009). Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc (2001). Autora de diversos livros (*E-book*) e artigos em revistas jurídicas especializadas no Brasil e exterior. Advogada, Professora Titular e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. CPF: 018.521.589-05. Residente na Avenida Getúlio Vargas, 542-S, Ed. Olympus, Apto: 401, Centro, em Chapecó/SC, CEP: 89.814-000. Fone (49) 99987-0903. *E-mail*: janaina.reck@gmail.com. Sistema Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7597547217990217>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8301-4712>.

² Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidad Nacional de Córdoba – UNC (ARG). Componente do Corpo de Pareceristas da Revistas de Estudos Institucionais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (BRA). Juiz Leigo (2017 – 2019). Atuou como Editor-Chefe da Revista Científica FACIDER. Esteve como docente das cadeiras de Direito Civil (Teoria Geral, Obrigações, Responsabilidade Civil, Contratos e Direitos Reais), vinculado à FACIDER – Faculdade de Colider, situada em Mato Grosso. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC (BRA) (2014 – 2015). Integrante do Grupo de Pesquisa de Direitos Fundamentais Cíveis do PPGD UNOESC (2014 – 2020). Advogado. Graduado em Direito pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Cascavel – UNIVEL (BRA) (2009 – 2013). Advogado (2014 – 2020).

passavam – ou pareciam passar – ilesas às velozes transformações das primeiras duas décadas do século XXI.

Dentro deste panorama, o Direito – com inicial maiúscula, a desvelar a própria natureza institucional – não passou despercebido, recebendo agora os pilares do instituto, isto é, a Filosofia do Direito e a Hermenêutica, além da própria ciência jurídica constitucional, influxos dos novos conflitos e de problemas aparentemente insolúveis trazidos pela pandemia de COVID-19.

A reformulação de conceitos e a incapacidade de elaboração de respostas legislativas relativamente complexas abrem espaço para o estudo que aqui se apresenta. Diferentes operadores do Direito são chamados para um círculo de debates que frequentemente trazem à lume respostas divergentes e aparentemente inconciliáveis, não fosse a feição democrática que embasa a imensa maioria destas esferas deliberativas.

O problema abordado pelo presente artigo, assim, é apenas um dos diferentes desafios bioéticos e jurídicos fermentados no cerne desta crise. Sabedores que somos da premente necessidade de isolamento daqueles diagnosticados com a COVID-19, assistimos diferentes organismos estatais – mormente no Oriente, com destaque para a China, pretense berço deste vírus – implementarem políticas que não raras vezes constituem verdadeira revelação da identidade daqueles já infectados pelo patógeno.

Em tal cenário, o direito à intimidade do indivíduo infectado pelo novo coronavírus entra em colisão com deveres de solidariedade já presentes em tempos pré-crise, mas agora potencializados pela nova estrutura social emergente. A discussão, desta forma, sobre os limites, extensão e relativizações do direito face ao direito à informação e ao próprio dever social de isolamento, é o que fundam este artigo.

Opta-se, assim, pela pesquisa bibliográfica, com formulação de dois capítulos apartados para lançar luzes na discussão. No primeiro dos capítulos, busca-se a conceituação e historicidade do direito à intimidade, com reflexos deste já no debate da crise instalada.

Posteriormente, no segundo capítulo, será feita análise do direito à informação e do dever de solidariedade, especialmente na necessidade de isolamento social, a partir do cenário da sociedade e do sujeito, polos opostos, mas interdependentes, neste debate agora tracejado.

2 DIREITO À INTIMIDADE: HISTÓRICO E BUSCA DE UM CONCEITO

Inicialmente, é de notável constatação o fato de que a intimidade só se desvela instância passível de proteção a partir do estabelecimento da identidade, eis que só se sabe o que é íntimo após se definir o que se é. Da análise da evolução da identidade-intimidade, o espaço do homem enquanto indivíduo passa de sujeito absolutamente voltado ao meio – caso dos gregos, romanos e de toda a Idade Média – para um sujeito que não se relaciona com o meio, colocando em risco a própria função política, como já anunciou Bauman (2001).

O desenvolvimento da individualidade do agora sujeito de direitos é fenômeno essencial a correta compreensão da intimidade como direito constitucionalmente assegurado. Antes de ser garantia contra a indevida intromissão do Estado no plano particular do sujeito, em escolhas relacionadas à absoluta subjetividade de cada um de nós traz, o direito à intimidade é chancela dada ao sujeito

para que ele – e apenas ele – possa delimitar os espaços de que deseja ou não dispor.

Todavia, antes mesmo de se aprofundar o direito à intimidade dentro da tensão da caracterização dos espaços públicos ou privados, o que se tem é uma problemática conceitualização do próprio direito, onde a falta de um consenso é mantenedora de uma constante crise, eis que, conforme as diferentes acepções do direito à intimidade e vida privada, diferentes sentimentos e ações individuais são protegidos – ou não (ROBL FILHO, 2010).

Elementar o escólio de Hannah Arendt (2010) acerca da primeira discussão sobre a natureza humana: é o homem um animal *social*? Ao formular a resposta para tal elementar questão da filosofia, necessariamente ter-se-á a discussão acerca da delimitação dos espaços público e privado, que, por sua vez, são decisivos à formulação do direito à intimidade.

A distinção entre as esferas privada e pública da vida corresponde aos domínios da família e da política, que existiram como entidades diferentes e separadas, pelo menos desde o surgimento da antiga cidade-Estado; mas a eclosão da esfera social, que estritamente não era nem privada nem pública, é um fenômeno relativamente novo, cuja origem coincidiu com a eclosão da era moderna e que encontrou sua forma política no Estado-nação (ARENDR, 2010, p. 33).

A própria evolução da forma de Estado não passa despercebida na alteração dos espaços do homem; a intimidade tal como a conhecemos em nenhuma hipótese poderia subsistir em forma de governo que não a democrática, pautada em valores que não os ocidentais. Não se trata de crítica velada ou superposição de valores jurídicos; a constatação da intimidade é influenciada pelos limites

traçados pela relação indivíduo-política e pelo sistema econômico-político em que este se insere.

A este respeito, com o advento da Revolução Francesa e a deposição de uma forma de política independente dos homens que a compunham, há o início do desenvolvimento do espaço privado/individual tal como o conhecemos, que, tal como posto, remete-se em alguma medida aos períodos finais da civilização romana, embora mereça destaque o fato de não se tratar,

[...] de mera mudança de ênfase. Na percepção dos antigos, o caráter privativo da privatividade, indicado pela própria palavra, era sumamente importante: significava literalmente um estado de encontrar-se privado de alguma coisa, até das mais altas e mais humanas capacidades do homem. Quem quer que vivesse unicamente uma vida privada – um homem que, como o escravo, não fosse admitido para adentrar o domínio público ou que, como o bárbaro, tivesse escolhido não estabelecer tal domínio – não era inteiramente humano. Hoje não pensamos mais primeiramente em privação quando empregamos a palavra ‘privatividade’, e isso em parte se revê ao enorme enriquecimento da esfera privada por meio do moderno individualismo (ARENDDT, 2010, p. 46-47).

A intimidade humana, tal como explorada pela filosofia – em especial pela obra de Jean-Jacques Rousseau, absoluto contraponto à onda *civilizatória* vigente na Europa dos séculos XVII e XVIII – é altamente influenciada não pelo espaço político, mas pelo *social*, com a qual se relaciona de modo muito mais direto e decisivo.

O advento da influência burguesa, ante o novel ideário da propriedade como direito sagrado, passa a tratar também espaços como *seus*; o desejo por um espaço próprio é o início da delimitação contemporânea da intimidade, e se concretiza tal intimidade com

o absoluto distanciamento entre o *trabalho* e o *lar*, já durante a Revolução Industrial.

Modernamente, a intimidade é percebida tal como sinônimo do espaço privado, embora indissociável do social. A política surge mais como ameaça do que como influência, o absoluto círculo de voluntariedade humana se encontrando indisponível para qualquer interferência que não a autorizada pelo sujeito, sendo que “o significado mais elementar dos dois domínios [*público e privado*] indica que há coisas que devem ser ocultadas e outras que necessitam ser expostas em público para que possam adquirir alguma forma de existência” (ARENDR, 2010, p. 90).

Em análise inicial, e aqui já almejando a tessitura de um conceito, o direito à intimidade é escudo que circunscreve o sujeito quanto ao seu próprio projeto de vida, assegurando que sua implementação não será objeto de escrutínio público, sendo faceta notável do próprio direito à liberdade, eis que apenas ao sujeito de direitos é dado conhecer ou divulgar o que realiza no seio de sua própria intimidade.

Subseqüentemente, problemas advêm deste mesmo direito à intimidade quando há de se estabelecer os *limites* da relação público/privado. Como se constata, nem sempre – ou quase nunca – os limites são facilmente delineados.

Assim, não há como se negar a capacidade de adaptação da intimidade; de novas tecnologias a políticas governamentais, tal direito é incansavelmente rediscutido a fim de preservar seu conteúdo, eis que novas formas de sua violação são desconhecidas *a priori*.

Constata-se, desta forma, que há relativo consenso nas democracias ocidentais acerca de temas relativamente afetos apenas ao campo privado: casamento e demais relações afetivas,

planejamento familiar, uso de algumas substâncias entorpecentes, trânsito por território nacional e relações humanas – inclusive definição de gênero – e contratuais em geral. Não é com surpresa que se percebe que a progressiva transferência de domínio – do público para o privado – sempre se reveste de inegável feição de luta social e até mesmo por direitos, calcada inexoravelmente no seio de uma crise, como a atual pandemia vivida.

3 COVID-19 E DIREITO À INFORMAÇÃO: TENSÕES INICIAIS

A fim de se estabelecer um breve panorama sobre o atual estado da pandemia declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ante o espalhamento do novo Corona vírus, tem-se que o foco estabelecido é voltado à contenção da propagação do patógeno, com imensa maioria dos estudos médicos e bioéticos sendo elaborados dentro de tal escopo.

Inicialmente, há de se esclarecer, quanto à infecção pelo novo coronavírus (*Coronavirus Disease 2019*, no original em inglês, ou *COVID-19*) é causada por vírus pertencente ao grupo dos corona, conhecido desde o final do século XX e início do século XXI:

Os coronavírus (CoVs) pertencem à família *Coronaviridae*, na ordem *Nidovirales*. Seu nome se deve às espículas presentes na superfície do vírus, o que lhes dá a aparência de uma coroa solar [...]. Medem 65 a 125 nm de diâmetro e são envelopados e compostos por uma fita única de RNA de sentido positivo. Dentre as diversas espécies, algumas podem causar doenças em humanos, como o SARS-CoV, o MERS-CoV e o SARS-CoV-2, além de outros coronavírus envolvidos com infecções respiratórias altas de baixa gravidade em humanos [...] (LEMOS, 2020, p. 1).

A principal forma de infecção pelo novo coronavírus são gotículas contaminadas emitidas pela respiração de indivíduos doentes, além do contato com superfícies contaminadas, razão pela qual um dos pilares para a contenção da propagação da infecção é o distanciamento social, além, por óbvio, do isolamento de indivíduos diagnosticados com a infecção.

Questão de relevo passa a ser, assim, a quebra do eventual direito à intimidade do diagnosticado com COVID-19, a fim de viabilizar a proteção de todos aqueles que porventura tenham contato com este.

Não se ignora, todavia, que as questões bioéticas atinentes à pandemia não se restringem ao embate entre direito à intimidade do sujeito e o direito à informação dos demais membros da sociedade. Diferentes estudos ao redor do globo traçam discussões éticas acerca da alocação de recursos em vagas de unidade de terapia intensiva (UTI), além d'a escolha de Sofia que é a chancela sobre a quem disponibilizar equipamentos hospitalares, não havendo estes em número suficiente para todos³.

O enfoque escolhido pelo presente estudo, contudo, restringe o debate bioético acerca do conflito mencionado linhas acima. Num aspecto introdutório, há de se pontuar que alguns governos nacionais editaram linhas de orientação acerca dos conflitos bioéticos, formulando verdadeiras cartilhas de atuação a instruírem profissionais de saúde, notadamente médicos e enfermeiros⁴.

³ Diversos casos sobre a dificuldade de escolha dos profissionais de saúde quanto a quem devem ser fornecidos respiradores mecânicos chegaram ao conhecimento do público, inclusive histórias de altruísmo, com doação de respiradores por aqueles que destes necessitavam. A este respeito, tem-se: <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2020/03/24/padre-com-coronavirus-morre-apos-doar-respirador-para-paciente-jovem.htm>. (PADRE..., 2020).

⁴ A título de exemplo, o *Comité Consultatif National d'Éthique* francês, órgão consultivo vinculado ao Poder Executivo, editou, em março de 2020, cartilha de orientação sobre questões bioéticas, que, dentre outros elementos, conclama o dever cívico e a noção de solidariedade como balizas interpretativas de regras

Em documento editado por conselho consultivo francês⁵, foi reconhecido que o

Respeito ao princípio da justiça é uma condição essencial para ação em um contexto de recursos limitados [...] priorizar a proteção de pacientes tão somente numa base de imediatismo ou de valor 'econômico' futuro, i. e. sua utilidade, não é aceitável: a dignidade de uma pessoa não depende de sua utilidade. Assim, em uma situação de escassez de recursos, decisões médicas, sempre difíceis, têm de ser guiadas pela reflexão ética que leva em consideração o respeito pela dignidade das pessoas e o princípio da justiça. O conselho também pontuou que a consideração de questões éticas 'frequentemente conduz a um confronto entre princípios de autonomia e a necessidade de solidariedade' [...] (COMITÉ..., 2020, p. 4, tradução nossa).

Como já pontuado, a partir da leitura da dignidade humana, baliza inafastável do convívio democrático e republicano, o conflito entre os princípios da *autonomia* e da *solidariedade* sedimentam o problema em que se debruça o presente estudo.

Tendo-se a *autonomia* como a defesa do direito à intimidade, resta compreender em que extensão se vislumbra a aplicabilidade da *solidariedade* num contexto democrático, ainda que de inegável crise jurídica e institucional.

Havendo direitos garantidos para o sujeito pretensamente existente, porém desconhecido, cada vez mais clara era a posição do sistema normativo como guardada ao *status quo* vigente, em nada almejando a transformação – ou sequer tendo consciência de tal feito – da realidade em que se inseria [...]. A solidariedade, por sua vez, é mais uma dentre tantas tentativas de conferir bagagem factível a uma realidade normatizada que ainda paira

e decisões neste período de pandemia. Para consultar o documento, acesse: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_contribution_march_13_2020.pdf. (COMITÉ..., 2020).

⁵ Vide nota anterior.

acima dos sujeitos. O indivíduo ainda é considerado em posição hipoteticamente subjacente ao que lhe regula e lhe é regulado, porém, agora, a interferência de suas relações para com outros sujeitos também é levada em consideração quando da elaboração, aplicação e interpretação da norma (MARQUES, 2017, p. 51-52).

Dentro da percepção da solidariedade como densificação da norma vigente, tem-se também a problemática da *ausência* de norma – ao menos positivada – a regular o conflito. Neste sentido, a solidariedade mencionada é vetor não de interpretação, mas de integração normativa, especialmente no caso de imposição do dever de isolamento, fator irrenunciável para a contenção do avanço e progressão da pandemia.

Na concepção da solidariedade como percepção dos reflexos de diferentes comportamentos do sujeito no corpo social, o direito à informação – dos demais membros da sociedade, por óbvio – é componente essencial do debate. Sabendo-se que, como já mencionado, alguns órgãos governamentais já adotam postura absolutamente pró-sociedade⁶, independentemente de qualquer debate, resta saber se, num contexto democrático há debate defensável sobre a prevalência – ou não – de um ou outro direito.

Não há, por óbvio, resposta já formulada ou lançada. Diferentes agentes, nacionais e internacionais, tentam lançar respostas para o desafio apontado. A ilustrar, o Grupo Europeu sobre Ética na Ciência e Novas Tecnologias editou declaração a orientar a tomada de decisões no cenário pandêmico, com foco na solidariedade. A respeito do problema aqui debatido, aponta o grupo:

⁶ Caso paradigmático é o chinês, onde o governo criou e ofereceu aplicativo de celulares para o conhecimento sobre indivíduos infectados na região de moradia de cidadãos interessados. Neste sentido, ver Presse (2020).

Salvar vidas é o mais urgente e importante objetivo. Restrições de direitos e liberdades impostas com a finalidade de salvar vidas em situação de emergência, contudo, incluindo aquelas implementadas através de monitoração tecnológica de aparelhos celulares, drones ou câmaras de vigilância, devem ser removidas, e dados têm de ser destruídos, tão logo a emergência seja finalizada ou as medidas não mais sejam proporcionais. A emergência de saúde pública não deve ser abusada a fim de usurpar poder, ou permanentemente suspender as proteções de direitos e liberdades (EUROPEAN..., 2020, p. 4, tradução nossa).

A solução adotada na declaração mencionada parece buscar, ainda que de forma inicial e pouco concatenada, a emergência de se analisar a situação da vulneração de direitos sob a ótica da momentaneidade, não se podendo cogitar a violação constante de direitos – neste caso, da intimidade – ante a chancela política lançada pela pandemia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação dos diferentes desafios bioéticos dentro da pandemia de COVID-19, ao passo que acelerada, reclama respostas que, embora formuladas no cerne da própria crise, fossem apresentadas a partir dos institutos existentes *a priori*.

De discussões acerca da prevalência de indivíduos dentro de um cenário de escassez de equipamentos hospitalares até o próprio debate acerca da possível violação do direito à intimidade daqueles diagnosticados com COVID-19 ante a necessidade de isolamento destes, os diferentes paradigmas éticos, jurídicos e filosóficos conclamam a comunidade científica para a formulação de respostas – não necessariamente convergentes – neste cenário.

No aspecto problematizado, o direito à intimidade do sujeito diagnosticado com COVID-19 em face do direito à informação dos demais membros da sociedade e do próprio dever de solidariedade é preterido ante a própria crise instalada.

Não se nega, todavia, a necessidade de que estudos futuros dissequem a aplicação de teorias de ponderação e conflito jusfundamental, notadamente da doutrina alemã, ao caso aqui debatido. A resposta apresentada, qual seja, de relativização do direito à intimidade, conforme defendido por diferentes órgãos de deliberação bioética, é padronização apressada, mas não indevida, tendente a confiança nas estruturas democráticas estabelecidas, que, em *wishful thinking*, afastarão a indevida ingerência com o término do estado de crise.

Em linhas finais, o presente artigo almejou a apresentação de um conceito e do processo histórico de formação do direito à intimidade, com destaque para a influência estatal no pós-Revolução Francesa e a delimitação dos espaços de *público* e *privado*. Subsequentemente, foram apresentados os conceitos de dever de solidariedade e um dos direitos decorrentes deste dever, qual seja, o direito à informação.

Não parece ser defensável, dado o estado das coisas, a prevalência absoluta do direito à intimidade, especialmente quando o exercício deste direito coloca em risco toda a coletividade, que é quem funda e a quem se destina o direito. A solidariedade, compreendida como vetor de interpretação e integração normativa, fundamenta a defesa do direito ao conhecimento do diagnóstico daquele possuidor de COVID-19, a viabilizar a própria defesa do corpo social.

REFERÊNCIAS

ARENDDT, Hannah. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. São Paulo: Zahar, 2001.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE. **COVID-19: Contribution from the French national consultative ethics committee – ethical issues in the face of a pandemic**. 2020. Disponível em: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_contribution_march_13_2020.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

EUROPEAN GROUP ON ETHICS IN SCIENCE AND NEW TECHNOLOGIES. **Statement on european solidarity and the protection of fundamental rights in the COVID-19 Pandemic**. 2020. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/research_and_innovation/eg/ec_rtd_ege-statement-covid-19.pdf. Acesso em: 8 jul. 2020.

LEMOS, A. S. **Etiologia e origem da COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://app.informed.digital/conteudo/5ec2cf4557dabb2144d9bada>. Acesso em: 08 jul. 2020.

MARQUES, D. **Função social da propriedade**: releituras do direito à moradia a partir da dignidade humana, solidariedade constitucional e movimentos sem-teto. Monografia (Especialização em Direito Público) – Faculdade Damásio. 63f. São Paulo, 2017.

PADRE com coronavírus morre após doar respirador para paciente jovem. **UOL Notícias**. 24 mar. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2020/03/24/padre-com-coronavirus-morre-apos-doar-respirador-para-paciente-jovem.htm>. Acesso em: 08 jul. 2020.

PRESSE, France. Na China, aplicativos de rastreamento do coronavírus estão em toda parte. **G1 Globo Notícias**. 13 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/05/13/na-china-aplicativos-de-rastreamento-do-coronavirus-estao-em-toda-parte.ghtml>. Acesso em: 08 jul. 2020.

ROBL FILHO, Ilton Norberto. **Direito, intimidade e vida privada**. Curitiba: Juruá, 2010.

COVID-19 E A AMPLIAÇÃO DO FENÔMENO SHARENTING: DIREITO À PRIVACIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA

COVID-19 AND THE EXPANSION OF THE SHARENTING PHENOMENON: THE RIGHT TO PRIVACY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN BRAZIL IN PANDEMIC TIMES

Vinícius Almada Mozetic¹

1 INTRODUÇÃO

Os avanços e progressos, ocasionados pelas diversas formas de tecnologias criadas, causaram um grande impacto social na vida das crianças e adolescentes. As crianças estão ativamente conectadas. Estima-se que globalmente uma em cada três crianças utilizam a internet. (LIVINGSTONE; CARR; BYRNE, 2015). Importante destacar que os impactos tecnológicos se tornam mais um desafio ao Direito, o que exige um novo tipo de compreensão deste fenômeno, intensificado pela pandemia causada pelo COVID-19.

Na atualidade as crianças não só gostam de utilizar a internet para a prática de jogos, mas também auto expressar e utilizar tais ferramentas para trabalhar e comunicar. Estas adesões têm seus desdobramentos e são dimensionadas de diversas formas, frutos da complexidade social em tempos de quarentena.

A quantidade crescente de dados pessoais de crianças e adolescentes expostos na internet durante a pandemia, é o motivo

¹ Pós-Doutor em Direito Público pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS-RS. Doutor em Direito Público pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS-RS. Professor e Pesquisador do Programa de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação em Direito da UNOESC – Universidade do Oeste de Santa Catarina.

da presente reflexão, e o núcleo central das preocupações sobre os riscos de privacidade on-line.

Compreender esses novos acontecimentos e conflitos que advêm, inclusive, da pandemia causada pelo COVID-19 é tarefa difícil. A implementação a qualquer serviço que envolva o processamento de dados pessoais de crianças e adolescentes, responsabilidades e o consentimento parental, também durante a quarentena, é pouco abordado e merece ampliação dos diálogos, ou seja, a imprescindibilidade da aplicação do princípio da proteção integral da criança e do adolescente.

2 CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO SUJEITO DE DIREITOS

A sociedade é construída sobre mitos e crenças, para além da compreensão e interpretação racional. Nesse sentido, ao realizar questionamentos sobre a ordem posta, estas não são elevadas ao patamar necessário, pois confrontam diretamente o sistema que rege a sociedade, o qual está estabilizado sobre certas ideias – que não devem ser objeto de questionamento. Nesse panorama, a tecnologia, na sociedade atual, é a crença que se tem acerca de um futuro melhor, mais seguro e de um ambiente mais sadio ao ser humano, podendo-se afirmar que a tecnologia é a base da racionalidade atual (MOZETIC; TRINDADE; MOLLER, 2018).

Para Acedo Penco e Platero Alcon (2016, p. 52),

[...] as novas tecnologias de informação abundante e transversalmente eles foram instalados em nossas sociedades, que em um processo acelerado foram transformados pela incidência de não apenas em aspectos relacionados ao desenvolvimento econômico e cultural, mas também na projeção dos direitos das pessoas em mundo virtual, em particular, como consequência do acesso massivo a informações que,

em termos de redes sociais, evoluíram no conceito de web 2.0, no qual os usuários, superando a fase simples receptores tornaram-se centros independentes de geração de conteúdo.

Paralelo ao desenvolvimento houve generalização do uso da internet – na pandemia também – e outros mecanismos de comunicação frente o avanço das novas tecnologias na sociedade pós-moderna e complexa. Para Mozetic, Trindade e Moller (2018, p. 9),

[...] nos últimos tempos todos os avanços e progressos, ocasionados pelas diversas formas de novas tecnologias criadas, causaram um grande impacto social na vida das pessoas, nas mais diversas formas. Tais impactos das tecnologias na sociedade tornam-se cada vez um maior desafio ao Direito, uma vez que as complexidades são trazidas ao Judiciário e, paralelamente, não há resposta do direito legal para corresponder às pretensões. Todo esse cenário exige do Jurista um novo tipo de compreensão do fenômeno jurídico, aceitando que na atualidade a juridicização da vida adere a novos e múltiplos desafios ao direito. Dentre eles, as tecnologias e seus desdobramentos são dimensionados de diversas formas, frutos da complexidade social e da rapidez do avanço de tecnologias que estão à frente da capacidade de apreensão dos fenômenos por parte do Direito.

Nesta sociedade complexa e pós-moderna também aumentaram os riscos de violação da privacidade das pessoas – de seus direitos a privacidade e proteção de dados pessoais, honra e autoimagem, e o direito ao sigilo das comunicações.

Há sim, uma globalização das informações, facilitação e imediatismo da comunicação, e progressão de meios e instrumentos técnicos que permitam coletar e transmitir dados pessoais pela rede (SOLÉ RESINA, 2020).

No Brasil, a proteção foi impulsionada pela Declaração de Genebra, de 1924, e a Declaração Universal dos Direitos dos Homens, de 1948, que reconheceram como padrão hermenêutico interpretativo a necessidade de garantir proteção ampla a todos os aspectos da infância e juventude de modo a oferecer um ambiente adequado ao seu desenvolvimento. (LOCATELI; PEDERIVA, 2020). Para os autores,

Em sequência ao avanço cronológico das Convenções e Declarações, em 1985, foram estabelecidas pelas Nações Unidas as Regras de Beijing, ratificadas e promulgadas pelo Brasil pelo Decreto 99.710/1990, as quais definiram regras mínimas para a administração da justiça no que tange aos interesses da criança e do adolescente. Em seus princípios gerais, definiu-se como orientação fundamental que os Estados busquem mecanismos para priorizar não apenas o bem-estar da criança e do adolescente, mas também de sua família, inclusão esta que permitiu o reconhecimento da família como ente com fragilidades (LOCATELI; PEDERIVA, 2020, p. 37).

Segundo Piovesan e Pirotta (2016 *apud* LOCATELI; PEDERIVA, 2020, p. 37),

A Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, promulgada no Brasil pelo Decreto 99.710/1990, além de abarcar os reconhecimentos e previsões das convenções e declarações que a antecederam, reforçou o conceito de responsabilização dos pais na proteção integral e garantia do interesse maior da criança. Estabeleceu a proteção e o cuidado necessários para o seu bem-estar, os direitos e deveres dos pais ou responsáveis em propiciar à criança orientação e instrução adequadas e condizentes com a evolução de sua capacidade, bem como ao exercício de seus direitos. Essa convenção reconheceu a criança como sujeito pleno de direito, para quem deve ser garantido o desenvolvimento de forma integral, exigindo-se, para tanto, a consideração de sua absoluta prioridade.

2.1 COVID – 19 E LIVRE EXERCÍCIO DOS DIREITOS DA PERSONALIDADE

Segundo o entendimento de Rubellini-Devichi (1996, *apud* NETO, 2011, p. 343),

[...] o reconhecimento desses novos direitos, juntamente à crise do Estado no mundo contemporâneo, à ampla possibilidade de dissolução do vínculo conjugal e ao empobrecimento de grupos sociais, faz surgir uma série de novos problemas, enfeixados em torno das responsabilidades do grupo familiar e do poder público na proteção dos direitos das crianças.

Por isso a importante consideração de que “a criança é o membro mais frágil da família e, por isso, merecedor de maior proteção, o que determina o reconhecimento de direitos em seu favor” (RUBELLINI-DEVICHI, 1996, p. 5-9 *apud* NETO, 2011, p. 345). É importante lembrar que por mais que o assunto se trate de menores de idade, enclausurados pela necessidade de cuidados e prevenindo o contágio em tempos de pandemia, eles também possuem interesses e vontades, e uma vez que o direito da personalidade está associado a características exclusivas de cada ser humano, é necessário discutir o consentimento em relação as crianças, mediando seus direitos ou se admitindo livre acesso a eles.

Segundo Adriano de Cupis: “Todos os direitos, na medida em que destinados a dar conteúdo à personalidade, poderiam chamar-se “direitos da personalidade”. (CUPIS, p. 17-18 *apud* FALCÃO, 2012, p. 26). Expressa Coimbra (1961, p. 17-18):

A personalidade será o chamado primeiro bem da pessoa, é o que a pessoa se desenvolve ao longo dos anos, serão seus atributos configuradores. Assim, direitos da personalidade são aqueles que conferem às pessoas

o poder de proteger as características mais relevantes de sua personalidade e, sem os quais, está se tornando algo insuscetível de realização, tendo sua existência impossibilitada; são direitos subjetivos, cujo conteúdo se identifica com os valores e bens essenciais da pessoa humana, abrangendo aspectos morais, intelectuais e físicos. Afastam-se dos direitos patrimoniais, e existem a par destes, exatamente por serem despidos de conotação econômica intrínseca.

Considerar que a honra, a intimidade e a própria imagem são direitos personalíssimos, cuja tutela existe em todo o mundo, mesmo que a pandemia tenha elevado o grau de exposição online, e que devem ser garantidos através de mecanismos de efetividade destes direitos, ou seja, significa adotar um importante critério em busca da proteção integral diante de uma situação agravada pelo perigo da pandemia causada pelo COVID – 19.

Assim como expressa Raposo: os direitos fundamentais correspondem aos direitos da pessoa. Assim, o direito à vida, que a todos os demais condiciona, mais do que qualquer outro, é um direito natural. “As suas expressões históricas, ideológicas ou políticas, são expressões meramente nominalistas, que na sua positividade, apenas reforçam, no plano do direito aplicado, essa sua natureza”. Segundo o autor “os textos declaram o direito à vida, mas não criam a vida, até porque ninguém (nem o seu próprio ‘protagonista’) pode sobre ela decidir” (RAPOSO, 1992, p. 416-417 *apud* NUNES, 2011, p. 3).

2.2 DIREITO A HONRA, A IMAGEM E PRIVACIDADE

O avanço tecnológico, principalmente da internet sem dúvidas transformou o mundo; a pandemia causada pelo COVID – 19 também transforma. Com o passar dos anos houve uma mudança drástica em relação a privacidade e exposição, um fluxo constante

de informações, imagens e o crescimento das mídias sociais, assim revolucionando uma nova geração, talvez uma geração “pandêmica”. Por esta razão, nem toda evolução tecnológica é positiva.

O excesso de exposição social durante a *quarentena*, ou seja, a pandemia causada pelo COVID – 19, abre margem a modelos novos de exploração de informações pessoais. A *quarentena* permitiu que parte da uma sociedade estivesse mais conectada, contribuindo para que uma desvalorização da privacidade com as facilidades que lhe são proporcionadas pelos meios digitais, como as redes sociais, com o mercado midiático incentivando o excesso de exposição pessoal de crianças e adolescentes, que por vezes não condizem nem com a realidade dos usuários, apresentando uma imagem meramente virtual, por vezes colocando crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, danos que podem ser irreversíveis. (VELASCO, 2016).

2.3 HONRA COMO QUALIDADE MORAL

A honra consiste numa qualidade moral do ânimo o qual ferido, deve ser protegido com afincos pois ela está fortemente ligada à imagem social e usa como base a consideração do que as pessoas pensariam, e como ficaria sua reputação perante a sociedade. Assim como expressa Marques: “O direito à honra, à reputação ou consideração social, abrangendo a honra externa ou objetiva e a interna ou subjetiva perfila como um direito de personalidade”. Como integrante dos direitos fundamentais, a “honra, proveniente do latim honor, indica a própria dignidade de uma pessoa, que vive com honestidade e probidade, pautando seu modo de vida nos ditames da moral” (MARQUES, 2010).

Segundo Guerra (2006) “a proteção à honra consiste no direito de não ser molestado, injuriado, ultrajado ou lesado na sua dignidade ou consideração social” tendo assim a pessoa injuriada direito legítimo de preservar sua imagem, que está diretamente ligada a moral, e valores pessoais, como seu nome ou por ser uma referência para a sociedade.

Crianças e adolescentes como sujeitos de direito, assim como os adultos também possuem seu direito de imagem e privacidade, em tempos de pandemia ou não, além da inviolabilidade de sua intimidade, portanto é dever de toda sociedade preservar o universo das crianças e adolescentes do universo digital e dos efeitos perversos da pandemia.

2.4 PRIVACIDADE NA QUARENTENA COMO MANIFESTAÇÃO DA VIDA

O artigo 12 da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que ninguém será sujeito a interferências em sua vida privada, em sua família, em seu lar ou em sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação. Todo ser humano tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

O direito à privacidade está estreitamente ligado ao direito da personalidade da pessoa humana, conforme exposto anteriormente e, como um direito constitucional que deve ser protegido.

Vale destacar a importância do significado do direito de privacidade como direito da pessoa composta de todas as manifestações da própria vida, e que ninguém quer violação a esse direito (SOLÉ RESINA, 2011).

A Carta Magna, de maneira expressa, em seu artigo 5º, inciso X, descreve “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a

imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Seguindo esse entendimento, no artigo 21 do Código Civil brasileiro, descreve que “a vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma” (BRASIL, 2002).

Em relação à privacidade e à proteção de dados de crianças e adolescentes em tempos de pandemia, a questão é ainda mais polêmica. Os problemas advindos do uso abusivo dos dados pessoais, relacionados à assimetria informacional, neste período, são potencializados quando o sujeito está em uma situação de vulnerabilidade (DONEDA; ROSSINI, 2015, p. 38).

Ao se considerar as crianças e os adolescentes como pessoas em desenvolvimento, a bolha dos filtros presente na internet, durante a pandemia causada pelo COVID -19, advinda da extrema personalização do conteúdo por meio de algoritmos, pode ter efeitos geracionais nunca antes imaginados (NEGRI; FERNANDES; KORKMAZ, 2018).

Segundo Cavero (1997 *apud* GUERRA, 2006, p. 6) “privacidade tem em conta a esfera da vida individual na ausência do público, ou seja, na comodidade onde as bases familiares permanecem resguardadas, ou melhor, confinadas no próprio núcleo familiar, repugnando qualquer intromissão alheia.”

Assim, Shmueli e Blecher-Prigat (*apud* BALLVÉ, 2020, p. 264) entendem que “as crianças e adolescentes, para o desenvolvimento correto e livre de sua personalidade, precisam de privacidade e que eles mesmos decidam como agir publicamente. É a minoria quando a personalidade passa por seu maior desenvolvimento, o

que implica que o sistema jurídico deve estabelecer um sistema de hiper proteção”, não somente neste período crítico.

Portanto entende-se que a privacidade é algo que deveria ser impenetrável, que diz respeito apenas para quem, está vivendo-a e sentindo, “são os segredos, as particularidades, as expectativas, enfim seria o ‘canto sagrado’ que cada pessoa possui”.

3 O FENÔMENO *SHARETING*

Para Acedo Penco e Platero Alcón (2016, p. 53) crianças e adolescentes nascidos neste ambiente digital, é por isso que eles foram chamados em doutrina, nativos digitais.

De acordo do Silva (2017 *apud* LOCATELI; PEDERIVA, 2020, p. 43),

[...] dentre os direitos fundamentais da criança e do adolescente, ressalta-se que o direito à vida com dignidade destaca-se em relação aos outros direitos fundamentais, pois da proteção dele dependem a existência e o fruir de outros direitos fundamentais. Das três dimensões do direito à vida propostas por Silva (2017) – a existência, a integridade física e a integridade moral – não se pode, em uma análise superficial, considerar apenas as duas últimas como sujeitas à afetação da inserção da criança e do adolescente no ciberespaço.

Essas violações de direitos fundamentais ocorrem no ciberespaço trazem importantes efeitos sociais e jurídicos, e que são relevantes quando da análise dos limites da autonomia privada das crianças e dos adolescentes frente ao uso das novas tecnologias, como forma de proteção. O ambiente digital é vasto e complexo (LOCATELI; PEDERIVA, 2020).

É indiscutível que os avanços tecnológicos impactam diretamente nos menores, com os diversos atrativos proporcionados pela evolução digital, tornando tudo muito mais simples, rápido e

fácil, mas, a pandemia ampliou essa discussão. “A internet é uma ferramenta que foi criada com o objetivo e finalidade de disponibilizar informações referentes à educação e cultura para que as pessoas obtivessem agilidade no acesso do conhecimento científico” (PAESANI, 2012, p. 10 *apud* VELASCO, 2016, p. 3). Os benefícios que ela traz para a sociedade suas facilitações, a agilidade que a internet proporciona de comunicação através do globo são imensuráveis, coisas que antigamente eram consideradas de difícil acesso e nos dias de hoje se tornaram simples e rotineiras, incentivando cada vez mais a utilização da mesma.

Porém toda a facilitação que a evolução tecnológica nos proporcionou associada com a vinda das redes sociais, e o excesso de exposição social a internet, agravada pela pandemia causada pelo COVID-19, tornou-se um espaço frágil e inseguro por possuir informações de todas as categorias e o banco de dados conectados a uma rede. Um dos malefícios é em relação ao controle de privacidade de informações, pois atualmente encontra-se um alto nível de questões judiciais em face da ação de programas de hackers que obtêm diversas informações e senhas pessoais, além de vazamento da vida íntima de suas vítimas, tanto em relação a conversas como também com exposição de fotos privadas (BOGO, 2016 *apud* VELASCO, 2016, p. 4).

Na definição de Blum-Ross e Livingstone (2017 *apud* BALLVÉ, 2020, p. 251),

[...] podemos definir o compartilhamento como a prática dos pais usando as redes sociais para comunicar informações pessoais, especialmente imagens, sobre seus filhos menores. Em inglês, ‘compartilhando representações de seus pais ou filhos on-line’. Quando as famílias compartilham detalhes da vida de seus filhos em seus perfis pessoais, é criado um conflito entre o direito à privacidade dos pais e filhos menores. Os menores

não têm controle sobre suas informações pessoais compartilhadas por seus pais e / ou responsabilidade parental (tradução nossa).

Então, se levarmos em consideração o fenômeno do *sharenting*, durante a pandemia causada pelo COVID-19, perceberemos que, de acordo com o princípio da proteção integral de crianças e adolescentes, a fim de proteger o direito de privacidade de crianças e adolescentes, é sempre necessário adotar mecanismos de eficácia de direitos fundamentais.

3.1 CONSENTIMENTO PARENTAL E REDES SOCIAIS

Para Chiarella (2006, p. 27 *apud* NETO, 2011, p. 361) na medida em que se analisa certa oposição entre o exercício exclusivo dos direitos da personalidade e a submissão dos menores à representação decorrente do regime de incapacidades é um dos aspectos da dicotomia titularidade-exercício dos direitos. A tensão entre autonomia e tutela representaria, assim, o tratamento próprio da infância na cultura jurídica contemporânea.

Por esta razão, é dever dos pais cuidar dos filhos em fase de desenvolvimento, como sujeitos de direitos de direitos, que precisam ter seus desenvolvimentos assegurados. A Constituição Federal, em seus arts. 227 e 229, e as normativas infraconstitucionais, em especial, o art. 29, caput, da Lei 12.965/2014, impõe aos pais o dever pela proteção e promoção integral dos filhos menores, inclusive pelo controle de conteúdo na internet considerados impróprios. A legislação, portanto, não deixa ao livre arbítrio parental o poder de decidir sobre o controle do uso da internet e do acesso virtualizado. Facultado em lei está tão somente a escolha do recurso para o controle, ao qual estão obrigados. (LOCATELI; PEDERIVA, 2020).

O artigo 229 da Constituição Federal, “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. No entendimento de Shmueli e Blecher-Prigat (*apud* BALLVÉ, 2020, p. 261) a responsabilidade pelo cuidado no exercício da autoridade parental deve garantir que os direitos de personalidade de seus filhos sejam respeitados e não sofram qualquer interferência ilegal.

Para compreender a complexidade do fenômeno *sharetig* a este respeito, a interpretação dos titulares do poder familiar deve estar alinhada com o direito de família². Seguindo este entendimento, o Estatuto da Criança e do Adolescente³, que em seu artigo 21 dispõe que “O poder familiar será exercido, em igualdade de condições, pelo pai e pela mãe, na forma do que dispuser a legislação civil, assegurado a qualquer deles o direito de, em caso de discordância, recorrer à autoridade judiciária competente para a solução da divergência”, ou seja, A Constituição Federal de 1988, adequando-se a Declarações e Tratados internacionais adotou a doutrina da proteção integral à criança e ao adolescente que foi regulamentada pela Lei 8.069/1990 (ECA).

Para Machado (2003 *apud* GOBBO; COSTA, 2020, p. 151) trata-se de um marco histórico. Isso porque, “o paradigma da proteção integral, revisitando e revigorando a vertente igualitária e democratizante do direito iluminista, instala uma nova ordem

² A Constituição Federal de 1988 estabelece no artigo 227, caput: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” Disponível em https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_227_.asp. Acesso em: 11 jul. 2019.

³ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

na matéria, afinada com a contemporânea concepção de radical proteção aos Direitos Humanos”.

Os pais e responsáveis legais são pessoas que têm o poder familiar, ou seja, direitos e obrigações quanto à pessoa e bens dos filhos e exercido, em igualdade de condições, por ambos os pais, ou seja, na educação e melhor interesse dos filhos menores⁴. A cada genitor incumbe o dever de saber onde, com quem e por que o filho menor de idade está longe de suas vistas. Devem os pais assegurar-se de que distante de seus olhos, o filho estará em segurança porque algum adulto o estará assistindo. (MACIEL, 2013, p. 152).

PorissoLamaAyma(2006) defende que crianças e adolescentes estão precisamente no momento em que sua personalidade está em processo de desenvolvimento e, por esse motivo, se consideram especialmente vulneráveis, inclusive durante a pandemia causada pelo COVID-19. É por isso que eles são *hiper protegidos* e que o sistema jurídico deve ser especialmente garantido para que essa proteção seja eficaz.

Segundo Young (2011 *apud* GOBBO; COSTA, 2020, p. 150),

[...] vários outros estudos apontam o impacto negativo do uso excessivo das TICs sobre o desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, diversos fatores situacionais, como: problemas sociais e mudanças de vida, falta de habilidade social, baixa autoestima, solidão e depressão podem desencadear o uso da internet como uma fuga psicológica para que o indivíduo se distancie de um problema ou situação difícil na vida real.

Estabelecer os limites da intimidade e da vida privado nos tempos de hoje tem se tornado uma tarefa árdua. Ocorre uma grande dificuldade de separar os dois mundos, em razão disso

⁴ “Pais e responsável legal” refere-se aos deveres e direitos para da pessoa da criança (garantir abrigo, alimentos e roupas, representar legalmente).

Araújo utiliza a expressão vida privada e intimidade como sinônimas. (ARAÚJO *apud* GUERRA, 2006, p. 5).

Independentemente da complexidade social e o difícil período que o mundo atravessa, os Estados devem reconhecer a importância do acesso e do uso de mídias digitais e TIC para crianças e seu potencial de promoção de todos os direitos das crianças, em especial os direitos à liberdade de expressão, ao acesso à informação adequada, à participação, à educação, ao descanso, ao lazer, às atividades recreativas, à vida cultural e às artes (UNITED NATIONS, 2014).

4 CONCLUSÃO

Inúmeras violações de direitos fundamentais ocorrem no ambiente virtualizado. Os efeitos sociais (antes, durante e depois) e jurídicos merecem ampliação das discussões porque são relevantes quando da análise dos limites da autonomia privada das crianças e dos adolescentes frente ao uso das novas tecnologias.

Como forma de proteção, nesse ambiente digital vasto e complexo, e em razão do conhecimento de que muitos desses crimes cibernéticos contra crianças e adolescentes resulta da exposição feita – não somente resultado da pandemia causada pelo COVID-19 – até mesmo pelos próprios pais colaboraram para que os crimes aconteçam.

Mas, mesmo que a internet seja uma ferramenta com vistas a disponibilização de informações e ampliação do espaço comunicativo, os limites devem ser estabelecidos.

Em conclusão, pode-se verificar, que o tratamento de dados pessoais de crianças e de adolescentes, inclusive em tempos de pandemia causada pelo COVID-19, deve ser realizado em seu melhor

interesse, os pais têm o direito de decidir sobre o compartilhamento de dados pessoais por seus filhos, respeitando e atendendo limites no que diz respeito às determinações legais, ou seja, crianças e adolescente têm direito ao acesso as tecnologias da informação e comunicação no exercício do direito à liberdade, mas, considerando sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, o acesso pode ser restringido pelos pais a conteúdos que não sejam próprios para sua idade, em qualquer tempo, independentemente da pandemia causada pelo COVID-19.

REFERÊNCIAS

ACEDO PENCO, Ángel; PLATERO ALCON, Alejandro. La privacidad de los niños y adolescentes en las redes sociales: referencia especial al régimen normativo europeo y español, con algunas consideraciones sobre el chileno. **Rev. chil. derecho tecnol.**, Santiago, v. 5, n. 2, p. 63-94, dic. 2016. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-25842016000200063&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2019.

AYMA, A. de Lama. Los derechos de la personalidad de los menores de edad, Tirant lo Blanch, Valencia, 2006.

BALLVÉ, Maria Planas. El fenómeno sharenting: intromisiones ilegítimas del derecho a la intimidad de los menores de edad en las redes sociales por sus responsables parentales. *In: Protección de los menores de edad en la era digital*. Curitiba: Editora Juruá, 2020.

BRASIL. **Código Civil**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 22 maio 2020.

COIMBRA, Clarice Helena de Miranda; QUAGLIOZ, Flaviano Ribeiro. **Direitos Fundamentais e Direito da Personalidade**. 1961. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br//dspace/handle/2011/18139>. Acesso em: 30 out. 2019.

DONEDA, Danilo; ROSSINI, Caroline Almeida A. Proteção de dados de crianças e adolescentes na Internet. *In*: BARBOSA, A. F. (Coord). **TIC Kids Online Brasil 2014**: pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2015, p. 37-46. Disponível em: http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/TIC_Kids_2014_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 30 out. 2019.

FALCÃO, Viviane. **A lei da alienação parental como instrumento de proteção dos direitos fundamentais e dos direitos da personalidade da criança e do adolescente**. 2012. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/602>. Acesso em: 30 out. 2019.

GOBBO, Edenilza, COSTA, Aline Bogoni. Acesso vigiado às TICs como garantia do direito ao desenvolvimento e à autonomia na infância. *In*: **Protección de los menores de edad en la era digital**. Curitiba: Editora Juruá, 2020.

GUERRA, Sidney. Direito fundamental à intimidade, vida privada, honra e imagem. *In*: Anais do XV Encontro Preparatório para o Congresso Nacional do CONPEDI. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2006. **Anais...** Florianópolis, CONPEDI, 2006. Disponível em: http://conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/recife/direitos_fundam_sidney_guerra.p. Acesso em: 13 out. 2019.

LIVINGSTONE, Sonia; CARR, John; BYRNE, Jasmina. One in Three: Internet Governance and Children's Rights. **Global Commission on Internet Governance Paper Series** n.º 22. 2015.

LOCATELI, Cláudia Cinara; PEDERIVA, Rafaela. Deveres parentais: o limite da autonomia privada da criança e do adolescente no uso das novas tecnologias. *In: **Protección de los menores de edad en la era digital***. Curitiba: Editora Juruá, 2020.

MACIEL, K. R. F. L. A. Poder familiar. *In: MACIEL, Katia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente***. Aspectos teóricos e práticos. São Paulo: Saraiva, 2013.

MARQUES, Andréa. **Direito a Honra**. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios – TJDF. 2010. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/artigos-discursos-e-entrevistas/artigos/2010/direito-a-honra-andrea-neves-gonzaga-marques>. Acesso em: 14 out. 2019.

MOZETIC, Vinicius Almada; SANTOS, Paulo Junior Trindade dos; MOLLER, Gabriela Samrsla. **(Re)pensar o direito a partir das novas tecnologias e da complexidade social**. 2018. Disponível em: <https://www.unoesc.edu.br/editora/livros-single/e-book-gratuito-repensar-o-direito-a-partir-das-novas-tecnologias-e-da-comp>. Acesso em: 29 out. 2020.

NEGRI, Sergio Marcos Carvalho de Ávila; FERNANDES, Elora Raad; KORKMAZ, Maria Regina Detoni Cavalcanti Rigolon. A proteção integral de crianças e adolescentes: desafios jurídicos de uma sociedade hiperconectada. **Ciência Tecnologia e Inovação: Políticas e Leis**, 2018.

NETO, Edgard. Exercício dos direitos da personalidade por crianças e adolescentes: entre o exercício exclusivo e regime de incapacidade. **Revista Jurídica da Presidência Brasília**, v. 13 nº100 jul/set 2011, p. 343-373. Disponível em: <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/152>. Acesso em: 22 maio 2020.

NUNES, Lydia. Respeito aos direitos da personalidade das crianças e adolescentes. **Revista Segurança Urbana e Juventude**. v. 4, n. 1/2. 2011. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/seguranca/article/view/5027>. Acesso em: 11 out. 2019.

SOLÉ RESINA, Judith. **Derecho de la persona vigente en Cataluña**. 3. ed. Valencia:Tirant lo Blanch,, 2011.

SOLÉ RESINA, Judith. Emancipación digital y potestade parental. *In*: **Protección de los menores de edad en la era digital**. Curitiba: Editora Juruá, 2020.

UNITED NATIONS. **Human rights appeal 2014**. 2014. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/AboutUs/UNHumanRightsAppeal2014.pdf>. Acesso em: 22 maio 2020.

VELASCO, Nara. Privacidade: Direito a Intimidade na era digital. **Revista Ciência e Sociedade**, Macapá, n.1, v.1, jan/jun. de 2016. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/cienciaesociedade/article/viewArticle/2104>. Acesso em: 09 out. 2019.

PARTOS DURANTE A PANDEMIA DE CORONAVÍRUS

Janaína Reckziegel¹
Luciele Daiana Wilhelm²

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho discute a realização de partos durante o período de pandemia causado pelo Coronavírus ou COVID-19. A proposta compõe-se de um estudo sobre o vírus, sobre direitos reprodutivos, proteção do parto, abordando as orientações e cuidados na área obstétrica durante a pandemia.

Na primeira parte do artigo será feito um breve estudo sobre o Coronavírus ou COVID-19. Na sequência serão abordadas as recomendações acerca dos partos durante a pandemia, tipos de partos mais indicados e implicações. A seguir o foco do estudo será os partos de mulheres que testaram positivo para o Coronavírus, a possibilidade de transmissão do vírus ao feto no momento do nascimento e na amamentação.

¹ Pós-Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2019). Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá – RJ (2014). Mestre em Direito Público pela Universidade de Caxias do Sul – UCS (2007). Especialista em “Mercado de trabalho e exercício do magistério em preparação para a Magistratura” pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó (2002) e em “Educação e docência no ensino superior” pela Faculdade Exponencial – FIE (2009). Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc (2001). Autora de diversos livros (*E-book*) e artigos em revistas jurídicas especializadas no Brasil e exterior. Advogada, Professora Titular e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. CPF: 018.521.589-05. Residente na Avenida Getúlio Vargas, 542-S, Ed. Olympus, Apto: 401, Centro, em Chapecó – SC, Cep: 89.814-000. Fone (49) 99987-0903. *E-mail*: janaina.reck@gmail.com. Sistema Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7597547217990217>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8301-4712>.

² Bacharel em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. Especialista em Direito Processual Civil pela Faculdade Damásio. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Analista Jurídica do Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Contato: luciele.wilhelm@gmail.com.

Por fim, o trabalho falará sobre os direitos das mulheres e a sua a garantia no período de pandemia, especificamente no que concerne à gestação e ao parto.

Apesar da certeza dos direitos já conquistados pelas mulheres e de que eles são direitos fundamentais constitucionalmente protegidos, a incerteza do momento enfrentado pelo mundo em razão da pandemia do Coronavírus pode fazer com que se adote protocolos procedimentais tendentes a ameaçar direitos consagrados, o que não se deve permitir.

O que se pretende com este trabalho, na forma de revisão da literatura e da legislação, é analisar a situação dos partos durante a pandemia do Coronavírus e a garantia dos direitos das mulheres nesse contexto.

2 O CORONAVIRUS

A pandemia causada pelo Coronavirus: *Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* ou SARS-Cov2 ou COVID-19 surgiu na China e se espalhou rapidamente pelo mundo, gerando em diversos países uma situação de emergência sanitária importante. Os governos trabalham no sentido de controlar a velocidade do contágio, evitando, assim, um colapso no sistema de saúde, que não possui estrutura para receber muitos doentes ao mesmo tempo.

As pessoas atingidas pelo COVID-19 apresentam desenvolvimento muito variável da doença. Algumas pessoas sequer têm sintomas, mas muitas apresentam insuficiência respiratória grave e necessitam de leitos, respiradores e estrutura de UTI, alguns acabam falecendo, especialmente (mas não exclusivamente) aquelas pessoas que possuem comorbidades.

A infecção humana causada pelo novo Coronavírus é uma emergência de saúde a nível internacional, cuja evolução e letalidade variam dependendo do país e das pessoas atingidas (a grande maioria das mortes ocorre em idosos e pessoas com mais doenças). Até o momento não foi desenvolvida vacina ou medicamento com eficácia comprovada no combate ao COVID-19, por isso atualmente o tratamento se restringe ao controle e suporte dos sintomas (Nota Técnica nº 7 do Ministério da Saúde) (BRASIL, 2020).

Até o momento não se verificou evolução e gravidade diferenciada da doença nas gestantes em comparação com a população em geral, tanto sintomas quanto complicações são semelhantes (Nota Técnica nº 7 do Ministério da Saúde). Por essa razão, o Ministério da Saúde, assim como a ICM recomendam que os cuidados de prevenção de contaminação das gestantes sejam os mesmos do restante da população (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, não se pode deixar de lado a atenção especial e prioritária que deve ser dispensada às gestantes e parturientes que adentram o sistema de saúde e que, por sua condição, necessitam de atenção especial. Além disso, gestantes e recém-nascidos fazem parte do grupo de risco, ou seja, são pessoas mais vulneráveis aos efeitos do COVID-19.

3 CUIDADOS NOS PARTOS DURANTE A PANDEMIA

A pandemia do COVID-19 trouxe novos desafios à todos e especialmente à organização hospitalar, exigindo estrutura diferenciada e novos e importantes cuidados sanitários. Com isso se questiona o que muda para as gestantes em relação a cuidados para evitar a contaminação tanto no pré-natal quanto no momento

do parto e se a pandemia pode justificar mudanças no atendimento das mães a ponto de ameaçar algum direito.

A ICM- *International Confederation of Midwives* recomenda que as gestantes tenham os cuidados normais de prevenção da contaminação por COVID-19, da mesma forma que a população em geral, além de recomendações específicas, tratadas no documento “Os direitos das mulheres no parto devem ser mantidos durante a pandemia” (*INTERNACIONAL...*, 2020).

Chama a atenção a preocupação da ICM com a possibilidade de ocorrência de cesarianas desnecessárias durante a pandemia, assim como partos com fórceps, entre outros, o que poderia piorar ainda mais a situação. Tais procedimentos podem aumentar o tempo de internação e conseqüentemente de exposição da mãe e do recém-nascido ao COVID-19 no hospital.

Não há indícios que sugiram que seja mais seguro realizar cesariana em caso de COVID, portanto, devem continuar sendo respeitadas as decisões da mulher em relação ao parto, realizando parto normal sempre que possível e respeitando a indicação clínica normalmente, independentemente da existência do COVID.

Quanto à realização de partos em casa, o chamado *homebirth*, a ICM esclarece que pode ser mais seguro que no hospital ou clínica obstétrica, mas desde que sejam mulheres saudáveis, com gravidez normal e desde que haja o acompanhamento por profissionais qualificados e equipamentos de emergência disponíveis.

A Nota Técnica nº 7 do Ministério da Saúde orienta que as consultas e exames de rotina das gestantes com sintomas gripais devem ser adiadas por 14 dias e se necessário essas pacientes devem ser atendidas em locais isolados. Já as pacientes assintomáticas devem ter todos os seus atendimentos de pré-natal preservados, apenas mantendo cuidados de higiene e evitando aglomeração.

Além disso, a Nota Técnica destaca a necessidade de evitar ao máximo prejuízo ao seguimento pré-natal (BRASIL, 2020).

A Declaração da ICM aponta que deve ser utilizado o modelo de continuidade dos cuidados em obstetrícia, ou seja, atendimento pelo mesmo profissional, apoio ao parto domiciliar quando em condições favoráveis e continuidade do atendimento pré-natal.

4 PARTOS DE MULHERES COM TESTE POSITIVO PARA CORONAVIRUS

Além da situação referente aos partos de forma geral, temos o problema específico referente ao parto das mulheres e bebês suspeitos ou confirmados com a infecção causada pelo vírus COVID-19.

A pesquisa realizada por Rondelli *et al.* (2020) demonstrou que a maioria dos recém-nascidos de mães portadoras de COVID-19 testaram negativo para o vírus. Entretanto, o que se verificou foi maior sofrimento fetal na gravidez dessas mulheres e mais partos prematuros.

O Ministério da Saúde, na Nota Técnica nº 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, também menciona que parece improvável a transmissão do Coronavírus da mãe para o bebê antes ou durante o parto, já que nos casos relatados de gestantes portadoras do vírus, os bebês testaram negativo após o nascimento. A Nota Técnica refere que os estudos demonstraram a incapacidade do vírus romper a barreira placentária (BRASIL, 2020).

Por outro lado, a ICM não recomenda a realização de partos na água neste momento de pandemia em grávidas que testaram positivo para COVID-19, pois o vírus foi detectado em amostras fecais, o que poderia contaminar a água.

O Ministério da Saúde informa ainda que não há indicativo de que o Coronavírus cause algum tipo de malformação no feto, pois isso não foi verificado em nenhum bebê nascido de gestante infectada.

Não há consenso quanto aos efeitos da amamentação dos recém-nascidos pelas mães infectadas. Assim, no tocante à amamentação, as referências orientam a respeitar a vontade da mãe em amamentar ou não, levando sempre em conta também seu estado clínico.

Da mesma forma, não há dados ainda para avaliar se a melhor estratégia de cuidados do recém-nascido de mãe infectada é separando-o da mãe para evitar infecção ou se os benefícios de estar junto com a mãe superam os riscos (RONDELLI *et al.*, 2020).

Em geral, o que se depreende dos documentos e orientações pesquisados é que, diante da ausência de indícios de que o vírus se transmita de mãe para filho durante o parto ou amamentação, a escolha de manter o filho consigo e amamentar cabe à mãe, como em qualquer situação de normalidade (sem pandemia).

Aliás, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, informa que as mulheres com COVID-19 podem amamentar, desde que tomem as medidas de higiene recomendadas, como usar máscara, lavar as mãos, limpar e desinfetar superfícies (OMS, 2020).

5 A GARANTIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E A PROTEÇÃO DO PARTO

A proteção à gestação é direito fundamental inserido nos direitos sexuais e reprodutivos, juntamente com o direito à saúde, proteção da família, proteção da criança e do adolescente e outros,

com fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana, da paternidade responsável e direito ao planejamento familiar.

Para Brauner (2003) as conquistas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos são importantes, pois demonstram a diminuição das barreiras entre o espaço público e privado, bem como a melhor convivência entre homens e mulheres na sociedade, promovendo direitos individuais e coletivos.

A proteção da gestação e maternidade é dever do Estado, da sociedade e da família. É o que está previsto no artigo 227 e seu parágrafo 1º³. A previsão do inciso I do §1º que determina a aplicação de recursos públicos especificamente destinados à saúde na assistência materno-infantil confirma a inclusão da maternidade e gestação dentre o rol de direitos do caput.

A autonomia é elemento importante do planejamento familiar e dos direitos reprodutivos em geral. No contexto da pandemia causada pelo Coronavírus, essa autonomia pode encontrar restrições, o que deve ser evitado ao máximo para evitar violação de direitos humanos, especialmente das mulheres e seus filhos no parto.

Em suma, os direitos das mulheres no parto fazem parte dos direitos humanos e devem haver esforços no sentido de que o impacto da pandemia no ambiente hospitalar não cause violação desses direitos.

³ Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. § 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: I – aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil; [...] (BRASIL, 1988).

O reconhecimento dos direitos reprodutivos foi conquistado por anos de lutas dos movimentos feministas mundiais, que provocaram a melhoria da condição feminina nas políticas públicas de saúde reprodutiva e proteção da maternidade, bem como todas as demais situações ligadas à reprodução humana (BRAUNER, 2003, p. 8-9).

As normas que protegem a maternidade como direito social garantido constitucionalmente tem grande importância para preservação da função biológica da mulher e perpetuação da espécie humana. As mulheres são protegidas contra os riscos que possam ameaçar sua saúde, o bom desenvolvimento da gestação, o parto, a amamentação e a saúde da criança (DINIZ, 2014, p. 167).

A ICM – *International Confederation of the Midwives* se preocupou em publicar uma declaração em defesa dos direitos já conquistados pelas mulheres em relação ao parto, para que a pandemia não prejudique tais direitos em razão de protocolos inadequados. Na Declaração da *International Confederation of the Midwives*: “Os direitos das mulheres no parto devem ser mantidos durante a pandemia”, foi anunciada essa preocupação e o desenvolvimento de recomendações de protocolos para partos durante a pandemia que garantam os direitos humanos das mulheres e dos bebês recém nascidos (INTERNACIONAL..., 2017).

Assim, além das recomendações normais de prevenção da contaminação das gestantes e neonatos, a ICM demonstra preocupação com a manutenção dos direitos das mulheres, como por exemplo a menção de que elas devem ser tratadas com compaixão, respeito e dignidade, devem receber informação adequada para que possam fazer escolher, ter acompanhantes, destacando a importância de respeitar o máximo possível a opção de parto de preferência da mãe.

A OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, por meio de publicação de folders em seu sítio eletrônico, também demonstrou a importância e preocupação com a garantia dos direitos das parturientes⁴.

As mulheres tem direito de receber atenção qualificada na rede de atenção à saúde, com garantia de acesso integral e humanizado à saúde, incluindo fluxos específicos para gestantes em locais seguros, considerando a situação complexa trazida pela pandemia (SOUZA *et al.*, 2020).

Souza *et al.* (2020) pontua que a situação de pandemia tende a causar dificuldades na questão da escuta da mulher e do respeito às suas opções, já que a crise sanitária impõe restrições a todo o sistema de saúde. Entretanto, as mulheres possuem diversos direitos já conquistados quanto a questões relativas aos partos, que não podem ser deixados de lado, mesmo na situação excepcional que vivemos.

Souza *et al.* (2020) aponta como possíveis consequências da pandemia o aumento do número de cesarianas sem indicação clínica e aumento da violência de gênero obstétrica e institucional, afetando a experiência positiva de parto incentivada pela OMS – Organização Mundial da Saúde. Assim, é de salutar importância que se observe o tratamento dispensado às mães no sentido de não atingir os referidos direitos.

⁴ Frases que constam em folder da OPAS: “Todas as mulheres têm o direito a uma experiência de parto positiva, estando ou não com COVID-19.” “Respeito e Dignidade.” “Acompanhamento por alguém de sua escolha.” “Comunicação clara de profissionais da maternidade.” “Estratégias de alívio para a dor.” “Mobilidade no trabalho de parto, quando possível, e decisão sobre a posição em que desejam dar à luz.”

6 CONCLUSÃO

As conclusões deste trabalho estão sujeitas a mudanças, já que a epidemia do Coronavírus é recente e se conta atualmente com poucos dados disponíveis sobre seus efeitos.

Nesse cenário em que a pandemia é o foco de atenção na saúde, o certo é que não se pode deixar de garantir às mulheres os importantes direitos já conquistados. Além disso, há diversos desafios a serem vencidos nesse campo, como por exemplo, a violência obstétrica, mortalidade materna e outros, que não podem ser esquecidos. Aliás, o cuidado deve ser redobrado para que tais violações não se agravem diante da situação de pandemia.

Diante da pesquisa realizada percebe-se que não há recomendações específicas para gestantes em razão da pandemia, mas sim as mesmas recomendações feitas a todas as pessoas de grupos de risco para prevenir a infecção, como usar máscara, higienizar mãos e superfícies e evitar aglomerações. Da mesma forma, não há recomendação de alteração da modalidade de parto escolhida pela mãe, apenas em razão da pandemia, uma vez que não se verificou contaminação do bebê no parto normal. A ressalva fica sendo o parto na água, que não é recomendado.

O mais importante é não permitir que os direitos das mulheres e bebês sejam violados tendo como justificativa a pandemia, retirando o que já foi conquistado em anos de movimentos e causando retrocesso. O foco no momento é a pandemia e portanto, são exigidos muitos cuidados e muitas mudanças nos protocolos de procedimentos, entretanto, a autonomia da mulher para decidir sobre esse momento tão importante da sua vida e de sua família deve permanecer incólume.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 7/2020-COSMU/CGCI-VI/DAPES/SAPS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana:** conquistas médicas e debate bioético. Rio de Janeiro; São Paulo: Renovar, 2003.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito.** 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **ICM International Definition of the Midwife.** Strengthening Midwifery Globally. 2017. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Women's Rights in Childbirth Must be Upheld During the Coronavirus Pandemic.** 2020. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **COVID-19:** materiais de comunicação. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=post-partopositivo&Itemid=965. Acesso em: 16 jul. 2020.

RONDELLI, Giuliana Paola Hoepfner; JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; HAMAD, Graziela Brito Neves Zboralski; LUNA, Erika Luciana Gomes; MARINHO, Wilson Junior Maia; MENDES, Larissa Loures; SOUZA, Kleyde Ventura de; GRATÃO, Lucia Helena Almeida. Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção Covid-19: uma revisão sistemática. **DESAFIOS – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. Especial-3, p. 48-74, 22 abr. 2020. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8943>. Acesso em: 28 maio 2020.

SOUZA, Kleyde Ventura de; SCHNECK, Sondre; PENA, Érica Dumont; DUARTE, Elysângela Dittz; ALVES, Valdecyr Herdy. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare enferm. [Internet]**. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>. Acesso em: 25 abr. 2020.

A ÉTICA MÉDICA NA ADMINISTRAÇÃO DA HIDROXICLOROQUINA EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM COVID-19

Janaína Reckziegel¹
Wilson Junior Cidrão²

1 INTRODUÇÃO

Esta produção propõe uma análise sobre a prescrição da hidroxicloroquina em pacientes diagnosticados com a Covid-19 frente à ética médica e os limites de uma experiência científica. Estudo este que se encaixa na área do biodireito e bioética uma vez que trata-se do direito de dispor do próprio corpo, somado ao direito do paciente de lhe ter empregada a melhor técnica em tempos de pandemia, onde se debate a utilização de medicamento ainda não comprovadamente eficaz. Logo, o tema se liga ao basilar princípio da dignidade da pessoa humana na referida experiência.

Neste sentido, este estudo, inicialmente, traz à discussão algumas ponderações de diretrizes previstas no Código de Ética

¹ Pós-Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2019). Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá – RJ (2014). Mestre em Direito Público pela Universidade de Caxias do Sul – UCS (2007). Especialista em “Mercado de trabalho e exercício do magistério em preparação para a Magistratura” pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó (2002) e em “Educação e docência no ensino superior” pela Faculdade Exponencial – FIE (2009). Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc (2001). Autora de diversos livros (*E-book*) e artigos em revistas jurídicas especializadas no Brasil e exterior. Advogada, Professora Titular e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. CPF: 018.521.589-05. Residente na Avenida Getúlio Vargas, 542-S, Ed. Olympus, Apto: 401, Centro, em Chapecó – SC, Cep: 89.814-000. Fone (49) 99987-0903. *E-mail*: janaina.reck@gmail.com. Sistema Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7597547217990217>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8301-4712>.

² Acadêmico do Curso de Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. *E-mail*: wilsonj.cidrao@gmail.com e Bolsista Fundo de Apoio à manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior do Estado de Santa Catarina – FUMDES – SC.

Médica, bem como no importante juramento de Hipócrates, aproximando com o Direito Civil no que se refere à responsabilidade do profissional da medicina e elucidando conceitos. Em seguida, contextualiza a pandemia com as situações já vividas relacionadas a doenças emergentes e inicia a reflexão acerca dos pacientes de experimentos. Após, trata da hidroxiclороquina e seus possíveis efeitos adversos em comparação com outro medicamento utilizado sem prescrição médica e expõe o descrito em parecer do Conselho Federal de Medicina acerca do uso da droga.

Assim, se mostra produção inovadora ao discutir as bases da posteriormente editada autorização para uso da cloroquina e hidroxiclороquina no Brasil.

2 BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ÉTICA MÉDICA

Conceitualmente, principalmente no meio jurídico, há importante preocupação com alguns falsos sinônimos, isto é, palavras, semelhantes ou não, utilizadas na linguagem coloquial a fim de se descrever alguma coisa. É nesta perspectiva que se verifica a importância de algumas elucidações como, preliminarmente, a diferença entre ética e moral. Qual se pode ter como moral, os sistemas de regras e princípios sobre a forma que se deve agir, e ética, um sentimento próprio de se inserir em determinado modo de vida (LA TAILLE, 2006).

O Código de Ética Médica, que visa disciplinar, pelo Conselho Federal de Medicina, o desenvolvimento adequado da profissão e fiscalização, em seus termos iniciais, salienta, como um de seus escopos, a busca de um “melhor relacionamento com o paciente” e garante “maior autonomia à sua vontade”. Neste ponto, já é possível iniciar a reflexão acerca do respeito ao desejo do paciente,

obviamente, em atenção também à legislação vigente, e que vai ao encontro dos princípios no mesmo documento descritos. Destacáveis, em seus princípios fundamentais, o zelo médico com a saúde e depositando o melhor de sua capacidade³, o aprimoramento constante⁴, não limitação dos meios cientificamente comprovados para o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico e tratamento⁵, isto é, dentre os tratamentos reconhecidos, o médico é responsável pela escolha no caso concreto, com respeito à já mencionada vontade do paciente quando da opção de procedimentos cientificamente reconhecidos⁶ e a utilização dos avanços tecnológicos⁷. É nesta base principiológica que, antes mesmo de termos uma estrutura orgânica médica como a atual, Hipócrates, considerado o pai da medicina, desenvolveu um juramento. Nele, parte destacável é que o médico aplicará “os regimes” para o bem do seu paciente de acordo com o seu conhecimento, nunca para fazer-lhe mal⁸. No entanto, assim como no restante do direito, além dos princípios, temos regramentos mais objetivos, como as condutas explicitamente necessárias ou proibidas em código de ética ou legislação.

O mesmo disciplinar de conduta anteriormente descrito veda ao médico que não utilize o que se chama de terapêutica correta,

³ “II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

⁴ “V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade.” (Ibid.).

⁵ “XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.” (Ibid.).

⁶ “XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.” (Ibid.).

⁷ “XXVI – A medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados.” (Ibid.).

⁸ Juramento de Hipócrates “[...] Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.” (Ibid.).

ou seja, não permite que deixe de aplicar o protocolo de tratamento correto, portanto, a prescrição, e que a terapêutica experimental deve ter consentimento do paciente e aquiescência do órgão competente⁹. Do ponto de vista legal, o médico, de maneira geral, se submete à chamada pela doutrina e jurisprudência de obrigação de meio (NETTO; ALVES, 2020). Assim, na obrigação de meio, também chamada de obrigação de diligência, o médico deve perseguir o resultado com empenho, mesmo que não o alcance, apenas sendo responsabilizado se comprovada culpa estrita ou dolo, mas deve empregar a melhor técnica para desenvolvimento da sua atividade (TARTUCE, 2019).

3 CONTEXTUALIZAÇÃO: COVID-19, O NOVO CORONAVÍRUS

Classificada como pandemia, o surto de Covid-19, conhecido como novo Coronavírus, faz parte da família *Coronaviridae*, de onde derivam causadores de infecções respiratórias. São cerca de oito tipos do vírus, além do atualmente discutido Covid-19 descoberto na China em 2019. O quanto atinge os contaminados é uma variável ampla. Podem os infectados refletirem desde uma pneumonia a um resfriado (LIMA, 2020).

Ao longo da história, tem-se que diversas patologias surgiram sem sequer ser conhecida sua origem ou tratamentos. Em 2003, outro surto de um Coronavírus chamou atenção no mundo. Também com epicentro na China, a síndrome respiratória aguda grave negligenciada pelo governo daquele país demonstrou sua elevada transmissibilidade chegando a infectar pessoas em Cingapura e

⁹ “Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta cujo uso estiver liberado no País. Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Canadá. A Organização Mundial da Saúde chegou a recomendar evitar viajar aos locais infectados pela doença, primeira vez que este tipo de opinião foi emitido pela organização.

Desde a segunda década de 1900, já se identifica a ação dos Coronavírus, que se apresentava em animais, e cerca de 50 anos depois se comprovou a existência em seres humanos. O curioso é que, ainda em 2003, este vírus foi considerado facilmente modificável e que não seria motivo de espanto sua reaparição. Não se confundindo este trecho com o atual Covid-19, apesar de semelhante situação. E assim que se assemelham, no aspecto de desconhecimento, as diversas doenças emergentes, a exemplo da peste bubônica, AIDS, H1N1 e tantas outras ao longo da existência humana (SILVA, 2003).

Desta forma, a comunidade científica se debruça sobre o vírus, suas características, seus causadores, vulnerabilidades e tratamentos. No Brasil, a Resolução Da Diretoria Colegiada da ANVISA n. 10, de 20 de fevereiro de 2015, determina os procedimentos e requisitos para ensaios clínicos com dispositivos médicos no país. Dentre diversas orientações, em seu artigo 7º, estabelece que o dossiê de investigação clínica de dispositivo médico deve garantir a segurança e os direitos dos assistidos, além do desenvolvimento clínico, qualidade do dispositivo e investigação dos dados. Portanto, indiscutível a preservação dos envolvidos.

4 A HIDROXICLOROQUINA E SEUS EFEITOS

A hidroxicloroquina, de acordo com o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, é um medicamento utilizado no tratamento de doenças como lúpus eritematoso, doenças fotossensíveis e malária (ANVISA, 2020a). Em nota técnica em março

de 2020, a ANVISA reconheceu a existência de estudos promissores em relação ao potencial clínico do medicamento, ao mesmo tempo em que não indicava como segura a automedicação em caráter preventivo ou no tratamento sem assistência médica. Logo, já se vislumbrava a capacidade tanto da cloroquina como da hidroxicloroquina em inibir o a entrada do vírus nas células bem como o transporte entre as organelas (ANVISA, 2020b). No entanto, um ponto muito questionado são os efeitos colaterais do medicamento.

Em análise à bula da hidroxicloroquina, tem-se como reações adversas comuns e muito comuns anorexia, labilidade emocional, cefaleia, visão borrada na adaptação, dor abdominal, náusea, vômito, diarreia e erupção cutânea. Ainda, quando trata dos distúrbios cardíacos, é relatada como “desconhecida” a Cardiomiopatia entre outras situações cardíacas, ou seja, aconteceria tão remotamente que seria impossível declarar um frequência, ficando esta após a classificação de 1 a cada 10 mil, além de arritmia em pacientes com fatores de risco específicos (HIDROXICLOROQUINA, 199?).

Ao mesmo tempo, a bula de outro medicamento alheio ao tema, uma conhecida combinação dipirona moidratada, citrato de orfenadrina e cafeína anidra, indicada para alívio de dores de contraturas musculares, apresenta como reações adversas redução ou aumento do ritmo cardíaco, arritmias, palpitações, choque anafilático, redução dos glóbulos brancos no sangue, boca seca, sede, redução da sudorese, retenção urinária, visão borrada, dilatação da pupila, enjoo, vômito, dor de cabeça, prisão de ventre, sonolência, entre diversos outros efeitos colaterais (DIPIRONA, 2019).

Partindo deste ponto, sem necessidade de qualquer rigor científico-clínico, é possível afirmar que por trás de diversos medicamentos consumidos, mesmo que frequentemente e sem

exigência de receita médica, são rebocadas diversas possibilidades de reações adversas graves, quais podem ou não se desencadear.

Ao mesmo tempo, não se deve ignorar os estudos científicos que indicam o contrário, afinal, é com base na pesquisa que seus objetos evoluem. É neste sentido que o Documento das Américas das Boas Práticas Clínicas, resultado da IV Conferência Pan-Americana para harmonização da regulamentação farmacêutica¹⁰, em seus princípios, expõe que embora os benefícios à sociedade sejam importantes e devam ser considerados, mais importantes ainda são as relativas a direitos, segurança e bem-estar dos assistidos na pesquisa.

Quando trata-se de estudos e experimentos, é salutar que se esclareça a necessidade de consentimento do paciente. O Código de Nuremberg, desenvolvido por médicos das forças armadas americanas, para o Tribunal Militar Internacional, responsável por julgar os crimes nazistas, foi marco ético para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos. Dentre seus princípios, o consentimento do ser humano, ou seja, aquele que será submetido à experiência, deve ter total esclarecimento dos efeitos de seu aceite e capacidade para tal. Quanto aos limites de experimentos, é basilar que não devem ultrapassar a dignidade da pessoa humana (RECKZIEGEL, 2016). Neste contexto, é possível a reflexão de que nem sempre os fins justificam os meios, portanto, não significa que a pesquisa que eventualmente tenha gerado resultado positivo tem o direito de se utilizar de pessoas sem seu consentimento.

Historicamente, a respeito de experimentos sem o rigor científico, a primeira cirurgia cardíaca no mundo foi realizada

¹⁰ Emitido na IV Conferência Pan-Americana para harmonização da regulamentação farmacêutica. República Dominicana, 2005. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

por Vivien Thomas, um assistente cirúrgico, com baixo grau de instrução, que contribuiu significativamente com a pesquisa de seu líder, Dr. Alfred Blalock. Em meio a tempos em que sofria com preconceito racial, por meio de seu intenso trabalho de pesquisa, foi capaz de desempenhar papel marcante na história médica. Não se confundindo, neste ponto, atrocidades comedidas no período nazista sob uma justifica duvidosamente científica com um trabalho em respeito à dignidade da pessoa humana e necessário (QUASE DEUSES, 2004)

Assim, em um subtotal conclusivo, já é possível estabelecer que, independentemente das condições e das circunstâncias, como pilares de uma evolução científica, onde não se justifica sacrificar um pelos demais, encontram-se o consentimento do paciente e a dignidade da pessoa humana.

5 PARECER DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Nº 04/2020

Conforme raciocínio já exposto, a limitação ética para a conduta médica no Brasil é o Código de Ética Médica e ensaios clínicos requerem certo rigor quanto ao método de estudo e exposição do resultado.

Mesmo o CFM declarando não haver a existência de evidências sólida quanto à eficácia do medicamento no tratamento e prevenção, reconheceu a excepcionalidade da situação gerada pela pandemia, também já exposta neste estudo, e autorizou a prescrição da droga em casos específicos por meio do Parecer 04/2020 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020). O parecer tem perfeita consonância com o já mencionado Código de Ética e com a relação jurídica do médico empregar a melhor técnica ao passo que o tratamento é autonomia do médico e endossa a relação médico paciente que merece receber a melhor técnica disponível no momento.

As situações que o Conselho elenca são no início do quadro clínico, quando confirmado o diagnóstico de Covid-19; quando o paciente tem sintomas relevantes, mas sem ainda precisar de cuidados intensos, e, por fim, em pacientes que estejam recebendo cuidados intensivos ao mesmo tempo em que sugere que não haverá efeito relevante neste último caso.

Em qualquer das formas, a decisão é do médico e de seu assistido. O dever do profissional é contextualizar o paciente diante das atuais descobertas e evoluções acerca do medicamento e a, de acordo com o CFM, falta de comprovação científica da eficácia do medicamento, isto porque, apesar de promissores estudos em seu entorno, não se tinha nenhum aprovado nas diretrizes de ensaio científico. Além de lhe esclarecer os possíveis efeitos colaterais e lavrar o Consentimento Livre e Esclarecido do paciente.

O parecer também replica o que narrado anteriormente da análise da bula da hidroxicloroquina. Os efeitos colaterais comuns são desconforto abdominal, vômitos, náuseas e diarreia.

Por óbvio, não comete infração ética, o profissional que receita a cloroquina ou a hidroxicloroquina preenchendo os requisitos do parecer.

6 CONCLUSÃO

A produção demonstrou principiologicamente e juridicamente a consonância da atual autorização para prescrição da hidroxicloroquina com o Código de Ética Médica, Juramento de Hipócrates e Código Civil no que se refere ao aprimoramento da medicina e atenção à vontade do paciente. Neste mesmo desenvolvimento, que experiências clínicas, independentemente

dos favorecidos, devem observar o princípio norte da dignidade da pessoa humana.

Percebe-se que a medida é em caráter de exceção, uma vez que a comunidade médica opta por preservar as condições cientificamente comprovadas, no entanto, no atual cenário (2020), entende a importância de aplicar tal regime para que possa se preservar o bem maior, que é a vida, tendo em vista a significativa bibliografia favorável. Nesta perspectiva, o paciente também tem o direito de saber quais são as consequências do tratamento a qual está sendo submetido e o médico, a quem compete o critério de prescrever ou não, se incumbe a responsabilidade de compartilhar as informações necessárias com o paciente. Ainda, que os efeitos adversos da medicação não são tão distantes de outras drogas conhecidas e de fácil acesso.

Portanto, conclui-se que o parecer do CFM autorizando o uso da hidroxicloroquina não fere seus princípios ao passo que, mesmo que não emitisse o referido parecer, seria cabível defesa de profissional que a receitasse observados os princípios do Código de Ética, Juramento de Hipócrates e dever de empregar a melhor técnica. No entanto, o médico deve orientar o paciente, pois de acordo com o CFM, ocorre a inexistência de comprovação científica suficiente de eficácia do medicamento e seus possíveis efeitos adversos. Tal flexibilização se justifica em tempos de pandemia, mais especificamente da Covid-19.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Esclarecimentos sobre hidroxicloroquina e cloroquina.** Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/covid-19-esclarecimentos-sobre-hidroxicloroquina-e-cloroquina/219201. Acesso em: 15 jun. 2020a.

ANVISA. **Nota Técnica sobre Cloroquina e Hidroxicloroquina.** Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Nota+Te%C2%B4cnica+sobre+Cloroquina+e+Hidroxicloroquina.pdf/659d0105-60cf-4cab-b80a-fa0e29e2e799>. Acesso em: 15 jun. 2020b.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, DF: 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Parecer CFM 4/2020, de 16 de abril de 2020.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>. Acesso em: 15 maio 2020.

DIPIRONA monoidratada, citrato de orfenadrina e cafeína anidra. **Bula de remédio.** Suzano: Sanofi Medley Farmacêutica Ltda, 2019.

HIDROXICLOROQUINA. [s.l. s.n], 199?. **Bula de remédio.** Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/hidroxicloroquina/bula>. Acesso em: 15 maio 2020.

LA TAILLE, Yves de. **Moral e Ética:** dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LIMA, Claudio Márcio Amaral de Oliveira. Informações sobre a nova doença de coronavírus (COVID-19). **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 2, mar. 2020. ISSN 1678-7099. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842020000200001&lang=pt. Acesso em: 16 jun. 2020.

NETTO, Adamo Lui; ALVES, Milton Ruiz. Responsabilidade Médica.

Rev. Brasileira de Oftalmologia, v. 69, n. 2, mar/abr. 2020. ISSN 0034-7280. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-72802010000200001>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802010000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **IV Conferência Pan-Americana para harmonização da regulamentação farmacêutica**. República Dominicana, 2005.

QUASE DEUSES. Direção: Joseph Sargent: Mike Drake Julian Krainin, 2004. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=9IKAOon-qO2s>>. Acesso em: 17 jun. 2020.

RECKZIEGEL, Janaína. **Dignidade humana em risco**: existe limites para experiências científicas? Prismas: Curitiba, 2016.

SILVA, Luiz Jacintho da Silva. A Globalização da doença. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, jun. 2003. ISSN 0034-8910. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000300001>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300001. Acesso em: 16 jun. 2020.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil**: direito das obrigações e responsabilidade civil. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2019.

DOAÇÃO DE SANGUE: NOVOS CRITÉRIOS ADOTADOS EM TEMPO DE PANDEMIA

Janaína Reckziegel¹
Josemar Cristiano de Freitas²

1 INTRODUÇÃO

O assunto abordado nesta pesquisa teve como escopo entender e verificar a relação de tempo, espaço e desenvolvimento do comportamento da sociedade brasileira em relação a doação de sangue, o qual foi necessário aprofundar em um estudo filosófico e sociológico de como o ser humano corresponde ao seu lado altruísta, ou seja, como uma pessoa se sensibiliza com outra, especificamente ao ato de doar sangue.

Não obstante, buscou-se entender e descrever a história da hemoterapia no Brasil, desde o marco inicial que foi na era Vargas, onde desenvolveu os primeiros ideais referente aos bancos de sangue no Estados, e como estes foram implementados, também as dificuldades enfrentadas pelo povo brasileiro ao se despir da cultura

¹ Pós-Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2019). Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá – RJ (2014). Mestre em Direito Público pela Universidade de Caxias do Sul – UCS (2007). Especialista em “Mercado de trabalho e exercício do magistério em preparação para a Magistratura” pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó (2002) e em “Educação e docência no ensino superior” pela Faculdade Exponencial – FIE (2009). Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc (2001). Autora de diversos livros (E-book) e artigos em revistas jurídicas especializadas no Brasil e exterior. Advogada, Professora Titular e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. CPF: 018.521.589-05. Residente na Avenida Getúlio Vargas, 542-S, Ed. Olympus, Apto: 401, Centro, em Chapecó – SC, Cep: 89.814-000. Fone (49) 99987-0903. E-mail: janaina.reck@gmail.com. Sistema Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7597547217990217>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8301-4712>.

² Bacharel em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Servidor Público Municipal. E-mail: josemar.freitas21@gmail.com. Sistema Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9368727846667290>.

de doar sangue em troca de remuneração pelo ato voluntário, entretanto, pode-se verificar quais as consequências e dificuldade que cada região encontrou até chegar na atual conjuntura e realidade no país dos hemocentros vigentes.

Vislumbrou-se também, quais eram os procedimentos adotados nos hemocentros antes da pandemia e quais mudanças o novo protocolo adotado atualmente trouxe ao processo de triagem, coleta, armazenagem e receptividade do doador até o receptor, devido ao estado de calamidade pública instaurado no país causado pelo surto do novo corona vírus.

Desta forma, verificou-se a não substituição dos protocolos usuais e existentes até então, porém houve a necessidade de integração aos métodos antigos ao novo protocolo, focado na garantia de não haver doadores contaminados ou no acaso da coleta a infelicidade de o sangue estar infectado com o corona vírus, para que este não chegasse ao receptor de forma alguma, mas se por infelicidade houvesse o contágio identificado somente na fase final, verificando somente no paciente receptor, o novo protocolo elenca medidas a serem tomadas a partir desse contágio.

Assim sendo, através do Agencia Nacional de Vigilância Sanitária conjuntamente com o Ministério Público, necessitou da criação de novos critérios para a doação de sangue neste período de pandemia, o novo protocolo se encontra na Nota Técnica 13/2020, o qual foi incorporado aos critérios já utilizados corriqueiramente nas instituições hemoterápicas brasileiras que vem ser somados aos já existentes (ANVISA, 2020).

Portanto, o protocolo vem somar a precaução de possível contaminação que possa vir a ocorrer, visto que, até o presente momento não houve comprovação científica de contaminação por meio da transfusão, mas devido surto pandêmico houve a

necessidade de criar barreiras a diminuir possível avanço do vírus por outros meios, ou seja, impedir o avanço do contágio via transfusão sanguínea.

2 CONSTRUÇÃO SOCIAL E HISTÓRICA DA DOAÇÃO DE SANGUE

Durante os séculos muitos são os debates filosóficos, psicológicos, antropológicos e sociológicos, sobre o comportamento das pessoas determinado em diversos momentos como de nobreza, de autossacrifício e, em outros são demonstrados com indiferença ou conveniência, de dor e de sofrimento (GOUVEIA *et al.*, 2014).

Não obstante, pensadores como Maquiavel, Hobbes e Freud, defendem uma visão negativa da natureza humana, afirmando que o homem é dotado de egoísmo e autointeresse, construindo uma sociedade controlada por suas próprias tendências ruins. No entanto, Rousseau, Maslow e Rogers, asseveram que homem apesar de ter ações negativas, este é detentor de natureza benévola, ou seja, o homem é acima de tudo um ser bom (GOLDSTEIN, 2014).

Com essa defesa de diferentes visões da natureza humana, se discute sobre o altruísmo, princípio que era basilar nas religiões as quais afirmavam o não egoísmo, e sim uma virtude humana que nasce com o indivíduo, sendo o altruísmo um *status* na sociedade como uma virtude (GOUVEIA *et al.*, 2010).

Devido as divergentes ideias observou a Teoria Darwinista que afirmava por quase cem anos, que a cooperação era uma seleção natural nas tribos, sendo fiéis, solidários e altruístas, assim, tinham vantagens sobre os grupos maiores de comportamentos egoístas. Entretanto, devido o avanço do conhecimento vislumbra que a explicação da teoria não há mais sentido, porque em diferentes

tribos estaria com número maior de pessoas bondosa e não de forma isolada, mas sim esparsa (TASSO, 2018).

O altruísmo tende a ser um fim em si mesmo, portanto, não está direcionado ao fator lucro, é sim dotado de voluntariedade com o propósito de fazer o bem, podendo-se afirmar que esta ação compreende três componentes: a atitude, o comportamento e o auxílio a outra pessoa (GOUVEIA *et al.*, 2010).

Assim, esses comportamentos são desenvolvidos no seres humanos muito cedo e tão pouco estão ligados a herança genética, mas em sua maioria no poder evolutivo dos seres, logo o altruísmo é adquirido de forma psicológica e cultural (LENCASTRE, 2010).

Portanto, a construção de cada ser é um processo somatório de fatores internos e externos, não indicam uma sequência ou ordem, ou seja, quando impulsionados por uma anormalidade interna dotada de valor, faz com que reconheça esse fator progresso desse esforço externo, aumentando o desejo de doar (MAIA, 2006).

No Brasil os serviços de transfusão surgiram no Brasil na década de 1930, e mais tarde o serviço de hemoterapia como especialidade médica na década de 1940, Banco de Sangue do Hospital Fernandes Figueira no Rio de Janeiro, no decorrer dos anos seguintes a criação dos Bancos de Sangue nas capitais de Porto Alegre, Recife, São Paulo e Distrito Federal, localizado no Rio de Janeiro antiga capital brasileira (UBIALI, 2015).

No entanto, na década de 1950 se criava a Lei 1.0753, que dispunha sobre a doação voluntária, e trazia em seu bojo uma

³ Art. 1º Será consignada com louvor na folha de serviço de militar, de funcionário público civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue, feita a Banco mantido por organismo de serviço estatal ou paraestatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição. Art. 2º Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, o funcionário público civil de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos. Art. 3º O doador voluntário, que não for servidor público civil ou militar, nem de autarquia, será incluído, em

espécie de benéficos aos doares que se habilitavam elucidando uma ideia de troca, que foi copiado por estados e municípios (BRASIL, 1950).

Contudo, nos anos de 1980 a doação de sanguínea foi marcada pelo incentivo de doar em troca de benefícios, e aos poucos foi se implementando no imaginário da população o sentimento de troca, de favor, o movimento de ser voluntário, surgindo e fortalecendo na sociedade da época, desacobertando ideias de mitos e medos preconceituosos e estereótipos em relação ao ato da doação (TEIXEIRA, 2015).

Para que o ato de doação fosse transformado e desmitificado quebrando valores e visões de mundo, buscou-se a construção de uma cultura de doar sem favorecimento ou incentivo, ou seja, criar mudanças nas atitudes e comportamentos fazer com que as pessoas se conscientizassem de seu papel e inserisse a participar e ser corresponsáveis na totalidade do processo de salvar vidas (TEIXEIRA, 2015).

Em 1964 pós golpe militar, o governo se preocupa por não ter uma reserva de banco sanguíneo no país, logo, institui nesse ano a Comissão de Nacional de Hemoterapia (CNH), promove assim a primeira Política Nacional do Sangue. No entanto, mais precisamente em 1969, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta relatório apontando que no país não existem campanhas para doação voluntária e desconhece uma política focada no assunto, é conclui que ainda existia a comercialização do sangue em território brasileiro (UBIALI, 2015).

Então, devido aos apontamentos feitos pela OMS nos anos anteriores, em 1965 se deu a promulgação da Lei 4.701/65, a qual

igualdade de condições exigidas em lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e à Pátria.

dispunha sobre exercício da atividade de hemoterapia no Brasil, porém não tão bem sucedida, nada foi realizado referente a execução de políticas públicas voltada a doação e nem construção de um sistema articulado no país (MARINHO, 2015).

Contudo, o panorama em 1980 se mantinha inalterado, a total insatisfação da sociedade perante ao descontrole de contaminação da doença de Chagas pela transfusão, fez com que neste ano fosse instituído o Programa Nacional de Sangue – Pró Sangue, com a principal meta de adotar a doação voluntária e não remunerada e implementar em todo o país a Rede Nacional de Hemoterapia, os chamados Hemocentros (UBIALI, 2015).

Não obstante, alastrava a propagação da AIDS⁴ e doenças sexualmente transmissíveis pelo mundo e em território brasileiro, transmissão pela transfusão sanguínea, logo, a sociedade intensifica também o debate sobre o assunto requerendo das autoridades sanitárias um posicionamento (TEIXEIRA, 2015).

Portanto, devido a toda essas mudanças na construção social e histórica da doação de sangue, atualmente o Brasil conta com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoterapia e regulamentado e tem respaldo jurídico na Constituição Federal Brasileira de 1988, precisamente no artigo 199, § 4º, regulamentada pela Lei 10.205/2001 que dispõe sobre as atividade em hemoterapia e a ordem institucional da Política Nacional de Sangue Componentes e Derivados e também pela Portaria 2.713/2013, que define o regulamento técnico dos procedimentos hemoterápicos sobre a doação do sangue (MARINHO, 2015).

⁴ **AIDS**, sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), é uma doença do sistema imunológico humano resultante da infecção pelo vírus **HIV** (Vírus da Imunodeficiência Humana – da sigla em inglês).

Por fim, é visto que o processo de doação de sangue não faz parte do cotidiano da população brasileira, então, a ideia ou ação de realizar a doação ainda se mostra um processo lento que necessita de inúmeras estratégias educativas para capitar e despertar na sociedade esse lado altruísta.

2.1 CRITÉRIOS DE DOAÇÃO DE SANGUE PRÉ-PANDEMIA

A doação sanguínea tem fundamento nos atos de solidariedade e voluntariedade, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), opera com doações voluntárias e não remuneradas para coletas de bancos sanguíneos em todo país. Logo, em apenas uma unidade coletada pode-se beneficiar até quatro pacientes necessitados, componentes estes utilizados em cirurgias, pessoas com doenças crônicas e oncológicas (BRASIL, 2020b).

Portanto, o critério de coleta sanguínea tradicional nos hemocentros é realizada da seguinte forma: ter o doador idade de 16 a 69 anos, se maior de 60 anos, só poderá doar caso tenha feito ao menos uma doação antes desta idade, podem realizar as doações: homens, a cada 60 dias e no máximo 4 doações por ano e, mulheres, a cada 90 dias e no máximo de 3 doações por ano, ambos pesar mais de 50kg, estarem em boas condições de saúde, não podem estar em jejum, terem tido repouso mínimo de 6 horas, não terem ingerido bebidas alcoólicas nas últimas 12 horas anteriores à doação, e não podem doar: os que tenham diagnóstico de hepatite após os 11 anos de idade, mulheres grávidas, e pessoas que expuseram-se a doenças sexualmente transmissíveis pelo sangue (BRASIL, 2020b).

Sendo assim, com aparecimento do coronavírus no mundo, os critérios tradicionais continuam em uso, porém houve a necessidade

de implementar novas regras para prevenção, então, a Agência Nacional de Saúde (ANVISA) e Ministério da Saúde (MS), adotaram a Nota Técnica 13/2020 nos hemocentros brasileiros.

2.2 CRITÉRIOS DE DOAÇÃO DE SANGUE PÓS-PANDEMIA E A NOTA TÉCNICA 13/2020

Ao surgir nova pandemia no mundo uma pandemia que disseminou nova doença no mundo, fez com que a ANVISA e o MS, buscassem a atualização de novos critérios sanitários para doação de sangue com relação ao novo corona vírus, somando aos critérios já tradicionais, as novas restrições foram implementadas através da Nota Técnica 13/2020 (FIOCRUZ, 2020).

O novo protocolo expedido pela ANVISA e o MS descreve os impedimentos diante de real situação de circulação do novo corona vírus, que são: o doador que se deslocou de países com casos, e se confirmado o contágio pelo vírus deve ser considerado inapto por 14 dias após o retorno destes ao país; se forem clinicamente ou laboratorialmente diagnosticados, devem ser considerados inaptos por 30 dias, após sua completa recuperação assintomática e sem sequelas; os indivíduos que tiveram contato nos últimos 30 dias com pessoas infectadas e apresentem diagnóstico clínico ou laboratorial, logo, ambos devem ser considerados inaptos por 14 dias após o último contato com a pessoa infectada; e por fim, candidatos que estão em isolamento voluntário ou indicado por equipe médica com possíveis sintomas do vírus devem ser considerados inaptos no período de 14 dias, até que estejam assintomáticos (BRASIL, 2020a).

Porém, a Nota deixa claro que, ainda não há afirmação de que o novo vírus possa ser transmitido pela transfusão, portanto, deixa claro que os novos critérios adotados nos hemocentros de todo

o país são medidas de precaução, para não haver o contágio do receptor (FIOCRUZ, 2020).

Além disso, abarca em seu texto o tratamento do serviço público de saúde e as medidas adotadas quanto ao cuidado da coleta, a higiene dos profissionais, áreas e instrumentos que devam ser intensificado a atenção. Não obstante, também trata do agendamento prévio para a doação, para evitar a aglomeração e o distanciamento no interior dos hemocentros durante a coleta (BRASIL, 2020a).

Destaca o novo protocolo o dever dos hemocentros em realizar campanhas para o chamamento de doadores regulares, para não enfrentar baixas nos estoques sanguíneos, provendo a manutenção, já que o consumo de sangue se dá de forma contínua e diária, e é principalmente utilizado em tratamentos de anemias crônicas, causas hemorrágicas, complicações da dengue, febre amarela, tratamentos de câncer e doenças graves (BRASIL, 2020a).

No mesmo sentido de realizar tal campanha, acontece em algumas regiões do Brasil a coleta domiciliar, já em outras localidades do país como Rio de Janeiro e São Paulo a empresa de aplicativo *Uber* realiza viagens gratuitas a doadores até os hemocentros (FIOCRUZ, 2020).

Conseqüentemente, a Nota Técnica traz a preocupação de que quando coletado o sangue do doador, é dever do mesmo, informar o hemocentro quando apresentarem sintomas infecciosos como: febre e diarreia até 14 dias após a doação, para reduzir o risco de transmissão do vírus através da transfusão e assim, o serviço de hemoterapia poder rastrear e acompanhar os receptores. Também cabe enfatizar, que os critérios mais restritivos na inaptidão quanto a doação de sangue, fica a cargo da realidade epidemiológica do local onde se encontra o hemocentro. Por fim, fica evidenciado

no novo protocolo questão de medidas restritivas que somam aos protocolos já existentes, medidas que pretendem a proteger o receptor de doação sanguínea. E também fica demonstrado na pesquisa que, não há estudos científicos comprobatórios que o novo corona vírus seja transmitido pelo sangue.

3 CONCLUSÃO

A presente pesquisa primeiramente buscou entender a evolução de como o ser humano se constituiu e evoluiu no sentido do ato altruísta, ou seja, quais as explicações filosóficas e sociológicas descrevem este ato na história e evolução da sociedade e construção humana até os dias atuais.

Tendo este estudo como premissa, também buscou entender o comportamento do povo brasileiro que era condicionado a realizar a doação sanguínea somente através de remuneração do Estado, com o passar dos anos a mudança social do país o governo se desvincula dessa prática de doação de sangue remunerada e, começa a praticar outras formas e maneiras de chamamento diferentes a fim de sensibilizar o doador, fazendo com que este desenvolva o lado altruísta para com o próximo, na forma de ajuda, de compaixão e voluntária a salvar vidas.

Partindo dessas mudanças na construção social e evolutiva brasileira destaca também, como se instituí os hemocentros e as formas adotadas por governantes e também no contexto internacional, o plano de desenvolvimento e implementação de bancos de sangue pelo país, desde o marco da era Vargas até os dias atuais, destacando sobre quais leis são fundados os métodos e procedimentos aplicados atualmente na rede hemoterápicas brasileira.

No entanto devido a um surto pandêmico houve a necessidade de adotar novo protocolo nos hemocentros do país, partindo desse evento verificou a necessidade de mudanças na coleta de sangue e medidas de precaução ao receptor, por este motivo autoridades brasileiras baseiam em métodos e procedimentos já adotados por outros países e elencam os que mais se encaixam com a realidade atual da pandemia no país.

Assim, demonstrou-se neste estudo a partir da Nota Técnica 13/2020 novos critérios aliados ao já conhecidos e praticados dos procedimentos existentes antes da pandemia, porém a Nota vem para impor precauções e uma maior restrição aos doadores que tiveram contato com pessoas infectadas, para que o vírus não chegue ao receptor.

Tendo em vista que, não fora comprovado cientificamente que algum receptor tenha recebido sangue contaminado pelo vírus após a doação, pois não houve relatos de casos sintomáticos do corrente, mas ainda assim existe a preocupação com este evento.

Por fim, o novo protocolo vem estabelecer barreiras mais restritivas na doação sanguínea para precaução e segurança do receptor e também estabelecer métodos de cuidados no interior dos hemocentros e como enfrentar possíveis casos.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Nota Técnica 13/2020**. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/2857848/5624592/SEI_MS+-+0014052636+-+Nota+T%C3%A9cnica+13.pdf/eb3aad9b-2ddb-4c15-b979-8aec2a6e331b. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 1.075, de 27 de março de 1950**. 1950. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L1075.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. **Nota Técnica nº 13/2020-CGSH/DAET/SAES/MS**. 2020a. Disponível em: https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Nota-T%C3%A9cnica-N%C2%BA-13_2020-MS.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. **Critérios para doação**. 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-sangue/criterios-para-doacao>. Acesso em: 18 jun. 2020.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ – FIOCRUZ. **A doação de sangue durante a pandemia**. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1779-a-doacao-de-sangue-durante-a-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 29 jun. 2020.

GOLDSTEIN, J. **Psicologia social**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

GOUVEIA, Valdiney Veloso *et al.* Escala de altruísmo autoinformado: evidências de validade de construto. **Aletheia**, n. 33, p. 30-44, 2010.

GOUVEIA, Valdiney Veloso *et al.* Valores, altruísmo e comportamentos de ajuda: comparando doadores e não doadores de sangue. **Psico**, v. 45 n. 2, p. 209-218, abr-jun. 2014.

LENCASTRE, Marina Prieto Afonso. Bondade, Altruísmo e Cooperação. Considerações evolutivas para a educação e a ética ambiental. **Revista Lusófona de Educação**, n. 15, p. 113-124, 2010.

MAIA, Carlos. Altruísmo e educação: condição, consciência e dignidade. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 19, n. 2, p. 185-215, 2006.

MARINHO, P. A. S. Referenciais e marcos legais para a doação de sangue no Brasil e diretivas internacionais. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 49-68.

TASSO, Natália de Araújo Miranda. **Doação de sangue**: aspectos sociodemográficos e análise evolutiva. 2018. p. 109. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) - Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

TEIXEIRA, R. A. O. Referenciais e marcos legais para a doação de sangue no Brasil e diretivas internacionais. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 49-68.

UBIALI, E. M.A. Referenciais e marcos legais para a doação de sangue no Brasil e diretivas internacionais. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 49-68.

POVOS INDÍGENAS E COVID-19

Thaís Janaina Wenczenovicz¹

1 INTRODUÇÃO

Registros apontam que o novo coronavírus está se espalhando entre os povos indígenas nos mais diversos Estados do Brasil. Dizimados desde o processo de ocupação e povoamento do Brasil, os indígenas somam sua trajetória de vulnerabilização com outras categorias sociais minimizadas pelas desigualdades. Doenças, fome, violências estruturais e simbólicas também são mazelas vivenciadas constantemente por vários povos indígenas no Brasil.

Segundo dados de organismos e instituições que atuam com os Povos Indígenas (CIMI, FUNAI, APIB), o primeiro caso positivado com indígenas foi confirmado no fim de março de 2020. Em maio de 2020, havia registros de mais de duas centenas de infecções e dezenas óbitos. Destaca-se a morte de uma criança de um ano da etnia Guarani em decorrência da Covid-19 em São Paulo. Dos indígenas urbanizados ou residentes próximos ou nas cidades, onde praticamente não há estatísticas essas informações são mais fragilizadas. O Amazonas é um dos Estados mais afetados pela pandemia no Brasil e tem, segundo dados do Ministério da Saúde, centenas de casos confirmados de Covid-19 e dezenas de óbitos.

¹ Docente adjunta/pesquisador sênior da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul/UERGS. Professora Titular no Programa de Pós-Graduação em Educação/UERGS e no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito/UNOESC. Professora Colaboradora no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Educação da Universidade Estadual do Paraná – UNIOESTE. Avaliadora do INEP – BNI ENADE/MEC. Membro do Comitê *Internacional Global Alliance on Media and Gender (GAMAG)* – UNESCO.

Outra preocupação assenta-se entre os povos de recente contato, que ainda viviam isolados da sociedade até pouco tempo atrás. Por não terem sido expostos a “doenças de branco”, como a gripe, seus corpos não possuem memória imunológica e têm grande dificuldade para responder a uma infecção viral com efeitos tão graves como os decorrentes da covid-19, a doença respiratória causada pelo novo coronavírus. Enfim, inserir as comunidades indígenas nos debates e políticas públicas de enfrentamento ao COVID-19 é uma necessidade emergencial.

O estudo divide-se em duas partes e utiliza-se do procedimento metodológico bibliográfico-investigativo, acrescido de bases estatísticas do CIMI, IBGE e ISA.

2 COLONIALISMO E COLONIALIDADE: OLHARES DESDE OS POVOS INDÍGENAS

Durante muito tempo, as políticas propostas pelo Estado brasileiro conservaram um caráter integracionista, levando o indígena a abandonar sua cultura, para que fosse assimilado pela “sociedade branca”. Assim, as lutas pela preservação da cultura indígena transpassam os limites temporais da colonização/conquista, alcançam as fronteiras da contemporaneidade, traduzindo a constante desvalorização dado à preservação da identidade indígena.

Esse processo assenta-se no ideário do colonialismo e da colonialidade. A modernidade e o modelo colonial europeu trouxe consigo o ideal civilizatório e o padrão eurocentrado por meio da ideia de raça proposta pelo colonizador, que coloca o colonizador europeu como o modelo a ser emulado, o que vai constituir a hegemonia europeia (QUIJANO, 2005).

Essa nova organização sistema-mundo, por diversas e variadas formas de violência, tentou impor seus valores aos povos nativos, inferiorizando seus costumes, hábitos, crenças e conhecimentos. O colonialismo, através das inúmeras formas de dominação é eficaz porque faz com que não só o europeu acredite ser superior, mas faz com que os colonizados acreditem que são inferiores e que devem assimilar a cultura e seguir os conhecimentos do colonizador.

Desta forma, a colonização, o colonialismo e a colonialidade vão além da dominação de espaços, abarcam as subjetividades, as culturas e a relação com o conhecimento e a verdade, já que há profunda relação entre saber, poder e a constituição da verdade. A colonialidade vai além do colonialismo histórico, pois não se encerra com o fim da colonização, ou seja, mesmo após a Independência política, ela segue interpelando os sujeitos em seu cotidiano, por meio de uma relação de saber-poder desigual, onde o saber do colonizador tem validade e os conhecimentos dos nativos são negligenciados, ocultados (SANTOS; MENESES, 2010).

A colonialidade do poder e do saber hierarquiza, provoca discriminação e constrói desigualdades sociais, de raça, de gênero, bem como de conhecimento, eliminando ou desvalorizando os saberes dos colonizados, naquilo que Santos (2010) chama de epistemicídio. Diante deste quadro, emerge um movimento que busca através de diferentes formas de luta e resistências diárias, promover e valorizar a cultura e conhecimentos dos povos nativos colonizados. Esse movimento, analisa as marcas e tensionamentos do colonialismo e da colonialidade como também propõe novas possibilidades de construção do conhecimento por meio do uso da vertente descolonial e decolonial. Esse movimento intitula-se de Grupo Subalterno ou Epistemologias do Sul.

Um grupo de pensadores reuniu-se ao final da década de 90 do século XX para discutir o colonialismo e seus desdobramentos especificamente na conjuntura da América Latina. O Grupo formado denominou-se Modernidade/Colonialidade. De acordo com as elaborações teóricas do grupo latino-americano de pensadores, as relações de colonialidade nos âmbitos econômico e político não cessaram com o fim do colonialismo e suas administrações coloniais, permanecendo em contínua reprodução pelas culturas e estruturas capitalistas modernas/coloniais do sistema-mundo, por meio do controle da economia, da autoridade, da natureza e dos recursos naturais, do gênero e da sexualidade, da subjetividade e do conhecimento, em uma tripla dimensão, isto é, colonialidade do poder, do saber e do ser (BALLESTRIN, 2013).

As Epistemologias do Sul emergem num contexto de grande diversidade e pluralidade, e denuncia que por mais diversificadas que sejam as culturas e os saberes, o conhecimento que se sobrepõe é aquele pautado no paradigma científico moderno, de matriz europeia e que, por sua vez confere valor e institui como verdadeiro somente o conhecimento produzido a partir dos pressupostos do modelo racional moderno.

Nesse sentido, as Epistemologias do Sul são uma forma de luta contra as formas de dominação impostas pelo colonialismo, às exclusões de povos e saberes, em defesa da valorização dos saberes locais dos colonizados, dos conhecimentos suprimidos e negligenciados pelo sistema colonizador, um sistema teve seu desenvolvimento a partir da exclusão e ocultamento de inúmeros povos e culturas que ao longo da História foram dominados pelo capitalismo e pelo colonialismo.

Boaventura de Sousa Santos (2010) aponta que a expressão Epistemologias do Sul é uma metáfora do sofrimento, da exclusão

e do silenciamento de povos e culturas que, ao longo da História, foram dominados pelo capitalismo e colonialismo. Colonialismo, que imprimiu uma dinâmica histórica de dominação política e cultural submetendo à sua visão etnocêntrica o conhecimento do mundo, o sentido da vida e das práticas sociais. Afirmção, afinal, de uma única ontologia, de uma epistemologia, de uma ética, de um modelo antropológico, de um pensamento único e sua imposição universal.

3 POVOS INDÍGENAS E COVID-19

Indígenas e não indígenas estão imunologicamente suscetíveis ao novo coronavírus causador da Covid-19. Estudos em várias partes do mundo e no Brasil apontam, que os indígenas são mais vulneráveis a epidemias em função da desassistência do Estado em resposta às condições sociais, econômicas e de saúde impostas aos mesmos. Condições particulares afetam essas populações, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja pela distância geográfica, como pela indisponibilidade ou insuficiência de equipes de saúde.

Segundo Monteiro (1995) uma das primeiras grandes epidemias aconteceu em 1554. Entre 1560 e 1563 surtos de sarampo e varíola atingiram as populações indígenas em São Vicente. No período entre 1562 e 1564, aldeias jesuítas da Bahia foram dizimadas por epidemias de varíola e sarampo, provavelmente em razão da aglomeração dos indígenas nos aldeamentos. Outras epidemias foram registradas em 1624, 1630 e 1635, relacionando-se com a chegada de grandes contingentes de cativos guarani. Em 1631, uma violenta epidemia atingiu a região entre os rios Paraná e Paraguai e também foi associada à aglomeração. Em consequência do contato com os portugueses, uma epidemia de varíola devastou o Alto Rio

Negro em 1740, matando centenas de indígenas e, é muito provável que ela tenha se alastrado na região pelo contato indireto com os “brancos”, por meio de tecidos e roupas de algodão.

No início do século XIX a cólera dizimou metade da população Funil-ô. E no início do século XX, as frentes de expansão cruzaram os territórios dos Kaingang no Estado de São Paulo, momento a qual uma estrada de ferro começou a ser construída em direção ao sertão no território desse povo e registra-se que a metade dos Kaingang paulistas morreu de uma epidemia de gripe logo após os primeiros contatos entre 1912 e 1913. As doenças respiratórias e contagiosas seguiram seu curso com ciclos de maior e menor intensidade no século XX e mantém-se presente no século XXI.

De 1500 até a década de 1970 a população indígena brasileira decresceu acentuadamente e muitos povos foram extintos. O desaparecimento dos povos indígenas esteve associado pontualmente aos etnocídios e genocídios. A atual população indígena brasileira, segundo resultados preliminares do Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2019, é em torno de 900 mil, sendo que a maioria vive na zona rural.

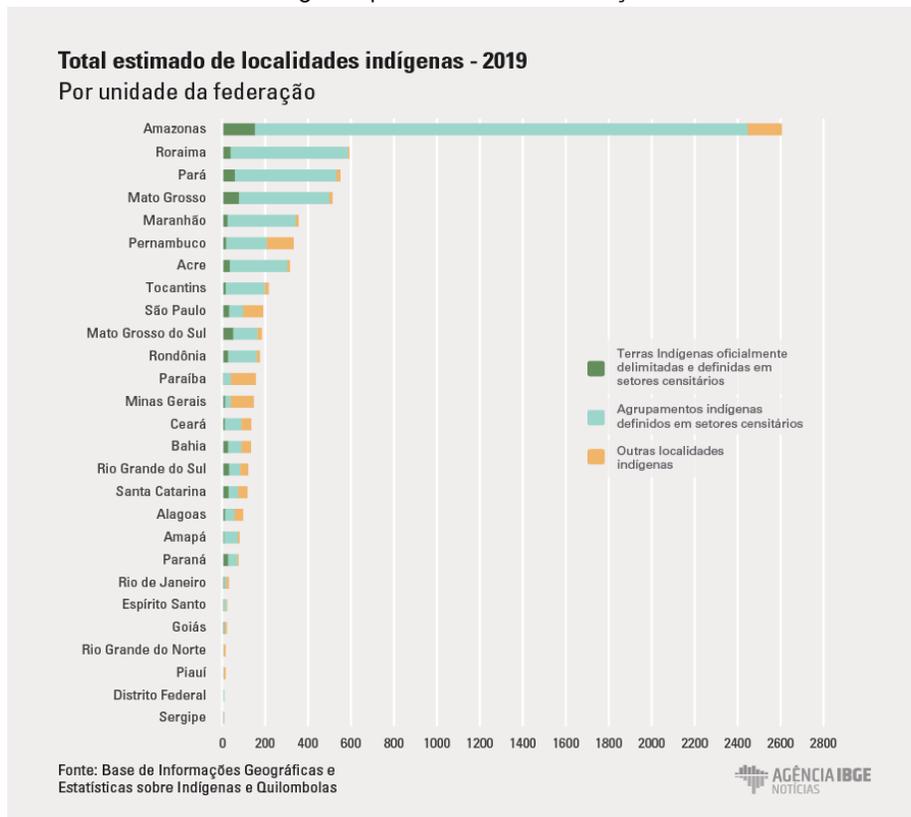
Com relação às 274 línguas faladas, o censo demonstrou que cerca de 17,5% da população indígena não fala a língua portuguesa. Esta população, em sua grande maioria, vem enfrentando uma acelerada e complexa transformação social, em face das violências empreendidas contra os povos indígenas. As comunidades indígenas enfrentam problemas concretos, tais como invasões e degradações territoriais e ambientais, exploração sexual, aliciamento e uso de drogas, exploração de trabalho, inclusive infantil, mendicância, êxodo desordenado causando grande concentração de indígenas nas cidades (FUNAI, 2019).

Os Povos Indígenas estão presentes nas cinco regiões do Brasil, sendo que a região Norte é aquela que concentra o maior número de indivíduos, 305.873 mil, sendo aproximadamente 37,4% do total. Na região Norte o estado com o maior número de indígenas é o Amazonas representando 55% do total da região. Os povos indígenas estão presentes tanto na área rural quanto na área urbana. Sendo que, cerca de 61% dos indígenas estão concentrados na área rural (IBGE, 2019).

A região que concentra a maior população em números absolutos é a região nordeste com 106.150 mil indígenas. A região nordeste conta com cerca de 25,5% da população e possui no Estado da Bahia a maior concentração de indígenas. A terceira região com maior concentração de indígenas é a região Centro-Oeste. Sendo que o Estado do Mato Grosso do Sul concentra 56% da população da região. As regiões com menor número de indígenas são a Sudeste e a Sul, nessa ordem, sendo São Paulo no Sudeste e o Rio Grande do Sul no Sul os Estados com maior número de indígenas em suas regiões.

O povo Tikuna, residente no Amazonas, em números absolutos, foi o que apresentou o maior número de falantes e conseqüentemente a maior população. Em segundo lugar, em número de indígenas, ficou o povo Guarani Kaiowá do Mato Grosso do Sul e em terceiro lugar os Kaingang da região Sul do Brasil (IBGE, 2019).

Quadro 1 – Localidades Indígenas por unidade da Federação



Fonte: IBGE/Base Territorial do Censo Demográfico (2019)

Como já apontado, as doenças e epidemias grassaram parte das etnias indígenas no passado e permanecem atacando no século XXI. Dentre os Estados mais afetados pelo COVID-19 consta Amazonas, Ceará, São Paulo e Rio de Janeiro. O primeiro caso de Covid-19 no Amazonas foi registrado em 13 de março, em Manaus. Desde então, a curva epidemiológica registra crescimento semanalmente no Estado. Insta destacar que o aumento dos casos de Covid-19 nos municípios fronteiriços, principalmente aqueles com muitas populações indígenas está associado à precarização do

Sistema de Saúde e a desassistência do Estado.² A título de exemplo pode-se citar que parte desses municípios não possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos hospitais do interior do Estado, poucos ou nenhum respirador mecânico, acrescido de um frágil sistema de transporte de doentes.

O Amazonas tem 62 municípios e uma população de mais de 4 milhões de habitantes, sendo a metade vivendo na capital do Estado. Manaus concentra mais de 60% dos casos de confirmação da pandemia. De acordo com os dados divulgados pela Secretaria de Saúde do Amazonas (Susam), a rede pública tinha 668 leitos para tratamento de pacientes com Covid-19, sendo 222 de UTÍ's e 446 leitos clínicos distribuídos entre os hospitais Delphina Aziz, Platão Araújo, João Lúcio, 28 de Agosto e o hospital de retaguarda Nilton Lins, todos em Manaus. A taxa de ocupação média em abril foi de 95%, razão que justifica o colapso do Sistema de Saúde (SUSAM, 2019). Acrescenta-se também a condição geográfica do Estado já que defronta-se com a tríplice fronteira: Brasil, Colômbia e Peru.³

Nesse contexto, os povos indígenas foram duplamente atingidos pela pandemia, pelos motivos de estarem mais distantes dos espaços de saúde que possuem estrutura para atendimento dos afetados pela pandemia e viverem em contínuo estado de desigualdades sociais e acesso de direitos humanos fundamentais. Das diversas etnias contaminadas o Povo Tikuna vivenciou diversos casos. Crianças, adultos e idosos testaram positivados e muitos foram a óbito.

² Segundo registros do Cimi (2019), em 2018, há 44 casos de desassistência na área da saúde, atingindo aproximadamente 17.966 pessoas. Esses episódios ocorreram nos Estados do Acre (5), Alagoas (3), Amapá (2), Amazonas (2), Bahia (1), Maranhão (6), Mato Grosso (5), Mato Grosso do Sul (2), Pará (6), Paraíba (1), Paraná (3), Rondônia (3) e Tocantins (5).

³ A região amazônica no Peru é a de maior incidência de COVID-19 no país, depois da capital – Lima.

Em abril de 2020 o Povo Tikuna registrou óbito em razão do COVID-19. Aldenor Basques Félix Gutthicü, vice-cacique da comunidade Watchimaücü, do povo Tikuna, na zona norte de Manaus. A família aguardou por mais de sete horas para que o corpo do indígena fosse retirado da igreja evangélica, onde ficou acomodado em três mesas de plástico, pelo serviço SOS Funeral, da Prefeitura de Manaus. O indígena Aldenor foi sepultado e enterrado em uma vala coletiva, onde são enterradas as pessoas que não podem pagar por um caixão.

Figura 1 – Corpo de Aldenor Basques Félix Gutthicü, vice cacique da Comunidade Watchimaucu do povo Tikuna, na Cidade de Deus em Manaus

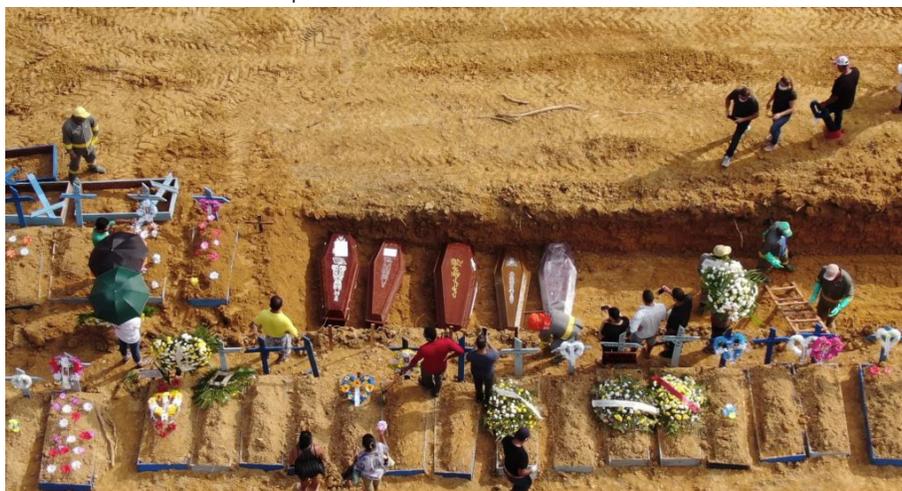


Fonte: Imagem de Aguililson Tikuna (2020).

Necessário também destacar que com a ocorrência dos óbitos por causa do COVID-19, houve a alteração no processo de encomendação dos corpos e o sepultamento. Uma letra e um número colocados no alto da folha da declaração de óbito podem significar a diferença entre uma despedida assentada nos modelos até então seguidos e os corpos mortos pela pandemia do novo coronavírus. À dor da perda, soma-se a tragédia de não poder sequer dizer adeus e cumprir um ritual secular.

Muitos dos casos confirmados de morte pela doença e também aqueles em circunstâncias que indiquem essa possibilidade, como pessoas acima de 60 anos com problemas respiratórios, recebem a sigla (número e letras) no atestado do serviço funerário municipal, o que se traduz num protocolo que prevê a encomendação do corpo, velório e sepultamento de forma muito breve (geralmente alguns minutos), ao ar livre, com limite da presença de pessoas.

Figura 2 – Sepultamento de Aldenor Basques Félix Gutthicü na vala coletiva no cemitério Nossa Senhora Aparecida, no bairro Tarumã



Fonte: La Xunga, Amazônia Real, imagem de Fernando Crispim (2020).

4 CONCLUSÃO

Com a chegada e contaminação pelo coronavírus evidencia-se a vulnerabilidade dos povos indígenas em todo o território brasileiro. Marcados pela trajetória de exclusão e vulnerabilização foram postos as mais diversas formas de desassistência e violências no decorrer dos últimos séculos. Suas populações foram diminuídas

a menos de 1% da população total do Brasil. Fato que demonstra a brutalidade exercida contra os povos indígenas.

A contaminação seguida de morte mostra outra vez a fragilidade dos sistemas de saúde em responder as demandas pontuais de sociedades multiculturais e a desassistência do Estado. Há casos que envolvem negligência no atendimento e omissão no socorro, no transporte de pacientes e na distribuição de remédios. Registra-se também diversos episódios de descaso com medidas de infraestrutura sanitária, água contaminada, falta de acesso à água e desvios de remédios para comércio ilegal dentro de aldeias.

No tocante ao Estado do Amazonas, importante atentar para o fim da cooperação entre a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e Cuba através do *Programa Mais Médicos*. Ou seja, a saúde indígena perdeu 81% do contingente de médicos. Um déficit real de 301, do total de 372 médicos que atendiam a população indígena no Brasil.

À guisa de conclusão, pode-se dizer que a soma desses enfrentamentos, negligências e a negação de Direitos Humanos Fundamentais, resultam na morte de centenas de indígenas e que as mortes de indígenas não são apenas números, são corpos com memórias, histórias e vozes coletivas que sucumbem na voracidade em tempos de 'cóleras políticas e sociais'.

REFERÊNCIAS

BALLESTRIN, Luciana. América latina e o giro decolonial. In: **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 11, p. 89-117, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522013000200004. Acesso em: 18 maio 2020.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Violência contra os povos indígenas no Brasil**: Dados de 2018. 2019. Disponível em: https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2018-Cimi.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

CRISPIM, Fernando Crispim. **La Xunga, Amazônia Real**. Amazônia, 2020. 1 fotografia.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. **COVID-19**. 2019. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao>. Acesso em: 22 maio 2020.

IBGE. **Base Territorial do Censo Demográfico**. Base de Informações sobre os Indígenas. Brasília, 2019. Disponível em: <https://indigenas-ibgedgc.hub.arcgis.com/>. Acesso em: 20 maio 2020.

MONTEIRO, Carlos Augusto. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo (SP): Hucitec, 1995.

QUIJANO, Anibal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005, p. 117-142. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf. Acesso em: 19 maio 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 48, jun. 1997, p. 11/32, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SUSAM. Secretaria de Estado da Saúde. **Monitoramento COVID**. Amazonas, 2019. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/>. Acesso em: 16 maio 2020.

TIKUMA, Aguililson. **Imagens COVID 10 Povos Indígenas.** Amazônia, 2020. 1 fotografia.

SAÚDE E CULTURA INDÍGENA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Juliano Seger¹
Janaína Reckziegel²

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este artigo tem por objeto a análise da viabilidade jurídica de intervenção estatal em comunidades indígenas para concretizar medidas sanitárias de combate à denominada emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 (Lei 13.979/2020). O estudo coloca em contraponto os direitos à saúde e à cultura indígena e investiga até que ponto esse aporte normativo legitima medidas epidemiológicas no âmbito das comunidades indígenas brasileiras (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, questiona-se que a legitimidade e o alcance das medidas compulsórias determinadas em lei – Lei 13.979/2020 – para conter a propagação da pandemia, diante da autodeterminação emanada do direito à cultura indígena. A partir da hierarquia constitucional dos direitos em voga, sinaliza-se o

¹ Mestre em Direito. Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Professor da Graduação em Direito – UNOESC. Contato: julianoseger@hotmail.com.

² Pós-Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2019). Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá – RJ (2014). Mestre em Direito Público pela Universidade de Caxias do Sul – UCS (2007). Especialista em “Mercado de trabalho e exercício do magistério em preparação para a Magistratura” pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó (2002) e em “Educação e docência no ensino superior” pela Faculdade Exponencial – FIE (2009). Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc (2001). Autora de diversos livros (E-book) e artigos em revistas jurídicas especializadas no Brasil e exterior. Advogada, Professora Titular e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. CPF: 018.521.589-05. Residente na Avenida Getúlio Vargas, 542-S, Ed. Olympus, Apto: 401, Centro, em Chapecó – SC, CEP: 89.814-000. Fone (49) 99987-0903. E-mail: janaina.reck@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7597547217990217>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8301-4712>.

enfrentamento da situação-problema com base na teoria dos direitos fundamentais (BRASIL, 2020).

As hipóteses inicialmente imaginadas são as seguintes: o Estado deve executar medidas sanitárias compulsórias, independentemente de previsão legislativa; o Estado pode executar medidas sanitárias compulsórias somente quando houver previsão legislativa, sem qualquer tipo de óbice proveniente de direitos indígenas; o Estado encontraria óbices nos direitos indígenas, dependendo a adoção de medidas sanitárias de consentimento das comunidades afetadas.

A proposta investigativa angaria os postulados normativo-teóricos mediante abordagem pautada pelos postulados da teoria dos direitos fundamentais. A pesquisa apresenta viés qualitativo, pois pretende estabelecer a reflexão a partir das normas que integram a regulação jurídica e os dados da realidade fática, a bem de propor possíveis soluções. Utiliza-se a técnica de revisão bibliográfica e pesquisa documental. O método dedutivo orienta a organização do estudo.

A distribuição do texto apresenta diferentes segmentos. As considerações introdutórias ora lançadas são sucedidas de exame das normas constitucionais sobre saúde e cultura indígena; adiante, apresenta-se o referencial da teoria dos direitos fundamentais; segue-se com a descrição do cenário provocado pela pandemia; e, enfim, discute-se a solução mais correta desde o prisma do marco teórico. Ao final, lançam-se as conclusões e as referências bibliográficas.

2 SAÚDE E CULTURA INDÍGENA NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA

A contextualização da temática, no plano normativo, encontra suas bases nas disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e se irradia ao plano infraconstitucional por meio das disposições da Lei 13.979/2020. Neste tópico, pretende-se inicialmente lançar o aporte normativo em torno do direito à saúde, seguindo-se a apresentação da base normativa sobre o direito à cultura indígena e, feito esse contraponto, apresentar o conflito normativo que se pretende examinar.

2.1 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E MEDIDAS SANITÁRIAS COMPULSÓRIAS

Segundo a Constituição (BRASIL, 1988), a saúde figura entre os direitos e garantias fundamentais do cidadão (art. 6º). Compete à União, dos Estados e do Distrito Federal legislar sobre a defesa da saúde (art. 24, XII) e constitui dever de todos os entes federados cuidar desse direito fundamental (art. 23, II). E compete aos municípios, com cooperação técnico-financeira da União e dos Estados, prestar serviços de atendimento à saúde da população (art. 30, VII).

Diversas questões institucionais (art. 34, V, “e”; art. 35, III) e financeiras (art. 166, §§ 9º e 10º; art. 167, IV) poderiam ser levantadas sobre a normativa constitucional em torno do direito à saúde, mas o ponto que mais interessa para o trabalho ora desenvolvido tem aporte nas normas sobre seguridade social e saúde propriamente dita.

O artigo 94 da Constituição dispõe que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, tendo

como um de seus objetivos a “universalidade da cobertura e do atendimento” (BRASIL, 1988).

E o artigo 196 assegura que

[...] 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 (BRASIL, 1988).

O sistema único de saúde possui competência para executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica (art. 200, II) (BRASIL, 1988).

Desse conjunto de enunciados normativos, pode-se concluir que: existe um direito fundamental à saúde positivado constitucionalmente; esse direito tem por titular todos os cidadãos, com universalidade da cobertura e do atendimento; a positivação do direito vem acompanhada de deveres de prestação por parte do Estado; estão instituídas políticas públicas de amparo à saúde; o sistema único de saúde é competente para executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

No contexto da denominada emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, a Lei 13.979/2020 passou a prever, em seu artigo 3º, a possibilidade de medidas de isolamento (I) e quarentena (II), além de determinação compulsória (III) de exames médicos (a), de testes laboratoriais (b), de coleta de amostras clínicas (c), de vacinação e outras medidas profiláticas (d), ou de tratamentos médicos específicos (e).

Desde o ponto de vista do direito à saúde, portanto, o Estado está constitucionalmente legitimado a promover ações efetivas em

prol da saúde da população e, como as etnias indígenas integram a unidade populacional nacional, também estão abrangidas pelo âmbito normativo desse direito fundamental. Resta agora demonstrar o conteúdo normativo do direito à cultura indígena e como pode se caracterizar o conflito normativo entre ambos.

2.2 DIREITO À CULTURA INDÍGENA

A Constituição brasileira enuncia, em seu artigo 231, normas garantidoras de uma série de direitos aos índios. A normativa abrange desde questões territoriais até garantias de autodeterminação, as quais possuem maior relevância para este estudo. Ao dispor que “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições” (BRASIL, 1988), o texto constitucional positiva aos índios o direito à cultura.

Ao fazê-lo, a Constituição estabelece verdadeiro estatuto da causa indígena, proporcionando condições jurídicas para reverter o histórico processo de desigualdades (GUIMARÃES, 2005) que se instalou e enraizou já nos primórdios da colonização e relegaram o índio à escravização, à incorporação cultural forçada e ao extermínio.

O marco constitucional se insere num contexto de diálogo intercultural em que, segundo Stavenhagen (2010), busca-se o respeito pelas culturas anteriormente oprimidas por causa do colonialismo internacional e do racismo, como um imperativo do convívio mundial. Após indagar se o diálogo entre povos, culturas e civilizações resultaria em menos guerras, o autor sinaliza resposta em sentido positivo ao lembrar que a Unesco assumiu diálogo entre culturas como uma de suas prioridades desde a sua fundação em 1946 e que a Declaração Universal Diversidade Cultural, aprovada em novembro 2001, estabelece que “o pluralismo cultural constitui

a resposta política ao fato da diversidade cultural” (STAVENHAGEN, 2010).

Dentro da história constitucional brasileira, a atual Constituição representa um gigantesco avanço em prol da causa indígena. Basta destacar que os textos de 1824 e 1891 quedaram-se silentes a esse respeito, e que somente com o artigo 129 da Constituição de 1934 veio o primeiro dispositivo: “será respeitada a posse de terras de silvícolas que nelas se achem permanentemente localizados, sendo-lhes, no entanto, vedado aliená-las” (BRASIL, 1934). Ao se verificar que os marcos constitucionais subsequentes não trouxeram maiores direitos, atribui-se à Constituição Cidadã a abertura de uma nova era de direitos, notadamente por assegurar aos índios a possibilidade de manter sua própria cultura e jeito de ser.

A influência dos movimentos indígenas e das entidades de apoio à sua causa foram fatores importantes nesse processo. A partir da mobilização na Assembleia Nacional Constituinte, estabeleceram-se elementos jurídicos capazes de servir de fundamento às relações entre os índios e os não-índios. A assim se garantiu a manutenção de seus direitos diante da sociedade nacional, desdobrando-se em direitos territoriais, direitos à diversidade étnico-cultural, direito à auto-organização e direito à diferença (COLAÇO, 2003).

Em reforço a essa normativa, a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas trouxe importante afirmação dos direitos humanos em prol das etnias indígenas, ao dispor que “os povos indígenas têm o direito de determinar sua própria identidade ou pertencimento étnico, conforme seus costumes e tradições”. Além disso, dispõe o artigo 33.1 que “isso não impossibilita o direito das pessoas indígenas em obter a cidadania dos Estados em que vivem” (ONU, 2007).

Esse aporte normativo permite concluir que o direito à cultura indígena irradia seu âmbito de eficácia a ponto de impor ao Estado deveres de abstenção, ou seja, uma projeção negativa no sentido de não interferir na esfera de autodeterminação dos povos indígenas. No entanto, merece destaque uma importante conexão entre a questão indígena e a saúde.

A Constituição reconheceu aos índios “os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam” (BRASIL, 1988), e, ao definir as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios, valeu-se de conceito abrangente (SANTILLI, 2011) que engloba

[...] as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

A Constituição ainda colocou uma vedação expressa à remoção dos índios de suas terras (art. 231, § 5º), em reforço a esse direito de permanência. Contudo, o mesmo dispositivo estabeleceu uma exceção de extrema importância para o desfecho deste estudo. Trata-se da possibilidade de remoção dos grupos indígenas de suas terras “em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população”, tendo “garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco” (BRASIL, 1988).

De acordo com a ponderação realizada pelo próprio constituinte, em situação de epidemia capaz de colocar em risco as populações indígenas, até mesmo medida extrema como a remoção desses grupos de suas terras encontra previsão constitucional. Então, o sopesamento dos direitos em aparente conflito deve tomar em consideração tal possibilidade jurídica.

2.3 COLISÃO DE PRINCÍPIOS E DESAFIOS DE HARMONIZAÇÃO

O aporte normativo constitucional trazido nessas breves linhas permite estabelecer algumas premissas importantes na problematização desta pesquisa. Na verdade, são alguns questionamentos que surgem quando se trata de resolver conflitos normativos, os quais resultam em importantes construções científicas na seara da teoria geral dos direitos fundamentais.

Mesmo diante do estreito alcance dogmático deste ensaio, impende esclarecer as diferenças entre espécies normativas denominadas regras e princípios. Para Robert Alexy (2010), tal tarefa constitui a mais importante distinção teórico-estrutural, na medida em que serve de base para a teoria da fundamentação no âmbito dos direitos fundamentais e constitui a chave para solucionar problemas dogmáticos centrais como restrições a direitos fundamentais, colisões entre eles e papéis no sistema jurídico.

Ainda conforme o autor Alexy (2010), a distinção entre regras e princípios constitui o ponto de partida para a construção teórica em tema de direitos fundamentais e pode ser estabelecida no plano qualitativo. Regras são normas que são sempre ou satisfeitas ou não satisfeitas, o que implica afirmar que, se uma regra for reconhecidamente válida e aplicável, deve-se fazer exatamente aquilo que ela exige; nem mais, nem menos. Constituem determinações no âmbito daquilo que é fática e juridicamente possível.

Por outro lado, princípios são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível, dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes, configurando mandamentos de otimização. Caracterizam-se por poderem ser satisfeitos em graus

variados e pelo fato de que a medida devida de sua satisfação não depende somente das possibilidades fáticas, mas também das possibilidades jurídicas, cujo âmbito se determina pelos princípios e regras colidentes (ALEXY, 2010).

Virgílio Afonso da Silva (2011) também reputa primordial, nessa distinção, a estrutura dos direitos que essas normas garantem: regras garantem direitos ou impõem deveres definitivos, a serem realizados totalmente, sempre que a regra se aplique ao caso concreto; princípios garantem direitos ou impõem deveres *prima facie*, a serem realizados na medida das possibilidades fáticas e jurídicas existentes.

Partindo-se desta distinção, constata-se que, por sua estrutura normativa, tanto o direito à saúde como o direito à cultura indígena são princípios. Assim, abre-se a nova questão prática, na medida em que se assenta a conclusão no sentido de que, para a teoria funcionar, não deve ser concebido nenhum tipo de hierarquia entre princípios; pelo contrário, é justamente sua textura relativa que permite a ponderação e harmonização de acordo com as condições fático-normativas.

Assim, resta avaliar as condições fáticas que a situação de pandemia apresenta para compor o quadro completo – de possibilidades jurídicas e fáticas – em que se devem conceber as possíveis soluções em torno do problema da intervenção estatal para tutela da saúde das populações indígenas.

3 A PANDEMIA CAUSADA PELO CORONAVÍRUS E AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO ESTATAL

Os reflexos das enfermidades infectocontagiosas nos povos indígenas brasileiros e latino-americanos se fizeram sentir já nos

séculos iniciais da colonização. Segundo Wenczenovicz (2017), doenças como coqueluche, difteria, gripe, malária, sarampo, sífilis e outras tantas foram responsáveis por milhares de mortes nos três primeiros séculos.

Também Ribeiro (1995) e Cunha (2012) ressaltam que o plano biótico da interação entre colonizadores e índios foi marcado pela guerra bacteriológica travada pelas pestes trazidas pelo branco, mortais às populações indenes, o que revela relevância dos microorganismos nesse contexto.

Atualmente, no entanto, quer parecer que se trata de realidade diferente. No passado, o contágio por microorganismos trazidos pelos colonizadores, mesmo que não se repute intencional, ao menos atendia a bom grado os interesses de dizimação das populações locais, facilitando o processo de conquista das novas terras. Contudo, a conjuntura de hoje permite visualizar um cenário em que não só índios, mas a humanidade como um todo, sofre os efeitos da pandemia.

Teixeira *et al.* (2020) relatam que o ano de 2020 iniciou com um importante desafio para a humanidade, qual seja, a luta contra o novo coronavírus. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, reconheceu a existência de uma pandemia “em decorrência do surto de transmissão do vírus Sars-Cov-2, originário da China, causador da doença Covid-19”, assim como havia formalizado Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, em 30 de janeiro de 2020.

A respeito da origem da pandemia, Martinez e Possídio (2020) lembram que a contaminação teve início em Wuhan, na província chinesa de Hubei. Segundo dados trazidos pelos autores, o coronavírus pertence ao grupo das zoonoses, caracterizados como vírus que migram de animais para humanos. Daí a afirmação de

que a contaminação teria resultado de consumo de animais não domesticados, tais como as espécies exóticas consumidas pelos chineses. Não obstante, a contaminação não ocorreu consumo direto dos diferentes animais que costumam compor a alimentação dos chineses, como a sopa de morcego; o contágio se iniciou por via indireta, depois de morcegos terem infectado outras espécies exóticas de animais (MARTINEZ; POSSÍDIO, 2020).

3.1 EM BUSCA DA POSSÍVEL HARMONIZAÇÃO ENTRE SAÚDE E CULTURA INDÍGENA NO COMBATE AO CORONAVÍRUS

O resgate das premissas jurídicas e das premissas fáticas sobre a situação-problema enfrentada neste ensaio permite verificar que as normas jurídicas que consubstanciam os direitos à saúde e à cultura indígena admitem, por sua característica relativa, a flexibilização por meio da técnica de sopesamento, como forma de resolver diferentes situações concretas.

Vale lembrar a lição de Alexy (2010) que ressalta a possibilidade de razões representadas nos princípios serem afastadas por razões antagônicas, com a peculiaridade de que razão e contrarrazão não se encontram determinadas pelo princípio, que não possui disposição acerca da extensão de seu conteúdo em face dos princípios colidentes e das possibilidades fáticas. O conflito entre princípios, que não possuem grau de hierarquia em abstrato, resolve-se pela ponderação, em conformidade com as circunstâncias do caso concreto, para avaliar qual princípio precede o outro.

Vejamos o grau de interferência de um âmbito de eficácia em outro. Acaso se dê preponderância ao direito à cultura indígena, impossibilitando-se ingerências estatais em questões sanitárias

dos povos afetados por pandemias, corre-se o risco da própria dizimação de populações indígenas frente ao alto poder letal do coronavírus.

Por outro lado, imaginem-se testes em que ocorram pontuais coletas de sangue ou outro material que permita a testagem. Por mais que isso possa interferir em certas crenças ou representar algum desconforto para os povos afetados, de maneira alguma configura medida discriminatória ou busca finalidades outras que não o controle epidemiológico, de tal sorte que representa interferência bem menos significativa que a anteriormente mencionada.

Vale lembrar, ainda, que a própria Constituição sinaliza a possibilidade de medida extrema em relação a um dos direitos mais caros reservados aos índios, que é a permanência em suas terras. E entre as hipóteses fáticas autorizadoras dessa ingerência estatal nos direitos indígenas se encontra, justamente, a remoção dos grupos indígenas para salvaguardá-los dos riscos provenientes de epidemia. Ou seja, razões de saúde autorizam interferências na esfera de autodeterminação dos povos originários.

Ademais, considerando-se os efeitos da pandemia, cuja diferença em relação às precedentes reside na especial consequência de uma rápida proliferação e possível colapso do sistema de saúde de um país (MARTINEZ; POSSÍDIO, 2020), não se pode afirmar, nessa condição fática, que a cultura de minorias étnicas possa se sobrepôr à universalidade do direito à saúde, sobretudo porque, em última análise, a letalidade do coronavírus denota que as medidas sanitárias compulsórias são justificáveis.

Então, no sopesamento entre os princípios constitucionais que garantem, de um lado, o direito à saúde e, de outro, o direito à cultura indígena, as questões sanitárias evidenciadas na situação concreta da pandemia do coronavírus fazem prevalecer o direito à saúde

e, nessas condições, conferem validade às medidas compulsórias legalmente previstas.

Conclui-se, nesse contexto, que são constitucionalmente válidas em relação aos povos indígenas as disposições da Lei 13.979/2020 (art. 3º, III, "a" a "e") que autorizam a determinação compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas ou de tratamentos médicos específicos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição brasileira assegura o direito fundamental à saúde e agrega uma série de deveres aos entes federados no sentido de efetivar políticas públicas à população nacional, por meio de sistema único de saúde de cobertura e atendimento universal.

Dentro da esfera legislativa infraconstitucional, editou-se a Lei 13.979/2020 e, em seu bojo, foi prevista a possibilidade de determinação compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas ou de tratamentos médicos específicos para combate à pandemia de coronavírus (BRASIL, 2020).

Também em âmbito constitucional, por sua vez, está previsto o direito à cultura indígena, que possui como corolário o postulado de autodeterminação dos povos indígenas. Nas disposições constitucionais em questão, no entanto, existe uma situação excepcional em que o próprio constituinte possibilita a remoção dos grupos indígenas de suas terras para resguardá-los dos riscos provenientes de pandemia, o que sinaliza uma possível preponderância do direito à saúde frente à liberalidade da permanência nos respectivos territórios.

Ao se questionar a possibilidade de opor-se o direito à própria cultura como um óbice às medidas sanitárias compulsórias previstas na legislação citada, de modo a atribuir-se tal preponderância ao direito à autodeterminação dos povos indígenas, tal tese não se assentou como a resposta correta desde o prisma da teoria dos direitos fundamentais.

As características da interferência de um princípio no âmbito normativo do princípio contraposto, sinaliza a preponderância do direito à saúde, ante as possibilidades jurídicas e fáticas concretamente demonstradas, conferindo legitimidade e validade às possíveis medidas sanitárias compulsórias legalmente previstas para o enfrentamento da pandemia ora vivenciada.

REFERÊNCIAS

ALEXY, R. **Teoria dos direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2010.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em: 03 jul. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Aceso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. **Lei 13.979/2020**. 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Aceso em: 10 jul. 2020.

COLAÇO, T. L. Os “novos” direitos indígenas. *In*: WOLKMER, A. C.; LEITE, J. R. M. (Org.). **Os “novos” direitos no Brasil**: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. São Paulo: Saraiva, 2003.

CUNHA, M. C. **Índios no Brasil**: história, direitos e cidadania. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

GUIMARÃES, S. P. **Desafios brasileiros na era dos gigantes**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

MARTINEZ, L.; POSSÍDIO, C. **O trabalho nos tempos do coronavírus**. São Paulo: Saraiva, 2020.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas de 2007**. Disponível em: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf. Acesso em: 10 ago. 2015.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SANTILLI, J. Aplicação das normas ambientais às terras indígenas e superposição de unidades de conservação com terras indígenas. *In*: **Doutrinas essenciais de direito ambiental**, v. 2, p. 463–476, mar. 2011.

SILVA, V. A. da. **Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

STAVENHAGEN, R. **Los pueblos originarios**: el debate necesario. Compilado por Norma Fernández. Buenos Aires: CTA Ediciones, 2010.

TEIXEIRA, A. P. F.; TEIXEIRA, M. F.; TEIXEIRA, O. P. B. Análise das medidas do poder executivo sob o viés jurídico – Covid-19. *In*: PILAU SOBRI-NHO, L. L.; CALGARO, C.; ROCHA, L. S. (Orgs.). **Covid-19**: democracia e poder [recurso online]. Itajaí: Univali, 2020.

WENCZENOVICZ, T. J. **Pueblos indígenas**: reflexiones contemporáneas desde Brasil. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017.