



A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil

The Emergency of the new Coronavirus and the “Quarantine Law” in Brazil

Deisy de Freitas Lima Ventura¹

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: deisy.ventura@usp.br.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8237-2470>.

Fernando Mussa Abujamra Aith²

² Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: fernando.aith@usp.br.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1971-9130>.

Danielle Hanna Rached³

³ Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: danielle.rached@fgv.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6759-3459>.

Artigo recebido em 11/03/2020 e aceito em 12/03/2020.

Como citar em *Ahead of print*:

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. “A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil”. Revista Direito e Praxis, *Ahead of print*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: [link para o artigo](#). acesso em xxxx. DOI: 10.1590/2179-8966/2020/49180



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.



Resumo

A Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, regula medidas de saúde pública relacionadas à emergência do novo coronavírus com alto potencial restritivo de direitos fundamentais, inclusive a quarentena e o isolamento. Esta análise crítica aborda a dimensão internacional da emergência, além da tramitação casuística e antidemocrática da lei brasileira. Com base na legislação epidemiológica em vigor, escrutina estas medidas excepcionais e as salvaguardas à sua implementação.

Palavras-chave: Quarentena; Coronavírus; Emergência Internacional.

Abstract

Law no. 13,979, of February 6, 2020, regulates public health measures related to the emergence of the new coronavirus with high potential to restrict fundamental rights, including quarantine and isolation. This critical analysis addresses the international dimension of the emergency, and the casuistic and anti-democratic procedure of the Brazilian law. Based on the epidemiological legislation in force, it scrutinizes restrictive measures and safeguards for its implementation.

Keywords: Quarantine; Coronavirus; International Emergency.



Introdução

A Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020¹, doravante referida como “lei de quarentena”, traz inovações significativas à ordem jurídica brasileira na medida em que regulamenta matérias como a imposição de medidas de isolamento e quarentena de pessoas e animais; a realização obrigatória de testes laboratoriais, vacinação, exames e tratamentos médicos; a restrição temporária de entrada e saída do país de pessoas e bens; a requisição de bens e serviços privados pelo Estado, entre outras, instituindo limites mas também salvaguardas em relação ao exercício dos direitos e liberdades fundamentais previstos pela Constituição Federal em vigor. Porém, seu alcance atém-se exclusivamente “ao enfrentamento do coronavírus responsável pelo surto de 2019”, não podendo ultrapassar o tempo de duração da *Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional* (ESPII)² que foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020³. A seguir, a OMS reconheceu a existência de uma “pandemia de COVID-19”⁴, em 11 de março de 2020⁵.

O objetivo do presente artigo é oferecer uma análise crítica da lei de quarentena, destacando seus aspectos positivos e negativos, tendo como referências valorativas a proteção da saúde pública, a democracia, os direitos humanos e as liberdades fundamentais. Tal análise justifica-se pela crescente banalização de medidas restritivas de direitos no plano global, motivadas, em geral, pelo pânico disseminado entre as

1 BRASIL. Lei n. 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 fev. 2020.

2 Cf. artigo 1º § 3º da lei de quarentena.

3 OMS. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Genebra, 30 jan. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 28 fev. 2020.

4 A primeira denominação adotada pela OMS foi “novo coronavírus 2019” (em inglês, “2019 novel coronavirus”), posteriormente alterada para SARS-CoV-2. Em 11 de fevereiro, a OMS passou a chamar a doença decorrente do vírus de “COVID-19”, que é o acrônimo de “doença por coronavírus” (“coronavirus disease”), acrescido do ano relativo à aparição do surto (2019), v. OMS. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. Genebra, 11 fev. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 28 fev. 2020. No âmbito deste artigo, optamos por adotar a referência da lei brasileira, “coronavírus responsável pelo surto de 2019”, simplificada pela expressão “novo coronavírus”.

5 Na ausência de uma definição jurídica, de modo geral, a OMS chama de pandemia a propagação internacional de uma nova doença. No caso do novo coronavírus, porém, a declaração faz referência à rapidez da propagação, ao número de casos graves e à insuficiência da resposta, cf. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Genebra, 11 mar. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 11 mar. 2020.



populações. Não se trata apenas da China, regime ditatorial e epicentro da propagação internacional do novo coronavírus⁶, que implementou medidas radicais de contenção da doença nas regiões mais atingidas, entre elas o isolamento de cidades populosas, o fechamento de estabelecimentos, inclusive escolares, e a suspensão de funcionamento do transporte coletivo⁷. Também a Itália, que foi o segundo epicentro da doença e é uma importante democracia europeia, adotou medidas similares às chinesas que foram consideradas “frenéticas, irracionais e imotivadas”, capazes de instaurar um “estado de medo” como justificativa para medidas de exceção⁸. Foram igualmente relatadas significativas tensões entre poderes locais e o poder central, decorrentes do regionalismo que caracteriza o sistema de saúde italiano, com a adoção de diferentes protocolos a depender da região em questão⁹.

Do ponto de vista teórico, este texto posiciona-se na vertente de estudos críticos da saúde global no sentido de que aborda a interação entre as agendas políticas e as formas pelas quais as ideias sobre as emergências são apresentadas, interpretadas, justificadas, legitimadas e contestadas¹⁰. Também pretende ser considerado um estudo crítico por ser “centrado nas pessoas”¹¹, em oposição aos enfoques securitários, dogmáticos ou tecnicistas.

⁶ Segundo o Ministério da Saúde, os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais, a maioria delas causada por espécies de baixa patogenicidade que geram sintomas do resfriado comum, podendo eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças. Quanto ao novo coronavírus, em particular, ainda não existe descrição clínica completa, havendo lacunas sobre os seus padrões de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Ademais, ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis; atualmente, o tratamento oferecido ao paciente é de suporte e inespecífico, cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico n. 3 - Doença pelo Novo Coronavírus 2019 - COVID-19, Brasília, 21 fev. 2020. O mesmo boletim destaca: “previamente a 2019, duas espécies de coronavírus altamente patogênicos e provenientes de animais (SARS e MERS) foram responsáveis por surtos de síndromes respiratórias agudas graves”, *Ibid.*

⁷ Ver, por ex., CHEN, Simiao et al. “COVID-19 control in China during mass population movements at New Year”, *The Lancet*, v. 395, n. 10226, 2020, p.764-766.

⁸ AGAMBEN, Giorgio. O estado de exceção provocado por uma emergência imotivada. Tradução de Luisa Rabolini. Instituto Humanitas Unisinos, 27 fev. 2020. Após a publicação do citado artigo, as medidas excepcionais na Itália tornaram-se ainda mais extensas e drásticas, v. Itália. Conselho de Ministros. Decreto del Presidente - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (20A01522). Diário Oficial, *Serie Generale* Roma, n.59, 08 mar. 2020.

⁹ ALONGE, Guillaume; GUARNIERI, Francesca. Le patient italien ou la vie au temps du Coronavirus. *AOC - Analyse, Opinion, Critique*. 02 mar. 2020.

¹⁰ NUNES, João; PIMENTA, Denise. “A epidemia de Zika e os limites da saúde global”. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 98, 2026, p. 21-46.

¹¹ BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. “Peopling Global Health”. *Saúde e Sociedade*, n.23, v.2, 2014, pp. 376-389.



Tratando-se de um artigo jurídico, não é demais ressaltar o crescente reconhecimento da importância do direito na saúde global. Com efeito, as diferentes formas de regulação podem influenciar positiva ou negativamente os sistemas nacionais de saúde; as agendas políticas dos Estados, das Organizações Internacionais e de atores privados; o acesso das populações à saúde (inclusive aos medicamentos e à atenção primária); o combate às diferentes formas de discriminação, entre outros e numerosos temas, ensejando recentemente o surgimento da expressão “determinantes jurídicos da saúde global”¹².

O artigo possui cinco seções. A primeira apresenta o processo pelo qual uma doença ou agravo torna-se uma emergência internacional. A segunda aborda a justificativa e a tramitação da lei de quarentena. A terceira sintetiza a legislação epidemiológica em vigor no que se refere às emergências e às medidas de saúde pública. A quarta apresenta as medidas de saúde pública reguladas pela lei de quarentena, enquanto a quinta e última seção escrutina as salvaguardas nela contidas. Por derradeiro, algumas conclusões são formuladas.

Dimensão internacional da declaração de emergência

Organização especializada do sistema das Nações Unidas, a OMS é a autoridade encarregada de dirigir e coordenar a atuação internacional no campo da saúde, sendo dotada de poder regulamentar¹³. A declaração de uma ESPII pela OMS funda-se no Regulamento Sanitário Internacional (RSI)¹⁴. A atual versão do RSI foi aprovada em 2005 pela Assembleia Mundial da Saúde¹⁵ e está em vigor desde 2007 em 196 Estados. Conforme o artigo 1º do RSI, uma ESPII é um evento extraordinário que constitui “um

12 GOSTIN, Lawrence et al. “The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development”. *The Lancet*, v. 393, n. 10183, pp. 1857-1910.

13 OMS. Constituição (1946). In: BRASIL. Decreto n. 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. *Diário Oficial da União (DOU)*, Rio de Janeiro, RJ, 25 jan. 1949, especialmente artigos 2º e 21 a 23.

14 BRASIL. Decreto n. 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do RSI, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jan. 2020, retif. em 31 jan. 2020.

15 Principal órgão deliberativo da OMS, a Assembleia Mundial da Saúde reúne-se anualmente em Genebra, sede da organização. Adota o sistema de votação por maioria, tendo cada Estado-membro direito a um voto.



risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença”, e que potencialmente exige “uma resposta internacional coordenada”.

O surto do novo coronavírus, inicialmente ocorrido na China, motivou a sexta ESPII declarada pela OMS. A figura n. 1 oferece algumas informações básicas sobre a história dessas emergências.

1. Gripe A (H1N1)	2. Poliomelite (em curso)	3. Ebola	4. Associação entre zika vírus e malformações	5. Ebola (em curso)	6. Coronavírus (em curso)
<ul style="list-style-type: none"> • Declarada em abril de 2009, extinta em agosto de 2010, com origem no México e inicialmente chamada gripe suína • declarada pandemia em junho de 2009 • denúncias apontaram conflitos de interesse na composição do comitê de emergências da OMS • comissões de alto nível formularam duras críticas ao texto ou à aplicação do RSI 	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada em maio de 2014 (33ª reunião do Comitê de Emergências em 07/01/2020) • envolve atualmente mais de 20 Estados com diferentes graus de risco de propagação internacional da doença, entre eles Afeganistão, Nigéria, Paquistão e Síria • risco de propagação do vírus foi ampliado por conflitos armados e crises políticas, gerando o comprometimento dos programas de imunização 	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada em agosto de 2014 e extinta em março de 2016, teve como epicentro a África Ocidental, com cerca de 11 mil óbitos notificados • representa um turning point no campo da saúde global, com grande repercussão dos 7 casos da doença tratados no Ocidente • ação da OMS foi considerada um fracasso; uma missão da ONU (UNMEER) assumiu controle da resposta internacional, focada na contenção geográfica da doença e marcada pela militarização 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigente entre fevereiro e novembro de 2016, seu epicentro foi o Brasil que revelou para o mundo a Síndrome Congênita do Zika • suscita a questão das doenças endêmicas no âmbito das ESPIIs • impacto sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e sobre os direitos das crianças • marcada por grave crise política e a simultaneidade com Jogos Olímpicos e Paralímpicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada em outubro de 2019 (2ª reunião do Comitê de Emergências em 12/02/2020) • epicentro na República Democrática do Congo, marcada por conflitos armados e instabilidade política • gerou polêmica sobre declaração tardia e relativização política do conceito de ESPII pelo respectivo Comitê de Emergências 	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada em janeiro de 2020 com epicentro na China, seguida de propagação internacional • declarada pandemia em 11 de março de 2020 • medidas altamente restritivas de direitos são adotadas, inclusive nas democracias europeias • repercussão da doença causa impacto crescente no mercado internacional

Figura n. 1 - ESPIIs declaradas pela OMS até fevereiro de 2020

Salta aos olhos que, das três ESPIIs atualmente em curso, apenas a relacionada ao novo coronavírus alcança repercussão expressiva no plano global. Tanto a ESPII referente ao poliovírus, que está por completar seis anos, como a recente ESPII que corresponde ao ebola na República Democrática do Congo são raramente referidas pelos meios de comunicação.

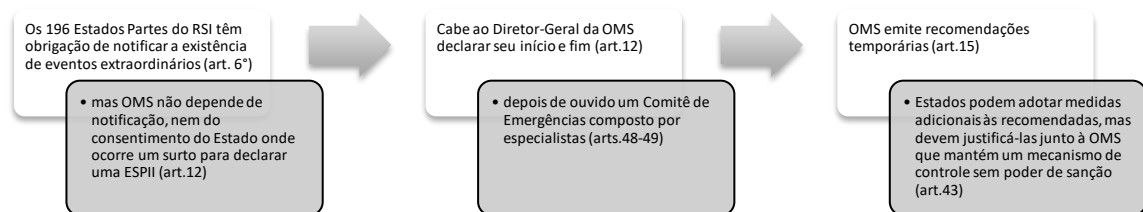
A análise da figura n. 1 demonstra, ainda, que a letalidade da ameaça em questão; o número ou a gravidade dos casos; os impactos sobre as populações atingidas,



ou ainda a eventual ineficiência dos Estados onde ocorrem os surtos não são os fatores que determinam a declaração de uma ESPII. Os elementos decisivos, de acordo com o já citado conceito previsto no RSI, são: o caráter extraordinário do evento; o potencial de propagação da doença entre as regiões do mundo; e a necessidade de internacionalização da resposta. Daí decorre que doenças que afligem milhões de pessoas não sejam consideradas emergenciais nos termos do RSI¹⁶.

A figura n. 2, por sua vez, descreve sinteticamente o mecanismo de declaração de uma ESPII.

Figura 2 - Declaração de uma ESPII segundo o RSI



Nota-se que o RSI em vigor outorga à OMS uma competência da maior relevância, eis que a declaração de uma ESPII pode causar grande repercussão econômica, política e social, como é o caso do novo coronavírus. No entanto, há uma vasta literatura crítica sobre o RSI e o mecanismo de declaração de emergências da OMS. Ela indica disfunções concernentes aos Comitês de Emergências que dão base à declaração de uma ESPII pela Direção Geral, inclusive sua composição¹⁷ e a opacidade de seus processos decisórios¹⁸; além da ausência de poder de sanção que possa

16 A pertinência deste conceito é tema recorrente da literatura crítica sobre a saúde global. Experiências recentes de ampliação do conceito de emergência em saúde são descritas pela literatura, v. SUNSHINE, Gregory et al. "Emergency Declarations for Public Health Issues: Expanding Our Definition of Emergency". *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 47, n. 2_suppl, 2019, pp. 95–99.

17 Quando da declaração da primeira ESPII, relativa à gripe A(H1N1), a OMS só divulgou a identidade dos membros do comitê ao final da emergência, ensejando acusações de conflito de interesses de seus membros, alguns deles vinculados à indústria farmacêutica. A partir da segunda ESPII, a composição dos comitês passou a ser divulgada simultaneamente à declaração da ESPII, v. lista de membros do comitê relativo ao novo coronavírus disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 28 fev. 2020.

18 Ver sobretudo FIDLER, David. "To Declare or Not to Declare: The Controversy Over Declaring a Public Health Emergency of International Concern for the Ebola Outbreak in the Democratic Republic of the Congo". *Asian Journal of WTO & Int. Health Law and Policy*, V.14, N. 2, Set. 2019, pp. 287-330.



converter as recomendações da OMS em obrigações para os Estados, entre outros aspectos¹⁹.

As declarações de emergências, sejam elas internacionais ou nacionais, têm como efeito potencial a adoção de medidas excepcionais de proteção da saúde pública que ensejam a necessidade de ponderação e equilíbrio entre os direitos individuais e o interesse coletivo.

Nova lei de quarentena brasileira: uma tramitação casuísta e antidemocrática

Elaborada em menos de uma semana, com dois dias de tramitação entre as duas casas do Congresso Nacional, a Lei n. 13.979/2020 resultou de estreita coordenação entre o Poder Executivo e as lideranças do Poder Legislativo.

O correspondente Projeto de Lei (PL) n. 23/2020, de iniciativa do governo federal, não foi submetido ao debate democrático, exceto durante escassas horas de discussão no plenário da Câmara dos Deputados, premidas pela tramitação do texto em regime de urgência²⁰, solicitado pela própria casa legislativa²¹. Modificado pela Câmara dos Deputados, o PL n. 23/2020 foi convertido em lei após sua aprovação integral pelo Senado Federal, recebendo a seguir uma sanção presidencial plena.

Embora à época o Brasil não tivesse casos confirmados de coronavírus e contasse um reduzido número de casos suspeitos, a urgência na tramitação da lei foi uma condição imposta pelo Poder Executivo para repatriar os brasileiros que se encontravam em Wuhan, China, então o epicentro da ESPII. De início, o líder de extrema

¹⁹ Sobre as negociações do RSI, seu alcance jurídico e uma síntese das críticas a ele destinadas ver VENTURA, Deisy. *Direito e saúde global - o caso da pandemia de gripe A(H1N1)*. São Paulo: Expressão Popular/Dobra Editorial, 2013, part. capítulos 3 e 4.

²⁰ Em virtude do art. 152 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, “Urgência é a dispensa de exigências, interstícios ou formalidades regimentais, salvo as referidas no § 1º deste artigo [publicação e distribuição, em avulsos ou por cópia, da proposição principal e, se houver, das acessórias; pareceres das Comissões ou de Relator designado; e quórum para deliberação], para que determinada proposição (...) seja de logo considerada, até sua decisão final”, cf. BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Regimento interno da Câmara dos Deputados. 9. ed. Brasília: Edições Câmara, 2011.

²¹ Em 04/02/2020, pelo Deputado Aguinaldo Ribeiro, na condição de Líder da Maioria, com base no art. 155 do já citado Regimento Interno da Câmara dos Deputados, segundo o qual “Poderá ser incluída automaticamente na Ordem do Dia para discussão e votação imediata, ainda que iniciada a sessão em que for apresentada, proposição que verse sobre matéria de relevante e inadiável interesse nacional, a requerimento da maioria absoluta da composição da Câmara, ou de Líderes que representem esse número, aprovado pela maioria absoluta dos Deputados (...)”, *Ibid.*



direita Jair Bolsonaro, Presidente da República, havia afastado a possibilidade de repatriação por dois motivos: o elevado custo financeiro da operação, considerando as condições especiais de traslado de potenciais pacientes; e a suposta ausência de legislação aplicável ao caso, que ensejaria o risco de suspensão de medidas restritivas de direitos por meio de ações judiciais²². Assim, como reconhece o Parecer do Senado Federal que recomendou a aprovação do já citado PL, “a edição de uma nova lei é necessária para dar segurança jurídica à repatriação de brasileiros que estão em Wuhan, cidade chinesa que é o epicentro do surto, e ao regime de quarentena ao qual eles deverão ser submetidos no retorno ao País”²³.

Foi deflagrada então a “Operação Regresso à Pátria Amada Brasil”²⁴, que compreendeu o chamado “resgate” de 34 brasileiros que se encontravam em Wuhan por intermédio de dois aviões da Força Aérea Brasileira (FAB), e sua subsequente submissão à quarentena, juntamente com 24 profissionais que acompanharam a missão, na Base Aérea de Anápolis (GO), durante 14 dias²⁵.

Trata-se de um velho dilema: “um enfoque imperialista da saúde pública conduz a um questionamento ou a uma limitação inaceitável das liberdades fundamentais, mas uma concepção minimalista pode provocar dramas humanos de gravidade excepcional”²⁶. Logo, as medidas de saúde pública podem, de fato, “invadir a esfera da liberdade individual de forma bastante agressiva”, invasão que, “no âmbito do Estado Democrático de Direito, será sempre permitida quando feita nos termos da lei e em defesa do interesse público, no caso, a proteção da saúde pública contra riscos à saúde identificados na sociedade”, com base em “amplo debate social” sobre as regras e os

22 “Ao trazer brasileiros pra cá, é nossa ideia colocar em um local para quarentena, mas qualquer ação judicial tira de lá”, declarou o Presidente, cf. G1, TV GLOBO. “Bolsonaro diz que não traz brasileiros da China porque 'custa caro' e não há lei de quarentena”. Globo.com, Brasília, 31 jan. 2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/31/bolsonaro-reune-ministros-para-avaliar-risco-do-coronavirus-e-situacao-de-brasileiros-na-china.ghtml>>. Acesso em 28 fev. 2020.

23 BRASIL. SENADO FEDERAL. Parecer n. 1/2020. De Plenário, em substituição à Comissão de Assuntos Sociais sobre PL n. 23, de 2020, do Poder Executivo, que dispõe sobre as medidas sanitárias para enfrentamento da ESPII decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Relator: Senador Nelsinho Trad. Brasília, 5 fev. 2020.

24 Ação interministerial que envolveu o Ministério da Defesa (em especial por meio da Força Aérea Brasileira, FAB), o Ministério da Saúde, o Ministério das Relações Exteriores e a Agência Brasileira de Vigilância Sanitária (ANVISA), para a qual foi criado um site oficial próprio, disponível em <<http://www.fab.mil.br/operacaoregresso/>>. Acesso em 28 fev. 2020.

25 AGÊNCIA BRASIL. “Coronavírus: todos os protocolos foram cumpridos, diz ministro”. EBC, Brasília, 23 fev. 2020. Disponível em <<http://agenciabrasil.etc.com.br/saude/noticia/2020-02/coronavirus-todos-os-protocolos-foram-cumpridos-diz-ministro>>. Acesso em 28 fev. 2020.

26 TABUTEAU, Didier. “Santé et liberté”, Pouvoirs, vol. 130, no. 3, 2009, pp. 97-111.



procedimentos que o Estado deve adotar”²⁷. Os programas de imunização, cada vez mais atacados por campanhas contrárias à vacinação, constituem um exemplo bastante revelador da complexidade desta questão²⁸.

As tensões entre interesses legítimos, mas eventualmente diversos ou até antagonicos, põem em relevo a importância de uma “democracia sanitária” que compreenda a posituação de direitos de participação popular em processos decisórios relacionados à saúde; a organização do Estado para a prática de processos decisórios participativos; além da ampliação dos espaços e processos de argumentação, possibilitando que todas as partes interessadas consigam apresentar seus argumentos e influenciar no processo decisório²⁹.

Daí decorre que, em Estados democráticos, medidas restritivas de direitos e liberdades fundamentais devam ser reguladas de forma detalhada, a fim de garantir que sejam devidamente motivadas, razoáveis e proporcionais, além de potencialmente eficientes; no campo da saúde, em particular, é imperativo que sejam baseadas em evidências científicas.

Porém, a lei de quarentena brasileira ora em apreço, em que pese ter o mérito de regulamentar as eventuais medidas restritivas de direitos relacionadas à emergência do novo coronavírus, o faz de forma açodada, em um momento de notório declínio da democracia e dos direitos humanos no território nacional. A próxima seção buscará situá-la no contexto do ordenamento jurídico pré-existente.

27 AITH, Fernando; DALLARI, Sueli. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo v. 10, n. 2, Jul.-Out. 2009, p.121.

28 “A obrigatoriedade da vacinação representa uma proteção ao bem público comum da prevenção e promoção da saúde, mas não deve ser tomada de forma absoluta, sendo sempre passível de flexibilização para casos em que a não vacinação não representar riscos relevantes para a saúde pública. Trata-se de um conflito entre liberdade individual e saúde pública que deve ser sempre ponderado à luz dos princípios jurídicos da razoabilidade e proporcionalidade, equilibrando-se a proteção à saúde com a proteção às liberdades individuais da melhor forma possível”, BARBIERI, Carolina; COUTO, Márcia; AITH, Fernando. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00173315, 2017 .

29 AITH, Fernando. *Direito à saúde e democracia sanitária*. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p.185-6.



Emergências e medidas de saúde pública: síntese da legislação epidemiológica em vigor

A atual legislação epidemiológica brasileira foi gestada na década de 1970, portanto antes da existência da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde, e na vigência do RSI de 1969, que era destinado ao combate de doenças específicas: cólera, febre amarela, peste e varíola³⁰. Tal anacronismo soma-se ao problema mais amplo da fragmentação da vigilância em saúde³¹ brasileira em vigilâncias especializadas, quais sejam epidemiológica, sanitária e ambiental; e a superposição existente entre elas, tanto no plano conceitual como no das práticas, mormente no que atine ao exercício do poder de polícia³².

A presente seção limita-se a apresentar as principais normas que podem ser diretamente relacionadas à nova lei de quarentena.

Ainda vigente, a Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975, mantém-se como a principal norma brasileira de vigilância epidemiológica de caráter geral, ao menos no que tange ao tema em apreço³³. A ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e agravos à saúde, competindo ao Ministério da Saúde regular a organização e as atribuições de seus serviços, tanto públicos como privados, além de promover a sua implantação e coordenação (art. 2º). A lei determina a notificação compulsória às autoridades sanitárias dos casos suspeitos ou confirmados de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o RSI (supra citadas), além de outras doenças e “agravos inusitados à saúde” que podem ser indicados pelo Ministério da Saúde (art. 7º). Estipula, ainda, que “é dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou

30 OMS. Règlement Sanitaire International 1969. 3. ed. anotada. Genebra: OMS, 1983. Em 1981, a Assembleia Mundial da Saúde excluiu a varíola do alcance do RSI, tendo em conta a sua erradicação. Ibid.

31 Nos termos do RSI, “vigilância” significa a coleta, compilação e a análise contínua e sistemática de dados, para fins de saúde pública, e a disseminação oportuna de informações de saúde pública, para fins de avaliação e resposta em saúde pública, conforme necessário (art. 1º do RSI).

32 AITH, Fernando; DALLARI, Sueli. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo v. 10, n. 2 p. 94-125 Jul.-Out. 2009.

33 BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 out. 1975.



presumível, de caso de doença transmissível”, sendo também obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças previstas pelo artigo 7º por médicos e outros profissionais de saúde, além dos responsáveis por estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino (art. 8º). Uma vez notificada, a autoridade sanitária é obrigada a proceder à investigação epidemiológica pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob o risco, podendo exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno visando à proteção da saúde pública (art. 11). Em decorrência dos resultados, parciais ou finais, de tais iniciativas, a autoridade sanitária fica obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente (art. 12).

Por fim, as pessoas físicas e as entidades públicas ou privadas, abrangidas pelas medidas referidas no artigo 12, ficam sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária (art.13). Este, especificamente, foi o principal dispositivo legal a garantir ao Poder Executivo o exercício do poder de polícia em casos de riscos epidêmicos até o advento da lei de quarentena. Genérico e sem prever quais medidas sanitárias poderiam ser determinadas, tampouco as sanções específicas para quem não as cumprisse, dependia da aplicação subsidiária da Lei 6.437, de 1977, que prevê as infrações sanitárias e respectivas sanções, ou até do Código Penal brasileiro, como será explicado mais adiante.

Trata-se, portanto, de uma legislação silente no que se refere aos procedimentos para adoção e implementação de medidas de emergência em saúde pública, especialmente no que se refere à proteção dos direitos das pessoas afetadas. A única salvaguarda prevista pela Lei n. 6.259/1975 diz respeito ao caráter sigiloso da notificação compulsória de casos de doenças, dispondo que a identificação do paciente, fora do âmbito médico sanitário, “somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável” (art.10).

Em 2005, com a adoção do RSI, cuja entrada em vigor foi estipulada para 2007, o Brasil assumiu obrigações internacionais de vulto em matéria de vigilância em saúde, em especial o desenvolvimento de “capacidades básicas” que, na prática, são as



condições elementares para que o regulamento possa ser cumprido³⁴. O Ministério da Saúde (MS) passou a contar com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)³⁵, definido como ponto focal brasileiro do RSI junto à OMS. Ainda em 2005, um Grupo Executivo Interministerial (GEI), composto por diferentes órgãos do governo federal e coordenado pelo Ministério da Saúde, foi criado como elemento da resposta brasileira a uma possível pandemia de influenza³⁶. A partir de 2009, ano em que a OMS declarou a ESPII relativa à gripe A(H1N1), o CIEVS passou a liderar uma rede de centros de vigilância estaduais, de capitais brasileiras e de outros municípios considerados estratégicos³⁷. Houve grande mobilização do governo federal para o enfrentamento daquela pandemia³⁸, deixando significativo legado à vigilância em saúde brasileira, inclusive no plano regulamentar³⁹, e em matéria de emergências.

Com efeito, em 2011, a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, busca adaptar as terminologias utilizadas na legislação brasileira ao léxico do RSI⁴⁰. No mesmo ano, por meio do Decreto n. 7.616, de 17 de novembro de 2011⁴¹, regulamentado pela Portaria n. 2.952⁴², foi instituída a categoria jurídica da Emergência em Saúde Pública de

34 Ver sobretudo Anexo 1 do RSI.

35 Teixeira, Maria Glória et al. "Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas". *Ciênc. saúde colet.* 23 (6) Jun 2018, pp.1811-1818.

36 BRASIL. Presidência da República. Decreto de 24 de outubro de 2005 (s/n). Institui o Grupo Executivo Interministerial para os fins que especifica e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF, 25 out. 2005. Modificado em duas oportunidades, e revogado em dezembro de 2010, v. BRASIL. Presidência da República. Decreto de 6 de dezembro de 2010 (s/n). DOU, Brasília, DF, 7 dez. 2010.

37 Temporão, José Gomes. "O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1)". *Epidemiol. Serv. Saúde* 18(3), 2009, pp. 201-204.

38 Além de uma ESPII, a OMS também reconheceu a gripe A(H1N1) como uma pandemia, o que causou polêmica à época, ver DOSHI, P. "The elusive definition of pandemic influenza". *Bull World Health Organ.* 2011 Jul 1;89(7):532-8.

39 COSTA, Ligia; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. *Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua*, v. 7, n. 1, mar. 2016, pp. 11-25.

40 Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no RSI 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. DOU, Brasília, p. 37-8, 26 de jan. 2011.

41 Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. DOU, 18 nov. 2011.

42 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do SUS, o Decreto no 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de ESPIN e institui a FN-SUS. DOU, Brasília, DF, 15 dez. 2011.



Importância Nacional (ESPIN). Embora se trate claramente de uma transposição da categoria da ESPII ao ordenamento jurídico pátrio, os institutos são independentes entre si⁴³. Até o momento, duas ESPINs foram declaradas no Brasil: a relativa à Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus zika (SCZ), entre 2015 e 2017; e a relativa ao novo coronavírus, como será visto a seguir.

Além da resposta à pandemia de gripe A(H1N1), tal evolução normativa está relacionada à grande mobilização do Estado brasileiro para acolher, entre 2007 e 2016, importantes eventos de massa internacionais, entre eles os Jogos Panamericanos (2007), a Copa das Confederações (2013) e a Copa do Mundo (2014), a Jornada Mundial da Juventude (2013) e os Jogos Olímpicos e Paralímpicos (2016)⁴⁴. Em 2013, uma regulação específica sobre ações de vigilância e assistência à saúde nos eventos de massa foi adotada, mas ela não faz referência direta às medidas de saúde pública⁴⁵.

Em 2015, apesar de seu subfinanciamento crônico e incontáveis mazelas, o SUS revelou para o mundo a Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus zika (SCZ), graças aos notáveis profissionais de saúde que atuam no sertão nordestino⁴⁶ e aos institutos públicos de pesquisa que resistem aos ataques brutais à ciência brasileira recentemente intensificados. Em meio a uma grave crise política e econômica, inclusive o processo de impeachment da Presidente Dilma Rousseff, o Brasil conseguiu, graças ao SUS, organizar uma resposta de grande amplitude⁴⁷. Em 11 de novembro de 2015, o

43 Segundo o citado Decreto, a declaração de ESPIN ocorrerá em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública (art. 2º), em virtude da ocorrência de situações epidemiológicas (os surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional; sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados; representem a reintrodução de doença erradicada; apresentem gravidade elevada; ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS); de desastres; ou de desassistência à população (art. 3º). O mesmo decreto institui a Força Nacional do SUS (FN-SUS) como programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população (art. 12).

44 Teixeira, Maria Glória et al. "Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas". *Ciênc. saúde colet.* 23 (6) Jun 2018, pp.1811-1818.

45 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1139, de 10 de junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. DOU, Brasília, DF. 10 jun. 2013.

46 Sobre o início da associação entre o vírus zika, a microcefalia e outras malformações, v. DINIZ, Debora. *Zika: do sertão nordestino à ameaça global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

47 V. BRASIL. Ministério da Saúde. SVS. *Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS*. Brasília: MS, 2017. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>. Acesso em 28 fev. 2020.



Ministério da Saúde declarou a ESPIN⁴⁸; em 1º fevereiro de 2016, a OMS declarou a ESPII⁴⁹. É importante ressaltar que o objeto da emergência, tanto no plano nacional como no internacional, não era o surto da doença do vírus zika, e sim a associação entre a infecção e a microcefalia e outras malformações.

Como demonstra o Quadro n. 1, a ESPIN e a ESPII relacionadas à SCZ tiveram impacto significativo sobre a legislação brasileira, estando à origem de leis e de numerosos atos normativos do Poder Executivo.

Quadro n. 1 - Principais normas relacionadas à emergência da SCZ

Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015	Dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika (Alterada pela RN nº 407, de 3 de junho de 2016, e revogada pela RN nº 428, de 07/11/2017)
Portaria MS nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015	Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011 [que aprova a Política Nacional de Atenção Básica], para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica.
Decreto nº 8.612, de 21 de dezembro de 2015	Institui a Sala Nacional de Coordenação e Controle, para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus (Revogado pelo Decreto nº 10.087, de 2019)
Medida Provisória nº 712, de 29 de janeiro de 2016 Convertida na Lei nº 13.301, de 2016	Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do Vírus da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias ao controle das doenças causadas pelos referidos vírus, nos termos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e demais normas aplicáveis [autoridades do SUS poderão determinar e executar medidas de contenção das doenças relacionadas aos citados vírus, entre elas o ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono ou de ausência de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado]
Decreto nº 8.662, de	Dispõe sobre a adoção de medidas rotineiras de prevenção e

48 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, com base no Decreto nº 7616, de 17 de novembro de 2011. DOU, Brasília, DF, 12 nov. 2015.

49 OMS. WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations, Geneva, 01 fev. 2016.



1º de fevereiro de 2016	eliminação de focos do mosquito <i>Aedes aegypti</i> , no âmbito dos órgãos e entidades do Poder Executivo federal, e cria o Comitê de Articulação e Monitoramento das ações de mobilização para a prevenção e eliminação de focos do mosquito <i>Aedes aegypti</i> (Revogado pelo Decreto nº 10.179, de 2019)
Portaria MS nº 1.046, de 20 de maio de 2016	Institui a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (RENEZIKA)
Portaria MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [torna obrigatória notificação da doença do vírus zika e de óbitos dela decorrentes]
Medida Provisória nº 716, de 11 de março de 2016 Convertida na Lei nº 13.310, de 7 de julho de 2016	Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação, da Defesa e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no valor de R\$ 420.000.000,00, para os fins que especifica [combate à microcefalia e ao mosquito <i>Aedes</i>]
Portaria Interministerial MS/Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS) nº 405 de 15 de março de 2016	Institui, no âmbito do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia - Prorrogada pela Portaria Interministerial MS/MDS n. 1.115 em 3 de junho de 2016
Portaria MDS nº 58, de 3 de junho de 2016	Dispõe sobre ações articuladas das redes de Assistência Social e Previdência Social na atenção às crianças com microcefalia para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC
Portaria Ministério das Cidades nº 321, de 14 de julho de 2016	Dá nova redação ao Manual de Instruções para seleções de beneficiários no âmbito do Programa Minha Casa, Minha Vida [dispensa do sorteio para o programa as famílias que possuam membro com microcefalia]
Portaria MS nº 1.682, de 30 de julho de 2017	Declara o encerramento da ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e desativa o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES)

Entre os diferentes aportes deste arcabouço normativo, destacamos que, apesar de sua tradição em programas de combate a vetores transmissores de doenças, somente no bojo da resposta à SCZ o direito brasileiro veio a permitir expressamente a entrada de agentes públicos em imóveis privados abandonados para eliminação de



focos de mosquitos⁵⁰. Ainda assim, o Brasil tem perdido a chamada “Guerra contra o mosquito”, permanecendo elevada a incidência de doenças transmitidas por vetores, sobretudo devido a deficiências estruturais relativas ao saneamento básico e o acesso à água potável, inclusive nas regiões mais ricas do país, marcadas por persistentes iniquidades em saúde. Em 2019, o Brasil teve mais de 1,5 milhão de casos de dengue, com número maior de casos no Sudeste e maior incidência⁵¹ no Centro Oeste; mais de 130 mil de chikungunya, com maior número de casos e maior incidência no Sudeste; e mais de 10 mil de zika, com maior número de casos e maior incidência no Nordeste⁵². Nota-se, portanto, que as doenças endêmicas transmitidas por vetor, contrariando antigos estigmas infelizmente reflorescidos, não estão concentradas nas regiões Nordeste e Norte do país.

Deve ser ressaltado, ainda, que apesar de sua importância, a emergência relacionada à SCZ não foi suficiente para ensejar a elaboração de uma nova lei de vigilância epidemiológica de caráter geral.

Diferentemente da SCZ, em que a declaração de ESPIN antecedeu à ESPII – o que se explica por ter sido o Brasil o epicentro da emergência e ter o SUS detectado o objeto da mesma – , a resposta brasileira ao novo coronavírus acompanhou a declaração de emergência no plano internacional, como se deduz do Quadro n. 2.

50 BRASIL. Lei n. 13.301, de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika ; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. DOU, Brasília, DF, 28 jun. 2016.

51 Número de casos por 100 mil habitantes.

52 BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico n. 2 – Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 01 a 52, Brasília, 16 jan. 2020. Sobre a SCZ, ver BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico N. Especial. SCZ: situação epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios, 2015 a 2019. Brasília, 14 nov. 2019.



Quadro n. 2 – Normas infralegais adotadas no âmbito da resposta brasileira ao coronavírus até fevereiro de 2020

Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020	Institui o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPIN), revogando o Decreto de 6 de dezembro de 2010 que possuía idêntico objeto
Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020	Promulga o texto revisado do RSI
Portaria MS n. 188, de 03 de fevereiro de 2020	Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).
Decreto nº 10.238, de 11 de fevereiro de 2020	Altera o Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020, que dispõe sobre o GEI-ESPIN, para incluir em sua composição o Ministério das Relações Exteriores
Medida Provisória n. 922, de 28 de fevereiro de 2020	Altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, entre outras, incluindo no rol de situações excepcionais as emergências de saúde pública

Note-se que o governo federal fez questão de promulgar o RSI, já aprovado pelo Congresso Nacional por decreto legislativo⁵³, com a ressalva de que seu objeto havia entrado em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, em 15 de junho de 2007, nos termos do artigo 59 do próprio RSI. Embora à luz do direito internacional, pela natureza dos regulamentos da OMS, a sua incorporação não seja necessária (e, a rigor, sequer cabível)⁵⁴, é evidente que esta promulgação visa eludir todo e qualquer questionamento a respeito da vigência do RSI na ordem jurídica brasileira.

Como também revela o Quadro n. 2, em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou uma emergência de saúde pública no plano nacional (ESPIN). Entre as justificativas contidas nos considerandos da declaração encontra-se a necessidade de estabelecer uma estratégia de acompanhamento dos nacionais e estrangeiros que ingressarem no país e que se enquadram nas definições casos de suspeitos e

53 Ver VENTURA, Deisy. *Direito e Saúde Global ...*, op. cit., p.144-147.

54 BRASIL. Congresso Nacional. Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009. DOU, Brasília, DF, 10 jul. 2009.



confirmados. Também em 3 de fevereiro, a mesma pasta encaminhou à Presidência da República o anteprojeto hoje convertido em lei.

Na exposição de motivos do anteprojeto, o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, sustenta que a legislação brasileira estava “defasada no que respeita à definição de medidas e instrumentos jurídicos e sanitários adequados para que o Estado e a sociedade brasileira possam organizar-se para o combate às novas ameaças à saúde pública”⁵⁵.

Medidas de saúde reguladas pela Lei n. 13.979/2020

A nova lei de quarentena refere-se à disposição sobre “medidas para enfrentamento da ESPII decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019” (epígrafe), tendo como objetivo a proteção da coletividade (art. 1º §1º). O Quadro n. 3 apresenta as medidas excepcionais previstas pelo art. 3º da nova lei, que por seu caráter restritivo de direitos chegou a ser referida como “um AI-5 Sanitário em 2020”⁵⁶.

Quadro n. 3 – Medidas para enfrentamento da ESPII (art. 3º da Lei 13.979/20)

Medida	Definição ⁵⁷	Autoridade(s) competente(s) ⁵⁸
I – Isolamento	Separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, [ou] de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus (art. 2.1 Lei 13.979/20)	- Ato do Ministro de Estado da Saúde dispõe sobre condições e prazos aplicáveis - Podem ser aplicadas pelo Ministério da Saúde (MS) e por gestores locais de saúde,
II – Quarentena	Restrição de atividades ou	

55 BRASIL. Ministério da Saúde. EM n. 9/2020 – MS. Brasília, 3 fev. 2020.

56 CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues. “Lei do CoronaVirus 2019 – autoritarismo sem garantias de cidadania”. CEBES, Rio de Janeiro, 06 fev. 2020. Disponível em <<http://cebes.org.br/2020/02/comentario-a-lei-do-coronavirus-2019-uma-lei-autoritaria-sem-garantias-de-cidadania/>> Acesso em 28 fev. 2020.

57 Em virtude do art. 2º § único da Lei 13.979/20, as definições estabelecidas pelo art. 1º do RSI são a ela aplicáveis “no que couber”.

58 Cf. art. 3º§§ 5 a 7 da Lei 13.979/20.



		separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus (art. 2.2 Lei 13.979/2020)	desde que autorizados pelo MS
III - Determinação da realização compulsória de	a) Exames médicos	Avaliação preliminar de uma pessoa por um profissional de saúde autorizado ou por uma pessoa sob a supervisão direta da autoridade competente, a fim de determinar o estado de saúde da pessoa e seu potencial de risco para a saúde pública para terceiros, podendo incluir o exame minucioso de documentos sanitários, bem como um exame físico quando as circunstâncias do caso assim o justificarem (art. 1º RSI)	- MS - Gestores locais de saúde
	b) Testes laboratoriais c) Coleta de amostras clínicas d) Vacinação e outras medidas profiláticas e) Tratamentos médicos específicos	Não há	
IV - Estudo ou investigação epidemiológica		Não há	- MS - Gestores locais de saúde
V - Exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver		Não há	MS e gestores locais de saúde, desde que autorizados pelo MS
VI - Restrição excepcional e temporária de entrada e saída do País, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência		“Saída” significa, no caso de pessoas, bagagens, carga, meios de transporte ou mercadorias, o ato de deixar	- Deve ser regulada por ato conjunto do Ministros de Estado da Saúde e do



Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por rodovias, portos ou aeroportos	um território; “porto” significa um porto marítimo ou em águas interiores, onde chegam e saem embarcações em viagens internacionais; “aeroporto” significa todo aeroporto de origem ou destino de voos internacionais (art. 1º RSI)	Ministro de Estado da Justiça e Segurança Pública - Pode ser aplicada pelo MS e por gestores locais de saúde, desde que autorizados pelo MS
VII - Requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa		- MS - Gestores locais de saúde
VIII - Autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, desde que registrados por autoridade sanitária estrangeira; e previstos em ato do MS		- Ato do Ministro de Estado da Saúde concede autorização - Pode ser aplicada por MS e gestores locais de saúde, desde que autorizados pelo MS

Não resta dúvida sobre a complexidade operacional e ética das medidas arroladas pela lei. A literatura especializada apresenta reservas sobretudo em relação ao tratamento obrigatório (art. 4º, III, e) e à quarentena (art. 4º, II). Quanto ao primeiro, trata-se claramente de “uma situação-limite em saúde pública”, eis que os “códigos de Ética Médica só autorizam um tratamento imposto contra a vontade do paciente em situações de iminente risco de vida”; no que tange à quarentena, estudos demonstram a “baixa efetividade dos métodos coercitivos e também deterioração das condições gerais de vida dos pacientes quarentenados”⁵⁹. No entanto, a indubitável existência de situações que potencialmente justificam medidas restritivas sob o prisma da proteção da saúde pública, a exemplo das epidemias de grande escala, parece suficientes para justificar sua regulamentação, especialmente para garantir o seu caráter excepcional e minimizar o seu impacto sobre os direitos das pessoas atingidas. Neste particular, devem ser consideradas ainda as dúvidas que assaltam as autoridades sanitárias e os profissionais de saúde durante as emergências, na ausência de uma regulamentação mais detalhada.

⁵⁹ SANTOS, Iris; NASCIMENTO, Wanderson. As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 8, n. 2, 2014, pp. 174-85.



Em 2014, o advento do primeiro caso suspeito de ebola no Brasil, não confirmado, ofereceu um privilegiado laboratório dos riscos trazidos por uma regulamentação deficiente, que contribuiu para que os direitos de informação e de consentimento do paciente fossem violados na primeira etapa de seu atendimento, e que simultaneamente ocorresse a violação da privacidade pela ampla difusão de sua identidade e imagem nos meios de comunicação⁶⁰. À época, questionou-se: “Caso o paciente se recuse a permanecer internado a equipe deverá chamar a polícia? Os policiais deverão vestir os EPIs [Equipamentos de Proteção Individual] para conter o paciente? O paciente será colocado sob vigilância no próprio hospital de referência?”, entre outros aspectos⁶¹.

Em 11 de março de 2020, a Portaria MS n. 356⁶² regulamentou a lei de quarentena⁶³. Ela torna obrigatórios o termo de consentimento livre e esclarecido para pessoas afetadas por isolamento ou quarentena, e a notificação de isolamento, oferecendo tais formulários em seu Anexo 1. Determina, ainda, prazos de duração dessas medidas: quatorze dias para isolamento, prorrogáveis por igual período; e de até quarenta dias para quarentena, prorrogáveis por prazo indeterminado. O objetivo da quarentena é esclarecido: garantir a manutenção dos serviços de saúde em local certo e determinado. Também indica que o isolamento deve ocorrer preferencialmente em domicílio, além de apontar diversos detalhes operacionais relativos a exames e testes, entre outros.

A regulamentação, porém, não trouxe detalhes sobre sanções por descumprimento das medidas, limitando-se a determinar que o médico ou agente de vigilância epidemiológica informe à autoridade policial e ao Ministério Público sobre

60 VENTURA, Deisy; HOLZHACKER, Vivian. Saúde Global e Direitos Humanos: o primeiro caso suspeito de ebola no Brasil. Lua Nova, São Paulo, n. 98, 2016, p. 107-140.

61 CERBINO NETO, J. Questões éticas no manejo de pacientes com doença pelo vírus Ebola. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 11, 2014, pp. 2256-58.

62 BRASIL. MS. Portaria n. 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). DOU, Brasília, DF, 12 mar. 2020.

63 Antes que a regulamentação da lei fosse adotada, o Poder Judiciário do Rio de Janeiro teria determinado, em processo protegido por segredo de justiça, a internação compulsória de turistas franceses no Município de Paraty (RJ) Justiça determina que casal suspeito de contrair coronavírus fique internado. Revista Consultor Jurídico, 28 de fev. de 2020. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2020-fev-28/justica-determina-internacao-compulsoria-suspeitos-coronavirus>>. Acesso em 28 fev. 2020. Em Brasília, uma decisão judicial garantiu o exame obrigatório e a internação domiciliar de caso suspeito, cf. Justiça manda marido de paciente com coronavírus no DF fazer exams, Folha de S. Paulo, 10 mar. 2020.



eventual descumprimento. Segundo o art. 1º do RSI, uma “medida de saúde” corresponde aos procedimentos aplicados para evitar a propagação de contaminação ou doença, “não incluindo medidas policiais ou de segurança”. A nova lei brasileira não permite supor a exclusão de medidas policiais ou de segurança, embora não as preveja expressamente. Com efeito, o artigo 3º § 4º da lei de quarentena estipula que “as pessoas deverão sujeitar-se ao cumprimento das medidas previstas neste artigo, e o descumprimento delas acarretará responsabilização, nos termos previstos em lei”. Na ausência de referência explícita à lei cabível, é de se supor uma remissão às “infrações à legislação sanitária federal” previstas pela Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Dita lei, em seu art. 10, tipifica e prevê sanções para condutas como o descumprimento do dever de notificação de doença ou zoonose transmissível ao homem (inciso VI); o gesto de impedir ou dificultar a aplicação de medidas sanitárias relativas às doenças transmissíveis e ao sacrifício de animais domésticos considerados perigosos pelas autoridades sanitárias (VII); ou de dificultar ou opor-se à execução de medidas sanitárias que visem à prevenção das doenças transmissíveis e sua disseminação, à preservação e à manutenção da saúde (VIII), entre outras condutas⁶⁴. Registre-se ainda que, mais recentemente, uma lei federal teve o exclusivo objeto de definir como “infração sanitária” a inobservância das obrigações previstas pela Lei nº 6.437, supracitadas, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis⁶⁵.

Em seara penal, segundo o Ministério da Saúde⁶⁶, dois crimes tipificados pelo direito penal brasileiro poderiam ser, neste ponto, evocados: “Causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos” corresponde à pena de reclusão de 10

64 BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. DOU, Brasília, DF, 24 ago. 1977.

65 BRASIL. Lei n. 13.730, de 8 de novembro de 2018. Altera o art. 14 da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, para considerar infração sanitária a inobservância das obrigações nela estabelecidas. DOU, Brasília, DF, 24 ago. 1977. A justificativa desta alteração seria configurar claramente a ausência de notificação de doenças pelos profissionais de saúde como infração sanitária, em decorrência de constatação feita pela Subcomissão Especial destinada a investigar o uso dos agrotóxicos e as suas consequências para a saúde (2011) de que havia subnotificação de enfermidades, inclusive de notificação compulsória, cf. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Seguridade Social e Família. PL n. 1.068, DE 2015. Parecer do Relator. Deputado Adelmo Carneiro Leão. Brasília, 27 out. 2015. Vale recordar que a omissão de notificação de doença de notificação compulsória por um médico constitui crime punível com detenção, de seis meses a dois anos, e multa, conforme artigo 269 do Código Penal em vigor.

66 SOUZA, André. Após internação forçada, Saúde criará regra para quarentena de turistas com sintomas de Covid-19, Rio de Janeiro, O Globo, 02 mar. 2020.



a 15 anos, sendo a pena aplicada em dobro quando daí resultar morte (art. 267)⁶⁷; e “infração de medida sanitária preventiva”, “destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa”, punível com detenção de um mês a um ano e multa⁶⁸. O Ministro da Saúde declarou: “senti no episódio dos franceses uma falta de clareza, talvez”, embora tenha reconhecido as boas intenções de todos os envolvidos⁶⁹.

Cabe, ainda, suscitar a questão da compatibilidade das medidas previstas na lei com o RSI. Em princípio, os Estados Partes não podem impor aos viajantes⁷⁰ nenhum exame médico, vacinação, medida profilática ou medida de saúde de sem seu prévio consentimento expresso e informado, ou de seus pais ou tutores legais, (art.31.1). No entanto, quando existem evidências de risco iminente para a saúde pública, o Estado Parte poderá, na medida necessária para controlar tal risco, obrigar o viajante a se submeter a exames médicos, que permitam alcançar o objetivo de saúde pública visado da forma menos invasiva⁷¹ e intrusiva⁷² possível; à vacinação ou a outra medida profilática; ou a medidas como isolamento e quarentena (art.31.2).

Por outro lado, a restrição excepcional e temporária de entrada e saída do país (art. 3º, VI), ainda que condicionada à recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), também pode ensejar incompatibilidade com o RSI quando não há recomendação da OMS, baseada em evidências científicas, de restrição da circulação internacional de pessoas. Em virtude do artigo 43.1 do RSI, medidas adicionais às recomendadas pela OMS podem ser adotadas não deverão ser mais restritivas ao tráfego internacional, nem mais invasivas ou intrusivas em relação às pessoas. Este tipo de medida restritiva é potencialmente danosa aos direitos humanos porque dificulta a circulação internacional de recursos

67 De acordo com o mesmo artigo, em caso de culpa (ausência de dolo e presença de negligência, imperícia ou imprudência, a pena é de detenção, de um a dois anos, ou, se resulta morte, de dois a quatro anos).

68 Segundo o parágrafo único do mesmo artigo, a pena é aumentada de um terço se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro.

69 SOUZA, André. Após internação forçada, Saúde criará regra para quarentena de turistas com sintomas de Covid-19, Rio de Janeiro, O Globo, 02 mar. 2020.

70 Viajante é “uma pessoa física que realiza uma viagem internacional” (art. 1º RSI).

71 “Intrusivo” significa causador de possível desconforto por meio de contato próximo ou questionamento íntimo (art. 1º RSI).

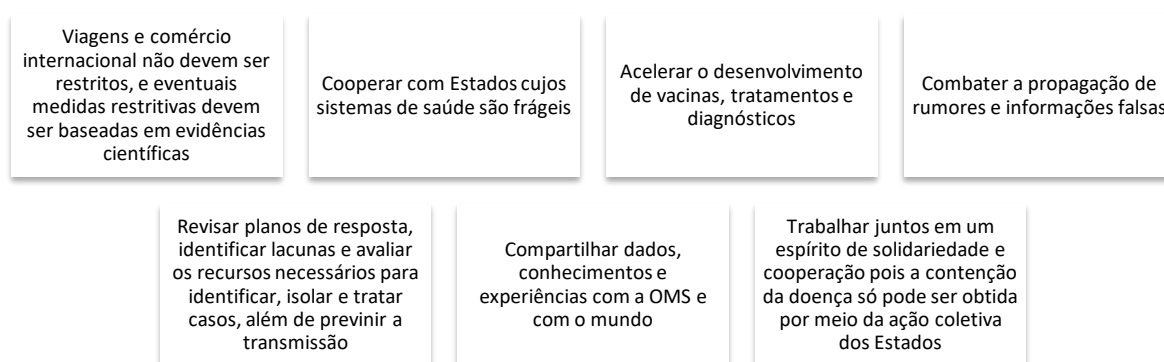
72 “Invasivo” significa a perfuração ou incisão na pele ou a inserção de um instrumento ou substância estranha no corpo, ou o exame de uma cavidade corporal. São considerados como não invasivos o exame médico de ouvido, nariz e boca, a verificação de temperatura por meio de termômetro auricular, oral ou cutâneo, ou imagem térmica; a inspeção médica; a ausculta; a palpação externa; a retinoscopia; a coleta externa de amostras de saliva, urina ou fezes; a aferição externa da pressão arterial; e a eletrocardiografia (art. 1º RSI).



humanos necessários à resposta, além de favorecer o estigma e a discriminação de viajantes, migrantes e refugiados em razão de sua origem.

Sabe-se que a OMS até o momento não recomendou restrições à circulação internacional de pessoas no caso da ESPII em curso. As recomendações da OMS rumam em sentido oposto, podendo ser sintetizadas em sete eixos, como demonstra a figura n.3.

Figura n. 3 – Síntese das recomendações da OMS relativas à ESPII do novo coronavírus⁷³



Apesar de tais recomendações, em 27 de fevereiro de 2020, 41 Estados haviam notificado a adoção de medidas restritivas ao tráfego internacional⁷⁴; até aquele momento não haviam sido notificadas restrições comerciais⁷⁵. Segundo a OMS, a maioria dessas medidas tem como alvo pessoas provenientes da China ou de países com transmissão sustentada do COVID-19, compreendendo a interdição de entrada de estrangeiros em território nacional, a imposição de medidas de quarentena ou isolamento de nacionais ou estrangeiros, ou mesmo restrições na concessão de vistos. A justificativa das medidas prende-se em geral a dois tipos de argumentos: as vulnerabilidades do sistema de saúde (por exemplo, falta de capacidade de diagnóstico e resposta) e as incertezas a respeito da transmissão do vírus e da gravidade da doença;

⁷³ Elaboração própria com base em OMS. Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Portal da OMS. Genebra, 30 jan. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 28 fev. 2020.

⁷⁴ No âmbito do mecanismo de controle instituído pelo artigo 43 do RSI.

⁷⁵ OMS. COVID-19 Situation Report n. 39. Genebra, OMS, 28 fev. 2020, p.2.



ambas as justificativas dificilmente se sustentam diante das evidências científicas disponíveis. Ainda segundo a OMS, tais medidas podem ter atrasado a importação de novos casos, mas não impediram a importação da doença. Desafortunadamente, tais medidas inscrevem-se na assentada tradição de associação entre o estrangeiro e a doença que marca a história das epidemias e faz parte do processo de construção das identidades nacionais no Ocidente, mantendo na contemporaneidade o potencial de induzir ou justificar violações de direitos humanos⁷⁶.

Além da provável ilegalidade das medidas notificadas, há estimativas de que numerosos Estados sequer notificaram à OMS as medidas por eles adotadas⁷⁷. O Brasil, até o momento, não adotou medidas restritivas de entrada e saída do país, o que só poderá fazer por meio de ato conjunto dos Ministros da Saúde e da Justiça e da Segurança Pública (art. 3º § 6º da Lei 13.979/20).

De modo geral, conclui-se que a lei de quarentena brasileira não é, *per se*, incompatível com o RSI, sendo a pertinência da motivação e a proporcionalidade da aplicação das medidas nela previstas os critérios decisivos para aferir sua compatibilidade com a referida norma internacional, além da efetiva aplicação das salvaguardas que serão tratadas na seção seguinte.

Antes disto, cumpre registrar que a lei institui excepcionalidade de outra natureza. Trata-se da dispensa de licitação para aquisição de bens, serviços e insumos de saúde destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, apenas enquanto perdurar a ESPII decorrente do coronavírus (art. 4º).

Salvaguardas instituídas pela Lei n. 13.979/2020

Sem entrar no necessário debate sobre a pertinência ou a eficiência de medidas restritivas de direitos no caso do novo coronavírus, é importante destacar que, quando

76 VENTURA, Deisy. Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos, São Paulo, Conectas Direitos Humanos, v. 13, n. 23, p. 61-75, 2016.

77 HABIBI et al. "Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak", The Lancet, v. 395, n. 10225, 2020.



adotadas, essas medidas não podem representar uma “carta branca” para o Estado em relação ao destino das pessoas atingidas.

Com efeito, a primeira salvaguarda prevista pela lei é a de que as medidas para enfrentamento da ESPII “somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública” (art. 3º § 1º). Uma evidência científica corresponde a “informações que fornecem um nível de prova com base em métodos científicos estabelecidos e aceitos” (art. 1º RSI). A relevância desta salvaguarda torna-se especialmente sensível quando se constata que a negação dos saberes científicos e o obscurantismo religioso grassam em diversos setores do governo federal.

A seguir, a lei assegura às pessoas afetadas pelas medidas “o direito de serem informadas permanentemente sobre o seu estado de saúde” e o direito de receberem tratamento gratuito (art. 3º § 2º). No léxico do RSI, pessoa “afetada” significa pessoa infectada ou contaminada, ou que “porte em si fontes de infecção ou contaminação, de modo a constituírem um risco para a saúde pública” (art. 1º RSI).

Além das salvaguardas recém descritas que figuravam no PL encaminhado pelo Poder Executivo, a Câmara dos Deputados modificou ou inseriu novos dispositivos, com expressiva contribuição ao aperfeiçoamento da legislação, como demonstra o Quadro n.4.

Quadro n. 4 – Salvaguardas introduzidas na Lei 13.979/20 pela Câmara dos Deputados⁷⁸

Ementa e caput do art. 1º	Inclusão da expressão “responsável pelo surto de 2019” para qualificar a emergência de saúde pública inicialmente referida apenas como “decorrente do coronavírus”
Art. 1º	Acréscimo do §3º para limitar o período máximo de vigência da lei à duração da ESPII declarada pela OMS
Art. 3º inciso VI	Adição da necessidade de “recomendação técnica e fundamentada pela ANVISA” para balizar eventual medida de restrição excepcional e temporária de entrada e saída do país

⁷⁸ Elaboração própria com base em BRASIL. SENADO FEDERAL. Parecer n. 1/2020. De Plenário, em substituição à Comissão de Assuntos Sociais sobre o PL n. 23, de 2020, do Poder Executivo, que dispõe sobre as medidas sanitárias para enfrentamento da ESPII decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Relator: Senador Nelsinho Trad. Brasília, 5 fev. 2020.



Art. 3º §2º inciso I	Inclusão da assistência à família como garantia às pessoas afetadas pelas medidas previstas na lei, mediante regulamento
Art. 3º §2º	Acréscimo do inciso III para assegurar às pessoas afetadas “o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas, conforme preconiza o Artigo 3 do RSI”
Art. 4º	Acréscimo do §2º para dar maior transparência e publicidade às contratações e aquisições realizadas mediante dispensa de licitação: “Todas as contratações ou aquisições realizadas com fulcro nesta Lei serão imediatamente disponibilizadas em sítio oficial específico na rede mundial de computadores (internet), contendo, no que couber, além das informações previstas no § 3º do art. 8º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, o nome do contratado, o número de sua inscrição na Receita Federal do Brasil, o prazo contratual, o valor e o respectivo processo de contratação ou aquisição”
Art. 5º	- Modificação do caput para substituir a frase “É dever de toda pessoa natural no território brasileiro a comunicação imediata às autoridades sanitárias de [I - possíveis contatos com agentes infecciosos do coronavírus; II - circulação em áreas consideradas como regiões de contaminação pelo coronavírus] pela frase: “Toda pessoa colaborará com as autoridades sanitárias na comunicação imediata de” - Supressão do inciso III que obrigava a comunicação às autoridades sanitárias da “manifestação de sintomas considerados característicos do adoecimento pelo coronavírus”
Art. 6º	Acréscimo do §2º: “O Ministério da Saúde manterá dados públicos e atualizados sobre os casos confirmados, suspeitos e em investigação, relativos à situação de emergência pública sanitária, resguardando o direito ao sigilo das informações pessoais”
Art. 8º	Inclusão para determinar que a “Lei vigorará enquanto perdurar o estado de emergência internacional pelo coronavírus responsável pelo surto de 2019”

Não resta dúvida sobre a importância das salvaguardas instituídas pela Câmara dos Deputados, em que pese o exíguo tempo de tramitação do PL, tanto no que atine à proteção das pessoas afetadas (adoção da garantia de dignidade, direitos e liberdades mais ampla prevista pelo RSI) e à assistência às respectivas famílias (embora dependa de regulamento), como na imposição ao Estado de uma limitação temporal mais clara (por meio de vínculo da duração da ESPIN à duração da ESPII, ou seja, vedação da possibilidade de prorrogar indefinidamente a vigência de medidas excepcionais com



base nesta lei) e de garantias de transparência (quanto à dispensa de licitação e aos dados relativos à emergência) 79.

É digno de nota ainda o redimensionamento da obrigação resultante do artigo 5º, que passa de um “dever de comunicação imediata às autoridades” de contato possível com o vírus, inclusive de sintomas característicos como previsto no PL, ao dispositivo finalmente vigente que exclui a referência aos sintomas e estipula, de forma mais branda, que toda pessoa colaborará com as autoridades sanitárias na comunicação imediata de possíveis contatos com agentes infecciosos do coronavírus; e da circulação em áreas consideradas como regiões de contaminação pelo coronavírus. A nova redação pode contribuir para prevenir estigmatizações, além de tornar menos promissoras eventuais tentações de, pela via infra-legal, tornar obrigatória a delação de casos por meio do estabelecimento de sanções à suposta violação de um dever de comunicação.

Está ausente da lei, porém, uma referência explícita ao tratamento que deve ser dispensado aos viajantes nos termos do RSI. Além da garantia geral prevista no já citado artigo 3º do RSI, e contemplada na lei de quarentena brasileira graças à atuação da Câmara dos Deputados, em virtude do artigo 32 do RS os Estados Partes tem a obrigação de minimizar “qualquer incômodo ou angústia associado a medidas restritivas”, tratando todos os viajantes com cortesia e respeito; levando em consideração o gênero e as preocupações socioculturais, étnicas ou religiosas dos viajantes; providenciando alimentação e água adequadas, acomodações e roupas apropriadas, proteção para bagagens e outros bens, tratamento médico apropriado, meios de comunicação necessários, “se possível em idioma que possam compreender”; e outra assistência apropriada a viajantes que se encontrem em quarentena, isolados ou sujeitos a outros procedimentos para fins de saúde pública.

Se a ausência de referência explícita ao artigo 32 do RSI pode ser eventualmente compensada pela invocação judicial do próprio regulamento, considerando sua indiscutível vigência no país, a falta de outras salvaguardas não contempladas no RSI dá margem a violações de direitos humanos. Vale mencionar ao menos quatro delas.

79 O mero direito à informação, por si só, não torna a lei um modelo de mecanismo de *accountability*, o que seria ideal neste caso. Mecanismos de *accountability* funcionam como uma ferramenta de controle do processo de tomada de decisões e, conseqüentemente, como um limite à autonomia do agente com autoridade para decidir. Para uma elaboração conceitual mais detalhada v. RACHED, Danielle Hanna. The Concept(s) of Accountability: Form in Search of Substance. *Leiden Journal of International Law*, v. 29, p 317-342, 2016.



Em primeiro lugar, a autoridade sanitária que determina medidas sanitárias restritivas de liberdade individual deveria ser obrigada a comunicar sua decisão ao órgão do Ministério Público competente ou a algum órgão de controle externo e popular, no prazo máximo de 24 horas, devendo estes órgãos de controle verificar se estão preenchidos os requisitos legais e formais para a adoção da medida e tomar as medidas judiciais cabíveis⁸⁰.

Em segundo lugar, no que se refere a nacionais de outros Estados, caso a pessoa atingida por estas medidas não domine a língua portuguesa, deveria haver a obrigatoriedade de tradução para idioma compreensível, condição indispensável ao exercício do direito à informação sobre o próprio estado de saúde que foi previsto pela lei, e não apenas “na medida do possível” como preconiza o já citado artigo 32 do RSI. A submissão de uma pessoa a medidas como exames e tratamentos compulsórios, além de isolamento ou quarentena, quando associada à impossibilidade de comunicar-se com os profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento em questão, constitui tratamento desumano e degradante, de todo incompatível com a ordem constitucional e os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil em matéria de direitos humanos.

Em terceiro lugar, a atual legislação não apresenta soluções jurídicas para as pesadas consequências que uma quarentena, um tratamento compulsório ou um isolamento podem ter para as relações de trabalho. A atual legislação limita-se a considerar falta justificada ao serviço público ou à atividade laboral privada o período de ausência decorrente destas medidas (art. 3º § 3º). Certamente seria bem-vinda uma regulação que protegesse o trabalhador, de forma mais ampla, de riscos econômicos.

Finalmente, na eventualidade de serem determinadas restrições relacionadas ao sepultamento de pessoas, a fim de impedir aglomerações, ou ainda sepultamentos coletivos, fica pendente a regulação do exercício dos direitos inalienáveis de velar e de se despedir dos mortos.

80 AITH, Fernando; DALLARI, Sueli. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 10, n. 2, Jul.-Out. 2009, p.121.



Conclusões

O presente artigo permite concluir que as medidas de saúde pública, inclusive a quarentena, já existiam na legislação epidemiológica brasileira. Porém, a lei de quarentena, ao regulá-las e atribuir-lhes importantes salvaguardas, representa um avanço em relação à ordem anterior. Não obstante, a lei de quarentena mantém os traços essenciais da legislação precedente, quais sejam a elaboração reativa e casuística de instrumentos normativos; a fragmentação do ordenamento jurídico numa diversidade de instrumentos cuja consistência hierárquica pode ser questionada; a ausência do imprescindível debate democrático; e a pendência de normatização de numerosos detalhes decisivos para a correta implementação da lei, constatado um ainda insuficiente exercício do poder regulamentar.

Evidencia-se, ainda, que apesar do expressivo limite temporal de tramitação parlamentar da nova lei, a Câmara dos Deputados efetuou acréscimos e modificações no texto originalmente encaminhado pelo Poder Executivo que representam uma contribuição fundamental à democracia e aos direitos humanos. As salvaguardas contidas na lei parecem ainda mais relevantes e sensíveis quando se constata, além do encorajamento institucional à violação de direitos humanos no plano interno, que a posição internacional do Brasil sobre direitos humanos sofre degradação inédita em um regime democrático, comprometendo inclusive o papel de liderança que o Brasil vinha exercendo, nas últimas décadas, na governança global da saúde⁸¹. Não obstante, a lei de quarentena ainda carece de significativo aperfeiçoamento para que possa alcançar tanto a eficiência como a legitimidade devidas.

No mesmo sentido, em um contexto político extremamente adverso para a saúde pública brasileira, aviltada por sucessivos cortes orçamentários e sofrendo a concorrência do fundamentalismo religioso e do negacionismo em relação à ciência, o SUS mantém-se como o principal eixo da resposta às emergências. A análise das competências que figuram na nova lei indica o fortalecimento das autoridades sanitárias na resposta à emergência do novo coronavírus, e com elas a afirmação das evidências científicas como critério indispensável da adoção de medidas de saúde pública. O atual

81 Ver BUSS, Paulo. “Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2018, p.1881-1890.



Ministro da Saúde teria declarado: “Ainda bem que temos o SUS”⁸². Porém, a persistência de manchetes sobre o novo coronavírus, além de causar pânico na população e estigma em relação às pessoas envolvidas, pode obnubilar as evidências de só existe segurança sanitária verdadeira em sistemas capazes de cobrir a totalidade do território com acesso universal à saúde. A detecção de uma doença não pode depender de recursos financeiros para pagar um atendimento, e ainda menos a sua prevenção e o seu tratamento. Ademais, as instituições públicas de pesquisa realizam labor indispensável na resposta às emergências. Por conseguinte, o desmonte dos sistemas universais de saúde e a desvalorização da ciência são hoje as maiores ameaças à segurança da saúde global.

Neste sentido, o evento em curso também reforça a importância da atuação da OMS, malgrado suas disfunções e as críticas que a ela se possa, com justiça, formular. Os padrões da OMS, baseados em evidências científicas, são referência de difusão imensurável no plano global, potencializando sua capacidade de compartilhamento de saberes imprescindíveis à detecção e resposta à doença. Ademais, é difícil imaginar outro ator internacional que afirmasse, diante desta emergência, “é tempo de fatos, não de medo; de ciência, não de rumores; de solidariedade, não de estigma”⁸³.

Por fim, é imperativo que o Brasil adote uma lei epidemiológica geral e permanente, ou seja, não adstrita a uma emergência específica, elaborada de forma democrática, que sistematize as diversas normas infralegais em vigor. Com uma população mundial de 7,8 bilhões de pessoas, parte delas capazes de realizar cerca 1,5 bilhão de viagens internacionais por ano⁸⁴, o ecossistema global serve hoje como uma espécie de “playground” para emergência e troca de vírus animais com elevadas taxas de mutação que se transformam em ameaças existenciais para os humanos⁸⁵. As sucessivas crises econômicas que depauperaram enormes contingentes populacionais, a aceleração da devastação do meio ambiente e a persistência de conflitos armados e

82 CRISTINA, Paula. [Luiz Henrique Mandetta] “Ainda bem que temos o SUS”. Isto É Dinheiro, s/l, 28 fev. 2020. Disponível em <<https://www.istoedinheiro.com.br/ainda-bem-que-temos-o-sus/>>. Acesso em: 28 fev. 2020.

83 OMS. Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Genebra, 30 jan. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em: 28 fev. 2020.

84 Organização Mundial do Turismo. UNWTO World Tourism Barometer v. 18 n. 1, Jan. 2020.

85 MORENS, David et al. “Escaping Pandora’s Box — Another Novel Coronavirus”. New England Journal of Medicine, 2020. Disponível em <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2002106>>. Acesso em 28 fev. 2020.



zonas com elevados índices de violência aumentam vertiginosamente os riscos de pandemias, inclusive de doenças que hoje parecem facilmente preveníveis⁸⁶. Assim, as pandemias tendem a integrar de forma definitiva o panorama político jurídico nos planos nacional e global.

Referências bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. “O estado de exceção provocado por uma emergência imotivada”. Tradução de Luisa Rabolini. Instituto Humanitas Unisinos, 27 fev. 2020.

AGÊNCIA BRASIL. “Coronavírus: todos os protocolos foram cumpridos, diz ministro”. EBC, Brasília, 23 fev. 2020. Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-02/coronavirus-todos-os-protocolos-foram-cumpridos-diz-ministro>>. Acesso em 28 fev. 2020.

AITH, Fernando; DALLARI, Sueli. “Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde”. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 10, n. 2, Jul.-Out. 2009, p.121.

AITH, Fernando. Direito à saúde e democracia sanitária. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p.185-6.

ALONGE, Guillaume; GUARNIERI, Francesca. “Le patient italien ou la vie au temps do Coronavirus”. AOC - Analyse, Opinion, Critique. 02 mar. 2020.

BARBIERI, Carolina; COUTO, Márcia; AITH, Fernando. “A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00173315, 2017 .

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. “Peopling Global Health”. Saúde e Sociedade, n.23, v.2, 2014, pp. 376-389.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família. PL n. 1.068, DE 2015. Parecer do Relator. Deputado Adelmo Carneiro Leão. Brasília, 27 out. 2015.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Regimento interno da Câmara dos Deputados. 9. ed. Brasília: Edições Câmara, 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto Legislativo n. 395, de 9 de julho de 2009. DOU, Brasília, DF, 10 jul. 2009.

⁸⁶ Hirschfeld, K. “Microbial insurgency: Theorizing global health in the Anthropocene”. The Anthropocene Review, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1177/2053019619882781>>. Acesso em 28 fev. 2020.



BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 out. 1975.

BRASIL. Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. DOU, Brasília, DF, 24 ago. 1977.

BRASIL. Lei n. 13.301, de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika ; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. DOU, Brasília, DF, 28 jun. 2016.

BRASIL. Lei n. 13.730, de 8 de novembro de 2018. Altera o art. 14 da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, para considerar infração sanitária a inobservância das obrigações nela estabelecidas. DOU, Brasília, DF, 9 nov. 2018.

BRASIL. Lei n. 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico n. 2 – Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 01 a 52, Brasília, 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico n. 3 - Doença pelo Novo Coronavírus 2019 - COVID-19, Brasília, 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. EM n. 9/2020 – MS. Brasília, 3 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no RSI 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. DOU, Brasília, p. 37-8, 26 de jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do SUS, o Decreto no 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de ESPIN e institui a FN-SUS. DOU, Brasília, DF, 15 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1139, de 10 de junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. DOU, Brasília, DF, 10 jun. 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, com base no Decreto n. 7616, de 17 de novembro de 2011. DOU, Brasília, DF, 12 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). DOU, Brasília, DF, 12 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico n. especial. SCZ: situação epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios, 2015 a 2019. Brasília, 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília: MS, 2017. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>. Acesso em 28 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto de 24 de outubro de 2005 (s/n). Institui o Grupo Executivo Interministerial para os fins que especifica e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF, 25 out. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Decreto de 6 de dezembro de 2010 (s/n). DOU, Brasília, DF, 7 dez. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. DOU, 18 nov. 2011.

BRASIL. Decreto n. 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do RSI, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 jan. 2020, retif. em 31 jan. 2020.

BRASIL. SENADO FEDERAL. Parecer n. 1/2020. De Plenário, em substituição à Comissão de Assuntos Sociais sobre o PL n. 23, de 2020, do Poder Executivo, que dispõe sobre as medidas sanitárias para enfrentamento da ESPII decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Relator: Senador Nelsinho Trad. Brasília, 5 fev. 2020.

BUSS, Paulo. "Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS". *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2018, p.1881-1890.

CERBINO NETO, J. "Questões éticas no manejo de pacientes com doença pelo vírus Ebola". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 11, 2014, pp. 2256-58.

CHEN, Simiao et al. "COVID-19 control in China during mass population movements at New Year", *The Lancet*, v. 395, n. 10226, 2020, p.764-766.



CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues. “Lei do CoronaVirus 2019 – autoritarismo sem garantias de cidadania”. CEBES, Rio de Janeiro, 06 fev. 2020. Disponível em <<http://cebes.org.br/2020/02/comentario-a-lei-do-coronavirus-2019-uma-lei-autoritaria-sem-garantias-de-cidadania/>> Acesso em 28 fev. 2020.

COSTA, Ligia; MERCHAN-HAMANN, Edgar. “Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários”. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua , v. 7, n. 1, mar. 2016, pp. 11-25.

CRISTINA, Paula. [Luiz Henrique Mandetta] “Ainda bem que temos o SUS”. Isto É Dinheiro, s/l, 28 fev. 2020. Disponível em <<https://www.istoedinheiro.com.br/ainda-bem-que-temos-o-sus/>>. Acesso em: 28 fev. 2020.

DINIZ, Debora. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

DOSHI, P. “The elusive definition of pandemic influenza”. Bull World Health Organ. 2011 Jul 1;89(7):532-8.

FIDLER, David. “To Declare or Not to Declare: The Controversy Over Declaring a Public Health Emergency of International Concern for the Ebola Outbreak in the Democratic Republic of the Congo”. Asian Journal of WTO & Int. Health Law and Policy, V.14, N. 2, Set. 2019, pp. 287-330.

G1, TV GLOBO. “Bolsonaro diz que não traz brasileiros da China porque 'custa caro' e não há lei de quarentena”. Globo.com, Brasília, 31 jan. 2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/31/bolsonaro-reune-ministros-para-avaliar-risco-do-coronavirus-e-situacao-de-brasileiros-na-china.ghtml>>. Acesso em 28 fev. 2020.

GOSTIN, Lawrence et al. “The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development”. The Lancet, v. 393, n. 10183, pp. 1857-1910.

HABIBI et al. “Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak”, The Lancet, v. 395, n. 10225, 2020.

HIRSCHFELD, K. “Microbial insurgency: Theorizing global health in the Anthropocene”. The Anthropocene Review, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1177/2053019619882781>>. Acesso em 28 fev. 2020.

ITÁLIA. Conselho de Ministros. Decreto del Presidente - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (20A01522). Diário Oficial, Serie Generale Roma, n.59, 08 mar. 2020.



MORENS, David et al. "Escaping Pandora's Box — Another Novel Coronavirus". *New England Journal of Medicine*, 2020. Disponível em <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2002106>>. Acesso em 28 fev. 2020.

NUNES, João; PIMENTA, Denise. "A epidemia de Zika e os limites da saúde global". *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 98, 2026, p. 21-46.

OMS. Constituição (1946). In: BRASIL. Decreto n. 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. *Diário Oficial da União (DOU)*, Rio de Janeiro, RJ, 25 jan. 1949.

OMS. COVID-19 Situation Report n. 39. Genebra, OMS, 28 fev. 2020, p.2.

OMS. Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Portal da OMS. Genebra, 30 jan. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 28 fev. 2020.

OMS. Règlement Sanitaire International 1969. 3. ed. anotada. Genebra: OMS, 1983.

OMS. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Genebra, 30 jan. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 28 fev. 2020.

OMS. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Genebra, 11 mar. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 11 mar. 2020.

OMS. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. Genebra, 11 fev. 2020. Disponível em <<https://www.who.int>>. Acesso em 28 fev. 2020.

OMS. WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations, Genebra, 01 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO TURISMO. UNWTO World Tourism Barometer v. 18 n. 1, Jan. 2020.

RACHED, Danielle Hanna. "The Concept(s) of Accountability: Form in Search of Substance". *Leiden Journal of International Law*, v. 29, p 317-342, 2016.

SANTOS, Iris; NASCIMENTO, Wanderson. "As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos". *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 8, n. 2, 2014, pp. 174-85.

SOUZA, André. Após internação forçada, Saúde criará regra para quarentena de turistas com sintomas de Covid-19, Rio de Janeiro, O Globo, 02 mar. 2020.



SUNSHINE, Gregory et al. "Emergency Declarations for Public Health Issues: Expanding Our Definition of Emergency". *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 47, n. 2_suppl, 2019, pp. 95–99.

TABUTEAU, Didier. "Santé et liberté", *Pouvoirs*, vol. 130, no. 3, 2009, pp. 97-111.

TEIXEIRA, Maria Glória et al. "Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas". *Ciênc. saúde colet.* 23 (6) Jun 2018, pp.1811-1818.

TEMPORÃO, José Gomes. "O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1)". *Epidemiol. Serv. Saúde* 18(3), 2009, pp. 201-204.

VENTURA, Deisy. *Direito e saúde global - o caso da pandemia de gripe A(H1N1)*. São Paulo: Expressão Popular/Dobra Editorial, 2013.

VENTURA, Deisy. "Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*", São Paulo, Conectas Direitos Humanos, v. 13, n. 23, p. 61-75, 2016.

VENTURA, Deisy; HOLZHACKER, Vivian. "Saúde Global e Direitos Humanos: o primeiro caso suspeito de ebola no Brasil". *Lua Nova*, São Paulo, n. 98, 2016, p. 107-140.

Sobre os autores

Deisy de Freitas Lima Ventura

Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: deisy.ventura@usp.br

Fernando Mussa Abujamra Aith

Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: fernando.aith@usp.br

Danielle Hanna Rached

Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: danielle.rached@fgv.br

Os autores contribuíram igualmente para a redação do artigo.

