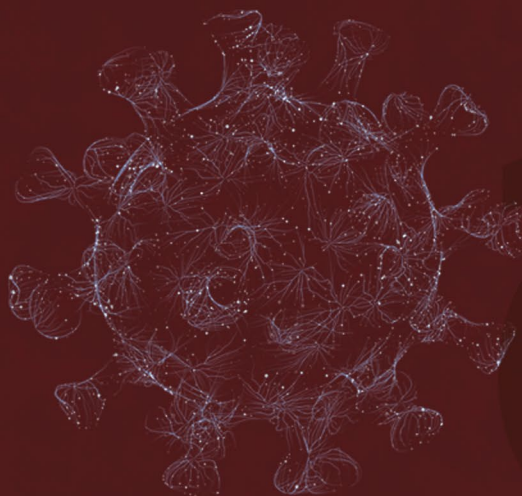
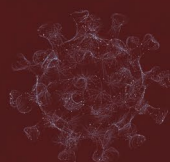


VOLUME VII

NORMATIVAS ESTADUAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL



VOLUME VII

**NORMATIVAS ESTADUAIS
PARA O ENFRENTAMENTO DA
PANDEMIA DE COVID-19
NO BRASIL**

© 2023 - 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

As opiniões emitidas na presente publicação são de exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais da Organização Pan-Americana de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

A Coleção COVID-19 é distribuída gratuitamente. Proibida a comercialização.

Também disponível na Biblioteca Digital do Conass em www.conass.otg.br/biblioteca.

Coleção COVID-19

Brasília, julho de 2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S237n Santos, Alethele de Oliveira.
Normativas estaduais para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil / Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. – Brasília, DF: CONASS, 2023.
169 p.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN 978-65-88631-33-1

1. Saúde pública – Brasil. 2. COVID-19 (Doença). I. Lopes, Luciana Tolêdo. II. Título.

CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

VOLUME VII

NORMATIVAS ESTADUAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2023

AC	Pedro Pascoal Duarte Pinheiro Zambon	PB	Jhony Wesllys Bezerra Costa
AL	Gustavo Pontes de Miranda	PE	Zilda do Rego Cavalcanti
AM	Anoar Samad	PI	Antonio Luiz Soares Santos
AP	Silvana Vedovelli	PR	César Neves
BA	Roberta Silva de C. Santana	RJ	Luiz Antônio Teixeira
CE	Tânia Mara Coelho	RN	Lyane Ramalho
DF	Lucilene Maria Florêncio de Queiroz	RO	Jefferson Ribeiro da Rocha
ES	Miguel Duarte Neto	RR	Cecilia Smith Lorenzon Basso
GO	Sérgio Alberto Cunha Vêncio	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Tiago José Mendes Fernandes	SC	Carmen Zanotto
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Walter Pinheiro
MS	Maurício Simões Correia	SP	Eleuses Paiva
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Afonso Piva de Santana
PA	Rômulo Rodovalho		

DIRETORIA DO CONASS

PRESIDENTE

Fábio Baccheretti Vitor (SES/MG)

VICE-PRESIDENTES

REGIÃO CENTRO-OESTE

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz (SES/DF)

REGIÃO NORDESTE

Tânia Mara Silva Coelho (SES/CE)

REGIÃO NORTE

Anoar Samad (SES/AM)

REGIÃO SUDESTE

Miguel Paulo Duarte Neto (SES/ES)

REGIÃO SUL

Carmen Zanotto (SES/SC)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Felipe Ferré

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Juliane Alves

Luciana Toledo Lopes

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Mônica de Oliveira Lima

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sandro Terabe

Tereza Cristina Amaral

ASSESSORIA JURÍDICA

Mônica de Oliveira Lima

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Elizena Rossy

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E DE FINANÇAS

Antonio Carlos Rosa de Oliveira
Junior

CONSELHO EDITORIAL

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

ORGANIZAÇÃO DA COLEÇÃO COVID-19

ORGANIZAÇÃO

Alethele de Oliveira Santos

Luciana Tolêdo Lopes

Mônica de Oliveira Lima

REVISÃO TÉCNICA

Mônica de Oliveira Lima

Alethele de Oliveira Santos

Fernando Cupertino

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Ana Lucia Brochier Kist

Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

Marcus Carvalho

COLABORADORES VOLUME VII – NORMATIVAS ESTADUAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

Alexia Viana da Rosa
André Bastos Lopes Ferreira
Deisy de Freitas Lima Ventura
Fábio Rijo Duarte
Fernando Aith
Fernando Mussa Abujamra Aith
Fredí A. Díaz-Quijano
Giovanna Dutra Silva Valentim
Gustavo Justino de Oliveira
Janete Castro
João Pedro Haddad
Lucas Bertola Herzog
Luciano Elia
Maria Eugênia Ferraz do Amaral Bodra
Matheus Zuliane Falcão
Natanael de Freitas Neto
Nathalia Hanany Silva de Oliveira
Roberta de Freitas Campos
Rossana Rocha Reis
Tatiane Bomfim Ribeiro
Thais Paulo Teixeira Costa

APRESENTAÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, a covid-19, como uma pandemia. Desde então, os países do mundo vêm empenhando esforços para enfrentar esse enorme desafio que se colocou para a humanidade, na tentativa de mitigar os efeitos desastrosos dessa pandemia.

Nesse sentido, as diferentes nações implementaram políticas públicas domésticas para conter a disseminação do vírus e tratar os enfermos, por meio da imposição de medidas quarentenárias, da criação de hospitais de campanha, da disponibilização de vacinas em massa e de outras. Além disso, foram também notáveis os esforços de cooperação internacional para conter a covid-19, mediante trocas de inteligência, recursos e insumos entre países, que se tornaram ainda mais escassos nesse momento de calamidade.

Assim, no contexto brasileiro, o Ministério da Saúde reconheceu, em 3 de fevereiro de 2020, a situação como uma Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por meio da publicação da Portaria nº 188. Assim como nos demais países, os entes federativos do Brasil então se mobilizaram para implementar medidas locais e de abrangência nacional para enfrentar a pandemia, e, como é exigido em estados democráticos de direito, isso se faz por meio da edição e publicação de normas jurídicas pelos órgãos que compõem os poderes de Estado.

Diante dessa realidade, portanto, o CEPEDISA, com a colaboração do CONASS, passou a monitorar, catalogar e analisar as normas jurídicas publicadas pelos governos federal, estaduais e do Distrito Federal, identificando aquelas que tratavam do enfrentamento da pandemia e consolidando essas informações em uma base de dados. O propósito deste trabalho foi de organizar e divulgar esse conjunto de informações para uso comum do Estado e da sociedade, na tentativa de, assim, colaborar para a análise do nosso contexto nacional e auxiliar a tomada de decisões.

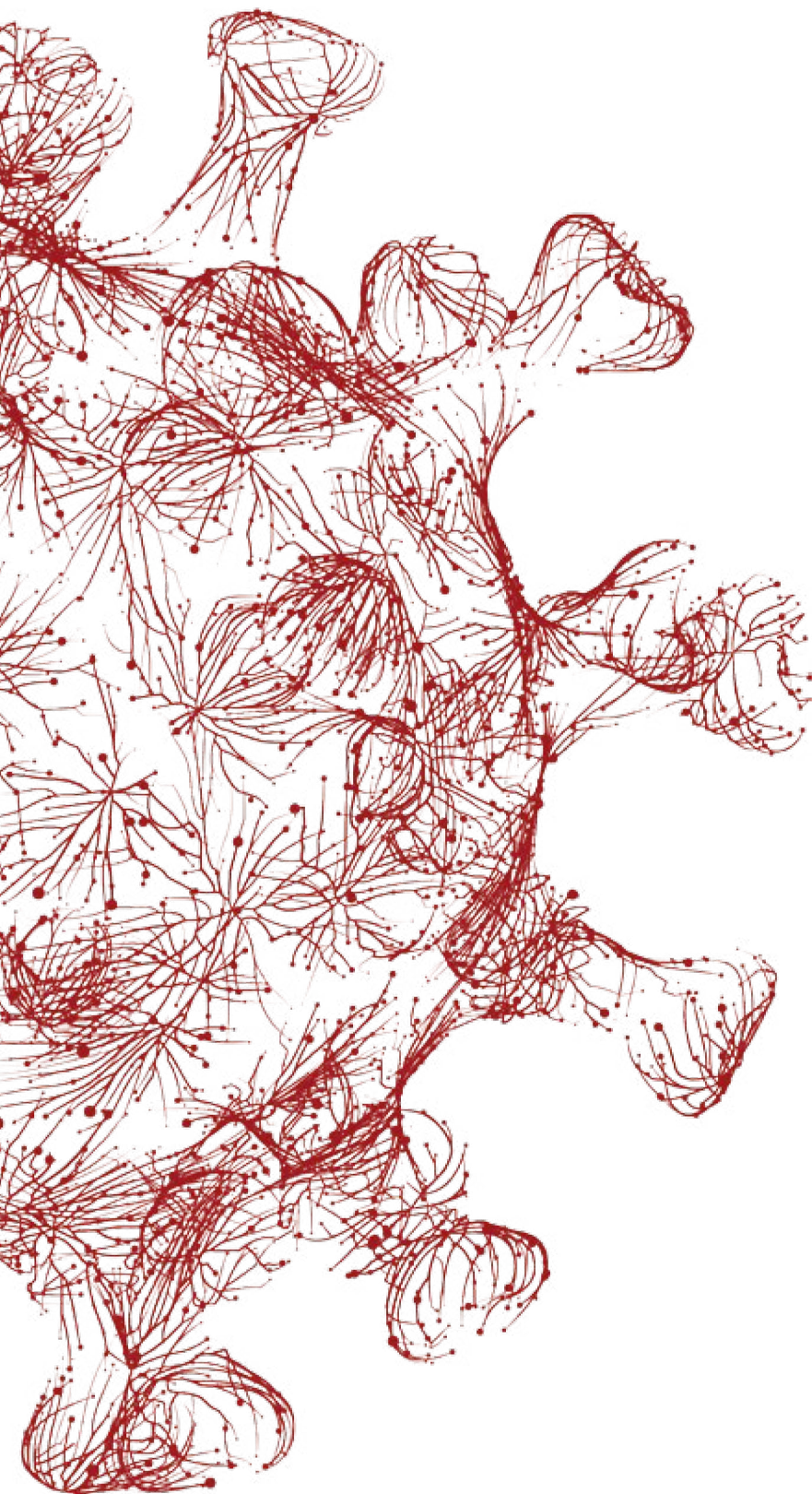
A presente obra técnica se insere no contexto desse esforço acadêmico conjunto. A partir da análise dessas normas jurídicas e das consequências concretas que elas vêm produzindo, os autores apresentam suas reflexões sobre alguns dos temas mais recorrentes e relevantes que pautaram os debates públicos ao longo dos últimos anos.

SUMÁRIO

VOLUME VII – NORMATIVAS ESTADUAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

IMPACTOS DA PANDEMIA SOBRE A EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E DESAFIOS PARA A REALIZAÇÃO DESSE DIREITO FUNDAMENTAL NO BRASIL	14
Fernando Mussa Abujamra Aith	
ATIVIDADES CONSIDERADAS ESSENCIAIS NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA: AS DISCREPÂNCIAS ENTRE NORMAS FEDERAIS E ESTADUAIS	30
Deisy de Freitas Lima Ventura, Fábio Rijo Duarte	
O DIREITO DE SABER É O DIREITO DE VIVER: O IMPACTO DA DESINFORMAÇÃO NA GESTÃO DA PANDEMIA DE COVID-19	48
Rossana Rocha Reis	
SAÚDE COMO DIREITO HUMANO E DEVER DO ESTADO: O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E A VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA CONTRA A COVID-19	58
André Bastos Lopes Ferreira	
PRODUÇÃO NORMATIVA DO GOVERNO FEDERAL, COVID-19 E POVOS INDÍGENAS	68
Giovanna Dutra Silva Valentim, Alexia Viana da Rosa	
REGULAÇÃO, PANDEMIA E CAPTURA REGULATÓRIA: ELEMENTOS ANALÍTICOS SOBRE CAPTURA DE AGÊNCIAS EM CONTEXTO DA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	90
Lucas Bertola Herzog, João Pedro Haddad	
DIREITO ADMINISTRATIVO PANDÊMICO: TRANSFORMAÇÕES E INFLUÊNCIAS JURÍDICO-NORMATIVAS EM TEMPOS DE COVID-19	112
Gustavo Justino de Oliveira	

A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL E A COVID-19	118
Luciano Elia	
IMPACTOS DA COVID-19 SOBRE A REGULAÇÃO DO TELETRABALHO NA SAÚDE: MEDICINA, PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO FÍSICA.	130
Maria Eugênia Ferraz do Amaral Bodra, Janete Castro, Matheus Zuliane Falcão, Thais Paulo Teixeira Costa, Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Natanael de Freitas Neto, Fernando Aith	
VACINAS E DIREITO HUMANO À SAÚDE	148
Roberta de Freitas Campos	
INFERÊNCIA CAUSAL NA AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DA PANDEMIA	154
Fredi A. Diaz-Quijano , Tatiane Bomfim Ribeiro	



CAPÍTULO I.

**IMPACTOS DA PANDEMIA SOBRE A EVOLUÇÃO
DO DIREITO À SAÚDE E DESAFIOS PARA A
REALIZAÇÃO DESSE DIREITO FUNDAMENTAL
NO BRASIL**

Fernando Mussa Abujamra Aith

Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da USP;

Diretor Geral do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da USP;

Professor Visitante da Université de Paris Cité

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 possibilitou importantes avanços na proteção do direito à saúde pelo Estado brasileiro, mas os avanços verificados precisam ser consolidados para não se perderem no tempo. Além disso, a pandemia também explicitou as fragilidades do País para a plena realização do direito à saúde, reforçando alguns dos principais desafios que se apresentam à sociedade brasileira para uma reestruturação necessária do sistema de saúde, englobando importantes desafios jurídicos e legislativos (consequentemente, também desafios políticos).

Este artigo apresenta reflexões sobre cinco impactos selecionados que a pandemia causou sobre a evolução do Direito Sanitário no Brasil, bem como destaca cinco desafios estruturais para o futuro, visando à efetivação do direito à saúde no Estado Democrático de Direito brasileiro.

O Direito Sanitário é o ramo da ciência jurídica que disciplina as ações e os serviços de interesse à saúde, formado pelo conjunto de normas jurídicas, que tem como objetivos a redução de riscos de doenças e de outros agravos à saúde, bem como o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse campo específico do Direito vem evoluindo sistematicamente desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Uma evidência do crescimento do Direito Sanitário no Brasil nas últimas décadas revela-se pela quantidade de emendas constitucionais, leis, decretos, portarias e outros atos normativos publicados no Brasil para tratar, direta ou indiretamente, de assuntos relacionados com a efetivação do direito à saúde. Apenas para ficar no nível constitucional de evolução normativa, vale destacar as EC que trataram especificamente da saúde, tais como: Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, que vinculou recursos orçamentários à saúde;

EC nº 86/2015, que mudou a forma de vinculação orçamentária da União para a saúde; EC nº 63/2010, que inseriu diversos dispositivos para tratar dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias; e EC nº 120/2022, que aprovou o piso dos vencimentos desses mesmos agentes.

Outro indício da evolução do Direito Sanitário pode ser percebido pelo fenômeno da judicialização da saúde, que vem crescendo exponencialmente no Brasil, reforçando o reconhecimento e a apropriação cidadã do direito à saúde no País e, ao mesmo tempo, pressionando o Estado brasileiro a melhorar os sistemas público e privado de saúde para que esse direito seja, de fato, efetivado.

Um terceiro indicativo do crescimento e da importância do Direito Sanitário ao longo dessas décadas pode ser notado pelos efeitos sociais dessas inovações jurídicas, ou seja, pelos indicadores de saúde no Brasil. O reconhecimento da saúde como um direito e a sua efetivação ao longo dos anos (ainda que aos trancos e barrancos) tiveram resultados expressivos na melhoria das condições de saúde dos brasileiros. Nesse curto período (em termos históricos), testemunhamos, por exemplo, o aumento da expectativa de vida, a redução da mortalidade infantil e a diminuição da mortalidade materna, entre outros avanços relevantes em termos de proteção da saúde dos brasileiros.

O que já era percebido como um desenvolvimento sustentado e progressivo do direito da saúde no Brasil foi revolucionado com a pandemia de covid-19 nos anos de 2020 e 2021. Pesquisa realizada pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário (CEPEDISA) da Universidade de São Paulo (USP), em parceria com a Conectas Direitos Humanos e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), revelou que, nos anos de 2020 e 2021, a União e os Estados brasileiros publicaram mais de 20 mil normas jurídicas especificamente voltadas a organizar a resposta brasileira à pandemia.

CINCO IMPACTOS ESTRATÉGICOS DA PANDEMIA SOBRE A EVOLUÇÃO DO DIREITO SANITÁRIO BRASILEIRO

A enorme quantidade de normas jurídicas, analisadas em seus conteúdos e consequências sociais e jurídicas, permitiu vislumbrar os impactos da pandemia sobre a evolução do Direito Sanitário no Brasil, bem como identificar alguns dos principais desafios que se apresentam para que o direito à saúde se torne um direito efetivo no País.

Destacam-se a seguir cinco dos principais impactos da pandemia de covid-19 sobre o Direito Sanitário brasileiro, resultantes da intensa publicação de normas jurídicas nos âmbitos federal e estaduais, normas estas voltadas a organizar a resposta do Brasil à covid-19 nos anos de 2020 e 2021.

CONSOLIDAÇÃO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL COMO INSTITUIÇÃO REPUBLICANA E DEMOCRÁTICA DE DEFESA DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

Desde o início da pandemia, o Supremo Tribunal Federal (STF) foi provocado sucessivas vezes sobre temas sensíveis da resposta do Estado brasileiro à pandemia de covid-19, tendo se posicionado de maneira firme e protetora do direito constitucional à saúde. Destaquem-se as decisões que reafirmam a autonomia dos estados e municípios para legislar sobre saúde de forma mais protetora que a União estava legislando; que obrigam o Poder Executivo a elaborar e colocar em prática políticas específicas de combate à pandemia aos povos indígenas; que obrigam o Poder Executivo a organizar e a implantar a vacinação de crianças; que prorrogam a vigência da Lei nº 13.979/2020 (BRASIL, 2020a); ou ainda que obrigaram o Senado Federal a instalar a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar as condutas do governo federal e dos estados como resposta à pandemia.

AFIRMAÇÃO DA AUTONOMIA DOS ENTES FEDERATIVOS PARA LEGISLAR SOBRE SAÚDE

Em abril de 2020, o STF reafirmou a competência de estados e municípios de tomar medidas com o objetivo de conter a pandemia do novo coronavírus. Dessa forma, esses entes da federação puderam determinar quarentenas, isolamento, restrição de atividades, sem que a União interferisse no assunto. A ação em julgamento questionava a Medida Provisória (MP) nº 926/2020, que dispunha sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos, bem como sobre os serviços essenciais que poderiam se manter abertos na fase mais grave da pandemia (BRASIL, 2020b). A lógica firmada pelo STF é a de que, no âmbito da competência concorrente entre os entes federativos em matéria de saúde, vale a norma jurídica que for mais protetora da saúde dos cidadãos.

LEGISLAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

O Regulamento Sanitário Internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovado em 2005, prevê que o Brasil deve desenvolver suas capacidades legislativas e administrativas de resposta às Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional. O País pouco fez para criar uma legislação nacional sólida de combate às pandemias, e somente aprovou a Lei nº 13.979/2020 (conhecida como Lei da Quarentena), no dia 6 de fevereiro (BRASIL, 2020a), poucos dias depois de a OMS declarar a Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, em 30 de janeiro. Essa lei foi uma excelente base para a resposta brasileira contra a

pandemia, mas teve péssima técnica legislativa ao definir sua vigência, vinculando-a ao período de vigência do Decreto Legislativo nº 6/2020. Ou seja, embora tenha sido um importante avanço, a vigência dessa lei é por tempo determinado e não resolve de forma sustentada a questão das capacidades nacionais para resposta às futuras pandemias.

VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA

O Plenário do STF decidiu, em dezembro de 2020, que o Estado pode obrigar os cidadãos a se submeterem à vacinação contra a covid-19, conforme previsto na Lei nº 13.979/2020 (BRASIL, 2020a). O entendimento foi firmado no julgamento das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) 6586 e 6587, que tratavam de vacinação contra a covid-19, e do Recurso Extraordinário com Agravo (ARE) 1267879, em que se discute o direito à recusa à imunização por convicções filosóficas ou religiosas.

De acordo com a decisão do STF, o Estado pode impor, aos cidadãos que recusem a vacinação, medidas restritivas previstas em lei (multa, impedimento de frequentar determinados lugares, fazer matrícula em escola), mas não pode usar força para imunizar as pessoas (vacinação obrigatória não é vacinação compulsória). Também ficou definido que os estados, o Distrito Federal e os municípios têm autonomia para realizar campanhas locais de vacinação. Com essa decisão, firma-se a amplitude do poder de polícia estatal em matéria de vacinação obrigatória, medida importantíssima para conter epidemias e evitar a disseminação de doenças transmissíveis.

FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A pandemia mostrou aos brasileiros a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a garantia do direito à saúde no Brasil e para a proteção da população brasileira contra epidemias. Ao longo da pandemia, muitas leis foram aprovadas para reforçar o sistema, notadamente para destinar mais recursos financeiros ao SUS, criar leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e tornar a gestão administrativa do sistema mais ágil e eficiente. Alguns desses avanços foram perdidos na medida em que grande parte dessas normas perderam sua vigência juntamente com o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022).

Como se vê, a proteção do direito à saúde no Brasil evoluiu de forma consistente ao longo dos anos desde a CF/88, e um dos principais impactos da pandemia foi o de acelerar essa evolução nos últimos dois anos. No entanto, muitos ainda são os desafios da sociedade brasileira para que esse direito seja uma realidade entre nós.

Assim, é relevante destacar quatro grandes desafios que se apresentam para a proteção do direito à saúde e os possíveis caminhos para a superação desses desafios.

DESAFIOS QUE SE APRESENTAM PARA A PROTEÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

CACOFONIA LEGISLATIVA

A pandemia deixou evidente um dos grandes temas do Direito Sanitário no que se refere à edição de normas jurídicas em matérias de interesse à saúde pelos entes federativos da República brasileira.

A obrigação de “legislar para proteger e defender a saúde” foi prevista como sendo de competência legislativa concorrente (art. 24, XII, CF/88). Expressamente, no Brasil, a partir da promulgação da CF/88, a competência para legislar sobre a saúde, ou seja, para produzir fontes específicas do Direito Sanitário, é concorrente da União e dos Estados. Existe, no entanto, um critério hierárquico subjacente às competências concorrentes. No art. 24, § 1º e § 2º, a CF/88 prevê que, “no âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais”, esclarecendo que “a competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência complementar dos Estados” (BRASIL, 1988). Na ausência de lei federal sobre normas gerais de Direito Sanitário, os Estados poderão exercer a competência legislativa plena para atender as suas peculiaridades, conforme art. 24, § 3º (BRASIL, 1988). Nesse aspecto, as leis estaduais terão a aplicação limitada aos seus territórios. Estabelece ainda a CF/88, no art. 24, § 4º, que “a superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário” (BRASIL, 1988).

A análise dos referidos dispositivos constitucionais nos permite aferir, quanto ao modo de produção das normas jurídicas de Direito Sanitário, que, embora União e Estados possuam competência concorrente, existe uma supremacia evidente das normas jurídicas da União quando se tratar do estabelecimento de normas gerais de Direito Sanitário. Tanto assim é que a legislação estadual, no que se refere às normas gerais, não pode contrariar a legislação federal, sob pena de perda de eficácia.

De outro lado, na ausência de lei federal, a competência legislativa dos Estados é plena, isto é, os Estados podem complementar a legislação federal sempre que se mostrar necessário para a defesa do direito à saúde. Na ausência de normas gerais federais, poderá o Estado elaborar as suas próprias normas gerais. Advindo a lei federal que institui normas gerais, a legislação estadual perde a sua eficácia no que lhe for contrária. É essa a lógica dada pela CF/88.

Não resta dúvida, portanto, de que os Estados possuem nas suas Assembleias Legislativas verdadeiras fontes institucionais de produção de normas jurídicas de Direito Sanitário, dado o

fato de que possuem a competência constitucional assegurada para regulamentar ações e serviços de saúde juntamente com a União. Além disso, na ausência de normas gerais federais, o Estado poderá legislar plenamente sobre a matéria.

Com relação aos Municípios, as Câmaras Municipais também participam da produção do Direito Sanitário brasileiro de forma suplementar, conforme disposto no art. 30, II: “Compete aos Municípios [...] suplementar a legislação federal e a estadual no que couber” (BRASIL, 1988). Resta assim, para as Câmaras Municipais, preencher eventuais lacunas normativas, necessárias para atender às peculiaridades existentes em cada município brasileiro. Note-se, entretanto, que o exercício dessa competência suplementar se subordina às normas gerais estabelecidas pelos respectivos Estados e pela União.

Trata-se, no entanto, de competência concorrente, suplementar. Conforme Carmem Lúcia Antunes Rocha (1997), a competência concorrente estabelecida no art. 24 da CF/88 permite a possibilidade de uma dupla legislação sobre a mesma matéria, em uma espécie de consórcio legislativo. Nessa hipótese, a União cuida da matéria em sua generalidade, pela norma geral:

O exercício da competência concorrente pelo Estado-membro aperfeiçoa-se pela suplementação da matéria cuidada. O que pode ser suplementado é aquilo que especifica, singulariza o tratamento às peculiaridades dos interesses e condições dos diversos Estados-membros. Pela suplementação do quanto estabelecido na generalidade da legislação nacional, por meio de normas gerais, se acrescentam, pois, pontos que não são objeto de tratamento uniforme para o Estado nacional por atenderem a interesses predominantemente estaduais ou locais. (ROCHA, p. 246).

Nos dizeres de Dalmo Dallari,

[...] a União pode legislar sobre normas gerais de saúde, fixando princípios e diretrizes genéricas que serão de observância obrigatória pelos legisladores estaduais e municipais [...] Essas normas, que devem manter-se nos limites das normas ‘gerais’ ou ‘principiológicas’, são obrigatórias para a União, os estados, os municípios e os agentes administrativos. (DALLARI, 2002, p. 49-53).

A Constituinte de 1988 não deixou, portanto, qualquer espaço para a criação doutrinária ou jurisprudencial na matéria: à União, cabe a fixação das normas gerais; Estados e Municípios exercem, na inexistência de lei federal sobre normas gerais, a competência legislativa plena para atender a suas peculiaridades, a superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende-lhes a eficácia em tudo o que for contrário às normas gerais estabelecidas pela União (naturalmente as leis municipais não podem contrariar as normas gerais estabelecidas nos seus respectivos Estados).

A pandemia mostrou que essa lógica, embora necessária em um país continental como o Brasil, não tem se mostrado muito funcional e ainda encontra controvérsias jurídicas delicadas, como as que opuseram União com Estados e Municípios no que se refere à edição de normas jurídicas contra a covid-19. A decisão do STF, que garante aos Estados competência complementar à da União, que irá preponderar sobre as normas gerais da União no caso da lei regional ou local ser mais protetora da saúde, contribuiu para uma melhor compreensão dos limites da competência da União e dos Estados, mas não ajudou a harmonizar o sistema jurídico nacional.

SUBFINANCIAMENTO DO SUS

Um sistema como o SUS, que reúne diversas instituições jurídicas e que possui inúmeras atribuições expressamente definidas pelo Direito Sanitário, necessita de um financiamento permanente, constante e suficientemente equilibrado para que possa cumprir com o seu importante objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde. Por essa razão, a CF/88 tratou do financiamento das ações e serviços de saúde, sendo complementada pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990.

Inicialmente, convém lembrar que a saúde faz parte da seguridade social, conforme dispõe o art. 194 da CF/88¹. O financiamento da seguridade social está previsto pelo art. 195, que prevê que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A seguridade também conta com as contribuições sociais para o seu financiamento, expressas no art. 195, I a IV. Outras contribuições sociais podem ser criadas para o financiamento da seguridade social, conforme previsto no § 4º do art. 195 (BRASIL, 1988).

Devido à importância da seguridade social para a garantia da dignidade do ser humano, especialmente os mais necessitados, a CF/88 determina que as receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União, ou seja, deverão compor uma proposta orçamentária própria. Essa proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, tendo em vista as metas e as prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

No que diz respeito à área da saúde especificamente, o art. 198, § 1º a 3º da CF/88, cuidaram de detalhar como deve ser feito o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vinculando recursos orçamentários da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Dispõe o § 1º do art. 198 que o SUS “[...] será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento

¹ Dispõe o art. 194 da CF/88: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988). Abre-se ao SUS, pelo art. 198, § 1º, a possibilidade de contar com outras fontes de recursos além daquelas expressamente definidas no âmbito do orçamento da seguridade social. A EC nº 29/2000 acrescentou os §§ 2º e 3º ao art. 198, definindo expressamente algumas outras fontes de recursos do SUS e, mais ainda, vinculando recursos de todos os entes federativos para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000).

A vinculação orçamentária de recursos já era, na época da aprovação da EC nº 29, um instrumento utilizado para a educação (que possui recursos vinculados nos termos do art. 212 da CF/88). A partir de uma iniciativa da frente parlamentar pelo direito à saúde, capitaneada pelo então deputado federal Eduardo Jorge, a CF/88 foi emendada para prever um instrumento semelhante ao da educação também para a área da saúde. Foi assim que surgiram os §§ 2º e 3º do art. 198 da CF/88, que trouxeram importante reforço para a proteção do direito à saúde. De acordo com o § 2º, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre os produtos de suas arrecadações (BRASIL, 1988).

A vinculação orçamentária da União encontra-se definida pelo inciso I do § 2º do art. 198 da CF/88, que prevê que, no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro não pode ser inferior a 15% (redação dada pela EC nº 86, de 2015).

A Lei Complementar (LC) nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou os dispositivos constitucionais que vinculam verbas orçamentárias da União, Estados, Distrito Federal e Municípios às ações e serviços públicos de saúde. De acordo com o art. 6º da LC nº 141/2012, Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do *caput* do art. 159, todos da CF/88, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios (BRASIL, 2012).

No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o art. 7º da LC nº 141/2012, estes deverão aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do *caput* e o § 3º do art. 159, todos da CF/88 (BRASIL, 2012). Ainda, no caso do Distrito Federal, este aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

As EC nº 95 e nº 105 trouxeram ainda mais restrições ao financiamento da saúde, não contribuindo, pelo contrário, prejudicando o financiamento da saúde no país.

DESENVOLVIMENTO PERMANENTE DAS CAPACIDADES DE RESPOSTA ÀS FUTURAS EMERGÊNCIAS

O princípio da segurança sanitária exige do Direito Sanitário uma atualização permanente, especialmente em decorrência do constante aparecimento de riscos até então desconhecidos, ou do agravamento dos riscos já conhecidos. Seja em decorrência de uma grande crise (uma grande epidemia, transfusões de sangue contaminado, mortes ou danos por medicamentos falsos etc.), seja em decorrência de um futuro incerto (alimentos transgênicos, engenharia genética), o Direito precisa dar à sociedade uma resposta adequada e funcional para temas fundamentais que a afligem e que podem representar grave risco social. Como bem diagnostica Durand (2001, p. 68), “se a legislação evolui graças às crises e se as crises permanecem inevitáveis, é inevitável também que o direito progrida e com ele a gestão dos riscos sanitários”.

A vigilância em saúde, por ter seu enfoque no risco, exige uma visão global que considere a possibilidade de o risco estar em qualquer lugar e apresentar-se das mais diversas formas. Englobam-se, portanto, no âmbito de competências da vigilância em saúde, a vigilância das mais diversas atividades humanas, tais como os atos médicos (clínicos, cirúrgicos, terapêuticos etc.); os movimentos populacionais de fronteiras; a produção, a comercialização, a dispensação e o consumo de medicamentos; o meio ambiente do trabalho; o uso de equipamentos de saúde em estabelecimentos de saúde (máquinas, material cirúrgico, materiais descartáveis etc.); o uso de drogas pela população; a violência; enfim, a vigilância sobre todos os fenômenos, ações, procedimentos, produtos e substâncias de interesse à saúde.

Embora em seu sentido geral o dever de vigilância em saúde do Estado deva ser compreendido na sua integralidade, tendo em vista a possibilidade de o risco ser encontrado em quaisquer atividades ou ambientes, o tratamento legal dado à questão da vigilância em saúde reflete a histórica organização da vigilância sanitária no Brasil, tendo a própria CF/88 incorporado a lógica de vigilâncias especializadas em seu texto. Assim é que verificamos no texto constitucional e nas leis que o regulamentam menção a vigilância sanitária, vigilância ambiental, vigilância epidemiológica e vigilância da saúde do trabalhador. Com efeito, a CF/88 prevê, em seus dispositivos, a existência da vigilância sanitária (art. 200, I e II), a vigilância epidemiológica (art. 200, II) e a vigilância relacionada com o meio ambiente (art. 200, VIII), aí incluído o meio ambiente do trabalho (art. 200, II e VIII) (BRASIL, 1988). Essa lógica especializada vem desde a década de 1970, com as Leis nº 6.437/1977 (vigilância sanitária) e nº 6.259/1975 (vigilância epidemiológica), e pouco contribui para a eficácia das políticas de vigilância em saúde no Brasil. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), por sua vez, não conseguiu romper a lógica da fragmentação e reforçou a existência de setores especializados de vigilância em saúde, dispondo de artigos específicos sobre cada uma das especialidades de vigilância acima referidas (BRASIL, 1990).

Além disso, a organização do Brasil em Estado de Direito prevê um sistema jurídico no qual vigoram direitos fundamentais que protegem as liberdades individuais dos cidadãos contra medidas arbitrárias do Estado. Nesse sentido, os direitos de ir e vir, uso e disposição do próprio corpo, inviolabilidade do domicílio, privacidade, intimidade, integridade física, entre outros, convivem com o direito à saúde e devem com ele se equilibrar. Quaisquer medidas estatais voltadas à proteção da saúde e que limitem as liberdades individuais devem estar previstas em lei, em respeito ao princípio da legalidade previsto no art. 5º, II, da CF/88.

A necessidade de uma compreensão atualizada sobre a regulação estatal na área de vigilância em saúde no Brasil mostra-se ainda mais premente quando nos defrontamos com o dever do Estado de adotar as medidas sanitárias necessárias para conter as denominadas “Emergências em Saúde Pública”. Nesse sentido, sempre que, em decorrência dos resultados obtidos por meio de análises de informações em saúde, as autoridades sanitárias responsáveis entenderem configurar-se uma situação de emergência em saúde pública de relevância nacional ou regional, o Estado deve estar preparado para adotar as medidas sanitárias cabíveis para a eliminação ou contenção dos riscos identificados e proteção do direito à saúde da coletividade.

As medidas sanitárias que podem ser adotadas nos casos de emergências em saúde pública podem assumir contornos que limitam seriamente os direitos e as liberdades individuais e devem, por isso, estar amparadas em dispositivos legais e normativos claros e precisos, que outorguem poderes específicos ao Estado para a adoção de tais medidas em nome do direito à saúde e da segurança sanitária.

Uma situação de emergência em saúde pública, como, por exemplo, uma epidemia com alto potencial de disseminação e letalidade, pode exigir do Estado medidas sanitárias bastante controversas (quarentena, isolamento, tratamento compulsório, entre outras medidas que limitam liberdades individuais e que devem ser reguladas pelo direito). Tais medidas, inseridas no poder de polícia estatal para a proteção do interesse público, devem estar expressamente previstas em lei, de forma a buscar o equilíbrio entre a ação estatal em prol da saúde pública e as liberdades individuais.

A atual legislação brasileira sobre o assunto, que ainda tem por base leis da década de 1970, necessita urgentemente ser avaliada e atualizada, por meio da compreensão do atual arcabouço normativo incidente sobre o tema de emergência em saúde pública e da elaboração de propostas de aperfeiçoamento legislativo que harmonizem a legislação sobre o tema com a CF/88 e preparem o Estado brasileiro para o enfrentamento dos desafios sanitários do século XXI, em harmonia com uma sociedade em que vigoram as liberdades públicas e a democracia.

DEMOCRACIA SANITÁRIA COMO CAMINHO PARA A PLENA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A pandemia de covid-19 deixou sequelas também no direito sanitário brasileiro. Além das sequelas da pandemia, os desafios que se impõem são estruturais e necessitam de um amplo debate democrático.

A positivação do direito à saúde verificada no Direito Internacional e nos Estados nacionais vem ocorrendo de forma progressiva e com diferentes nuances. A tradução dos grandes temas de saúde pública feita pelo Direito, aí incluída a própria afirmação de que a saúde se trata de um direito, pode ser observada tanto na legislação internacional quanto na legislação de diversos países que integram a Organização das Nações Unidas (ONU).

A comprovação empírica da positivação do direito à saúde no Direito Internacional e nos Direitos internos mostra claramente que a saúde é considerada um valor universal, e que este valor é protegido pelo Direito interno dos países de forma diferente. É indicativo de que, em grande parte das Constituições modernas, exista algum tipo de proteção constitucional expressa à saúde. Igualmente indicativo é o fato de que, embora o direito à saúde seja reconhecido em maior ou menor grau, sua positivação interna é realizada de diferentes maneiras pelos países, assim como são diversos os contextos sociais, econômicos, políticos, morais e culturais que influenciam a formação do Direito Positivo e a sua aplicação concreta pelos Estados.

A democracia sanitária desempenha um papel central na efetivação do direito à saúde nos Estados de Direito, na medida em que representa o alicerce de legitimação desse direito e possibilita uma tradução mais fiel, pelo Direito, das reais necessidades de saúde de uma população. Para possibilitar a sua análise como uma categoria específica da democracia, a democracia sanitária é aqui conceituada como o regime de governo do povo, aplicado aos temas relacionados com a saúde individual e coletiva, por meio do qual os cidadãos participam e influem ativamente, de forma deliberativa ou consultiva, nos processos de tomada de decisões estatais de saúde de competência dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

As decisões estatais em saúde, tomadas no âmbito do Executivo, do Legislativo ou do Judiciário, são responsáveis pela conformação real da abrangência do direito à saúde e de suas garantias em uma sociedade. Na tradução jurídica da saúde como um direito, a soberania popular deve ser exercida em sua plenitude, para que a expressão “direito à saúde” seja compreendida e aplicada como um direito democrático.

A evolução histórica do Direito Sanitário no Brasil demonstra um caminho progressivo de criação e utilização de garantias constitucionais, instituições e processos de participação nas decisões estatais em saúde. As opções jurídico-institucionais adotadas pela sociedade brasileira

para a efetiva participação da sociedade no campo da saúde são expressivas e permitem um quadro esclarecedor sobre a realidade empírica da democracia sanitária no País. De fato, a partir do reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, foram criadas, pelo Direito, diversas garantias jurídicas visando ao efetivo exercício democrático do poder pelo povo, para que este participe ativamente das decisões estatais em saúde. As garantias jurídicas da democracia sanitária identificadas na pesquisa foram classificadas em: i) garantias constitucionais da democracia sanitária; ii) instituições jurídicas garantidoras da democracia sanitária; e iii) processos jurídicos garantidores da democracia sanitária.

O estudo empírico e teórico realizado sobre o direito à saúde e a democracia sanitária permite a compreensão da arquitetura das garantias jurídicas da democracia sanitária no Direito moderno. Os resultados da pesquisa realizada identificam claramente o potencial que o Direito tem para alavancar a democracia sanitária e ampliar a participação do povo na gestão do Estado no campo da saúde e, assim, realizar plenamente o direito à saúde.

As garantias constitucionais da democracia sanitária despontam como essenciais para que o direito à saúde seja, de fato, democrático. São exemplos dessas garantias: a separação de poderes; o princípio da legalidade; a soberania popular; as liberdades fundamentais (religião, reunião, associação, expressão etc.); a publicidade e a transparência dos atos estatais; os plebiscitos, referendos e projetos de lei de iniciativa popular; e, ainda, a diretriz constitucional de participação da comunidade no SUS.

As instituições criadas pelo Direito para possibilitar o exercício da soberania popular no campo da saúde também emergem como garantias jurídicas da democracia sanitária. As instituições jurídicas garantidoras da democracia sanitária vão além das instituições jurídicas clássicas criadas juntamente com o Estado de Direito e que representam formal e institucionalmente os poderes estatais. Certamente que Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, Assembleias Legislativas, Câmaras Municipais, Estados e Municípios, STF, tribunais estaduais – enfim, o conjunto de instituições jurídicas que compõe os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário – fazem parte do desenho das garantias jurídicas da democracia sanitária e são fundamentais para que esta exista, mas evidencia-se aqui o surgimento de novas institucionalidades jurídicas de participação, como os conselhos e as conferências de saúde e as ouvidorias.

O terceiro tipo de garantia jurídica da democracia sanitária identificado são os processos juridicamente regulados, que contribuem para a tomada de decisões legislativas, executivas e judiciárias e compõem a arquitetura das garantias jurídicas da democracia sanitária no Brasil. Trata-se de um caminho que pode conduzir a vontade popular até a decisão estatal.

A nova configuração do Direito nos Estados Democráticos de Direito traz inovações que potencializam a democracia sanitária e contribuem para a efetivação do direito à saúde. Como primeiro benefício, ressalta-se a positivação do direito à saúde e das garantias jurídicas da

democracia sanitária. A previsão constitucional dos direitos fundamentais, aliada a instituições e processos jurídicos de participação democrática, oferece um suporte fundamental para que o cidadão interessado possa, efetivamente, participar e contribuir para a formação da decisão estatal. Também se destacam como benefícios gerados pelas garantias jurídicas da democracia sanitária: i) a organização do Estado para a prática de processos decisórios participativos; ii) a imposição de obrigações claras ao Estado para que sejam adotados processos decisórios participativos; iii) a ampliação dos espaços e processos de argumentação democrática dos temas de interesse público; e iv) o reforço da legitimação democrática do Direito.

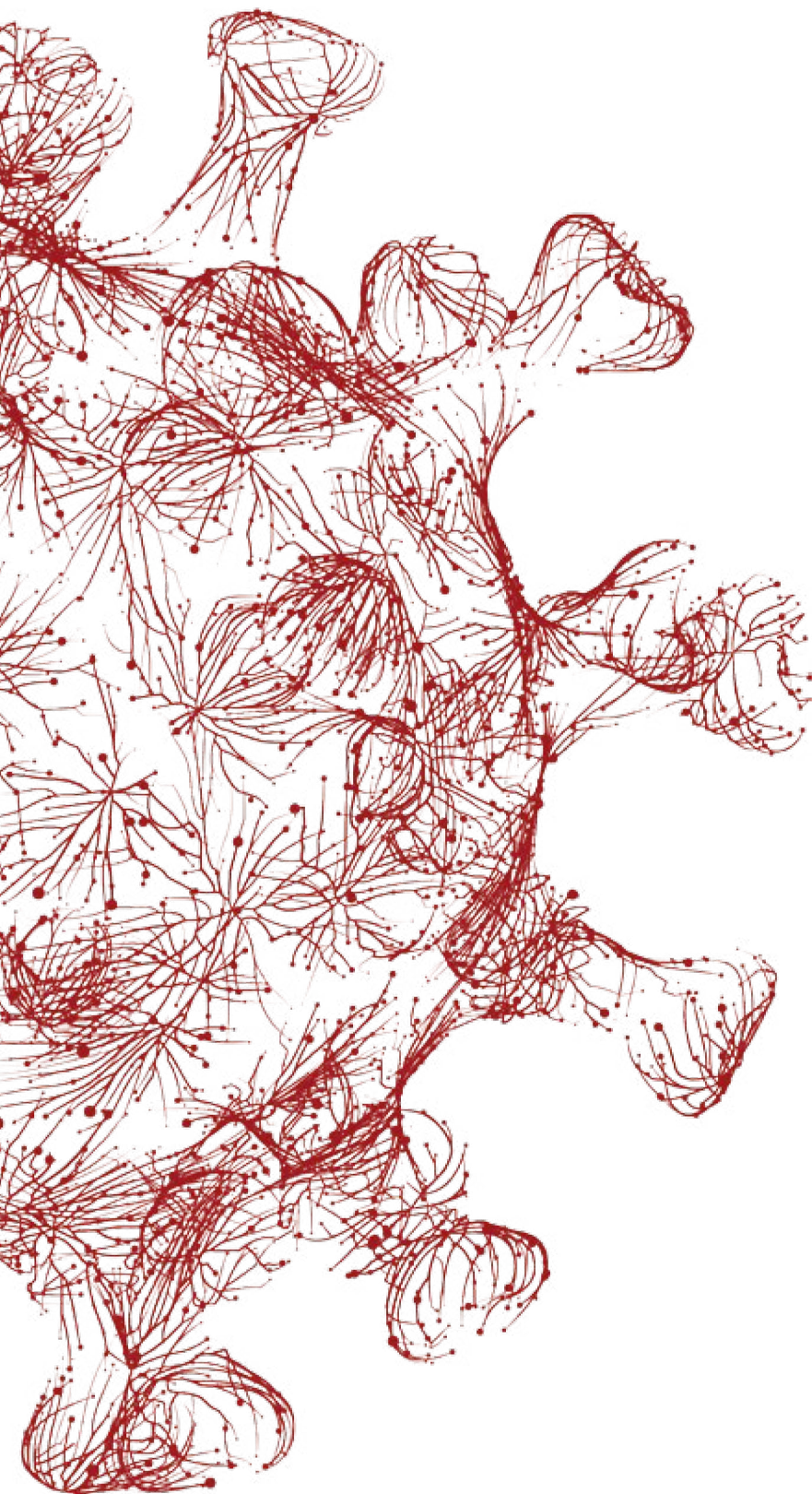
Alguns limites também foram identificados no que se refere à contribuição do Direito para a democracia sanitária. Destacam-se os seguintes: i) a necessidade de estabelecer uma regra de decisão exclui a possibilidade de utilizar outras regras de decisão possíveis (por exemplo, regra da maioria, regra da proporcionalidade, regra do consenso); ii) a criação de instituições e de processos de participação pode resultar na restrição da própria participação; iii) a lei formal não basta para realizar o direito ou para consolidar a garantia jurídica; iv) a qualidade da participação depende do interesse em participar e da capacidade de influenciar no processo; e v) as garantias jurídicas da democracia sanitária podem deixar uma margem de discricionariedade importante às autoridades estatais, ao ponto de descaracterizar ou reduzir o valor da deliberação participativa.

A pesquisa realizada e sintetizada neste trabalho aponta para desafios que as sociedades democráticas devem enfrentar para a realização do direito à saúde em observância à democracia sanitária: i) necessidade de aperfeiçoamento permanente das garantias, instituições e processos jurídicos criados; ii) criação de mecanismos que induzam à ampliação do uso das garantias participativas pelas autoridades estatais; iii) criação de incentivos que induzam à ampliação do uso das garantias participativas pela sociedade; e iv) qualificação do uso das garantias jurídicas da democracia sanitária pelo Estado e pela sociedade.

Buscou-se, aqui, demonstrar que o direito à saúde, em uma sociedade democrática, deve ser construído democraticamente, isto é, por meio da democracia sanitária. A participação das pessoas nos processos decisórios do Estado relativos à configuração e à aplicação do direito à saúde é essencial para que as decisões estatais, da forma mais fiel possível, reflitam a vontade soberana do povo sobre os aspectos da saúde individual e coletiva que dizem respeito a todos e a cada um de nós.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília-DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988.
2. BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 138, n. 178-E, p. 1-2, 14 set. 2000.
3. BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 149, n. 11, p. 1-4, 16 jan. 2012.
4. BRASIL. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 158, n. 27, p. 1, 7 fev. 2020a.
5. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.
6. BRASIL. Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 55-G, p. 1, 20 mar. 2020b.
7. DALLARI, D. A. **Normas Gerais sobre Saúde**: cabimento e limitações. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue: amparo legal à execução das ações de campo – imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. p. 41-54.
8. DURAND, C. A segurança Sanitária num Mundo Global: aspectos legais e o sistema de segurança sanitária na França. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 59-78, 2001.
9. ROCHA, C. L. A. **República e Federação no Brasil**. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 1997.



CAPÍTULO 2.

**ATIVIDADES CONSIDERADAS ESSENCIAIS
NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA: AS
DISCREPÂNCIAS ENTRE NORMAS FEDERAIS E
ESTADUAIS**

Deisy de Freitas Lima Ventura

Professora Titular da FSP/USP

Fábio Rijo Duarte

Professor da Faculdade de Direito de Santa Maria, FADISMA

No Brasil, a definição das atividades que deveriam ser consideradas essenciais durante a pandemia foi um dos temas mais polêmicos de 2020. O governo federal percebeu na regulamentação do caráter essencial das atividades a possibilidade de restringir, ao menos parcialmente, o alcance das medidas de proteção da saúde pública adotadas pelos Estados. Assim, teve expressiva tradução normativa o vigoroso embate político entre a estratégia federal de disseminação do vírus e as numerosas estratégias estaduais e municipais de contenção da propagação da doença, gerando a inflação de normas federais, estaduais e municipais, além de ensejar uma intensa judicialização.

Apresentamos, no presente texto, os resultados preliminares do estudo comparativo entre as normas sobre atividades essenciais da União, de 26 Estados e do Distrito Federal, que demonstra discrepância significativa entre as acepções de essencialidade dos entes federativos brasileiros. Do ponto de vista metodológico, é importante ressaltar que ainda se encontra em andamento a checagem dos dados obtidos nos Estados por meio de pesquisa qualitativa (entrevista), sendo os dados aqui apresentados oriundos de pesquisa documental no banco de dados do projeto (ver seção “Expediente” deste boletim), constituído, por sua vez, por busca ativa nos respectivos diários oficiais (ver seção “Normas estaduais consultadas”). A necessidade de pesquisa qualitativa se deve à frequência de alteração ou revogação da legislação estadual, por vezes resultante de determinação judicial, inclusive em caráter liminar, que, em alguns casos, dificulta a interpretação das listas de atividades. Cabe então ressaltar que a lista de normas pode não ser exaustiva, e que, à complexidade ora demonstrada, adiciona-se a existência de numerosas normas municipais por enquanto não consultadas.

É importante também esclarecer que este estudo não diz respeito à comparação entre os planos de resposta à pandemia que estabeleceram graduações nas restrições a serviços públicos e atividades durante a pandemia, pretendendo identificar apenas o núcleo de serviços e atividades que são considerados essenciais, portanto, invariáveis seja qual for a fase em que se encontre cada unidade federativa.

Em sua versão original, o principal instrumento legal referente à covid-19, que é a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, não tratou expressamente do assunto, mas define a quarentena como “restrição de atividades”, entre outras providências, “de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus” (art. 2º II) (BRASIL, 2020b).

Em 20 de março de 2020, a MP nº 926 (BRASIL, 2020d) inseriu na referida lei um dispositivo que atribui ao Presidente da República a competência para, por meio de decreto, dispor sobre serviços públicos e atividades essenciais, cujo “exercício e funcionamento” deveriam ser resguardados quando da adoção de medidas de saúde pública pelos entes federativos. Três dias depois, uma liminar do STF² reconheceu a competência concorrente de União, Estados, Municípios e Distrito Federal para dispor sobre a matéria, entendendo que o exercício da competência normativa pelo Presidente não afastaria a tomada de providências normativas e administrativas pelos demais entes federativos. Em 11 de agosto, a MP foi convertida na Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020 (BRASIL, 2020c), que não dá margem a dúvidas ao dispor que os serviços públicos e as atividades essenciais serão definidos em decreto “da respectiva autoridade federativa”, determinando ainda que a adoção de medidas de saúde pública deve resguardar o abastecimento de produtos, o exercício e o funcionamento de serviços públicos e de atividades essenciais (art. 3º, § 9º).

Outras modificações relativas ao tema foram feitas na Lei nº 13.979 (BRASIL, 2020b). Foram inseridos³ dispositivos que obrigam a determinação de medidas de saúde pública, entre elas a quarentena, a resguardar os serviços públicos e atividades essenciais, incluindo aqueles relacionados com o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e familiar; a crianças, adolescentes, pessoas idosas e a pessoas com deficiência, todas elas quando vítimas de crimes tipificados em diversas normas⁴ (art. 3, § 7º-C); e que vedam “a restrição à ação de trabalhadores que possa afetar o funcionamento de serviços públicos e de atividades essenciais [...] e as cargas de qualquer espécie que possam acarretar desabastecimento de gêneros necessários à população” (art. 3, §11) (BRASIL, 2020b). Também foi acrescentado um dispositivo que condiciona a adoção de medidas de saúde pública que afetam a execução de serviços públicos e de atividades essenciais, inclusive os regulados, concedidos ou autorizados, à formalização em ato específico, desde que haja articulação prévia com o órgão regulador ou o poder concedente ou autorizador⁵. A referida lei também foi modificada para referir-se a “profissionais essenciais”⁶, listados no art. 3º-J, § 1º (BRASIL, 2020b).

2 No âmbito da ADI nº 6341, proposta pelo PDT.

3 Lei nº 14.022, de 07/07/2020.

4 Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), e no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal).

5 Lei nº 14.035, de 11/08/2020.

6 Lei nº 14.023, de 08/07/2020.

Do exposto, conclui-se que o diploma legal em apreço não define os serviços públicos e as atividades essenciais durante a pandemia. Em 1989, ao regular o exercício do direito de greve, a Lei nº 7.783, em seu art. 10, lista serviços ou atividades considerados essenciais (BRASIL, 1989)⁷. Ao obrigar sindicatos, empregadores e trabalhadores a garantir, durante uma greve, a prestação dos serviços indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, define as últimas como aquelas que, se não atendidas, coloquem em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população” (art. 11, parágrafo único).

Embora não faça referência à Lei nº 7.783/1989, o Decreto do Presidente da República nº 10.282, de 20 de março de 2020, no art. 3º, § 1º. adota definição quase idêntica: “São serviços públicos e atividades essenciais aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população” (BRASIL, 2020a). É importante ressaltar que o alcance de tal decreto limita-se à regulamentação da Lei nº 13.979/2020, ou seja, está vinculado à pandemia; e que ele foi modificado em quatro oportunidades⁸ (ver artigo anterior deste Boletim, com a linha do tempo da estratégia federal).

De modo geral, as normas estaduais não oferecem conceitos próprios de serviços públicos e atividades essenciais, ou reproduzem a definição federal, como foram os casos de Mato Grosso⁹ e Tocantins¹⁰. Uma exceção foi encontrada em Alagoas, onde o Decreto nº 70.145, de 22 de junho de 2020, define “atividades primárias ou essenciais” como “atividades econômicas necessárias para atender as necessidades básicas da população, bem como atividades que permitam sua abertura sem levar a aglomeração de pessoas” (ALAGOAS, 2020).

Quanto à lista das atividades essenciais definidas em âmbito federal, pode ser consultada na primeira coluna da tabela abaixo, apresentada já em comparação com as normas estaduais. Em ao menos quatro oportunidades, o Presidente da República alterou o já citado Decreto nº

7 Segundo a Lei nº 7.783/1989, são eles: “I - tratamento e abastecimento de água; produção e distribuição de energia elétrica, gás e combustíveis; II - assistência médica e hospitalar; III - distribuição e comercialização de medicamentos e alimentos; IV - funerários; V - transporte coletivo; VI - captação e tratamento de esgoto e lixo; VII - telecomunicações; VIII - guarda, uso e controle de substâncias radioativas, equipamentos e materiais nucleares; IX - processamento de dados ligados a serviços essenciais; X - controle de tráfego aéreo e navegação aérea; XI - compensação bancária; XII - atividades médico-periciais relacionadas com o regime geral de previdência social e a assistência social; XIII - atividades médico-periciais relacionadas com a caracterização do impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial da pessoa com deficiência; XIV - outras prestações médico-periciais da carreira de Perito Médico Federal indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade; e XV - atividades portuárias” (art. 11).

8 Decretos nº 10.292, de 25/03/20; nº 10.329, de 28/04/20; nº 10.342, de 07/05/20; e nº 10.344, de 08/05/20.

9 Decreto nº 432, de 31/03/20.

10 Decreto nº 6.095, de 15/05/20.

10.282/2020 para modificar esse rol. Em 25 de março de 2020, o Decreto nº 10.292 incluiu atividades religiosas de qualquer natureza e unidades lotéricas, bem como atividades de pesquisa, científicas, laboratoriais ou similares relacionadas com a pandemia; em 28 de abril desse mesmo ano, o Decreto nº 10.329 excluiu o transporte de passageiros por táxi ou aplicativo, modificou a redação de diversos trechos e alargou significativamente o rol de atividades essenciais para abranger o setor químico, petroquímico e de plástico, além de quaisquer atividades cujo processo produtivo não possa ser interrompido sob pena de dano irreparável das instalações e dos equipamentos, tais como o processo siderúrgico e as cadeias de produção do alumínio, da cerâmica e do vidro, entre outros acréscimos; em 7 de maio, o Decreto nº 10.342 incluiu a construção civil; e, em 11 de maio, o Decreto nº 10.344 incluiu salões de beleza e barbearias, academias de esporte de todas as modalidades, e atividades industriais (sem especificação).

ATIVIDADES ESSENCIAIS	ESTADOS																										
	AC	AL	AP	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PR	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO
União																											
Decreto Presidencial 10.282/2020*																											
I – assistência à saúde, incluídos os serviços médicos e hospitalares;																											
II – assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade;																											
III – atividades de segurança pública e privada, incluídas a vigilância, a guarda e a custódia de presos;																											
IV – atividades de defesa nacional e de defesa civil;																											
V – trânsito e transporte interestadual e internacional de passageiros;																											
VI – telecomunicações e internet;																											
VII – serviço de call center;																											
X – geração, transmissão e distribuição de energia elétrica, incluídos:																											
a) o fornecimento de suprimentos para o funcionamento e a manutenção das centrais geradoras e dos sistemas de transmissão e distribuição de energia;																											
b) as respectivas obras de engenharia;																											

ATIVIDADES ESSENCIAIS	ESTADOS																										
	AC	AL	AP	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PR	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO
XII – produção, distribuição, comercialização e entrega, realizadas presencialmente ou por meio do comércio eletrônico, de produtos de saúde, higiene, limpeza, alimentos, bebidas e materiais de construção;																											
XIII – serviços funerários;																											
XIV – guarda, uso e controle de substâncias, materiais e equipamentos com elementos tóxicos, inflamáveis, radioativos ou de alto risco, definidos pelo ordenamento jurídico brasileiro, em atendimento aos requisitos de segurança sanitária, metrologia, controle ambiental e prevenção contra incêndios;																											
XV – vigilância e certificações sanitárias e fitossanitárias;																											
XVI – prevenção, controle e erradicação de pragas dos vegetais e de doença dos animais;																											
XVII – inspeção de alimentos, produtos e derivados de origem animal e vegetal;																											
XVIII – vigilância agropecuária internacional;																											
XIX – controle de tráfego aéreo, aquático ou terrestre;																											
XX – serviços de pagamento, de crédito e de saque e aporte prestados pelas instituições supervisionadas pelo Banco Central do Brasil;																											
XXI – serviços postais;																											
XXII – serviços de transporte, armazenamento, entrega e logística de cargas em geral;																											

ATIVIDADES ESSENCIAIS	ESTADOS																										
	AC	AL	AP	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PR	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO
XXIII – serviço relacionados à tecnologia da informação e de processamento de dados (data center) para suporte de outras atividades previstas neste Decreto;																											
XXIV – fiscalização tributária e aduaneira federal;																											
XXV – produção e distribuição de numerário à população e manutenção da infraestrutura tecnológica do Sistema Financeiro Nacional e do Sistema de Pagamentos Brasileiro;																											
XXVI – fiscalização ambiental;																											
XXVII – produção de petróleo e produção, distribuição e comercialização de combustíveis, biocombustíveis, gás liquefeito de petróleo e demais derivados de petróleo;																											
XXVIII – monitoramento de construções e barragens que possam acarretar risco à segurança;																											
XXIX – levantamento e análise de dados geológicos com vistas à garantia da segurança coletiva, notadamente por meio de alerta de riscos naturais e de cheias e inundações;																											
XXX – mercado de capitais e seguros;																											
XXXI – cuidados com animais em cativeiro;																											
XXXII – atividade de assessoramento em resposta às demandas que continuam em andamento e às urgentes;																											
XXXIII – atividades médico-periciais relacionadas com a seguridade social, compreendidas no art. 194 da Constituição;																											

ATIVIDADES ESSENCIAIS	ESTADOS																										
	AC	AL	AP	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PR	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO
XXXIV – atividades médico-periciais relacionadas com a caracterização do impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial da pessoa com deficiência, por meio da integração de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, para fins de reconhecimento de direitos previstos em lei, em especial na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência;																											
XXXV – outras prestações médico-periciais da carreira de Perito Médico Federal indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade;																											
XXXVI – fiscalização do trabalho;																											
XXXVII – atividades de pesquisa, científicas, laboratoriais ou similares relacionadas com a pandemia de que trata este Decreto;																											
XXXVIII – atividades de representação judicial e extrajudicial, assessoria e consultoria jurídicas exercidas pela advocacia pública da União, relacionadas à prestação regular e tempestiva dos respectivos serviços públicos;																											
XXXIX – atividades religiosas de qualquer natureza, obedecidas as determinações do Ministério da Saúde; e																											
XL – unidades lotéricas.																											
XLI – serviços de comercialização, reparo e manutenção de partes e peças novas e usadas e de pneumáticos novos e remoldados;																											
XLII – serviços de radiodifusão sonora e de sons e imagens;																											

ATIVIDADES ESSENCIAIS	ESTADOS																										
	AC	AL	AP	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PR	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO
XLIII – atividades de desenvolvimento de produtos e serviços, incluídas aquelas realizadas por meio de start-ups, para os fins de que trata o art. 3º da Lei nº 13.979, de 2020;																											
XLIV – atividades de comércio de bens e serviços, incluídas aquelas de alimentação, repouso, limpeza, higiene, comercialização, manutenção e assistência técnica automotivas, de conveniência e congêneres, destinadas a assegurar o transporte e as atividades logísticas de todos os tipos de carga e de pessoas em rodovias e estradas;																											
XLV – atividades de processamento do benefício do seguro-desemprego e de outros benefícios relacionados, por meio de atendimento presencial ou eletrônico, obedecidas as determinações do Ministério da Saúde e dos órgãos responsáveis pela segurança e pela saúde do trabalho;																											
XLVI – atividade de locação de veículos;																											
XLVII – atividades de produção, distribuição, comercialização, manutenção, reposição, assistência técnica, monitoramento e inspeção de equipamentos de infraestrutura, instalações, máquinas e equipamentos em geral, incluídos elevadores, escadas rolantes e equipamentos de refrigeração e climatização;																											
XLVIII – atividades de produção, exportação, importação e transporte de insumos e produtos químicos, petroquímicos e plásticos em geral;																											
XLIX – atividades cujo processo produtivo não possa ser interrompido sob pena de dano irreparável das instalações e dos equipamentos, tais como o processo siderúrgico e as cadeias de produção do alumínio, da cerâmica e do vidro;																											

ATIVIDADES ESSENCIAIS	ESTADOS																										
	AC	AL	AP	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA	PB	PR	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO
L – atividades de lavra, beneficiamento, produção, comercialização, escoamento e suprimento de bens minerais;																											
LI – atividades de atendimento ao público em agências bancárias, cooperativas de crédito ou estabelecimentos congêneres, referentes aos programas governamentais ou privados destinados a mitigar as consequências econômicas da emergência em saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 2020, sem prejuízo do disposto nos incisos XX e XL;																											
LII – produção, transporte e distribuição de gás natural;																											
LIII – indústrias químicas e petroquímicas de matérias-primas ou produtos de saúde, higiene, alimentos e bebidas;																											
LIV – atividades de construção civil, obedecidas as determinações do Ministério da Saúde;																											
LV – atividades industriais, obedecidas as determinações do Ministério da Saúde;																											
LVI – salões de beleza e barbearias, obedecidas as determinações do Ministério da Saúde; e																											
LVII – academias de esporte de todas as modalidades, obedecidas as determinações do Ministério da Saúde.																											

*Alíneas suprimidas foram revogadas.

Atividades que correspondem ao decreto presidencial	
Apenas atividades advocatícias apenas	
Apenas atividades de imprensa	
Apenas atividades de defesa civil	

No que se refere ao tipo de norma adotada pelos Estados, a regulação das atividades essenciais deu-se predominantemente por meio de decretos do Poder Executivo, com importantes exceções. Em ao menos quatro Estados, foram adotadas leis que convertem as atividades religiosas em atividades essenciais, limitando assim o poder regulamentar de governadores e prefeitos; eis que Decretos e outros atos normativos do Poder Executivo são infralegais. No Distrito Federal (Lei nº 6.630, de 10 de julho de 2020) e em Santa Catarina (Lei nº 17.940 de 8 de maio de 2020), utilizou-se a fórmula “São consideradas essenciais as atividades religiosas realizadas nos templos e fora deles, assegurando-se aos fiéis o livre exercício de culto, ainda que em situações de calamidade pública, de emergência, de epidemia ou de pandemia”. No Espírito Santo, por sua vez, a Lei nº 11.151, de 17 de julho de 2020, considera as igrejas e os templos de qualquer culto como atividade essencial em períodos de calamidade pública no Estado. Já no Rio Grande do Sul, a Lei nº 15.548, de 4 de novembro de 2020, reconhece as atividades religiosas realizadas nos seus respectivos templos e fora deles como atividade essencial a ser mantida em tempos de crises oriundas de moléstias contagiosas ou catástrofes naturais.

Em Santa Catarina, leis também foram adotadas para reconhecer como essenciais: a prática da atividade física e do exercício físico, inclusive em estabelecimentos prestadores de serviços destinados a essa finalidade, em tempos de crise ocasionadas por moléstias contagiosas ou catástrofes naturais (Lei nº 17.941, de 8 de maio de 2020); os serviços odontológicos em tempos de calamidade pública (Lei nº 17.946, de 25 de maio de 2020), e os serviços de alimentação, tais como restaurantes, lanchonetes, padarias e similares, ainda que em estado de calamidade, emergência, epidemia ou pandemia (Lei nº 17.974, de 30 de julho de 2020).

Há igualmente grande variedade no que tange à punição pelo descumprimento das normas estaduais relativas ao tema. No Ceará, por exemplo, o Decreto nº 33.519, de 19 de março de 2020, prevê a aplicação de multa diária em caso de descumprimento da suspensão de atividades não essenciais, no montante de até R\$ 50 mil, sem prejuízo da adoção de medidas como a apreensão, a interdição e o emprego de força policial (art. 1º, § 12). Já em Goiás, para coibir aglomerações de pessoas para lazer e turismo na grande região do Rio Araguaia, o Decreto nº 9.674, de 10 de junho, prevê multas que variam de mil a R\$ 500 mil.

Nem sempre há referência à legislação penal, como é o caso do Acre, cujo Decreto nº 5.812, de 17 de abril de 2020, no art. 7º, § 2º, estipula que o descumprimento de medidas de quarentena, entre outras, “sujeitará os agentes infratores nas penas dos crimes previstos no Código Penal, art. 267, com pena de 10 a 15 anos de reclusão, art. 268, com pena de 1 mês a 1 ano de detenção, art. 330, com pena de 15 dias a 6 meses de detenção, se o fato não constituir crime mais grave” (ACRE, 2020).

As normas estaduais também variam em relação à exigência de declaração de que se está realizando um serviço público ou atividade essencial em caso de restrição de circulação de pessoas. No Ceará, por exemplo, pelo Decreto nº 33.608, de 30 de maio de 2020, para a circu-

lação excepcional, deverão as pessoas portar documento ou declaração subscrita demonstrando o enquadramento da situação específica na exceção informada, admitidos outros meios idôneos de prova. Já no Maranhão, por força do Decreto nº 35.784, de 3 de maio de 2020, empregadores e órgãos públicos estaduais são obrigados a firmar Declaração de Serviço Essencial, em favor de cada trabalhador e servidor cujo serviço seja indispensável para o funcionamento das atividades autorizadas, conforme modelos constantes em seus anexos, e deverá ser apresentada pelo trabalhador ou servidor público sempre que solicitado por autoridades estaduais ou municipais, vedada a apresentação de cópia. Dispositivos semelhantes foram encontrados na legislação de Rondônia¹¹ e em Sergipe¹².

É importante destacar o elevado grau de judicialização do tema, que agrava os efeitos da fragmentação normativa já evidenciada. Além de diferentes entendimentos do que é essencial nas normas da União, Estados e Municípios, as decisões judiciais multiplicaram-se em território nacional, grande parte delas decorrentes da ação normativa do Presidente da República que, como já explicado, atuou – acompanhado por intenso ativismo político próprio e de seus apoiadores – no sentido de inserir novas atividades no decreto federal correspondente. Diante da multiplicação de demandas, em alguns casos, o Judiciário atuou para ampliar, em outros, para restringir o rol de atividades consideradas essenciais. No entanto, uma avaliação precisa do contencioso sobre o tema exige pesquisa empírica específica de vultoso escopo. Para que se tenha uma ideia do volume de processos, apenas no Tribunal de Justiça do Paraná, por exemplo, foram encontradas 37 decisões em primeiro grau específicas sobre atividades essenciais durante a pandemia de covid-19, e 21 decisões em segundo grau¹³.

No âmbito deste estudo, contentamo-nos em oferecer apenas alguns exemplos de decisões relativas às atividades essenciais. Um deles é o que ocorreu na comarca de Luzilândia, no Piauí, onde uma liminar deferida em 6 de maio de 2020, em Mandado de Segurança impetrado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) – Subseção de Barras, determinou que a Prefeitura Municipal incluísse a advocacia privada no rol de atividades essenciais, permitindo o funcionamento interno dos escritórios, inclusive com a possibilidade de atendimento presencial se necessário¹⁴. Outro exemplo data de 16 de maio de 2020, quando o Tribunal de Justiça de São Paulo, em Mandado de Segurança impetrado contra o Governador do Estado de São Paulo e o Prefeito Municipal de Embu das Artes, concedeu liminar que autorizou o funcionamento presencial de restaurante situado às margens da Rodovia Régis Bittencourt, considerando imprescindível a

11 Decreto nº 25.113, de 05/06/2020.

12 Decreto nº 40.598, de 18/05/2020.

13 Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, www.tjpr.jus.br/jurisprudencia-covid-19. Consulta feita no dia 14/01/2021.

14 Poder Judiciário do Estado do Piauí, Vara Única da Comarca de Luzilândia, Mandado de Segurança Cível, Processo nº 0800206-22.2020.8.18.0060.

existência de uma infraestrutura mínima para caminhoneiros e demais motoristas¹⁵. Já em Manaus, Amazonas, a 5ª Vara da Fazenda Pública concedeu liminar, em 19 de maio, autorizando o funcionamento de um salão de beleza por ser considerado atividade essencial, entendendo que a Impetrante (a Sempre Bella Centro de Beleza Eireli, de propriedade da família de uma vereadora local) buscava a “simples aplicabilidade” do decreto federal que dispõe sobre a matéria¹⁶. Nesse caso, em 22 de maio, o Tribunal de Justiça do Amazonas suspendeu a referida tutela provisória de urgência, entendendo que a fixação das atividades entendidas como essenciais por autoridades locais “atende às particularidades de cada localidade, uma vez que o nível de contágio, a estrutura da rede pública e as características de comportamento da população variam contundentemente dentre as regiões do Brasil” (AMAZONAS ATUAL, 2020). Com a devida vênia, parece haver nesse entendimento uma confusão entre a essencialidade de atividades e as etapas de execução dos planos de contenção da doença, ou seja, entre a definição do grau de restrição que deve estar associado à situação epidemiológica do local, entre outros fatores, e uma compreensão do que de fato é uma atividade essencial durante a pandemia.

Por todo o exposto, salta aos olhos a conclusão de que, no Brasil de hoje, o caráter essencial de uma atividade durante a pandemia não está vinculado a uma avaliação técnica rigorosa, que busque conciliar o imperativo de conter a propagação da doença com a preservação do que é, de fato, indispensável à sobrevivência, à saúde ou à segurança da população, como definido pelo ordenamento jurídico, e sim depende do resultado da correlação de forças políticas na localidade em que a pessoa se encontrar, assim como às condições de acesso e ao posicionamento de cada instância do Poder Judiciário.

NORMAS ESTADUAIS CONSULTADAS PARA ELABORAÇÃO DA TABELA

ACRE (AC)	Decreto nº 5.465 – 16/03/2020
	Decreto nº 5.496 – 20/03/2020
	Decreto nº 5.812 – 17/04/2020
	Decreto nº 5.880 – 04/05/2020
	Decreto nº 5.966 – 15/05/2020
	Decreto nº 6.056 – 29/05/2020
	Decreto nº 6.206 – 22/06/2020

¹⁵ Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Mandado de Segurança Cível Processo nº 2096062-73.2020.8.26.0000.

¹⁶ Poder Judiciário do Estado do Amazonas, Mandado de Segurança Cível, Processo nº 0661566-12.2020.8.04.0001.

ALAGOAS (AL)	<p>Decreto nº 69.501 – 13/03/2020</p> <p>Decreto nº 69.527 – 17/03/2020</p> <p>Decreto nº 69.529 – 18/03/2020</p> <p>Decreto nº 69.530 – 18/03/2020</p> <p>Decreto nº 69.577 – 28/03/2020</p> <p>Decreto nº 69.624 – 06/04/2020</p> <p>Decreto nº 69.700 – 20/04/2020</p> <p>Decreto nº 69.722 – 04/05/2020</p> <p>Decreto nº 69.844 – 19/05/2020</p> <p>Decreto nº 69.935 – 31/05/2020</p> <p>Decreto nº 70.066 – 09/06/2020</p> <p>Decreto nº 70.145 – 22/06/2020</p>
AMAPÁ (AP)	<p>Decreto nº 1.377 – 17/03/2020</p> <p>Decreto nº 1.497 – 03/04/2020</p> <p>Decreto nº 1.539 – 18/04/2020</p> <p>Decreto nº 4.330 – 21/12/2020</p> <p>Decreto nº 4.391 – 31/12/2020</p>
AMAZONAS (AM)	<p>Decreto nº 42.061 – 16/03/2020</p> <p>Decreto nº 42.106 – 24/03/2020</p> <p>Decreto nº 42.165 – 06/04/2020</p> <p>Decreto nº 42.216 – 20/04/2020</p> <p>Decreto nº 42.372 – 04/06/2020</p> <p>Decreto nº 42.526 – 20/07/2020</p> <p>Decreto nº 43.234 – 23/12/2020</p> <p>Decreto nº 43.236 – 28/12/2020</p>
BAHIA (BA)	<p>Decreto nº 19.529 – 16/03/2020</p> <p>Decreto nº 19.549 – 18/03/2020</p> <p>Decreto nº 19.586 – 27/03/2020</p> <p>Decreto nº 19.636 – 14/04/2020</p> <p>Decreto nº 19.722 – 22/03/2020</p>
CEARÁ (CE)	<p>Decreto nº 33.510 – 16/03/2020</p> <p>Decreto nº 33.519 – 19/03/2020</p> <p>Decreto nº 33.544 – 19/03/2020</p> <p>Decreto nº 33.608 – 30/05/2020</p> <p>Decreto nº 33.608 – 30/05/2020</p>
DISTRITO FEDERAL (DF)	<p>Lei nº 6.630 – 10/07/20</p> <p>Decreto nº 40.475 – 28/02/2020</p> <p>Decreto nº 40.939 – 02/07/2020</p>

ESPÍRITO SANTO (ES)	Lei nº 11.151 – 17/07/20 Decreto nº 4.593-R – 13/03/2020 Decreto nº 4.599-R – 17/03/2020 Decreto nº 4.601-R – 18/03/2020 Decreto nº 4.636-R – 19/04/2020
GOIÁS (GO)	Decreto nº 9.633 – 13/03/2020 Decreto nº 9.637 – 17/03/2020 Decreto nº 9.638 – 20/03/2020 Decreto nº 9.653 – 19/04/2020
MARANHÃO (MA)	Decreto nº 35.660 – 16/03/2020 Decreto nº 35.677 – 21/03/2020 Decreto nº 35.784 – 03/05/2020
MATO GROSSO (MT)	Decreto nº 407 – 16/03/2020 Decreto nº 416 – 20/03/2020 Decreto nº 421 – 23/03/2020 Decreto nº 425 – 25/03/2020 Decreto nº 432 – 31/03/2020 Decreto nº 522 – 12/06/2020 Decreto nº 655 – 25/09/2020
MATO GROSSO DO SUL (MS)	Decreto nº 15.391 – 16/03/2020 Decreto nº 15.487 – 29/07/2020
MINAS GERAIS (MG)	Decreto nº 47.886 – 15/03/2020 Decreto nº 48.040 – 17/09/2020 Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 17 – 22/03/2020
PARÁ (PA)	Decreto nº 609 – 16/03/2020 Decreto nº 729 – 05/05/2020 Decreto nº 800 – 31/05/2020
PARAÍBA (PB)	Decreto nº 40.128 – 17/03/2020 Decreto nº 40.135 – 20/03/2020 Decreto nº 40.141 – 26/03/2020 Decreto nº 40.217 – 02/05/2020 Decreto nº 40.242 – 16/05/2020

PARANÁ (PR)	Decreto nº 4.230 – 16/03/2020 Decreto nº 4.317 – 21/03/2020 Decreto nº 4.318 – 22/03/2020
PERNAMBUCO (PE)	Decreto nº 48.882 – 03/04/2020
PIAUÍ (PI)	Decreto nº 18.902 – 23/03/2020 Decreto nº 18.978 – 14/05/2020
RIO DE JANEIRO (RJ)	Decreto nº 47.250 – 04/09/2020
RIO GRANDE DO NORTE (RN)	Decreto nº 29.583 – 1º/04/2020 Decreto nº 29.600 – 08/04/2020 Decreto nº 29.634 – 22/04/2020
RIO GRANDE DO SUL (RS)	Lei nº 15.548 – 04/11/20 Decreto nº 55.115 – 12/03/2020 Decreto nº 55.118 – 16/03/2020 Decreto nº 55.128 – 19/03/2020 Decreto nº 55.130 – 20/03/2020 Decreto nº 55.240 – 10/05/2020
RONDÔNIA (RO)	Decreto nº 24.871 – 16/03/2020 Decreto nº 24.919 – 05/04/2020 Decreto nº 24.961 – 17/04/2020 Decreto nº 25.049 – 14/05/2020 Decreto nº 25.113 – 05/06/2020 Decreto nº 25.291 – 13/08/2020
RORAIMA (RR)	Decreto nº 28.587-E – 16/03/2020 Decreto nº 28.635-E – 22/03/2020 Decreto nº 28.662-E – 27/03/2020
SANTA CATARINA (SC)	Lei nº 17.940 – 08/05/20 Lei nº 17.941 – 08/05/20 Lei nº 17.946 – 25/05/20 Lei nº 17.974 – 30/07/20 Decreto nº 525 – 23/03/2020 Decreto nº 534 – 26/03/2020 Decreto nº 970 – 04/12/2020 Decreto nº 1.027 – 18/12/2020

SÃO PAULO (SP)	Decreto nº 64.862 – 13/03/2020 Decreto nº 64.864 – 16/03/2020 Decreto nº 64.879 – 20/03/2020 Decreto nº 64.881 – 22/03/2020 Decreto nº 65.320 – 30/11/2020
SERGIPE (SE)	Decreto nº 40.567 – 24/03/2020 Decreto nº 40.576 – 16/04/2020 Decreto nº 40.598 – 18/05/2020 Decreto nº 40.615 – 15/06/2020
TOCANTINS (TO)	Decreto nº 6.064 – 12/03/2020 Decreto nº 6.066 – 16/03/2020 Decreto nº 6.071 – 18/03/2020 Decreto nº 6.095 – 15/05/2020

REFERÊNCIAS

1. ACRE. Gabinete do Governador. Decreto nº 5.812, de 17 de abril de 2020. Reitera e ratifica o reconhecimento do estado de calamidade pública e a declaração de situação de emergência em saúde, altera dispositivos e prorroga prazos do Decreto nº 5.496, de 20 de março de 2020, que estabelece novas medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da doença COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. **Diário Oficial do Estado do Acre**: Governadoria do Estado, Rio Branco, AC, ano 53, n. 12.781-A, 17 abr. 2020.
2. ALAGOAS. Decreto nº 70.145, DE 22 de junho de 2020. Institui o Plano de Distanciamento Social Controlado no âmbito do estado de Alagoas, e dá outras providências. **Diário Oficial do estado de Alagoas**: Poder Executivo, Maceió, AL, ano 108, n. 1358, 22 jun. 2020.
3. AMAZONAS ATU AL. Juiz autoriza filha de vereadora de Manaus a reabrir salão de beleza. **Amazonas Atual**, [s. l.], 20 maio 2020. Disponível em: <https://amazonasatual.com.br/juiz-autoriza-filha-de-vereadora-de-manaus-a-reabrir-salao-de-beleza/>. Acesso em: 05 jun. 2023.
4. BRASIL. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 158, n. 55-G, p. 1-2, 20 mar. 2020a
5. BRASIL. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 158, n. 27, p. 1, 7 fev. 2020b.
6. BRASIL. Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 158, n. 154, p. 1-2, 12 ago. 2020c.
7. BRASIL. Lei nº 7.783, de 28 de junho de 1989. Dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 10561, 29 jun. 1989.
8. BRASIL. Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 55-G, p. 1, 20 mar. 2020d.

CAPÍTULO 3.

**O DIREITO DE SABER É O DIREITO DE VIVER: O
IMPACTO DA DESINFORMAÇÃO NA GESTÃO
DA PANDEMIA DE COVID-19**

Rossana Rocha Reis

Professora Doutora do DCP/USP e do IRE/USP

Entre 2020 e 2021, os brasileiros enfrentaram dois inimigos formidáveis: o vírus da covid-19 e a desinformação sobre ele. No enfrentamento do vírus, os avanços notáveis da ciência, sobretudo no âmbito da imunização, permitem-nos imaginar que talvez o pior já tenha ficado para trás. No âmbito da desinformação, no entanto, a luta continua. Promovida à forma de governo pela atual gestão federal, a desinformação tem um impacto desastroso na formulação, construção e avaliação de políticas públicas na área da saúde, colaborando para a fragilização da proteção dos grupos mais vulneráveis da sociedade. No contexto da pandemia, a falta de transparência do Ministério da Saúde, o descaso com a produção de dados e a disseminação de notícias falsas constituíram uma verdadeira campanha contra a saúde pública, contribuindo para a disseminação da própria doença que se deveria combater.

Este artigo pretende expor e analisar os elementos centrais da estratégia de desinformação promovida pelo governo federal na área da saúde pública pela vigência da emergência em saúde pública causada pelo vírus da covid-19. Em primeiro lugar, trataremos de uma questão mais ampla que impactou não somente a área da saúde, mas também o funcionamento do Estado de modo geral – a postergação e a redução do escopo do censo populacional de 2020. Em seguida, vamos explorar duas ações no âmbito das escolhas do Ministério da Saúde que dificultaram sobremaneira a elaboração de estratégias para conter o avanço da doença – a opção por não realizar testagens em massa na população e a tentativa de dificultar o acesso público ao número de infectados e de óbitos causados pela covid-19 no país. Trataremos então da campanha de propaganda contra a saúde pública encabeçada pelo próprio Presidente da República, que mesclou negacionismo científico, ataques à imprensa e propagação de notícias falsas, estimulando o contágio pelo vírus, aumentando a exposição dos trabalhadores da área da saúde e colocando em risco a vida da população. Na conclusão, vamos retomar a questão da importância da informação na área da saúde pública e estabelecer algumas hipóteses para compreender como a desinformação se enquadrou na política do governo federal para a covid-19.

O CENSO DE 2020

Antes mesmo do surgimento da pandemia, em junho de 2019, cinco ex-presidentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) já alertavam para “a atitude negativa” do governo federal em relação à realização do censo em 2020 (EXAME, 2019). Primeiro a pandemia, depois a falta de previsão orçamentária foram as justificativas oferecidas para a não realização do Censo. Em março de 2021, oito ex-presidentes do IBGE vieram a público alertar para o risco de um novo adiamento do Censo, que colocaria o Brasil ao lado de “Haiti, Afeganistão, Congo, Líbia e outros estados falidos ou em guerra que estão há mais de 11 anos sem informação estatística adequada para apoiar suas políticas econômicas e sociais” (IBGE, 2021). Nessa mesma data, a então presidente do IBGE, Susana Guerra, e o diretor de pesquisa da instituição, Eduardo Rios-Neto, divulgaram artigo em defesa da realização do censo em 2021, no qual explicitam sua importância, entre outras coisas, para a elaboração de políticas públicas relacionadas à pandemia:

Além de ser um instrumento fundamental para o pacto federativo e a calibragem da democracia representativa, a contagem da população permite a determinação dos públicos-alvo de todas as políticas públicas nos âmbitos federal, estadual e municipal. Para destacar o caso mais em evidência, o da pandemia, o Censo Demográfico permitirá detalhar a população em risco (por idade e sexo) para campanhas de vacinação, destacando as condições de infraestrutura domiciliar e arranjos domiciliares que favorecem maior ou menor difusão do contágio. Além disso, as condições de superação e recuperação no período pós-pandêmico serão também calibradas por estes dados. O mesmo tipo de pensamento é válido para as áreas de educação, com o cálculo das taxas de cobertura, assim como para a política de transferência de renda, como o Bolsa Família e auxílios emergenciais. Também os dados de ocupação, que incluem os setores formal e informal da economia, viabilizarão a elaboração de planos de desenvolvimento local, planos plurianuais municipais, planos diretores, entre outras atividades de mitigação da pobreza e formulação de políticas de emprego. (GUERRA; RIOS-NETO, 2021).

Alguns dias depois da publicação dessas duas cartas, o orçamento pedido para o Censo foi reduzido no Congresso a 3,5% do seu valor original, inviabilizando a sua realização (esse valor posteriormente foi novamente reduzido por meio do veto do Presidente da República). Foi preciso intervenção do STF em resposta a uma ação movida pelo estado do Maranhão, para garantir que o governo proporcione os meios para realização do Censo em 2022 (RICHTER, 2021).

AÇÕES E OMISSÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Desde junho de 2020, diante da omissão do Ministério da Saúde, um consórcio formado por veículos de comunicação é o responsável pela divulgação dos dados consolidados em relação à evolução da doença no País (G1, 2020). A falta de transparência do governo federal em relação aos dados da pandemia motivou manifestação conjunta de 106 associações da sociedade civil (ABRAJI, 2020), que alertaram para o fato de que, “durante uma pandemia, a opacidade pode custar vidas”. Diante do silêncio do governo, em dezembro de 2020, o Fórum de Direito de Acesso a Informações Públicas divulgou nota técnica em que detalha os problemas e propõe soluções para a falta de transparência do Ministério da Saúde em relação à emergência sanitárias. Além da demora e omissão na produção dos dados, o texto destaca a deterioração do relacionamento com a imprensa:

Em um primeiro momento, a sociedade fica impedida de acessar dados precisos sobre a evolução da doença, já que não há atualização. Em outra camada, a difusão massiva de informações em formato mais acessível fica comprometida, à medida que os jornalistas são impedidos de acompanhar, de forma livre e independente, as ações da pasta, sendo, portanto, alijados do processo de levar os questionamentos da sociedade às autoridades. (ATOJI apud FÓRUM DE DIREITO..., 2020).

Em termos da produção de dados, impressiona a incapacidade do Ministério da Saúde em formular e executar uma política de testagem em massa da população¹⁷, que, juntamente com as medidas não farmacológicas – como o distanciamento social e o uso de máscaras –, poderia ter contribuído para retardar e inibir a propagação do vírus. Sem números confiáveis, e sem informações que pudessem ajudar a visualizar a evolução da doença, os gestores públicos da área de saúde tiveram sua capacidade de ação afetada. Como aponta a Nota Técnica 16 do Observatório da Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma política eficiente de testagem “possibilitaria o planejamento e manejo de recursos físicos e humanos, evitando ou diminuindo o número de casos graves e óbitos, além de possibilitar a interrupção da cadeia de transmissão, se adotada a estratégia de rastreio e isolamento de contatos” (FIOCRUZ, 2020).

A PROPAGANDA CONTRA A SAÚDE PÚBLICA

Finalmente, cabe destacar a persistente campanha de desinformação protagonizada pelo Presidente da República, com a participação destacada de políticos e servidores ligados ao governo, atuando para: minimizar a gravidade da doença; incitar a invasão de hospitais; promover a propa-

17 Em 4 de novembro de 2021, a plataforma *Worldometer*, que traz dados atualizados sobre a pandemia no mundo, identificou o Brasil como o 125 colocado no *ranking* de aplicação de testes para detectar a contaminação por covid-19 (em termos proporcionais número de testes por 1 milhão de habitantes).

ganda de medicamentos comprovadamente ineficazes no combate à doença; inventar riscos no uso de máscaras; promover aglomerações; e colocar em dúvida a segurança e eficácia das vacinas. De acordo com o Relatório Global de Expressão 2020/2021 produzido pela organização Artigo 19:

Desde que assumiu o cargo, em janeiro de 2019, o presidente Bolsonaro fez 2.187 declarações falsas ou distorcidas — uma média de três por dia — embora o volume diário de desinformação tenha sido significativamente maior em 2020, em meio à pandemia, à crise econômica e às eleições municipais. [...] Durante 2020, Bolsonaro emitiu 1.682 declarações falsas ou enganosas — uma média de 4,3 por dia (ARTIGO 19, 2021).

Esse mesmo relatório destaca que, com a promoção da desinformação em relação à pandemia, o governo federal desencadeou um ataque sistemático ao jornalismo. A organização informa ainda que: “Em 2020, [...] registrou 464 declarações públicas que atacavam ou deslegitimizavam [sic] jornalistas e seu trabalho feitas pelo Presidente da República, seus ministros ou seus assessores próximos” (ARTIGO 19, 2021). O comportamento do Presidente em relação à imprensa já motivou inúmeras declarações da Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e da Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo (ABRAJI). Recentemente, a organização Repórteres sem fronteiras incluiu Jair Bolsonaro na lista dos 37 principais predadores da liberdade de imprensa no mundo. Ainda segundo a organização: “A pandemia do coronavírus expôs sérias dificuldades de acesso à informação no país e deu origem a novos ataques do presidente contra a imprensa, que ele rotula como responsável pela crise e que tenta transformar em verdadeiro bode expiatório” (RSF, 2021).

CONCLUSÃO

A desinformação como forma de governo compromete o exercício da liberdade de expressão, o combate à corrupção, o funcionamento da democracia e o usufruto de outros direitos humanos. Do ponto de vista da gestão pública, a produção e a circulação de informação de qualidade são indispensáveis para a elaboração e a implementação de políticas públicas de qualidade. Em relação à pandemia de covid-19, de acordo com a informação disponível na página principal da OMS a respeito da doença: “a melhor forma de prevenir e retardar a transmissão é estar bem informado sobre a doença e como o vírus se espalha” (WHO, 2021). Nesse contexto, “o direito de saber é o direito de viver”¹⁸.

18 Parafraseando o slogan “*the right to know, the right to live*”, do movimento *Mazdoor Kisan Shakti Sangathan - MKSS* que surgiu na Índia na década de 1990 para pressionar o governo a fornecer informações sobre ganhos e gastos do governo, de modo que o povo pudesse avaliar a qualidade das políticas públicas e a lisura dos governantes.

REFERÊNCIAS

9. ARTIGO 19. Relatório Global de Expressão 2020/2021: o estágio da liberdade de expressão ao redor do mundo. [S. l.]: **Artigo 19**, 2021. Disponível em: <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2021/07/RG-Expressao-2021-corrigido-11-1.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2021.
10. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE JORNALISMO INVESTIGATIVO. Abraji e mais de 100 organizações divulgam carta aberta: “A opacidade custa vidas”. **Abraji**, [s. l.], 9 jun. 2020. Disponível em: <https://www.abraji.org.br/noticias/abraji-e-mais-de-100-organizacoes-divulgam-carta-aberta-a-opacidade-custa-vidas>. Acesso em: 4 nov. 2021.
11. EXAME. Ex-presidentes do IBGE divulgam carta contra cortes no Censo 2020. **Exame**, [s. l.], 15 jul. 2019. Disponível em: <https://exame.com/brasil/ex-presidentes-do-ibge-divulgam-carta-contr-cortes-no-censo-2020/>. Acesso em: 4 nov. 2021.
12. FÓRUM DE DIREITO DE ACESSO A INFORMAÇÕES PÚBLICAS. Fórum de Direito de Acesso a Informações Públicas denuncia retrocesso de transparência do Ministério da Saúde. [S. l.]: **Fórum de Direito...**, 10 dez. 2020. Disponível em: <https://informacaopublica.org.br/leia/forum-de-direito-de-acesso-a-informacoes-publicas-denuncia-retrocesso-de-transparencia-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 4 nov. 2021.
13. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. **Cobertura e positividade dos testes para SARS-CoV-2**. Evolução, tendências recentes e recomendações. Nota Técnica 16 de 28 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz/Icict, 2020. Disponível em: https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_16.pdf. Acesso em: 4 nov. 2021.
14. G1. Veículos de comunicação formam parceria para dar transparência a dados de Covid-19. **G1, O Globo, Extra, Estadão, Folha, UOL** [s. l.], 8 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml>. Acesso em: 4 nov. 2021.
15. GUERRA, S. C.; RIOS-NETO, E. L. G. Mais do que nunca, o Censo é necessário. **O Globo**, [s. l.], 22 mar. 2021. Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/opiniao/post/mais-do-que-nunca-o-censo-e-necessario.html>. Acesso em: 4 nov. 2021.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE sai em defesa do orçamento do Censo 2021. **Agência IBGE Notícias**, [s. l.], 23 mar. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30350-ibge-sai-em-defesa-do-orcamento-do-censo-2021>. Acesso em: 4 nov. 2021.
17. REPÓRTERES SEM FRONTEIRAS. **Um clima de ódio e desconfiança alimentado pelo presidente Bolsonaro**. [S. l.]: RSF, 20 abr. 2021. Disponível em: <https://rsf.org/pt/brasil>. Acesso em: 4 nov. 2021.

18. RICHTER, A. STF decide que o censo deverá ser realizado em 2022. **Agência Brasil**, [s. l.], 14 maio 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2021-05/stf-decide-que-censo-devera-ser-realizado-em-2022>. Acesso em: 4 nov. 2021.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Coronavirus disease (COVID-19)**. [S. l.]: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1. Acesso em: 4 nov. 2021.

ANEXO

O DIREITO À INFORMAÇÃO NA LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL

A *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948) trata do direito à informação no seu art. XIX. “Toda pessoa tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras”. Esse compromisso é reiterado no § 2º do art. XIX do *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* (1966), que o Brasil ratificou em 1992.

O § 2º do art. 13 da *Convenção Americana sobre Direitos Humanos* de 1969 vai além do que é disposto nos documentos da ONU, estabelecendo que “as autoridades precisam ser obrigadas por lei a disponibilizar de forma oportuna e razoável as informações geradas pelo setor público”. Posteriormente, a Organização dos Estados Americanos reafirma sua posição no item 4 da *Declaração Interamericana de Princípios de Liberdade de Expressão* (2000) – “O acesso à informação mantida pelo Estado constitui um direito fundamental de todo indivíduo. Os Estados têm obrigações de garantir o pleno exercício desse direito”.

O DIREITO À INFORMAÇÃO NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A CF/88, no seu art. 5º, inciso 33, afirma que: “todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado”. Em 18 de novembro de 2011, a Lei nº 12.527 regulariza o acesso à informação no País. A Controladoria-Geral da União (CGU) é responsável por zelar pela observância da lei no âmbito federal.

PARA SABER MAIS SOBRE O DIREITO À INFORMAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO

– “*Relatório global de liberdade de expressão 2020/2021 – o estágio da liberdade de expressão ao redor do mundo*” – Publicação da organização ARTIGO 19. O relatório completo está em inglês, mas o sumário executivo está disponível em português. <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2021/08/A19-GxR-2021-FINAL.pdf>

– “*Painel Lei de acesso à informação*”. Controladoria Geral da União, Governo Federal. <http://paineis.cgu.gov.br/lai/index.htm>

PARA SABER MAIS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE PANDEMIA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL

– “*Justiça em números 2021*”. Conselho Nacional de Justiça. <https://static.poder360.com.br/2021/10/relatorio-justica-em-numeros2021-out2021.pdf>

– Observatório Direitos Humanos crise e Covid-19. <https://observadhecovid.org.br/>

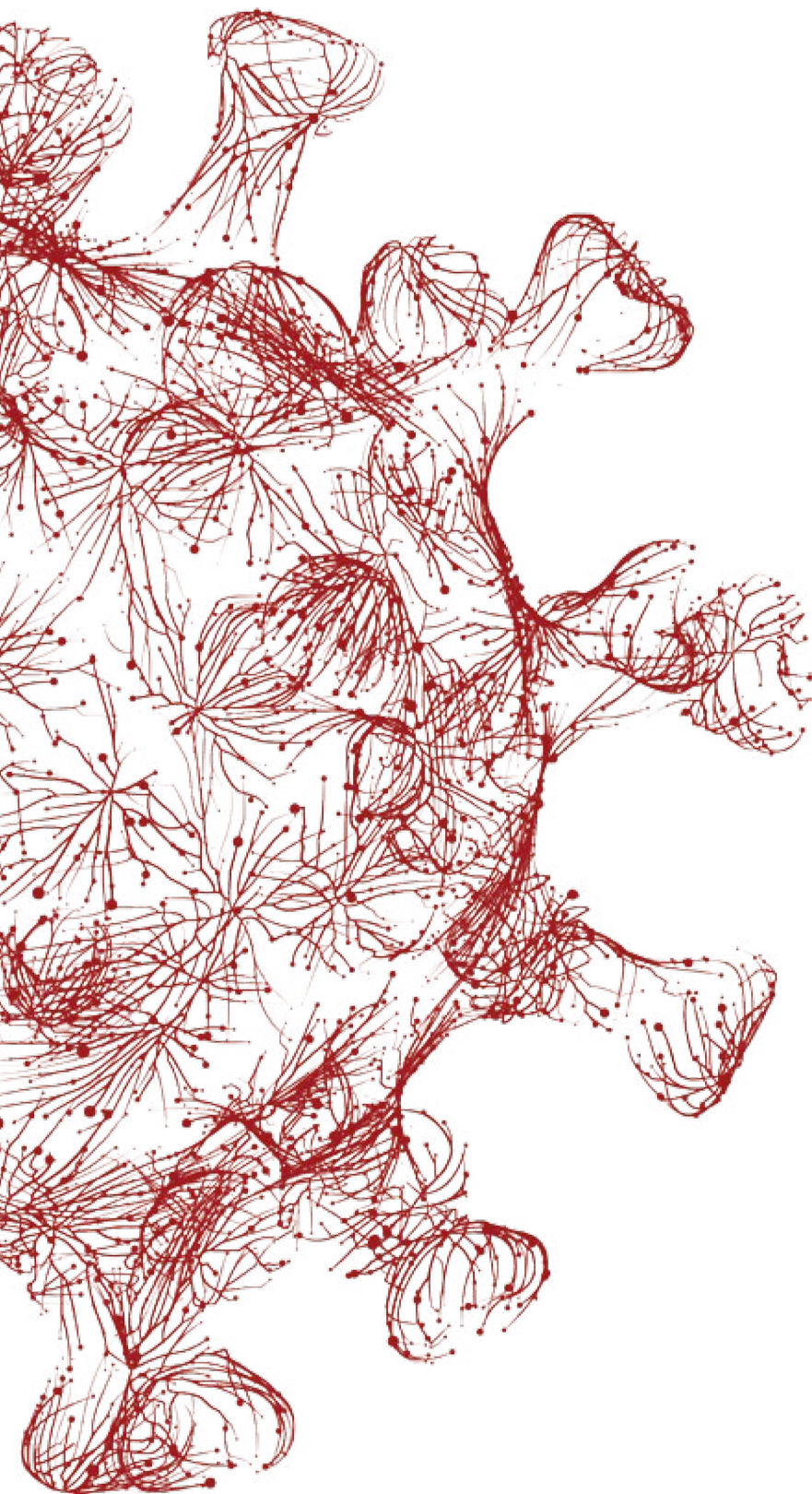
– “*Infodemia e a Covid-19 – A informação como instrumento contra os mitos*”. Publicação da organização ARTIGO 19 trata do papel da desinformação na propagação da Covid 19 no Brasil <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2021/05/Infodemia-e-a-COVID-19-%E2%80%93-A-informacao-como-instrumento-contra-os-mitos.pdf>

– “*Violações ao direito de acesso à informação e transparência relacionados ao combate da Covid-19 no Brasil. Solicitação de reunião bilateral no 176 período de sessões da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH)*”. Artigo 19, Instituto de estudos socioeconômicos, Instituto Ethos, Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira para Integração dos Povos, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, Transparência Brasil. https://www.transparencia.org.br/downloads/publicacoes/reunia%CC%83o%20bilateral%20CIDH_revisado.pdf

– “*O Impacto da Covid-19 na Defesa dos Direitos Humanos no Brasil*”. Observatório para a proteção dos defensores de direitos humanos, Justiça Global, OMCT rede contra a tortura, FIDH. <http://www.global.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Rapport-Br%C3%A9sil2021port.pdf>

– “*Violações de direitos humanos no contexto da epidemia de Covid-19 no Brasil*” Monitoramento dos direitos humanos no Brasil. http://monitoramentodh.org.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2021/05/INFORMATIVO-Viola%C3%A7%C3%B5es-de-Direitos-Humanos-no-Contexto-da-Covid-19-no-Brasil-1.pdf

– “OEA: audiência escancara negacionismo e negligência do Estado brasileiro na pandemia”. Vídeo da audiência sobre direitos humanos e pandemia no Brasil na Comissão Interamericana de Direitos Humano (CIDH) <https://www.plataformadh.org.br/2021/07/01/oea-audiencia-es-cancara-negacionismo-e-negligencia-na-pandemia/>



CAPÍTULO 4.

**SAÚDE COMO DIREITO HUMANO E DEVER
DO ESTADO: O ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO E A VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA
CONTRA A COVID-19**

André Bastos Lopes Ferreira

Advogado e Pesquisador Associado do CEPEDISA/USP

INTRODUÇÃO

O Brasil consiste em um Estado Democrático de Direito e em uma República Federativa, formada pela união indissolúvel de Estados, Municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 1988). O federalismo, como se sabe, é uma forma de organização do Estado, que pressupõe o equilíbrio dialético entre um único Estado soberano e a descentralização do poder político em unidades autônomas.

Para alcançarem seus propósitos instituidores, os componentes do Estado devem atuar de forma coordenada, em consonância com o regime cooperativo estabelecido na Constituição (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 204-2011). Assim, determinadas ações, para serem efetivas, dependem de coordenação entre os governos integrantes de toda a federação, e destes com os demais poderes da República – o Legislativo e o Judiciário.

A proteção da saúde coletiva é um exemplo paradigmático desse fenômeno, pois depende da implementação de políticas públicas eficazes pelo Estado – o que requer, evidentemente, decisões técnicas e atuação conjunta dos entes federados, sob a liderança da União. Em situações de calamidade, é responsabilidade do Estado implementar essas medidas, para mitigar o sofrimento da população.

Por isso, durante a crise provocada pela pandemia de covid-19, caberia ao poder público legislar, regulamentar e executar políticas para a redução dos contágios, a assistência aos doentes e a garantia em geral da dignidade humana.

Entretanto, disputas político-ideológicas internas, impulsionadas pela difusão em massa de informações falsas, influenciaram indevidamente as agendas de governantes no ímpeto de agradar seus respectivos eleitorados. Com isso, a população permanece desorientada por polê-

micas infundadas, incentivando resistência contra medidas sanitárias como o uso de máscaras, o distanciamento social e a vacinação, dificultando o combate ao vírus.

Para agravar a situação, o federalismo cooperativo nacional se mostrou fragilizado na pandemia, com ações e comunicações desarticuladas e conflitantes entre as distintas esferas de governo. Onde deveriam preponderar a organização e a colaboração para a promoção do bem comum, houve confronto e sabotagem entre os entes federativos.

Diante desse cenário, o STF, instância máxima do poder judiciário brasileiro, vem exercendo papel estratégico para dirimir esses conflitos jurídico-sanitários. Desde o início da pandemia, a corte já decidiu, por exemplo, sobre a extensão da competência concorrente de Estados, Distrito Federal, Municípios e União para editar normas sanitárias¹⁹; sobre a requisição administrativa de seringas e agulhas entre entes federados²⁰; e sobre a obrigatoriedade de a União apresentar um Plano Nacional de combate à covid-19²¹.

Recentemente, a possibilidade da imposição da vacinação obrigatória pelo Estado, contra a covid-19 ou até outras doenças, também ocupou a pauta da corte, que formou uma jurisprudência consolidada sobre o tema. Por isso, o propósito do presente artigo é explorar o tema da imposição de medidas sanitárias aos cidadãos pelo Estado – em especial a vacinação –, de acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, e nos termos de sua atual interpretação pelo STF.

COMPETÊNCIA PARA A IMPOSIÇÃO ESTATAL DE MEDIDAS SANITÁRIAS

Nas federações, os entes membros exercem determinadas atividades com autonomia – o que não decorre de mera descentralização administrativa do ente central, mas sim da própria constituição. Portanto, não há relação hierárquica ou de subordinação entre os entes federativos – cada um deles possui competências específicas definidas no ordenamento jurídico, que podem ser privativas (exclusivas) ou compartilhadas (comuns ou concorrentes).

Nessa esteira, é relevante esclarecer que, no que se refere à promulgação de leis e edição de normas sobre proteção e defesa da saúde no Brasil, a CF/88 estabelece que há competência legislativa concorrente entre todos os entes federativos (BRASIL, 1988)²². A redação constitu-

19 STF, ADI 6.341, Rel. Min. Marco Aurélio, j. 15.04.2020.

20 STF, ACO 3.463, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. 08.01.2021.

21 STF, ADPF 709, Rel. Min. Roberto Barroso, decisão de 05.08.2020 e STF, ADPF 754, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, decisão de 13.12.2020.

22 Art. 24, XII.

cional, ainda, especifica que a competência legiferante da União se limita a estabelecer as normas gerais²³, o que não exclui a competência suplementar dos estados, que, no entanto, não devem contrariar as leis gerais federais (BRASIL, 1988)²⁴.

No tocante à competência executiva, também é compartilhada a responsabilidade por cuidar da saúde da população²⁵, mediante acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação²⁶ (BRASIL, 1988). O art. 200 da CF/88, em seus incisos I a VIII, define alguns dos deveres conjuntos da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, entre os quais o de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 1988). Além disso, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, igualmente evidencia a autonomia política de Estados, Municípios e do Distrito Federal para a organização local do sistema de saúde, sobretudo no art. 8º e seguintes do diploma (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, e sobretudo após a edição da MP nº 926, de 20 de março de 2020, pelo governo federal, houve expressivo debate jurídico quanto aos limites de competência normativa e executiva dos entes federados em matéria de saúde, levando inclusive à propositura da ADI 6.341/DF perante o STF²⁷. Em síntese, a MP estabelecia que: i) seriam mantidos em funcionamento os serviços e atividades essenciais no país; ii) caberia ao Presidente da República definir quais seriam esses serviços e atividades essenciais.

Assim, o principal objeto da ADI foi, nas palavras do autor, o esvaziamento da “*responsabilidade constitucional, atribuída a todos os entes, para cuidarem da saúde, dirigirem o sistema único e executarem ações de vigilância sanitária e epidemiológica*”. Diante disso, o STF acabou se posicionando com maior clareza sobre o tema da legitimação dos entes federados para a adoção de providências no campo da saúde, estabelecendo precedente com reflexos fundamentais durante o restante da pandemia.

Ao decidir sobre o caso, a corte firmou posicionamento claro no sentido de que a competência normativa e executiva da União não exclui aquela das demais esferas de governo – e que, inclusive, em matéria de saúde, deve sempre prevalecer a medida mais restritiva imposta pelo ente federativo competente, em detrimento da mais branda.

23 Art. 24, § 1º.

24 Art. 24, § 2º e 4º

25 Art. 23, II.

26 Art. 196.

27 STF, ADI 6.341, Rel. Min. Marco Aurélio.

VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA NO BRASIL

Discutida a competência concorrente dos entes federados brasileiros para a imposição de medidas sanitárias, cabe agora discorrer brevemente sobre o caso específico da vacinação. No Brasil, a obrigatoriedade da imunização dos cidadãos foi alvo de amplo debate nacional, em que, enquanto muitos entes federados defenderam que as pessoas deveriam necessariamente se vacinar, o governo federal se posicionou firmemente em sentido contrário, de que se tratava de uma mera faculdade.

Entrou em evidência, então, o importante debate jurídico sobre os limites do poder estatal para impor determinadas medidas sanitárias coercitivas, diante do aparente conflito entre a liberdade individual e a saúde coletiva.

Novamente a questão foi levada ao STF, que, no julgamento conjunto das ADI nº 6.586²⁸ e nº 6.587²⁹, conferiu interpretação conforme a CF/88 ao art. 3º, III, d, da Lei nº 13.979/2020, estabelecendo que:

(A) *a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes, e (i) tenham como base evidências científicas e análises estratégicas pertinentes, (ii) venham acompanhadas de ampla informação sobre a eficácia, segurança e contraindicações dos imunizantes, (iii) respeitem a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas; (iv) atendam aos critérios de razoabilidade e proporcionalidade, e (v) sejam as vacinas distribuídas universal e gratuitamente; e*

(B) *tais medidas, com as limitações acima expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência.* (grifou-se).

O acórdão, de relatoria do Ministro Ricardo Lewandowski, buscou compatibilizar a necessária tutela da saúde coletiva com a dignidade humana e a liberdade individual, especificando as condições materiais necessárias para que a vacinação da população seja obrigatória.

Assim, como imperativos da dignidade humana, preservaram-se a intangibilidade do corpo e a inviolabilidade do domicílio, sendo expressamente vedada a hipótese de vacinação mediante coação física. Ou seja, ao contrário da falsa percepção incutida no imaginário social, não se admite no Estado de Direito contemporâneo a administração de imunizantes sem o consentimento do paciente. Essa hipótese não tem previsão na Lei nº 13.979/2020, tampouco na Lei nº 6.259/1975, marco legal da vacinação obrigatória no Brasil.

28 STF, ADI 6.586, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. 17.12.2020.

29 STF, ADI 6.587, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. 17.12.2020.

Na realidade, a vacinação compulsória, que existe há décadas no País, foi entendida como um dever legal do cidadão, que pode ser imposto por meio da previsão de sanções administrativas e sanitárias no caso de seu descumprimento, tais como a vedação ao exercício de determinadas atividades, a imposição de multas, a proibição de frequência de certos locais, a vedação de abertura de estabelecimentos comerciais cujos funcionários não estejam vacinados, entre outras possibilidades. Nesse sentido, o convívio em sociedade exige parcial renúncia do indivíduo à satisfação de suas vontades pessoais, sobretudo quando se trata de conduta que gravemente impacta a saúde pública. Por isso, o STF também estabeleceu, em tese de repercussão geral, que pais não podem deixar de vacinar filhos menores com fundamento em convicções filosóficas, religiosas, morais e existenciais³⁰.

A compulsoriedade da vacina, em um Estado Democrático de Direito, não significa a vacinação forçada ou imposta pelo Estado sem os devidos zelos necessários por parte das autoridades públicas responsáveis. A obrigatoriedade da vacina e a aplicação de sanções para aqueles que não observarem a regra devem ser previstas em situações que justifiquem tal exigência e em observância aos requisitos fixados pelo STF, notadamente: a comprovação científica de sua eficácia, o direito à informação, o tratamento gratuito universal e o respeito aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Por fim, vale mencionar que, nesse julgamento, e em linha com as demais decisões anteriormente mencionadas, o STF reforçou as competências concorrentes de Estados, Distrito Federal e Municípios com a União na regulação e execução de ações e serviços em saúde, sem a necessidade, em regra, de autorizações do governo federal aos demais entes para instituir medidas sanitárias locais. Tal diretriz hermenêutica aplica-se, também, à vacinação obrigatória, de modo que Estados e Municípios podem, no exercício de sua competência legislativa concorrente em matéria de saúde, impor sanções administrativas e sanitárias àqueles que se recusarem a tomar a vacina, resguardados os requisitos delineados pelo STF.

O CASO DA VACINAÇÃO DE JOVENS

A vacinação de jovens de 12 a 17 anos também se tornou objeto de uma contenda judicial envolvendo condutas do governo federal no enfrentamento da pandemia de covid19. Pela oitava vez desde o início da pandemia, partidos de oposição apresentaram pedido de Tutela Provisória Incidental (TPI) nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceito

30 STF, ARE 1.267.879, Rel. Min Roberto Barroso, j. 17.12.2020. “É constitucional a obrigatoriedade de imunização por meio de vacina que, registrada em órgão de vigilância sanitária, (i) tenha sido incluída no programa nacional de imunizações; (ii) tenha sua aplicação obrigatória determinada em lei; (iii) seja objeto de determinação da união, estados e municípios, com base em consenso médico científico. Em tais casos, não se caracteriza violação à liberdade de consciência e de convicção filosófica dos pais ou responsáveis, nem tampouco ao poder familiar”.

Fundamental (ADPF) 756/DF, que tramita perante o STF desde 23 de outubro de 2020, sob a relatoria do Ministro Ricardo Lewandowski.

Nesse mais recente pedido, os requerentes defenderam a urgente suspensão da Nota Informativa nº 01/2021/SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que inesperadamente revisou a Nota Técnica nº 36/2021 SECOVID/GAB/SECOVID/MS, emanada poucos dias antes do mesmo órgão do Ministério da Saúde. Enquanto a anterior Nota Técnica recomendava a ampliação da oferta de vacinas para pessoas de 12 a 17 anos, com ou sem comorbidades, a Nota Informativa subsequente passou a desaconselhar a vacinação da população de 12 a 17 anos sem comorbidades.

Diante da repentina mudança, seria esperada uma robusta fundamentação técnica das autoridades, sob pena de colocar em descrédito as orientações oficiais, que foram nitidamente contraditórias. Entretanto, observou-se que a Nota Informativa foi, sobretudo, motivada, entre outras razões, pela suposta ausência de recomendação da OMS para a vacinação de crianças e adolescentes.

Em consulta ao sítio eletrônico da OMS, é possível verificar que, de fato, constava, à época, que crianças e adolescentes com covid-19 normalmente desenvolvem sintomas mais leves do que adultos e portadores de doenças crônicas, e que as evidências disponíveis ainda eram insuficientes para fazer recomendações genéricas sobre a vacinação dessa faixa etária. A entidade esclarecia, ainda, que a vacinação de crianças e adolescentes é “menos urgente” do que a de integrantes dos grupos de risco, e que as vacinas da Pfizer/BioNTech são adequadas para crianças de a partir de 12 anos de idade. Não havia, contudo, qualquer contraindicação à vacinação desse grupo etário.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por sua vez, a quem compete as avaliações técnicas de segurança e eficácia de vacinas no Brasil, aprovou a utilização da vacina da Pfizer/BioNTech para crianças e adolescentes entre 12 e 15 anos, em 12 de junho de 2021. Sobre a questão, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) manifestou sua confiança na posição da ANVISA, que é compatível com as principais agências regulatórias do mundo, e que as vacinas da Pfizer/BioNTech devem ser disponibilizadas para todas as crianças com 12 anos de idade ou mais. O CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) também se pronunciaram nesse sentido, reforçando a importância da vacinação de jovens de 12 a 17 anos.

Ao apreciar a TPI pleiteada, em cognição sumária, o Ministro Relator observou que quaisquer decisões do governo relacionadas com a proteção da vida e da saúde, inclusive as que dizem respeito ao enfrentamento da pandemia, por expressa previsão legal do art. 3º, § 1º, da Lei nº 13.979/2020, “devem observar standards, normas e critérios científicos e técnicos, tal como estabelecidos por organizações e entidades internacional e nacionalmente reconhecidas” (STF, 2021)³¹.

31 § 1º As medidas previstas neste artigo 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 (BRASIL, 2020).

Sob esse prisma, o Ministro Lewandowski deferiu em parte a medida cautelar na ADPF 756/DF, em 21 de setembro de 2021, por entender que a Nota Informativa questionada não estava devidamente amparada em “evidências científicas e análises estratégicas em saúde”, nos termos definidos no julgamento da ADI 6.421 e outras ações. Com a decisão, reafirmou-se a competência dos Estados, Distrito Federal e Municípios para decidir sobre a inclusão de maiores de 12 anos em suas políticas locais de vacinação, desde que respeitadas as demais cautelas legais e a ordem de prioridades definida na Nota Técnica nº 36/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS.

Ao discorrer sobre o tema, o Ministro Relator reforçou que a saúde é um direito de todos e dever do Estado³², e que a CF/88 atribui “absoluta prioridade” aos direitos à saúde, vida e educação da criança, adolescente e jovem³³ (BRASIL, 1988). Em decorrência disso, e considerando a urgente necessidade de vacinação para a retomada de aulas presenciais em diversos locais do País, para a preservação dos direitos de que a juventude é titular, reforçou-se a tese que resultou no deferimento da TPI.

O Plenário do STF, por sua vez, em sessão virtual de 1º de outubro de 2021, referendou por unanimidade a medida liminar concedida pelo Ministro Lewandowski, assentando a competência dos demais entes federativos para promover adequações ao Plano Nacional de Imunização em suas localidades, e, portanto, incluir a população de 12 a 17 anos, com ou sem comorbidades. Reforçou-se, no entanto, que esses ajustes devem ser sempre motivados, e seguir as recomendações de fabricantes de vacinas, da ANIVSA e das autoridades sanitárias.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, observa-se que, no ordenamento jurídico brasileiro, a saúde consiste em um direito de todos e dever do estado. Nesse sentido, é necessário que os diversos componentes do Estado federado se organizem e articulem para o devido cumprimento desse dever.

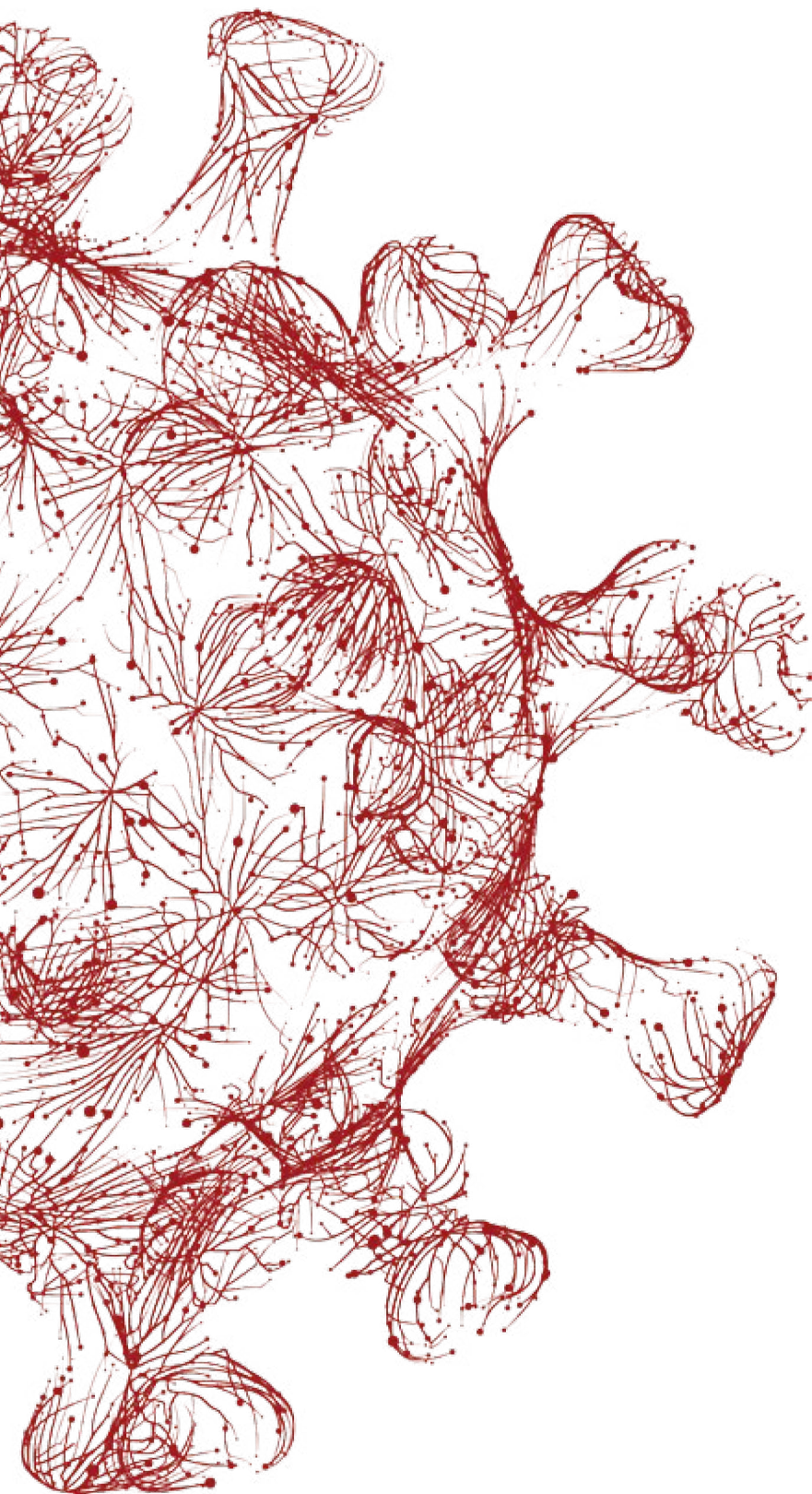
Para o adequado atendimento das necessidades da população, o Estado pode lançar mão de medidas sanitárias, como o distanciamento social e a vacinação obrigatória, sendo que todos os entes federativos têm competência concorrente para tal, tanto na perspectiva normativa como na executiva. Entretanto, a imposição dessas medidas deve obedecer a critérios técnicos e científicos, e jamais servir como pressuposto para uma escalada de autoritarismo ou violação de direitos humanos, a exemplo de uma eventual vacinação mediante coação física.

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

33 “Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Anvisa investiga suspeita de reação adversa grave com vacina da Pfizer.** Brasília: Anvisa, 16 set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-investiga-suspeita-de-reacao-adversa-grave-com-a-vacina-da-pfizer>. Acesso em: 6 jun. 2022.
2. BRASIL. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 158, n. 27, p. 1, 7 fev. 2020.
3. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Referendo na Oitava Tutela Provisória Incidental na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 756 Distrito Federal.** Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Brasília: Diário da Justiça, 11 out. 2021.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated.** [S. l.], WHO, 13 abr. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice>. Acesso em: 6 jun. 2022.



CAPÍTULO 5.

PRODUÇÃO NORMATIVA DO GOVERNO FEDERAL, COVID-19 E POVOS INDÍGENAS

Giovanna Dutra Silva Valentim

*Graduada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, mestranda em Ciência Política pela
mesma universidade. Pesquisadora do CEPEDISA*

Alexia Viana da Rosa

Graduada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do CEPEDISA

“Aí eu comecei a chorar, eles a levaram de mim, a única coisa que eu guardava no meu coração, que era minha mãe, eu nunca mais vou ver ela. É por isso que eu digo, não visite parentes, não é hora de visitar o seu parente, de dar passeio pela cidade, porque isso é uma coisa muito séria. O vírus não brinca com a gente, se a gente brincar, ele não brinca, o vírus veio para matar, para destruir famílias. Por isso que eu digo, fiquem em casa, cuidem-se por favor.”

Aldeia Kumarumã, Oiapoque, Amapá, Brasil, 5 de junho de 2020

INTRODUÇÃO

A Agente de Saúde Indígena Kokama foi o primeiro caso de covid-19 entre indígenas no Brasil, ainda em abril de 2020. Causada por um médico que entrou na terra indígena sem realizar o isolamento e as testagens adequados depois de uma viagem a São Paulo – na época epicentro da doença –, sua contaminação se insere na história como continuidade de uma política colonialista que, ao negar a identidade e a autonomia dos povos indígenas sobre seus próprios territórios e modos de vida, vitimiza os povos originários brasileiros, seja por meio de epidemias, seja por intermédio de políticas públicas desenhadas para com eles falhar.

Se a tradição colonial que permeia as políticas indigenistas do Estado brasileiro estava sendo mitigada pela articulação dos movimentos indígenas nas últimas décadas, em 2018, com a eleição de Jair Bolsonaro à Presidência da República, esse quadro de progressiva melhora sofreu uma grande ruptura. Ainda enquanto candidato, Bolsonaro não se constrangeu em afirmar que um de seus principais objetivos seria o desmonte de órgãos

ambientais e indigenistas, alçando os povos originários brasileiros ao patamar de inimigos de seu projeto de nação – branco, masculinizado militarizado e profundamente extrativista.

A forma encontrada pelo governo Bolsonaro de concretizar esse projeto foi a criação e a implementação de uma política anti-indígena estruturada sobre três pilares: i) o desmantelamento das estruturas públicas responsáveis pela garantia de direitos indígenas e socioambientais; ii) o aumento da invasão e da destruição dos territórios indígenas, do desflorestamento, do garimpo e da mineração ilegais e dos incêndios; e iii) o consequente recrudescimento da violência contra os povos originários e a piora de suas condições de vida. Esses eixos articulam-se entre si, garantindo o constante aprofundamento das terríveis referidas condições.

A pandemia do novo coronavírus surgiu, então, como mais uma oportunidade de dobrar a aposta na política anti-indígena. Ventura *et al.* (2021) demonstraram, após extensa análise normativa, que o governo federal optou pela imunidade de rebanho como política pública de resposta à crise sanitária, estimulando a contaminação da população brasileira pelo vírus para que a economia do País não fosse prejudicada por medidas de isolamento social, como o *lockdown*. Além das constantes aglomerações promovidas pelo Presidente e por membros de seu governo, houve também a divulgação e o incentivo oficiais do uso de medicamentos sem comprovação científica no combate ao coronavírus, que ficaram popularmente conhecidos como “kit covid”.

Os povos originários não foram poupados dessa política pública altamente nociva: a inação, o atraso e o desfinanciamento de políticas e órgãos responsáveis por evitar que a pandemia se alastrasse entre os indígenas, parcela populacional com altíssima vulnerabilidade socioepidemiológica, foram a marca principal da gestão da crise pelas instituições subordinadas à União.

A ADPF 709, ajuizada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), confirma a calculada instrumentalização da pandemia pelo governo federal, que só passou a minimamente organizar a resposta à pandemia entre os povos originários após decisão judicial proferida pelo STF, quando o vírus já havia vitimado dezenas de etnias por todo o País. Contudo, apesar de quase dois anos de tramitação e diversas decisões favoráveis aos indígenas, o governo vem sistematicamente desrespeitando e não implementando as determinações judiciais, o que agrava ainda mais o contexto de crise social e sanitária vivenciado por essa população.

Este artigo se propõe a analisar as normas editadas pela União que versam diretamente sobre saúde indígena durante a vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional motivada pela pandemia de covid-19, que teve vigência entre 20 de fevereiro de 2020 e 22 de abril de 2022³⁴. Para além desta introdução, o leitor encontrará quatro seções: a primeira

34 A Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da pandemia do novo coronavírus foi declarada pela Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, revogada em 2022 pela Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril. Apesar de a Portaria GM/MS nº 913 entrar em vigor apenas um mês depois de publicada, aqui mapeamos as normas editadas até 22 de abril de 2020, marco de sua publicação.

apresentará um breve panorama sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS); a segunda analisará todas as normas coletadas; a terceira apresentará a metodologia utilizada; e a quarta encerrará o texto com o balanço da atuação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) durante a pandemia a partir das normativas referentes à emergência sanitária.

O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E A SESAI NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

No contexto da redemocratização e da reforma sanitária, nas décadas de 1980 e 1990, foram realizadas duas importantes conferências sobre saúde indígena: a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986; e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, por indicação da VIII e da IX Conferências Nacionais de Saúde respectivamente.

Essas conferências – e a constante e ativa mobilização indígena e de organizações indigenistas da sociedade civil – gestaram o que viria a ser o SASISUS, estabelecido pelo Capítulo V da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a ela adicionado pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 BRASIL, 1990, 1999).

Conhecida como Lei Arouca, a Lei nº 9.836/1999 dispõe que o SASISUS é um componente do SUS e deve ser financiado pela União, podendo os Estados, Municípios, instituições governamentais e não governamentais atuar complementarmente no custeio e na execução de suas ações. Essa medida selou o processo de transferência da saúde indígena da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) para o Ministério da Saúde, especificamente para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)³⁵.

Com a formalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, a principal função do SASISUS passou a ser sua implementação.

A PNASPI é orientada a partir de algumas diretrizes que visam garantir o acesso dos povos indígenas à atenção integral e diferenciada à saúde, tendo em vista a diversidade étnica e cultural, bem como a vulnerabilidade epidemiológica dessa parcela populacional. Entre as referidas diretrizes estão, por exemplo, a articulação com sistemas tradicionais indígenas de saúde, a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e o controle social (BRASIL, 2002).

35 O Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991, deu início a esse processo ao determinar que a Fundação Serviços de Saúde Pública seria a encarregada pela coordenação dos projetos de saúde da população indígena, tanto na fase de elaboração quanto na de execução. O decreto condicionava essa atuação à criação da Fundação Nacional de Saúde, mais tarde chamada de FUNASA, que, instituída pelo Decreto Presidencial nº 100, de 16 de abril de 1991, incorporou a Fundação Serviços de Saúde Pública e passou a ser a responsável pelas ações de saúde indígena.

Dessa forma, o SASISUS foi desenvolvido para compatibilizar a integração ao SUS, funcionando de forma integrada e articulada ao sistema universal, e as especificidades das culturas e das necessidades de saúde indígenas, partindo de uma abordagem intercultural diferenciada.

Para implementar esses preceitos e, também, os princípios norteadores do SUS – integralidade, universalidade, descentralização, equidade e participação popular –, o SASISUS tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), uma rede interconectada de serviços de saúde capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde diferenciada (GARNELO, 2012, p. 27). Esse modelo descentralizado de organização dos serviços de saúde nos territórios se orienta por critérios como: a população e seu perfil epidemiológico, a disponibilidade de serviços médicos da região e, entre outros, a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas. Não necessariamente esses critérios correspondem às fronteiras das unidades federativas, de modo que os 34 DSEI hoje existentes foram delimitados pela ocupação geográfica tradicional dos povos originários, e não pelos limites territoriais impostos pela sociedade nacional não indígena.

Ainda, o SASISUS conta com Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que garantem o controle social sobre a política de saúde. Localizados nas próprias aldeias, seus membros são eleitos pelos indígenas da região. Os conselheiros são responsáveis por contribuir para a gestão do subsistema e traduzir as demandas locais em instâncias superiores, como as conferências distritais e nacionais.

A estrutura dos DSEI é composta por postos de saúde, polos-base e Casas de Saúde Indígena (CASAI), que representam diferentes níveis de regionalização e hierarquização, sendo os postos o nível mais local, pois estão nas aldeias, e as CASAI o nível mais regionalizado, já que estão localizadas nos municípios de referência dos DSEI.

Como dito, os DSEI representam um modelo de gestão altamente descentralizado, cuja implementação se dá majoritariamente via convênios, por meio dos quais a FUNASA – e atualmente a SESAI, como veremos – transfere recursos públicos federais a diferentes entidades, desde Secretarias de Saúde Municipais a organizações não governamentais. Esse desenho institucional foi criado em resposta à falta de capacidade operacional da FUNASA para executar sozinho todos os serviços da saúde indígena em território nacional.

O resultado dessa escolha política, no entanto, não foi o esperado: para além das denúncias de corrupção nos convênios, o serviço realizado nos DSEI se mostrou de baixa qualidade e com constantes interrupções, o que contribuiu para o agravamento da frágil saúde dos povos originários brasileiros.

O contexto de descontentamento causado pelos primeiros anos de funcionamento do SASISUS levou à criação da SESAI, em 2010. Diretamente vinculada ao Ministério da Saúde e com maior presença indígena, a SESAI se tornou o primeiro órgão inteiramente responsável por todas as instâncias da saúde indígena, desde a gestão até a execução de suas ações e programas.

Essa mudança na estrutura de implementação da PNASPI representou, como apontam Mendes *et al.* (2018), o maior financiamento do subsistema, com marcadores significativos e constantes de aumento nos recursos aprovados e executados. Isso não foi, porém, suficiente para a resolução dos principais problemas que marcam historicamente o campo da saúde indígena: ainda há uma profunda desigualdade nos indicadores de saúde indígena e não indígena, como a mortalidade materna e a desnutrição infantil.

A eleição de Jair Bolsonaro à Presidência da República, em 2018, representou um marco importante para a saúde indígena. Isso porque, para além de todas as falas anti-indígenas do Presidente, logo no início de 2019, o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta se pronunciou favorável à extinção da SESAI, alegando que a secretaria seria um sistema paralelo ao SUS.

Sob forte pressão social, o governo bolsonarista desistiu de sua proposta inicial, mas publicou o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que reestruturou todo o Ministério da Saúde, inclusive a SESAI. O Departamento de Gestão da Saúde Indígena, responsável por garantir as condições materiais do funcionamento do subsistema, como a aquisição de insumos e a coordenação das unidades de atendimento, foi extinto sem nenhuma consulta popular. Ainda, o texto insiste na integração da SESAI ao SUS por intermédio dos municípios em que se encontram os DSEI, indicando o desejo de municipalizar a saúde indígena – projeto que já foi rejeitado em diferentes momentos da estruturação desse sistema por vulnerabilizar os povos indígenas e dificultar a execução da política de saúde diferenciada, pilar fundador da PNASPI.

A partir de então, todos os âmbitos da política indigenista, consolidada por décadas de mobilização indígena e social, passaram a ser sistematicamente desmobilizados pelo governo de Jair Bolsonaro e substituídos por uma verdadeira política anti-indígena.

A SESAI, um dos alvos primordiais do governo, não foi poupada. Segundo o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), em 2019, houve um corte de 16% no orçamento executado pela União para o financiamento da saúde indígena (INESC, 2020). Apesar de a SESAI ter um repasse orçamentário bilionário, é a execução desse orçamento que importa para a análise da gestão da secretaria e, por consequência, dos serviços de saúde contratados. Essa queda significativa já no primeiro ano de governo apontava para o que se tornaria uma prática replicada em diferentes áreas da política indigenista brasileira: o desfinanciamento e a subversão de instituições construídas com o objetivo de garantir e implementar direitos indígenas, para que elas passassem a operar sob o signo da política anti-indígena bolsonarista.

Apresentamos este breve panorama para localizar as condições em que estava o subsistema de saúde indígena no momento da chegada da pandemia de covid-19, no início de 2020, quando o cenário, já frágil, passou a se deteriorar com maior rapidez.

Nenhuma instância da saúde brasileira estava preparada para lidar com a emergência sanitária quando o primeiro caso da covid-19 foi confirmado no Brasil, em março de 2020. O que se seguiu, para além dos conflitos políticos entre Jair Bolsonaro e todos aqueles que se aliaram

à ciência no combate ao vírus, foi uma série de medidas provisórias e decretos que destinavam recursos extraordinários para estados e instituições públicas para subsidiar medidas de contenção da pandemia, sem que a União assumisse seu papel na estrutura tripartite do SUS e capitaneasse uma estratégia sanitária nacional (REIS *et al.*, 2022).

O que ocorreu no âmbito da SESAI, portanto, parece contraintuitivo à primeira vista. O orçamento executado em 2020, em plena pandemia, foi quase R\$ 40 milhões menor que o de 2019, que já estava em baixa se comparado ao de 2018 (INESC, 2021; SARAIVA; CARDOSO, 2020). Nesse ano, foram duas as principais ações orçamentárias do subsistema: a primeira, intitulada “20Y – Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena”, teve autorização de R\$ 1,38 bilhão, o valor mais baixo dos oito anos anteriores e 9% inferior ao do ano anterior; e a segunda, “7684 – Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de Doenças e Agravos”, teve um orçamento reduzido de R\$ 46,8 milhões (SARAIVA; CARDOSO, 2020).

A primeira ação orçamentária é composta pelo eixo de estruturação de unidades de saúde e DSEI para atendimento da população indígena, referente ao atendimento da população, e pelo eixo de promoção, proteção e recuperação da saúde indígena, ligado às obras de infraestrutura do subsistema. Esses eixos são Planos Orçamentários, instrumentos que nos permitem o acompanhamento da execução física e financeira do programa.

O INESC analisou, em Nota Técnica (SARAIVA; CARDOSO, 2020), os valores liquidados nestes Planos Orçamentários – ou seja, aqueles valores, de fato, pagos aos prestadores de serviços e que, portanto, traduziriam de forma mais fiel a execução das ações de saúde indígena. Comparando os seis primeiros meses de 2019 e de 2020, o instituto identificou que, a despeito da emergência sanitária, os valores liquidados em 2020 foram, no geral, menores dos que os de 2019.

Essa tendência só se alterou em fevereiro e em junho no Plano Orçamentário “Promoção, Proteção e recuperação da Saúde Indígena”. O outro plano, com enfoque na estruturação das unidades de saúde e nos DSEI, teve uma execução orçamentária muito inferior à do ano anterior. Esse padrão se repetiu em 2021, totalizando uma queda de 7% nos recursos autorizados para a Saúde Indígena desde 2019 (INESC, 2022), revelando uma coerência entre direcionamento de recursos e a política anti-indígena promovida pela União, o que justifica a paralisação e ineficiência premeditadas do SASISUS durante a maior crise sanitária do milênio.

Somada ao progressivo desfinanciamento da SESAI, a supressão de instâncias de participação e controle social encabeçada pelas reformas do governo Bolsonaro também contribuiu para o enfraquecimento da resposta da saúde indígena à pandemia de covid-19. Como já mencionado, o Departamento de Gestão da Saúde Indígena foi extinto pelo Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Para além de assegurar as condições materiais para o funcionamento do SASISUS, o DESAI também abrigava mecanismos de controle social para a gestão participativa do subsistema.

O mesmo decreto extinguiu o Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais Indígenas, instância máxima do controle social dentro do subsistema de saúde indígena. O órgão,

que monitorava, avaliava e fiscalizava as políticas de saúde diferenciadas, foi restabelecido apenas em dezembro de 2020, depois de meses de mobilização dos movimentos indígenas. Ou seja, o primeiro ano inteiro da pandemia de covid-19, marcado pela incerteza e pelo rápido avanço da doença, não contou com um dos principais mecanismos de participação popular na construção de políticas para mitigar o estrago causado pelo novo vírus entre os indígenas brasileiros.

Diante de mais essa violação, os povos originários, em mais um ato de resistência, encontraram modos de efetivar a participação e o controle social na saúde indígena mesmo em um contexto de supressão de seus direitos. A APIB foi ao STF requerer, por meio da ADPF 709, que a política adotada pela União para o enfrentamento da pandemia entre os indígenas contasse com a participação de seu público-alvo, bem como que o Estado brasileiro fosse obrigado a desenvolver e implementar ações de saúde e contenção sanitária em terras indígenas. No âmbito dessa ação judicial, a APIB também lutou pela presença indígena nas Salas de Situação instauradas para debater o objeto da ADPF e desenvolveu seu próprio plano de ações emergenciais de cuidado integral e diferenciado – plano que nunca foi inteiramente executado pelo governo federal (SOUZA; SOUZA, 2020).

Nas próximas seções, analisaremos as normativas editadas, principalmente, pela SESAI no período de emergência sanitária; e, considerando o exposto nesta breve contextualização aqui realizada, proporemos uma análise da produção normativa no âmbito do subsistema de saúde indígena.

METODOLOGIA

A coleta das normas que serão aqui analisadas é fruto de pesquisa documental com dados de caráter público, obtidos por consulta ao Diário Oficial da União. A metodologia de pesquisa adotada é dividida em duas etapas. A primeira consiste nos descritores “Covid-19”; “Covid”; “SARS-CoV-2”; “coronavírus”; “pandemia”; “Lei nº 13.979”; “Lei nº 13.979”; “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional”; “ESPII”; “Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”; “ESPIN”, na Seção 1 e nas Edições Extra e Suplementar do Diário Oficial da União.

Os atos normativos em que um desses descritores é identificado são coletados e analisados por meio de um formulário (*template*) que permite a sistematização de informações sobre a origem, a natureza, a vigência e a matéria abordada, bem como eventual impacto sobre direitos humanos³⁶.

A partir do banco de normas construído essa metodologia, inicia-se a segunda etapa. Nela, identificamos as normas que já contavam, em seu corpo, com os termos “indígena”, “indígenas”, “índio” e “índios”. Como já mencionado, os atos normativos selecionados foram publicados entre 1º de janeiro de 2020 e 22 de abril de 2022.

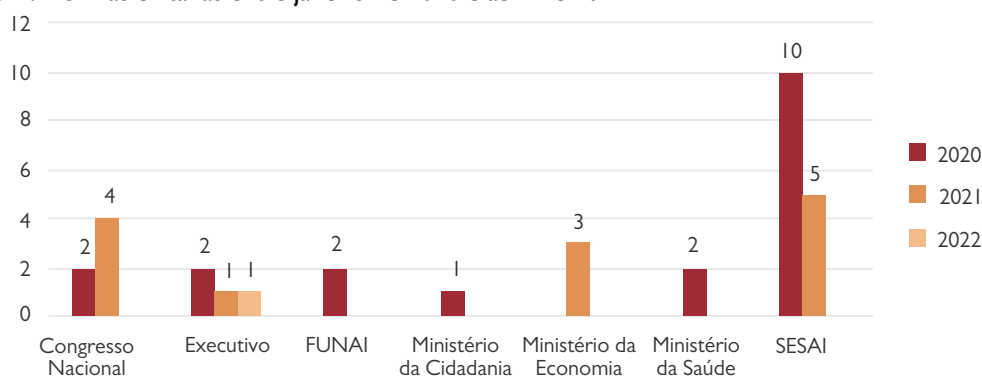
36 Maiores detalhes metodológicos sobre a pesquisa podem ser encontrados em Ventura *et al.* (2021).

Aqui apresentaremos as normas que têm efeito prático para a saúde indígena, quer dizer, que impactam diretamente a gestão ou a execução de serviços sob a tutela da SESAI e, eventualmente, da FUNAI. Portanto, normas que versavam sobre, por exemplo, editais culturais para artistas indígenas afetados pela pandemia de covid-19 ou sobre educação indígena foram excluídas da análise.

A UNIÃO E A PRODUÇÃO NORMATIVA RELATIVA A INDÍGENAS

Com base na metodologia apresentada acima, identificamos 33 normas publicadas entre janeiro de 2020 e 11 de abril de 2022.

GRÁFICO I. Normas editadas entre janeiro de 2020 e abril de 2022



Fonte: elaboração própria.

Abaixo, analisaremos cada uma destas normativas, considerando o contexto já apresentado no presente estudo.

A PRODUÇÃO NORMATIVA DA UNIÃO EM 2020

Em 2020, foram publicadas, no Diário Oficial da União, 19 normas de caráter geral e abstrato que tratavam, de maneira concomitante, de assuntos referentes à covid-19 e aos povos indígenas.

NORMAS EMITIDAS PELA SESAI

Das 19 normas que relacionaram a covid-19 às populações indígenas e foram publicadas no âmbito da União em 2020, 10 foram editadas pelo SESAI. Ainda no primeiro trimestre de 2020, foi publicada a Portaria nº 16, de 24 de março de 2020, que instituiu o Comitê de Crise

para planejamento, coordenação, execução, supervisão e monitoramento dos impactos da covid-19 no âmbito da saúde dos povos indígenas. A portaria determinou que cada Coordenador Distrital de Saúde Indígena, em conjunto com a equipe de Divisão de Atenção à Saúde indígena, em consideração às características territoriais e geográficas, populacionais, socioculturais e epidemiológicas, criasse seu comitê de crise com orientações específicas para a organização dos atendimentos na assistência à população indígena no território de abrangência do DSEI.

Em 2 de abril de 2020, entretanto, foi publicada a Portaria nº 36, de 1º de abril de 2020, que instituiu o Comitê de Crise Nacional para planejamento, coordenação, execução, supervisão e monitoramento dos impactos da covid-19 no âmbito dos Povos Indígenas, e revogou a Portaria nº 16, de 24 de março de 2020. Em respeito à Portaria nº 36, foram editadas 7 normas que instituíram comitês de enfrentamento da covid-19 no âmbito dos povos indígenas em caráter local, a saber: nos DSEI Alagoas e Sergipe; Médio Rio Solimões e Afluentes; Maranhão; Alto Rio Negro; Kaiapó; e Ceará³⁷.

Foi publicada, em 14 de abril de 2020, a Portaria nº 55, de 13 de abril de 2020, instituindo a Equipe de Resposta Rápida no âmbito dos DSEI, para enfrentamento da covid-19 no SASISUS. A portaria determinou que a Equipe deveria permanecer contratada pelo período de três meses, com possibilidade de prorrogação durante o estado de emergência em saúde pública decorrente da covid-19. Determinou, ainda, que os integrantes das Equipes de Resposta Rápida deveriam permanecer em isolamento domiciliar, na sede do respectivo DSEI, a fim de estarem preparados para entrar imediatamente em área indígena após o acionamento pelo Coordenador Distrital. Ademais, coube à cada integrante da Equipe de Resposta Rápida apresentar um Termo de Responsabilidade, devidamente assinado, de que permaneceu em isolamento domiciliar antes do ingresso em território indígena.

NORMAS EMITIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde, por sua vez, foi responsável pela edição de 2 das 19 normas que relacionaram a covid-19 aos povos indígenas. Em 17 de setembro de 2020, foi publicada a Portaria nº 2.405, de 16 de setembro de 2020, que instituiu incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos Municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da covid-19. A portaria compreendeu como populações específicas, entre outras: a população indígena não aldeada; as populações do campo, da floresta e das águas; a população ribeirinha; a população quilombola; e os demais povos e comunidades tradicionais. O incentivo financeiro possuía como finalidade apoiar a gestão local na qualificação da identificação precoce, do acompanhamento e monito-

37 Relação das normas emitidas no anexo do capítulo.

ramento de populações específicas com síndrome gripal, suspeita ou confirmação de covid-19, observadas as orientações no contexto local.

Em novembro de 2020, foi publicada a Portaria nº 3.190, de 26 de novembro de 2020, que instituiu o Gabinete de Crise da Covid-19 e alterou a Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020, para dispor sobre o centro de Operações de Emergências para o novo coronavírus. A Portaria nº 3.190 determinou que o Gabinete de Crise da Covid-19 fosse composto pelo Ministro de Estado de Saúde e por um representante da SESAI e de outros órgãos e entidades. Além disso portaria sentenciou que o Gabinete de Crise da Covid-19 poderia convidar para participar de suas reuniões representantes de órgãos e de entidades para prestar informações acerca dos cenários relativos ao enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da covid-19.

NORMAS EMITIDAS PELA FUNAI

Duas das 19 normas analisadas no período de 2020 foram editadas pela FUNAI. Aos 19 de março de 2020, foi publicada a Portaria nº 413, de 13 de março de 2020, que estabeleceu medidas temporárias de prevenção à infecção e propagação do novo Coronavírus no âmbito da FUNAI. A portaria suspendeu as autorizações de entrada nas terras indígenas previstas na Instrução Normativa nº 01/PRES/1995 e na Portaria nº 177/PRES/2006. Ainda, determinou que, nos casos envolvendo a Instrução Normativa nº 03/PRES/2015, que estabelece normas e diretrizes relativas às atividades de visitação para fins turísticos em terras indígenas, ficam mantidas apenas as autorizações já emitidas para pacotes turísticos já comercializados, sendo o ingresso admitido mediante apresentação de teste negativo para a covid-19.

Na mesma data, foi publicada a Portaria nº 419, de 17 de março de 2020. Na ementa da portaria, lê-se que o escopo da norma é estabelecer medidas temporárias de prevenção à infecção e propagação do novo coronavírus no âmbito da FUNAI. No art. 3º da referida norma, lê-se que o contato entre agentes da FUNAI e a entrada de civis em terras indígenas deveriam ser restritos ao essencial, de modo a prevenir a expansão da epidemia. Em seu primeiro parágrafo, há a suspensão da concessão de novas autorizações de entrada nas terras indígenas, à exceção das necessárias à continuidade da prestação de serviços essenciais às comunidades, conforme avaliação pela autoridade competente da Coordenação Regional (CR). O § 2º, por sua vez, determina que as autorizações já concedidas devem ser reavaliadas pelas CR à luz da prevenção da epidemia da covid-19, podendo ser reagendadas, especialmente quando envolverem a realização de eventos ou impliquem a entrada de mais de cinco pessoas na terra indígena. O § 3º permite a entrada de autoridades públicas de atendimento à saúde e segurança. O art. 4º suspende todas as atividades que impliquem o contato com comunidades indígenas isoladas. Com base nessa norma, pesquisadores da

Fiocruz foram proibidos pela FUNAI de realizar um estudo sobre o impacto da mineração ilegal dentro da Terra Indígena Yanomami, cujo foco seria a contaminação por mercúrio no rio Mucajaí, em Roraima (MAISONNAVE, 2021).

NORMA EMITIDA PELO MINISTÉRIO DA CIDADANIA

Em 24 de abril de 2020, foi publicada a Portaria nº 59, de 22 de abril de 2020, pelo Ministério da Cidadania, que aprova orientações e recomendações gerais aos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social dos Estados, Municípios e Distrito Federal quanto ao atendimento nos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no contexto de emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus. Na Nota Técnica nº 11/2020, anexa à portaria, as crianças e os adolescentes indígenas são tidos como público que “também requer um olhar especial”. Nesse caso, recomendou a leitura do “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas”, publicado pelo Ministério de Saúde.

LEIS E MEDIDAS PROVISÓRIAS

Uma das normas de maior relevância sobre a população indígena durante o período da covid-19 foi a Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020. Essa legislação dispõe sobre as medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento da covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. A lei determina que os povos indígenas, entre outros povos tradicionais, sejam considerados “grupos em situação de extrema vulnerabilidade”, motivo pelo qual se consideram de alto risco para emergências em situação pública. Entretanto, a sanção da referida lei contou com o total de 22 dispositivos vetados pelo Presidente Jair Bolsonaro.

Os primeiros seis vetos vieram no art. 5º da mencionada lei, em seus incisos I, II, V a, V b, VI e VIII. O *caput* do artigo determina que cabe à União coordenar o Plano Emergencial e, conjuntamente com os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e as demais instituições públicas que atuam na execução da política indigenista e com a participação efetiva dos povos indígenas por meio de suas entidades representativas, executar ações específicas para garantir, com urgência e de forma gratuita e periódica. O inciso I, vetado por Jair Bolsonaro, determinava o acesso universal à água potável. O inciso II, também vetado, determinava a distribuição gratuita de materiais de higiene, de limpeza e de desinfecção de superfícies para aldeias ou comunidades indígenas, oficialmente reconhecidas ou não, inclusive no contexto urbano.

O inciso V, do art. 5º, também sofreu vetos em suas alíneas a e b. O art. 5º, V, determinava a organização de atendimento de média e alta complexidade nos centros urbanos e acompanhamento diferenciado de casos que envolvessem indígenas, com planejamento estruturado de acordo com a necessidade dos povos. A redação da alínea a determinava a oferta emergencial de leitos hospitalares e de UTI; enquanto a próxima alínea, a aquisição ou disponibilização de ventiladores e de máquinas de oxigenação sanguínea. Ambas as alíneas foram vetadas. Ainda no art. 5º da lei, foram vetados os incisos VI e VIII. O primeiro dos incisos firmava a elaboração e a distribuição, com participação dos povos indígenas ou de suas instituições, de materiais informativos sobre os sintomas da covid-19, em formatos diversos e por meio de rádios comunitárias e de redes sociais, com tradução em linguagem acessível, respeitada a diversidade linguística dos povos indígenas, em quantidade que atenda às aldeias ou comunidades indígenas de todo o País. O inciso VIII, por sua vez, determinava o provimento de pontos de internet nas aldeias ou comunidades, a fim de viabilizar o acesso à informação e de evitar o deslocamento de indígenas para os centros urbanos.

O art. 7º, por seu turno, também foi integralmente vetado pelo Presidente Jair Bolsonaro. Em sua redação original, contava, ainda, com três parágrafos. A redação do *caput* do art. 7º mandava que a União disponibilizasse à SESAI, de forma imediata, dotação orçamentária emergencial, que não poderia ser inferior ao orçamento do referido órgão no ano fiscal vigente, com o objetivo de priorizar a saúde indígena em razão da emergência em saúde pública decorrente da covid-19, de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e a implementação do Plano Emergencial de que trata o capítulo. O primeiro dos parágrafos vetados determinava que a execução do montante destinado a ações e a serviços públicos de saúde dos povos indígenas não seria computada para fins de cumprimento do piso constitucional e do limite de teto constitucional que tratam o inciso I do § 2º do art. 198 da CF/88 e o inciso II do art. 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. O § 2º determinava que as despesas do Plano Emergencial corresse à conta da União, por meio de abertura de créditos extraordinários. O § 3º, por sua vez, disciplinava que a União transferisse aos entes federados recursos para apoio financeiro a implementação do Plano Emergencial.

Logo em seguida, verifica-se um veto no § 1º do art. 9º da Lei nº 14.021. O parágrafo vetado ordenava que a União assegurasse a distribuição de alimentos diretamente às famílias indígenas, quilombolas e dos demais povos e comunidades tradicionais na forma de cestas básicas, sementes e ferramentas agrícolas, para serem distribuídas conforme a necessidade dos assistidos. O art. 10 também sofreu vetos, em seus §§ 4º e 5º. O § 4º do referido artigo determinava ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, em conjunto com o Ministério da Cidadania, a FUNAI e a Fundação Cultural Palmares, a criação de um programa específico de crédito para povos indígenas e quilombolas para o Plano Safra 2020. O § 5º, por sua vez, garantia a inclusão das comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares como beneficiárias do Programa Nacional de Reforma Agrária, assegurado o cadastramento das famílias na Relação de Beneficiários, para acesso às políticas públicas.

O art. 12 também sofreu vetos, em seus incisos I e II. Os incisos determinavam, respectivamente, a elaboração, no prazo de 10 dias, dos planos de contingência para situações de contato para cada registro confirmado de indígenas isolados oficialmente reconhecidos pela FUNAI; e a elaboração, no prazo de 10 dias, dos planos de contingência para surtos e epidemias específicos para cada povo de recente contato oficialmente reconhecido pela FUNAI. O parágrafo único do art. 14, igualmente, foi vetado. Em sua redação original, lia-se: “Aplicam-se às comunidades quilombolas e aos demais povos e comunidades tradicionais as disposições referentes ao Plano Emergencial de que trata o Capítulo II desta Lei, e cabe ao Ministério da Saúde o planejamento e a execução das medidas de que trata o *caput* deste artigo, no que couber”. O *caput* do art. 14, para referência, alegava que, enquanto perdurasse o período de calamidade pública em saúde decorrente da pandemia de covid-19, seriam adotadas medidas urgentes para mitigar seus efeitos entre os quilombolas e os demais povos e comunidades tradicionais do País.

Os arts. 16, 18 e 19, igualmente, sofreram vetos. O art. 16 predizia que os recursos necessários ao atendimento previsto no capítulo correriam à conta de dotações consignadas ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Cidadania, bem como de recursos oriundos do fundo específico criado para o enfrentamento da pandemia de covid-19. O art. 18, a seu turno, previa alterações à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao determinar que a União institísse mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houvesse necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. Os indígenas, ainda, deveriam ser incluídos nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. O art. 19, por sua vez, determinava que, em áreas remotas, o Executivo adotaria mecanismo que facilitassem o acesso ao auxílio emergencial instituído pelo art. 2º da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, assim como aos benefícios sociais e previdenciários, de modo a possibilitar a permanência de povos indígenas, de comunidades quilombolas e de demais povos e comunidades tradicionais em suas próprias comunidades.

Os vetos foram justificados, em sua maior parte, pelo argumento de “inconstitucionalidade” e “interesse público”. O Presidente entendeu que as ações, por criarem despesa obrigatória ao Poder Público, violavam as regras do art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Os vetos, sob justificativa de eventual impacto financeiro, não se preocupam com a necessidade de especial atenção à população indígena e nega o acesso à direitos fundamentais, com o direito à água potável. Ignora, ainda, os altos índices de letalidade por covid-19 entre os povos indígenas ao sancionar uma lei que, com vetos a dispositivos tão relevantes, perde qualquer eficácia e propósito. Posteriormente, o Congresso derrubou alguns dos vetos, mas manteve vetados os artigos 7º; 9º, § 1º; 10, § 4º; e 16 (STF, 2020; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020).

Em 2 de abril de 2020, foi publicada a MP nº 942, que abriu crédito extraordinário e incluiu a FUNAI ao destinar recursos para a proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas. Posteriormente, a MP foi convertida na Lei nº 14.033. Em 1º de outubro de 2020, por fim, foi publicada a MP nº 1.005, de 30 de setembro de 2020, que dispôs sobre o estabelecimento de

barreiras sanitárias protetivas de áreas indígenas. Encerrado o prazo regimental, foram apresentadas 192 emendas à MP. Essa legislação teve seu término do prazo de vigência em 10 de março de 2021 porque, posteriormente, foi editada a MP nº 1.027, de 2021, que foi convertida na Lei nº 14.160, de 2 de junho de 2021.

A PRODUÇÃO NORMATIVA DA UNIÃO EM 2021 E 2022

Entre 1º de janeiro de 2021 e 22 de abril de 2022, foram publicadas 15 normas relevantes para o escopo deste estudo. Aqui, unimos a produção normativa de 2021 e de 2022 porque apenas o Decreto nº 10.931, de 10 de janeiro de 2022, foi publicado nesse ano antes que o Ministério da Saúde descaracterizasse a emergência sanitária de interesse nacional.

NORMAS EMITIDAS PELA SESAI

Em decorrência da já mencionada Portaria nº 36, de 1º de abril de 2020, em janeiro de 2021, foram publicadas cinco portarias instituindo comitês de crise distrital em DSEI, a saber, nos DSEI Bahia, Araguaia, Manaus, Kaiapó do Pará e Vale do Javari.

É importante pontuar que, em todo esse período, a única produção normativa da SESAI foi referente à instituição dos comitês de crise distrital. Como já exploramos acima, a SESAI viabiliza a saúde indígena por meio de convênios com organizações da sociedade civil e administrações estaduais e municipais. Isso, porém, não exime a secretaria de seu papel fundamental de gestão, acompanhamento e coordenação de ações de saúde. O que se vê a partir dessa parca e pouco efetiva normatização, restrita aos meses de janeiro e abril de 2021, durante um pico da pandemia de covid-19, é a abstenção da SESAI em ocupar o espaço para o qual foi designada, qual seja, o de encabeçar e garantir a efetivação do direito à saúde aos povos originários brasileiros.

NORMAS EMITIDAS PELO MINISTÉRIO DA ECONOMIA

Em 30 de junho de 2021, o Ministério da Economia publicou a Portaria Fazenda/ME nº 7.684, que autorizou a abertura de crédito suplementar para Estados, Municípios e Distrito Federal. Entre as ações listadas, estava Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena, de responsabilidade do Ministério da Saúde. Em especial, foi dotado R\$ 1 milhão para a realização de tal atividade no estado do Acre.

Isso se repetiu nos meses de setembro e novembro, com a Portaria SETO/ME nº 12.167, de 13 de setembro de 2021, e a Portaria SETO/ME nº 14.049, de 29 de novembro de 2021. A primeira destinava recursos para a execução da atividade supracitada no estado de Roraima, e a segunda, em âmbito nacional.

MEDIDAS PROVISÓRIAS, LEIS E DECRETOS

No período analisado, foram publicadas três medidas provisórias, duas leis e um decreto.

Em relação às medidas provisórias, temos que, em 1º de fevereiro de 2021, foi publicada a MP nº 1.027, determinando o estabelecimento de barreiras sanitárias protetivas das áreas indígenas. A composição dessas barreiras deveria ser feita por servidores federais, de preferência militares, estaduais, municipais e distritais. Essa medida é reflexo da atuação judicial da APIB no âmbito da ADPF 709 e teria sido bastante útil nos primeiros meses da pandemia para evitar o contágio dos povos indígenas. Na realidade, além de bastante atrasada ante a estarecedora ação do vírus sobre os indígenas, essa determinação do Poder Executivo teve baixa efetividade. Ainda assim, essa MP foi convertida na Lei nº 14.160, de 2 de junho de 2021, que vigorou até 31 de dezembro do mesmo ano.

Também em fevereiro, foi editada a MP nº 132, que abria crédito extraordinário para o Ministério da Saúde executar o projeto Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena no plano nacional. Sem ter sido convertida em lei, a MP perdeu a vigência.

Em junho, foi publicada a MP nº 1.054, destinando recursos para a FUNAI no âmbito do projeto de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus. Em outubro, a normativa foi convertida na Lei nº 14.225.

A única norma editada em 2022, até 22 de abril, foi o Decreto nº 10.931, de 10 de janeiro, que instituiu o Comitê Gestor dos Planos de Enfrentamento da Covid-19 para os Povos Indígenas, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública, responsável pela governança e pelo monitoramento das ações de combate à pandemia de covid-19 destinadas aos povos indígenas em isolamento ou em contato recente. Ao referido comitê, competia a execução dos planos de enfrentamento da covid-19, a adoção de medidas de proteção de indígenas isolados ou de recente contato, a proposição de novos planos e, entre outros, a definição das diretrizes gerais dos recursos humanos e logísticos para o efetivo cumprimento dos tais planos. Esse decreto é fruto das determinações judiciais decorrentes da ADPF 709 e poderia ter sido de grande valia aos povos indígenas se criado antes dos picos de contaminação pelo novo coronavírus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado da política de saúde adotada pelo governo federal na resposta à pandemia de covid-19 entre os povos indígenas brasileiro foi um verdadeiro cataclisma biológico.

Sem poder confiar nos dados divulgados pelo Ministério da Saúde, a APIB fez uma apuração própria do número de casos e de mortes em decorrência do novo coronavírus. O Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena contabilizou 71.515 casos e 1.306 mortos entre 162

povos indígenas brasileiros³⁸. Fellows *et al.* (2021) confirmaram a importância dessa iniciativa. Analisando os dados da região amazônica, identificaram, a partir da comparação das publicações do Ministério da Saúde e da APIB, uma sub-representação de 14% dos casos e de 103% das mortes por covid-19 nos relatórios oficiais do governo brasileiro.

Esses números são reflexo do que já havia sido averiguado pela pesquisa EpiCovid19, da Universidade Federal de Pelotas, que identificou os indígenas, em especial os em contexto urbano, como a parcela populacional mais vulnerável ao novo vírus e suas consequências, como a prevalência cinco vezes maior da doença entre indígenas de contexto urbano do que entre brancos. Fellows *et al.* (2021) também apontam no mesmo sentido: na Amazônia brasileira, os índices de contaminação e mortes entre indígenas eram, respectivamente, 136% e 110% maiores do que se comparados à média nacional.

Apesar de todos esses dados, a SESAI se negou a atender indígenas em contexto urbano, alegando uma suposta falta de verba e, principalmente, afirmando que o trabalho da secretaria se restringiria aos indígenas aldeados em terras indígenas demarcadas, o que não encontra nenhum respaldo na legislação que institui o SASISUS ou a própria SESAI. Essa população teve que recorrer ao atendimento padrão do SUS, sem nenhuma observância ao atendimento diferenciado, pilar da saúde indígena muitas vezes abordado neste estudo (SANTOS; FARIAS; BRASIL, 2020).

O objetivo do presente artigo foi o de apresentar as normativas editadas no período de vigência da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional. A atuação do governo federal, obviamente, não se encerra em sua produção normativa³⁹. Especialmente no que tange à saúde indígena no período pandêmico, o movimento indígena pressionou o governo a tomar diversas providências que não foram aqui analisadas.

No entanto, observar o foco da normatização e sua localização no tempo, considerando que a pandemia teve alguns picos de contaminação e um alastramento rápido e fatal em muitas regiões do País, permite identificar os interesses do governo e como sua reação ao vírus serviu aos interesses políticos que já se manifestavam muito antes da existência do SARS-CoV-2.

38 Todos os dados congregados pelo projeto podem ser acessados neste link: http://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/.

39 Para uma análise de notas técnicas e planos de contingência da SESAI neste período, ver Andrade e Machado (2020).

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, R. A. O.; MACHADO, A. Políticas Públicas e Etno-Estratégias para Saúde Indígena em Tempos de Covid-19. **Vukápanavo: Revista Terena**, Mato Grosso do Sul, n. 4, p. 217-242, out./nov. 2020.
2. ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. Nossa luta é pela vida. **Covid-19 e os povos indígenas: o enfrentamento das violências durante a pandemia**. [S. l.]: APIB, 2020. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf. Acesso em: 15 maio 2022.
3. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.
4. BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 184-E, p. 1, 24 set. 1999.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 83 p.
7. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Legislação. Legislação Informatizada – Dados da Norma. **Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14021-7-julho-2020-790392-norma-pl.html>. Acesso em: 14 maio 2022.
8. DE PAULA, L. R.; VIANNA, F. L. B. **Mapeando políticas públicas para povos indígenas**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; LACED/Museu Nacional/UFRJ, 2011. 112p.
9. FELLOWS, M. *et al.* Under-reporting of COVID-19 cases among indigenous peoples in Brazil: a new expression of old inequalities. **Frontiers in Psychiatry**, [s. l.], v. 12, p. 638359, 2021.
10. GARNELO, L. (org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p.
11. GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES,

- A. L. (org.). **Saúde indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação, 2012. p. 18-59.
12. INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **A conta do desmonte**: balanço do Orçamento Geral da União 2021. Brasília: Inesc, 2022. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/BalancoOrcamento2021-Inesc-1.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.
 13. INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Orçamento para saúde indígena teve corte de 16% no ano passado. **Inesc**, [s. l.], 5 maio 2020. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/orcamento-para-saude-indigena-teve-corte-de-16-no-ano-passado/>. Acesso em: 10 maio 2022.
 14. INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Um país sufocado**: balanço do Orçamento Geral da União 2020. Brasília: Inesc, 2021. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/04/BGU_Completo-V04.pdf. Acesso em: 10 maio 2022.
 15. INSTITUTO DE PESQUISA E FORMAÇÃO INDÍGENA. **Fala Parente!** A covid-19 chegou entre nós. Oiapoque: Editora da Universidade Federal do Amapá, 2021.
 16. MAISONNAVE, F. Funai proíbe Fiocruz de realizar pesquisa sobre contaminação de yanomamis. **Amazonas Atual**, [s. l.], 23 nov. 2021. Disponível em: <https://amazonasatual.com.br/funai-proibe-fiocruz-de-realizar-pesquisa-sobre-contaminacao-de-yanomamis/>. Acesso em: 14 maio 2022.
 17. MENDES, A. P. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 42, p. e184, 2018.
 18. REIS, R. R.; VENTURA, D.; AITH, F. Assédio institucional na saúde: o impacto da política de disseminação da Covid-19. *In*: CARDOSO JUNIOR, C. *et al.* **Assédio institucional no Brasil**: avanço do autoritarismo e desconstrução do Estado. Brasília, DF: Associação dos Funcionários do Ipea: EDUEPB, 2022. p. 555-579.
 19. SANTOS, I.; FARIAS, E.; BRASIL, K. Coronavírus: secretário da Sesai diz que indígenas que moram na cidade serão atendidos pelo SUS. **Amazônia Real**, [s. l.], 22 mar. 2020. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/coronavirus-secretario-da-sesai-diz-que-indigenas-que-moram-na-cidade-serao-atendidos-pelo-sus/>. Acesso em: 15 maio 2022.
 20. SARAIVA, L.; CARDOSO, A. **Nota técnica**: Execução Orçamentária da Saúde Indígena diante da pandemia do novo coronavírus. Brasília: Inesc, 2020. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Nota-Te%CC%81cnica-de-Sau%CC%81de-Indi%CC%81gena_V02.pdf. Acesso em: 10 maio 2022.
 21. SENADO FEDERAL. Congresso derruba vetos de Bolsonaro à lei que protege indígenas na pandemia. **Agência Senado**, Brasília, 19 ago. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.>

leg.br/noticias/materias/2020/08/19/congresso-derruba-vetos-de-bolsonaro-a-lei-que-protege-indigenas-na-pandemia. Acesso em: 14 maio 2022.

22. SOUZA, F. C. C.; SOUZA, M. G. A. O Direito de Participação Ativa e a Elaboração de Políticas Públicas de Contenção da Covid-19 nas Populações Indígenas. **Vukápanavo**: Revista Terena, [s. l.], n. 4, p. 183-200, out./nov. 2020.
23. VENTURA, D. F. L. *et al.* **LexAtlas C19** – Brazil – The Timeline of the Federal Government's Strategy to spread Covid-19. [S. l.]: Zenodo, 2021.
24. WERNECK, K. Governo Bolsonaro omitiu vulnerabilidade indígena na pandemia. **Amazônia Real**, [s. l.], 16 jul. 2021. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/4485/1/06721%20Governo%20Bolsonaro%20omitui%20vulnerabilidade%20ind%C3%ADgena%20na%20pandemia%20-%20Amaz%C3%B4nia%20Real.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

ANEXO

Identificação da norma	Data de publicação	Órgão emissor	Ato normativo
Portaria nº 16, de 24 de março de 2020	16/03/2020	Sesai	Portaria
Portaria nº 419, de 17 de março de 2020	19/03/2020	Funai	Portaria
Portaria nº 413, de 13 de março de 2020	19/03/2020	Funai	Portaria
Portaria nº 36, de 1º de abril de 2020	02/04/2020	Sesai	Portaria
Medida Provisória nº 942, de 2 de abril de 2020	02/04/2020	Executivo	Medida Provisória
Portaria nº 55, de 13 de abril de 2020	14/04/2020	Sesai	Portaria
Portaria nº 2, de 14 de abril de 2020	16/04/2020	Sesai	Portaria
Portaria nº 3, de 17 de abril de 2020	20/04/2020	Sesai	Portaria
Portaria nº 59, de 22 de abril de 2020	24/04/2020	Ministério da Cidadania	Portaria
Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2021	08/07/2020	Congresso Nacional	Lei
Lei nº 14.033, de 4 de agosto de 2021	05/08/2020	Congresso Nacional	Lei
Portaria nº 2.405, de 16 de setembro de 2020	17/09/2020	Ministério da Saúde	Portaria
Medida Provisória nº 1.005, de 30 de setembro de 2020	01/10/2020	Executivo	Medida Provisória
Portaria nº 3.190, de 26 de novembro de 2020	27/11/2020	Ministério da Saúde	Portaria
Portaria nº 9, de 6 de abril de 2020	29/12/2020	Sesai	Portaria
Portaria DSEI/ALSE nº 1, de 28 de dezembro de 2020	29/12/2020	Sesai	Portaria
Portaria DSEI/MA nº 76, de 23 de dezembro de 2020	30/12/2020	Sesai	Portaria
Portaria nº 37, de 30 de dezembro de 2020	31/12/2020	Sesai	Portaria
Portaria DSEI/MRSA nº 1, de 30 de dezembro de 2020	31/12/2020	Sesai	Portaria
Portaria nº 1, de 5 de janeiro de 2021	06/01/2021	Sesai	Portaria
Portaria nº 1, de 4 de janeiro de 2021	06/01/2021	Sesai	Portaria

Identificação da norma	Data de publicação	Órgão emissor	Ato normativo
Portaria nº 1, de 4 de janeiro de 2021	12/01/2021	Sesai	Portaria
Portaria nº 1, de 14 de janeiro de 2021	27/01/2021	Sesai	Portaria
Medida Provisória nº 1.027, de 1º de fevereiro de 2021	01/02/2021	Congresso Nacional	Medida Provisória
Portaria nº 8, de 9 de abril de 2021	02/02/2021	Sesai	Portaria
Portaria DSEI/VILHENA nº 21, de 30 de dezembro de 2020	04/02/2021	Sesai	Portaria
Medida Provisória nº 1.032, de 24 de fevereiro de 2021	25/02/2021	Congresso Nacional	Medida Provisória
Lei nº 14.160, de 2 de junho de 2021	04/06/2021	Congresso Nacional	Lei
Medida Provisória nº 1.054 de 8 de junho de 2021	09/06/2021	Executivo	Medida Provisória
Portaria Fazenda/ME nº 7.684, de 29 de junho de 2021	30/06/2021	Ministério da Economia	Portaria
Portaria SETO/ME nº 12.167, de 13 de setembro de 2021	13/10/2021	Ministério da Economia	Portaria
Lei nº 14.225, de 19 de outubro de 2021	20/10/2021	Congresso Nacional	Lei
Portaria SETO/ME nº 14.049, de 29 de novembro de 2021	30/11/2021	Ministério da Economia	Portaria
Decreto nº 10.931, de 10 de janeiro de 2022	11/01/2022	Executivo	Decreto

CAPÍTULO 6.

REGULAÇÃO, PANDEMIA E CAPTURA REGULATÓRIA: ELEMENTOS ANALÍTICOS SOBRE CAPTURA DE AGÊNCIAS EM CONTEXTO DA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Lucas Bertola Herzog

*Mestrando em Ciência Política na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
Bacharel em Ciências Econômicas pela mesma universidade. Pesquisador do projeto Mapeamento e Análise das Normas
Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil, do Cepedisa-USP*

João Pedro Haddad

*Mestre em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas. Bacharel em Ciências Econômicas pela Faculdade de
Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo*

INTRODUÇÃO: AGÊNCIAS REGULADORAS E AS “HIPÓTESES DE CAPTURA”

A gênese e o estabelecimento do chamado “Estado regulador” (MAT'TOS, 2006; SCHAPIRO, 2018), transcorridos na curvatura das décadas de 1980 e 1990, trouxeram consigo um duplo desafio: um prático, ligado ao redesenho pragmático das funções, limites e discursos referentes ao formato de um Estado então em crise (BRESSER-PEREIRA, 1998); e um analítico, empenhado em conferir legitimidade ao novo arranjo da administração pública que paulatinamente tomava forma. À medida em que o Estado se rearranjava, definiam-se novas formas de intervenção econômica e de controle e regulação da atividade privada em um processo de relativa convergência internacional (SCHAPIRO, 2018; ABRUCIO, 1998), às quais, paralelamente, atrelaram-se novos problemas teóricos e empíricos, que exigiram, para seu enquadramento analítico, a mobilização de um vasto leque de agendas de pesquisa, elas mesmas rearranjadas em função dos ineditismos de tais problemas. Notadamente, como elemento emblemático desse processo, sobressai a figura das agências reguladoras, entes públicos cujo desenho institucional define-se pela atuação burocrática independente do Executivo para a regulação do regime de propriedade privada (PACHECO, 2006), que passam a pautar os estudos organizacionais voltados à reforma administrativa e ao desenho institucional básico do novo modelo de interação entre governos e mercados (BRESSER-PEREIRA, 1998).

No Brasil, as agências reguladoras tornaram-se objeto de estudo em ocasião da reforma do modelo administrativo da burocracia no País (ABRUCIO; LOUREIRO, 2002; BRESSER-PEREIRA; SPINK, 1998), processo capitaneado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, sob direção de Luiz Carlos Bresser-Pereira, de modo que as agendas de pesquisa por ela inspiradas acercam-se dos problemas das agências norteadas por esse contexto. Criadas para

regular a grande parcela da atividade econômica que então se transferia para o regime privado por meio dos programas de privatização, as agências deveriam cumprir a função simultânea de exercer suas prerrogativas regulatórias com autonomia ante o Executivo, e de regular os setores dos quais eram respectivamente incumbidas com afastamento da influência perversa dos interesses privados da indústria (MELO, 2001; PACHECO, 2006).

Inspiradas em tradições de pesquisa estrangeiras, condensam-se nessa linha duas correntes de estudo nacionais que tomam as agências reguladoras como objeto. A primeira delas, caudatária de uma abordagem constituída na década de 1970 e continuamente recuperada e reformulada ao passo que avançava internacionalmente a reforma dos Estados, volta-se para a hipótese da captura regulatória, principal elemento da chamada “teoria econômica da regulação” (STIGLER, 1971). É essa, historicamente, a principal responsável por lançar luz sobre os problemas de interferência das indústrias reguladas no processo regulatório, gerando resultados que as beneficiam em detrimento do interesse público (BAIRD, 2012; FIANI, 2004; BAUMGARTNER; LEECH, 1998). Essa tradição de pesquisa, como veremos, ocupa-se em alertar para as brechas na estrutura burocrática das agências que supostamente abrem espaço para a interferência viciada dos setores regulados sobre os reguladores e em demonstrar os mecanismos e as evidências de que a regulação de uma determinada agência desvia do que se assume como o interesse geral.

A segunda, por sua vez, tem como preocupação não a captura das organizações públicas por grupos privados, mas a interferência política na atuação independente das agências pelo próprio governo. Aqui, o foco da literatura está nos modelos de desenho institucional das agências, voltado aos efeitos dos modelos alternativos implementados na adequação da respectiva produção normativa de cada agência e às consequências que a dinâmica de delegação e controle trazem para a atuação autônoma de uma burocracia insulada (PÓ; ABRUCIO, 2006; SALGADO, 2003). Em especial, essa literatura se volta para o problema específico da autonomia e do grau variado de independência na atuação das agências e de sua produção regulatória perante o Executivo (BATISTA, 2011; PECI; CAVALCANTI, 2000).

A emergência da atual conjuntura crítica surge, aqui, como oportunidade privilegiada para a coordenação dessa dupla agenda de pesquisa. O contexto proporcionado pela crise generalizada resultante da pandemia de covid-19, ponto crítico da continuada crise institucional verificada na política brasileira recente (FREITAS; SILVA, 2019; LIMONGI; FIGUEIREDO, 2017), parece nos conceder o objeto ideal para uma nova reaplicação do ferramental teórico e metodológico oferecido pelos estudos regulatórios: uma unificação das agendas que alertam tanto para a captura da regulação por interesses privados quanto das que se ocupam do insulamento burocrático das agências e de sua independência diante das interferências do Executivo. As exigências de um cenário drástico ocasionado por uma pandemia de graves repercussões econômicas e sociais tensionaram a atuação regulatória das agências a um ponto crítico inédito, cujos reflexos se fazem ver na produção normativa, sobretudo, voltada a questões médicas e sanitárias. Nisso, aparece como distintamente delicado o caso da ANVISA, órgão de importância central na atuação do governo durante a gestão da pandemia.

Naturalmente, não é inédita a conjugação dos problemas oriundos da captura regulatória por interesses privados e da “ingerência política” por governantes. O modelo canônico da teoria econômica da regulação – hoje, realce-se, patentemente obsoleto (POSNER, 2013) –, tal como proposto por George Stigler (1971), já alertava originalmente para o papel de intermediação exercido pelos políticos entre, de um lado, os interesses viciados da indústria e, de outro, o respectivo desvio observado no resultado regulatório final. Contudo, por mais que a participação mútua no processo regulatório dos interesses da indústria e dos políticos correspondentes encarregados da regulação já fosse sugerida nesses modelos iniciais, tanto as alterações profundas verificadas no modelo regulatório adotado pelos diversos países (POSNER, 2013) quanto as constantes reformulações das abordagens teóricas do problema da regulação (LEVINE; FORRENCE, 1990; MELO, 2000; BAIRD, 2017) contribuíram para a bifurcação verificada na pesquisa nacional das duas linhagens de pesquisa.

Agendas recentes, no entanto, reformulam o problema da captura de maneira a propor processos explicativos mais flexíveis, que, como veremos, parecem abarcar desenhos de pesquisa que coordenem a interferência política com a interferência de interesses privados na constituição de mecanismos nocivos de desvio regulatório. Com isso, o que se pretende indicar no presente capítulo é o ensejo oportuno para a mobilização de ambas as quadraturas teóricas e sua aplicação à experiência regulatória brasileira durante a pandemia de covid-19, em uma agenda que articule ambos os problemas de desenho institucional das agências regulatórias.

O presente capítulo se estrutura da seguinte maneira. Após esta breve introdução, recuperamos, a título de revisão bibliográfica, o histórico da literatura pertinente às questões analíticas consagradas a respeito das agências reguladoras e do problema da captura, elaborando os pontos apresentados acima, cuja condensação, esperamos, introduza uma agenda de pesquisa fértil para a interpretação da atividade regulatória em contextos críticos. Em seguida, damos cabo a um sucinto estudo de caso que focaliza a atuação da ANVISA durante a crise, dando efeito e avançando em direção a alguns elementos da agenda aqui sugerida. Uma última seção conclui com apontamentos para o desenvolvimento de pesquisas ulteriores na mesma linha.

REVISÃO DE LITERATURA: DESENHO INSTITUCIONAL, CAPTURA REGULATÓRIA E INFLUÊNCIAS SOBRE AS AGÊNCIAS REGULADORAS

Antes da consagração das agências como os elementos centrais de estudos regulatórios, a regulação econômica havia sido focalizada como objeto ora central, ora complementar por uma vasta miríade de tradições de pesquisa. A interface entre o tema da regulação e as agendas correspondentes de agências reguladoras e grupos de interesse é tortuosa (BAUMGARTNER; LEECH, 1998), e transparece de diferentes maneiras a depender do contexto em que se produ-

ziam os estudos regulatórios. Analisaremos, na presente seção, a história dos estudos regulatórios a partir da perspectiva da hipótese de captura regulatória, que nos interessa aqui, e sua relação com os estudos sobre as agências reguladoras.

A hipótese surge como elemento central da referida “teoria econômica da regulação”, esquematizada por George Stigler em seu artigo seminal *The theory of economic regulation* (1971), em sua tentativa de replicação, para a área de estudos de regulação, da agenda encabeçada por Downs (1957) e Olson (1965) de aportar o ferramental teórico desenvolvido na economia para estudos de democracia e ação coletiva respectivamente (FIANI, 2004; BAUMGARTNER; LEECH, 1998; BAIRD, 2012, 2017). Contextualmente, sua contribuição se insere no arco de debates teóricos sobre o problema da regulação, que, até então, era estruturado em torno de modelos de interesse público para a explicação da atuação do Estado (LEVINE; FORRENCE, 1990); seu modelo, diversamente, apresentava o processo regulatório formatado como um mercado de demanda e oferta por regulação, tendo a indústria regulada no papel de demandante, e os políticos reguladores, no de ofertantes. A abordagem empírica proposta pelo autor era de natureza econométrica, servindo de evidências de captura regulatória o simples beneficiamento do setor na forma de controle de preços favoráveis e barreiras contra entrantes (STIGLER, 1971).

O estudo original – e seus aprimoramentos ulteriores, elaborados no intuito de flexibilizar a rigidez do modelo de 1971 (PELTZMAN, 1976; BECKER, 1983) – é tido como a crítica contundente “à direita” feita em contexto de crise do Estado (PRZEWORSKI, 1998, p. 42), que associava ao seu crescente tamanho e prerrogativas regulatórias o terreno fértil para atuação e captura por parte de interesses poderosos e privilegiados. Os pressupostos do modelo rapidamente tornaram-se obsoletos em vista da reformulação profunda do modelo regulatório adotado internacionalmente; alterada conforme a atuação regulatória, deixa de ser voltada a indústrias específicas, no formato de definição de preços e permissão de entrantes, e passa a ser relativa às práticas gerais de setores inteiros (POSNER, 2013), além das severas críticas teóricas e empíricas direcionadas à abordagem proposta por Stigler (FIANI, 2004; POSNER, 1974, 1977; MELO, 2000). A teoria, entretanto, fincou raízes na área de regulação, e é reiteradamente recuperada na produção posterior à sua publicação (NOVAK, 2013; CARRIGAN; COGLIANESE, 2011).

Muitas das principais reformulações do modelo original, ainda ocupadas em abordar o problema da captura, atualizam-no com base no aporte do enquadramento neoinstitucionalista para os estudos de regulação (MCCUBBINS; NOLL; WEINGAST, 1987, 1989; MOE, 1985, 1987) – a chamada teoria positiva das instituições –, sobretudo em torno de modelos de formato agente-principal (BAIRD, 2012, 2017; MELO, 2000). Essas reformulações atendiam a críticas teóricas que apontavam para o tratamento de “caixa-preta” conferido por Stigler ao funcionamento do Estado, obscurecendo seus mecanismos internos e a possibilidade de identificação de nexos causais entre a demanda regulatória da indústria, de um lado, e o resultado regulatório final, de outro (SALGADO, 2003; LEVINE; FORRENCE, 1990). Se, originalmente, a atuação da burocracia era elidida no modelo, agora tornava-se seu elemento central, inserindo como fundamental

ao risco de captura os problemas de desenho institucional das agências reguladoras, que passam a ser o espaço da captura regulatória por primazia (LEVINE; FORRENCE, 1990), em função dos problemas de risco moral e informação assimétrica, eixos estruturantes das novas abordagens.

No mais, a incorporação do ferramental neoinstitucionalista à análise do processo regulatório sanou, no escopo dos estudos preocupados com a hipótese da captura, a série de duras críticas direcionadas aos métodos inferenciais da teoria econômica da regulação (FIANI, 2004). A estratégia empírica de natureza puramente econométrica proposta por Stigler (1971) era, apontava-se, reconhecidamente incapaz de demonstrar favorecimento sistemático das indústrias, em vista da supracitada falta de maiores descrições dos mecanismos internos ao processo regulatório responsáveis pelo desvio viciado do resultado regulatório (FIANI, 2004; POSNER, 1974). A mera constatação de favorecimento da indústria ao cabo da regulação, até então subsumida como evidência suficiente de captura pela tradição partidária da teoria original, foi alvo das principais contestações metodológicas apontadas ao modelo, já que casos de vantagem regulatória estariam comportados em processos regulatórios não viciados (CARPENTER, 2004). O preenchimento desse vácuo analítico com os instrumentos conferidos pela teoria positiva das instituições possibilitou, derradeiramente, o redirecionamento dos esforços metodológicos das pesquisas de captura para outros elementos empíricos circundantes ao processo regulatório, capazes de contornar as fragilidades do arcabouço metodológico original e suas presunções de mensuração direta da captura regulatória (CARPENTER; MOSS, 2013; FIANI, 2004; LIMA; FONSECA, 2021), tais quais o contexto institucional em que transcorre a regulação ou as variáveis de funcionamento interno das agências reguladoras.

Os estudos resultantes dessa síntese de agendas, grosso modo, bifurcam entre aqueles, frequentemente associados à área de ciência política, que traduzem teoricamente os problemas de desenho institucional de agências reguladoras e o associam à hipótese de captura regulatória (LAFFONT; TIROLE, 1991; CARPENTER, 2004; CORRIGAN; COGLIANESE, 2011), e aqueles de corte economicista (DAL BÓ, 2006; LIMA; FONSECA, 2021), ainda ligados a métodos inferenciais econométricos. Nestes, a possibilidade de captura está intimamente ligada à figura das agências, com respeito à forma como estas se estruturam institucionalmente e como se delega autonomia para sua burocracia.

Um dos efeitos das reiteradas críticas, de ordem teórica e metodológica, sofridas pela hipótese original e das constantes reformulações e reinterpretções às quais foi submetida foi o esfacelamento de um sentido unívoco de “captura regulatória”, que, dispersa hoje em diversas frentes de pesquisa, pode ter sua concepção categorizada em torno de diferentes eixos analíticos. Atualmente, classificam-se modelos de acordo com seu enquadramento de diferentes mecanismos de captura possíveis (LIMA; FONSECA, 2021), de acordo com a “força” da captura (se é “forte” ou “fraca”) (CARPENTER; MOSS, 2013), ou se é tomada na acepção “ampla” ou “restrita” (DAL BÓ, 2006), flexibilizando tanto as possibilidades de desenho de pesquisa voltados à captura regulatória quanto os resultados empíricos passíveis de formalização como captura regulatória. O

resultado é uma multiplicidade de abordagens que associam, ora mais, ora menos, as questões de desenho institucional ao problema da captura, e conferem papel central ou marginal à influência política sobre o processo regulatório (CARRIGAN; COGLIANESE, 2011).

No Brasil, até aportarem as agendas de captura regulatória e desenho institucional das agências reguladoras durante o processo de ampla reforma administrativa da burocracia no governo FHC, as tradições de pesquisa voltadas à burocracia e à regulação estavam fortemente vinculadas à área de desenvolvimento – nomeadamente, entre os mais reputados, os estudos de insulamento burocrático e autonomia inserida (CARDOSO, 1974; NUNES, 1999; EVANS, 1993; OLIVIERI, 2002; CAVALCANTE; LOTTA; OLIVEIRA, 2018). Com o surgimento das primeiras agências na segunda metade da década de 1990, parte da pesquisa em burocracia converge em direção a análises de desenho institucional do novo modelo regulatório do País, em face das necessidades que a conjuntura exigia. São estudos que avaliam a implementação e a replicação de modelos regulatórios de diferentes países e entre diferentes setores de atividade econômica (SALGADO, 2003; PACHECO, 2006), bem como os respectivos sucessos e disfunções regulatórias deles decorrentes, além das questões de independência e autonomia (PÓ; ABRUCIO, 2006; PECI; CAVALCANTI, 2000) e delegação e controle (MELO, 2001) – em suma, diretrizes teóricas contidas no horizonte analítico dos estudos internacionais de regulação e agências.

Nessa esteira, ainda, inserem-se os estudos que tratam especificamente do problema de “captura política” das agências pelo Executivo, caso limite encontrado pela literatura supracitada de independência, ocorrida quando o governo encampa a burocracia para pressionar sua agenda política sobre a regulação, buscando, com isso, dividendos políticos (MELO, 2010; BATISTA, 2011; VILARINHO, 2010; SALGADO, 2003).

O surgimento das agências propicia, também, um contexto renovado para a aplicação da hipótese de captura, que, embora já distante da acepção rigorosa definida pela teoria econômica da regulação na década de 1970, motiva estudos preocupados com a influência indevida de interesses privados no processo regulatório. Em geral, os trabalhos nacionais estruturados explicitamente como investigação da hipótese de captura de alguma respectiva agência não reproduzem especificamente o desenho stigleriano de pesquisa, mas abordam o problema com a mesma terminologia e a mesma motivação analítica (LIMA; FONSECA, 2021). Enumeramos, a seguir, alguns deles de acordo com setor e agência.

O setor de saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por exemplo, comportam uma grande variedade de trabalhos e estratégias de inferência (BAIRD, 2019; SCHEFFER, 2006). Vilarinho (2010) é um caso que mapeia extensamente a estrutura de interesses envolvidos na regulação da saúde, desde os corporativos das indústrias de saúde suplementar até os de consumidores, e, com isso, identifica a intenção dos interesses privados e seu potencial de influência no processo – sem, no entanto, buscar evidências de relação causal. Ocké-Reis e Cardoso (2011), por sua vez, são mais contundentes ao acusar a agência de captura, em vista do descolamento desproporcional entre a inflação dos preços de planos de saúde e a variação do nível geral de preços.

Marcello Baird, estudando ora a ANVISA (2012), ora a ANS (2019), aplica um método de descrição minucioso do processo regulatório, partindo desde o mapeamento do envolvimento de diferentes grupos interessados por meio de mecanismos de participação até a identificação de padrões de votação e atuação de burocratas complementarmente à análise de redes sociais e de porta giratória. Seus trabalhos, menos interessados em confirmar categoricamente hipóteses de captura, centram-se em enfocar o exercício e a transmissão de influência no decorrer do processo regulatório.

Sobre o setor de mineração e a Agência Nacional de Mineração, temos em Trindade (2019) uma dissecação detalhada da estrutura da agência reguladora e da composição dos interesses envolvidos. Analisa diversos casos de consolidação normativa da agência sobre o setor e, em face de seus critérios eminentemente técnicos, realça a dimensão interacional entre reguladores e regulados e o processo de acomodação de interesses que permeia a regulação, descartando a lente da hipótese da captura estrita. Opostamente, Milanez e Santos (2020) realizam um estudo de caso que sugere alinhamento entre a regulação do Estado e os interesses privados na mineração, em face das evidências usuais de captura, como portas giratórias, isenções fiscais e redução de custos.

Karam e Shima (2007) estudam o caso da Agência Nacional de Transportes Terrestres e o processo de concessão das rodovias no estado do Paraná, e reúnem indícios de que havia entrelaçamento entre reguladores e interesses empresariais. Os contratos firmados desde o início, apontam os autores, já indicavam favorecimento das empresas envolvidas; e o afastamento de departamentos supervisores do processo e a celeridade com que as concessões foram feitas contribuem para a suspeita de captura.

De posse do histórico explanado acima e da apresentação do panorama recente de estudos sobre regulação no Brasil, podemos propor o argumento aqui defendido para a estruturação de um aparato de pesquisa capaz de se apropriar com densidade analítica da experiência recente do País. A emergência sanitária, social e econômica decorrente da pandemia de covid-19 exigiu das agências reguladoras atuação em um contexto crítico, voltada a questões até então inéditas e de consequências com forte saliência no debate público. Em que pesem a importância e a resiliência do desenho institucional dessas agências em contexto democrático, as pressões por retornos políticos e eleitorais, de um lado, somadas à multiplicação de interesses privados sobre a gestão sanitária da pandemia, de outro, parecem sugerir a conjugação de alertas realizados por ambas as literaturas revisadas até aqui.

Não bastando a distinção entre ingerência política sobre a produção regulatória das agências e o exercício de influência por interesses das indústrias sobre a burocracia pública, a experiência do Brasil na gestão da pandemia aparentemente aponta para um caso limite em que a atuação das agências se deu sob fortes pressões de ambas as fontes, tanto advinda dos regulados quanto do próprio governo, muitas vezes potencialmente entrelaçadas. Uma agenda de pesquisa que se ocupe dos eventos transcorridos nas agências reguladoras durante a crise recente da covid-19, supomos, torna-se especialmente profícua com a condensação das heranças de ambas as tradições de pesquisa, de modo a ser capaz de descrever mecanismos perversos de viés regulatório na sua totalidade. Propomos, a seguir, uma ilustração com um estudo de caso da ANVISA.

ESTUDO DE CASO: ANVISA, COMPETÊNCIAS, GRUPOS DE INTERESSE E ATUAÇÃO EM CONTEXTO DE PANDEMIA

Entre os diversos órgãos e agências reguladoras que assumiram protagonismo na atuação governamental de enfrentamento da covid-19 no Brasil, optou-se por privilegiar o caso da ANVISA por uma série de razões. Desde a validação dos primeiros testes diagnósticos para detecção do novo coronavírus até a aprovação do uso de vacinas, a ANVISA não apenas foi continuamente demandada por setores interessados na aprovação de medicamentos e outros produtos para saúde, mas também figurou frequentemente no noticiário nacional por causa de tensionamentos entre interesses privados, pressão política e o seguimento de protocolos consolidados dentro da própria agência.

O estudo preliminar referente à atuação da ANVISA, nos anos de 2020 e 2021, no enfrentamento da pandemia passa, portanto, pela identificação de sua estrutura e de sua competência enquanto poder regulador, bem como pelo mapeamento de grupos de interesse que possam ter atuado diretamente na promoção de vantagens próprias. Ao final, a compilação da produção normativa da agência em matéria relacionada com a covid-19, mobilizando o banco de dados do Projeto Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil, do Centro de Estudos Pesquisas de Direito Sanitário da USP, pode oferecer evidências sobre a atuação mais direta da ANVISA e possíveis manifestações de captura regulatória. Ressalva-se a intenção de agregar evidências sem oferecer conclusões taxativas sobre a matéria, procurando, alternativamente, orientar possíveis caminhos frutíferos de pesquisa para os futuros interessados nesse campo de estudos.

ANVISA: ESTRUTURA E PODER REGULATÓRIO

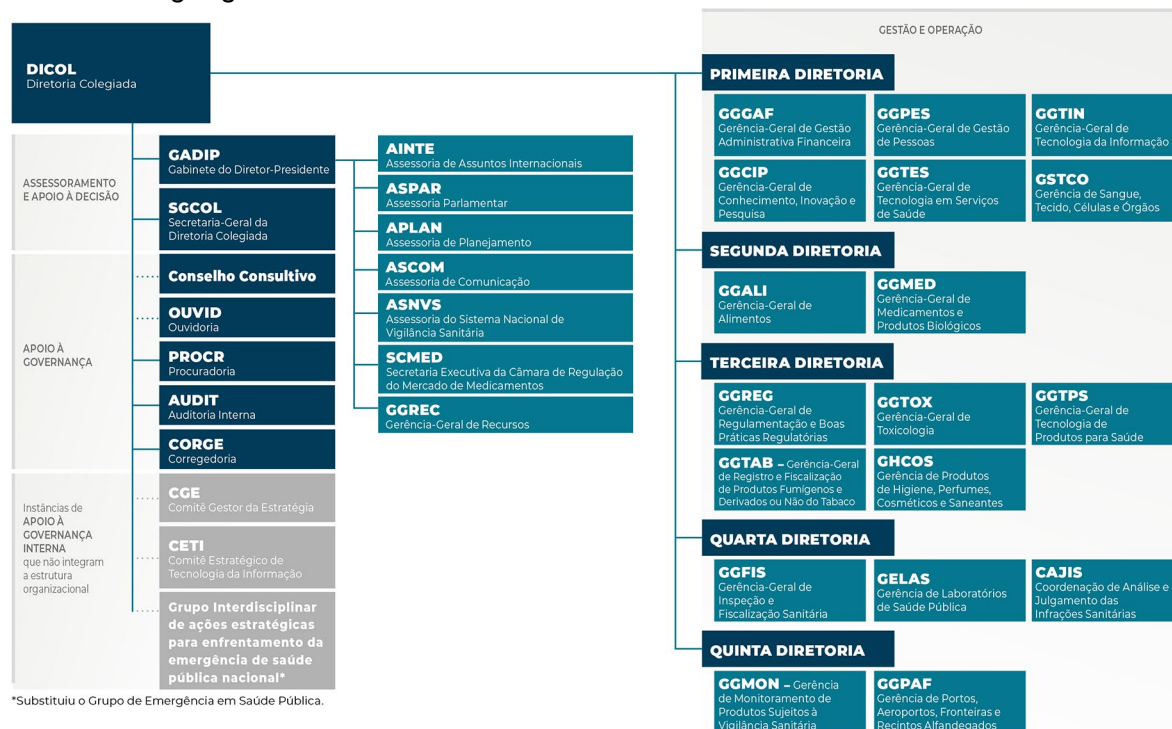
As atribuições da ANVISA foram delimitadas pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, criando sua agência competente como uma autarquia de regime especial (BRASIL, 1999). De modo sucinto, entende-se que cabe à ANVISA a regulamentação sobre o uso ou a proibição de medicamentos, além da adoção de medidas de prevenção e controle sanitário da produção e venda de produtos para saúde, devendo, ainda, realizar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras⁴⁰. Como pontuam Zanholo, Carnut e Nascimento (2019), mais do que simplesmente produzir conhecimento sobre os produtos de saúde, a ANVISA capitaneia os esforços da vigilância sanitária de “[...] operacionalizar a articulação no campo da saúde com outros campos da ação governamental” (ZANHOLLO; CARNUT; NASCIMENTO, 2019, p. 83).

40 Pela Lei nº 9.782/99: Art. 6º. A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.

No contexto da pandemia de covid-19, a ANVISA notabilizou-se por deliberar sobre diversos assuntos, como nos casos referentes às autorizações para estudos clínicos de possíveis medicamentos para o tratamento da doença, na análise de pedidos de importação e aquisição de vacinas, nas autorizações de uso emergencial de imunizantes, entre outras medidas (ANVISA, 2021). Além da ANVISA, a quem cabe a regulamentação do uso de medicamentos no Brasil, no âmbito do SUS, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – tem papel relevante, sendo responsável por assessorar o Ministério da Saúde em matéria de incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, conforme definido pela Portaria nº 2.009/GM/MS, de 13 de setembro de 2012, que definiu seu Regimento Interno.

Em termos de sua estrutura organizacional, a ANVISA possui uma instância máxima decisória – a Diretoria Colegiada – formada exclusivamente por diretores indicados pela Presidência da República e aprovados pelo Senado Federal. Abaixo da Diretoria Colegiada, encontram-se as Unidades de Apoio à Governança, os Grupos de Emergência em Saúde Pública – como aqueles estabelecidos pelas portarias nº 74/2020 e nº 252/2021 –, além das Unidades de Apoio à Gestão.

FIGURA I – Organograma ANVISA



Fonte: Relatório – 500 dias: ações da Anvisa no enfrentamento à Covid-19 (ANVISA, 2021).

Em termos de *accountability*, podem-se levantar questões sobre a adequação da nomeação dos diretores da ANVISA pelo Presidente da República, mas deve-se destacar a não coincidência entre os mandatos dos diretores e dos mandatos presidenciais, o que deve aumentar a legitimidade e a independência dos dirigentes, reduzindo o risco de captura regulatória (OLIVEIRA, 2012). Ademais, a necessidade de aprovação das nomeações pelo Senado Federal cria condições para aquilo que a literatura cunhou como *accountability ex ante* (GOMES, 2006).

Para fins de prevenção do risco de captura, Zanholo, Carnut e Nascimento (2019) destacam ainda outras ações que minimizam esse risco, como adoção de transparência em decisões, exercício do poder de forma colegiada e participativa, justificativas públicas e técnicas para determinadas medidas, além da realização frequente de consultas públicas. No caso específico da ANVISA, os autores ainda destacam o pioneirismo da Agência em adotar a Análise de Impacto Regulatório, que estima os custos e os benefícios de uma nova regulação proposta, a realização constante de bate-papos de diálogo com o setor regulado, assim como a transmissão ao vivo das reuniões de Diretoria Colegiada, a participação em grupos de discussão de agências regulatórias de outros países, entre outras medidas correlatas.

As diversas iniciativas da ANVISA de implementação de mecanismos de transparência e *accountability* certamente auxiliam a proteção de sua independência ante as tentativas de promoção de interesses econômicos ou de pressão política. Contudo, não se deve assumir, *a priori*, a completa blindagem da agência diante desses interesses, tampouco a inexistência de grupos que buscam incorporar dentro do processo regulatório interesses particulares, cabendo mapear quais seriam esses grupos de interesse no caso da ANVISA no contexto da pandemia de covid-19.

MAPEAMENTO DE GRUPOS DE INTERESSE E SINAIS DE TENTATIVA DE CAPTURA REGULATÓRIA E POLÍTICA

O mapeamento de grupos econômicos de interesse costuma ser feito mediante a identificação do conteúdo substantivo da matéria em regulação. Baird (2012), estudando o *lobby* na regulação da propaganda de alimentos, levanta os principais grupos organizados – inclusive associações que congregam empresas do ramo – a partir dos participantes em Consultas Públicas organizadas pela ANVISA.

No caso do enfrentamento da pandemia de covid-19, pela necessidade de fornecer respostas emergenciais à crise sanitária, os espaços de deliberação pública foram reduzidos ou encurtados, sendo a celeridade na tomada de ações enfatizada pela ANVISA como aspecto positivo na atuação da agência nesse período (ANVISA, 2021). A identificação de grupos de interesse, nesse caso, fica dificultada pela própria velocidade na tomada de decisões. Mesmo assim, dois temas ganharam o noticiário por terem potencialmente tensionado a independência regulatória da ANVISA: o uso da cloroquina como medicamento de tratamento para a covid-19 e o caso Precisa-Covaxin.

A defesa enfática do governo federal do uso da cloroquina para tratar pacientes com covid-19 despertou interesse jornalístico na identificação de quais seriam os grupos econômicos engajados em colher os frutos do crescimento exponencial na venda desse medicamento. Uma matéria do jornal O Estado de São Paulo identificou empresas beneficiárias da campanha capitaneada pelo Presidente da República: os laboratórios Aspen, Germed, Cristália e Sanofi-Aventis, além da EMS, empresa produtora da versão genérica do medicamento no Brasil⁴¹.

Como a cloroquina e seus medicamentos derivados já tinham seu uso autorizado no País para tratamento de outras doenças, como a malária, a atuação da ANVISA não passava pela autorização do uso dos medicamentos em si. Havia, no entanto, uma situação fática crescente de prescrição *off-label* da cloroquina para tratamento da covid-19, com forte pressão para a aprovação na ANVISA da inclusão dessa terapia nas bulas desses medicamentos (ACCIOLY, 2021) – pressão, esta, que vinha de dentro do Palácio do Planalto (PINCER, 2021), tendo uma de suas manifestações mais clara a indicação, pelo Presidente da República, do tenente-coronel Jorge Luiz Kormann, notório defensor do tratamento precoce, para a diretoria da ANVISA⁴².

Essa tentativa mais clara de ingerência política passaria, segundo depoimentos realizados no âmbito da CPI da Covid no Senado Federal, pela decisão do presidente da ANVISA, Antônio Barra Torres, de recusar a sugestão de mudança da bula dos medicamentos, reiterando a inexistência de comprovação científica de eficácia desses medicamentos no enfrentamento da covid-19.

No caso Precisa-Covaxin, há indícios mais nítidos de interesses privados orientando a ação de órgãos estatais na compra de vacinas contra a covid-19, inclusive com potencial de conduta criminosa, cuja avaliação escapa dos objetivos e das possibilidades deste trabalho. Para os presentes propósitos, cabe mapear que foram os grupos privados que atuaram para promover a compra das vacinas e os meios empregados para tentar garantir essa aquisição por parte do governo brasileiro, além de verificar o papel da ANVISA em todo esse processo.

A compra das vacinas da Covaxin chamou atenção devido ao elevado valor de suas doses, superior aos imunizantes da Pfizer, AstraZeneca e outros. Para além do custo exorbitante, também houve forte repercussão a demora na concessão, pela ANVISA, do Certificado de Boas Práticas de Fabricação à fabricante indiana, o que só veio a ocorrer em 8 de junho de 2021. Mesmo sem a concessão do Certificado de Boas Práticas à empresa fabricante, o Ministério da Saúde assinou contrato para importação de 20 milhões de doses da vacina da Covaxin em fevereiro de 2021,

41 Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral/quem-sao-os-empresarios-que-ganham-com-a-cloroquina-no-brasil/70003360677>. Acesso em: 6 jun. 2022.

42 A indicação foi encaminhada através da Mensagem no 654, de 11/11/2020, mas, posteriormente, houve desistência por parte do Presidente da República.

apenas para cancelar a compra em julho do mesmo ano após denúncias sobre o suposto esquema. Com relação à atuação da ANVISA, depoimentos no âmbito da CPI da Covid indicam tentativas de influenciar procedimentos, inclusive pela flexibilização da documentação técnica exigida para a importação das vacinas⁴³.

Além da pressão advinda do próprio Executivo federal, chama atenção a reclamação registrada pela ANVISA ao Ministério da Saúde sobre uma conduta da Precisa Medicamentos, que disparava e-mails para diversos setores da agência, com conteúdo sigiloso referente ao processo de importação de vacinas⁴⁴. Nesse caso, o canal de comunicação direto entre a empresa e a agência reguladora pode indicar uma tentativa de influenciar diretamente sobre o processo que poderia autorizar a importação e o uso emergencial das vacinas Covaxin no Brasil.

Nos casos apresentados, a identificação de possíveis grupos de interesse foi possibilitada pela própria dinâmica investigativa de uma CPI. Contudo, essa forma de identificação apresenta seus limites a partir do momento que surge com anseio de apurar ilegalidades, deixando de considerar possíveis interesses mobilizados em processos regulatórios que escaparam de seu escopo inquisitivo, sendo frutífero para propósitos de estudos de captura regulatória expandir o horizonte da pesquisa, explorando casos que não despertaram questionamentos acerca de legalidade.

PRODUÇÃO NORMATIVA DA ANVISA EM RESPOSTA À COVID-19

A análise da produção normativa da ANVISA em resposta à covid-19 é uma das formas de avaliar a atuação da Agência, de modo geral, a partir dos atos normativos expedidos por suas diretorias. Trata-se de uma pesquisa documental restrita às resoluções emitidas pela ANVISA no tema de interesse deste estudo, que será apresentada de duas formas: um resultado agregado, mostrando os principais temas sobre os quais atuou a Agência; e um destaque específico para um conjunto de normas selecionado por sua relevância para os propósitos deste trabalho, sobretudo em casos relacionados com o uso da cloroquina como medicamento no tratamento da covid-19.

Os atos analisados são oriundos da base de dados construída pelo Projeto Mapeamento das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil, do CEPEDISA/USP, cuja coleta foi realizada diretamente no Diário Oficial da União por meio da busca por palavras-chave como “Covid-19”, “coronavírus”, “pandemia”, “SARS-CoV-2”, entre outras⁴⁵.

De um total de 532 resoluções da ANVISA em resposta à covid-19, chama atenção o grande volume de normas tratando do deferimento ou indeferimento de petições relacionadas

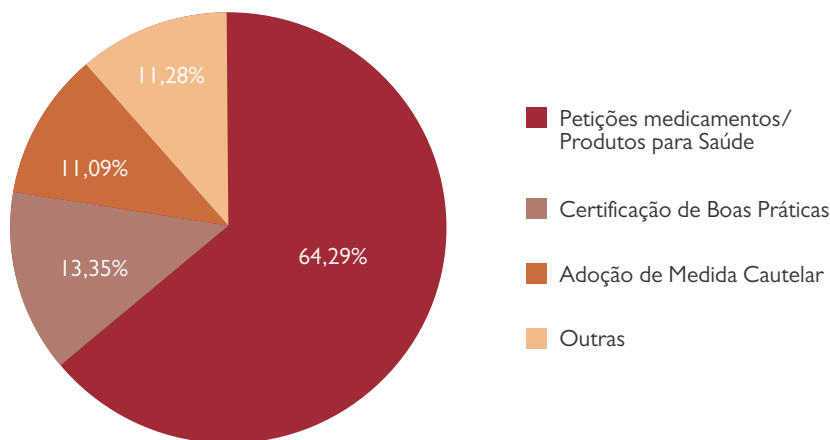
43 Senado Federal (2021), p. 324.

44 Ofício no 663/2021/SEI/GADIP- CG/ANVISA.

45 Um maior detalhamento metodológico da coleta de dados pode ser encontrado em Ventura et al. (2021).

com a Gerência-Geral de Medicamentos ou à Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde (64,3%). Em segundo lugar, em termos de frequência de edição, ficaram as normas referentes à concessão de Certificação de Boas Práticas para empresas fabricantes de produtos para saúde (13,3%).

GRÁFICO I – Normas ANVISA (2020-2021)



Fonte: elaboração própria com base em dados coletados no Projeto Mapeamento das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil – CEPE-DISA/USP.

A análise preliminar dos dados agregados constata que a ANVISA foi fortemente demandada para regular a comercialização e o uso de produtos para a saúde, com destaque para testes de diagnóstico da covid-19 e para as vacinas, a partir do segundo semestre de 2020. Também houve importante atuação na Concessão de Certificações de Boas Práticas para empresas fabricantes de produtos para saúde, igualmente com preponderância de fábricas de testes e vacinas.

Se o levantamento dos dados agregados fornece uma boa fotografia das principais áreas de atuação da agência, são menos eloquentes para esforços de identificação de possíveis manifestações de captura regulatória por interesses privados ou por influência política. No caso das pressões referentes ao tratamento precoce com medicamentos *off-label* e, em especial, do uso da cloroquina contra a covid-19, é mais proveitoso acompanhar a atuação da ANVISA na regulação da matéria por meio de uma série selecionada de Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) como será exposto a seguir.

As primeiras ações diretas da ANVISA em relação ao uso da cloroquina no contexto da pandemia de covid-19 se deram pelas RDC nº 351 e nº 352, com a introdução da obrigatoriedade de apresentação de Receita de Controle Especial para compra de medicamentos à base de cloroquina e hidroxicloroquina e pelo estabelecimento de obrigatoriedade de autorização prévia da ANVISA para exportação de cloroquina e hidroxicloroquina, na forma de matéria-prima, produto semielaborado, a granel ou produto acabado.

Em um cenário de pouca clareza sobre possíveis tratamentos eficazes contra a covid-19, os primeiros rumores sobre a eficácia da cloroquina parecem ter feito a ANVISA reagir para evitar prováveis desabastecimentos nos medicamentos. Contudo, ainda em março de 2020, a agência alterou a RDC nº 351, dispensando a obrigatoriedade de receita de controle especial para medicamentos à base de cloroquina distribuídos por programas públicos governamentais⁴⁶.

Durante todo o restante do primeiro semestre de 2020, a regulamentação dessa matéria pela ANVISA se deu no sentido de alterar a lista de substâncias que demandariam autorização prévia da Agência para exportação, mantendo cloroquina e hidroxicloroquina no rol discriminado pela norma jurídica⁴⁷. Em julho de 2020, a Diretoria Colegiada publicou a RDC nº 405, que regulamentou e flexibilizou a prescrição de diversos medicamentos associados ao tratamento precoce da covid-19, entre eles, cloroquina e hidroxicloroquina distribuídas fora de programas governamentais.

Chama atenção, porém, que, entre março e abril de 2021, a ANVISA editou duas resoluções – RDC nº 474 e RDC nº 485 – que alteraram a Resolução nº 352 – cujo texto elenca as substâncias que demandam autorização prévia da Agência para exportação –, mantendo cloroquina e hidroxicloroquina na lista. Ainda que pudesse indicar possível permeabilidade da ANVISA em relação à pressão governamental pelo uso dessas substâncias no tratamento da covid-19, é igualmente plausível supor que a manutenção da restrição à exportação ocorreu para evitar desabastecimento de um medicamento crucial no tratamento de outras doenças, em um cenário de desinformação disseminado pelo governo federal, com impactos relevantes na demanda desses medicamentos, mesmo no ano de 2021, após diversos estudos constatarem a ineficácia de seu uso para o tratamento da covid-19⁴⁸.

Efetivamente, parece ser difícil constatar, apenas pela análise de atos normativos, a independência ou a captura de uma agência reguladora. Faz sentido considerar essa uma das fontes documentais de investigação para estudos dessa natureza, sendo benéfica a triangulação de evidências relevantes à matéria. Nesse sentido, a manifestação de formas de pressão externas, como a tentativa de nomeação de um diretor da ANVISA por parte do Presidente da República alinhado à sua visão sobre o enfrentamento da pandemia, parece sugerir que a Agência se comportou de maneira menos suscetível a influências políticas.

Ademais, deve-se ressaltar a limitação do estudo de normas e documentos enquanto “produtos finais” de instâncias deliberativas, sendo desejável incluir a análise de processos de discussão e decisão, a fim de verificar possíveis espaços nos quais podem se manifestar tentativas de captura econômica ou política.

46 RDC no 354.

47 RDC nos 370, 371, 381 e 390.

48 Corroborar essa leitura a edição da RDC no 489, em 7 de abril de 2021, dispondo sobre os produtos considerados críticos no enfrentamento da pandemia, não havendo qualquer menção a cloroquina e hidroxicloroquina.

CONCLUSÃO

Este capítulo orientou-se por dois objetivos complementares. Em primeiro lugar, por meio de uma releitura das tradições da literatura sobre agências reguladoras, captura regulatória e desenho institucional, mostrando a evolução pela qual passou esse campo de estudo, mas, sobretudo, sugerindo uma abordagem específica que congregasse as hipóteses de interesses privados e pressões políticas atuando sobre as agências. Em seguida, optou-se por apresentar um primeiro estudo exploratório seguindo a agenda proposta, trabalhando as hipóteses de captura regulatória para a ANVISA em um contexto de emergência sanitária. Além da orientação teórica apresentada visando à integração das agendas de pesquisa, foram ressaltadas especificidades regulatórias típicas de um contexto emergencial, o que poderia ampliar ou reduzir, na prática, a permeabilidade do órgão regulador a interesses privados ou políticos.

A escolha de direcionar o estudo para a atuação da ANVISA justificou-se pela relevância temática de suas competências na pandemia, da regulação do uso de medicamentos à aprovação de testes e compras emergenciais de vacinas que se mostraram fundamentais para controlar minimamente os impactos da pandemia sobre a saúde da população. Esse protagonismo da agência foi traduzido em ampla produção normativa que tratou desde as petições para registro de medicamentos e produtos para saúde até a concessão de Certificações de Boas Práticas para as fabricantes desses produtos.

Apesar do vasto material empírico coletado, esse primeiro esforço de análise das normas não foi capaz de revelar, por si só, sinais claros de captura regulatória, havendo indícios mais fortes – embora tampouco conclusivos – no sentido da independência da agência ante as flagrantes tentativas de exercício de ingerência por parte do Poder Executivo. Outros indícios documentais e não documentais corroboram a constatação dessas tentativas de interferência política na agência, almejando levar adiante uma estratégia de enfrentamento da pandemia alinhada aos interesses do governo federal, mas que parece ter tido pouca receptividade por parte do alto escalão do órgão regulador.

Mais do que olhar resultados e atos de agências, o trabalho conclui pela necessidade de incorporar a análise de procedimentos consultivos e deliberativos, nos quais pressões políticas ou privadas podem se manifestar. Parte desse esforço foi facilitado pelas ações investigativas da CPI da Pandemia, em que foram colhidos depoimentos que detalharam essas mobilizações de interesses, mas cuja análise detida demandaria uma ampliação do escopo analítico, investigando de perto os mecanismos de deliberação das agências.

REFERÊNCIAS

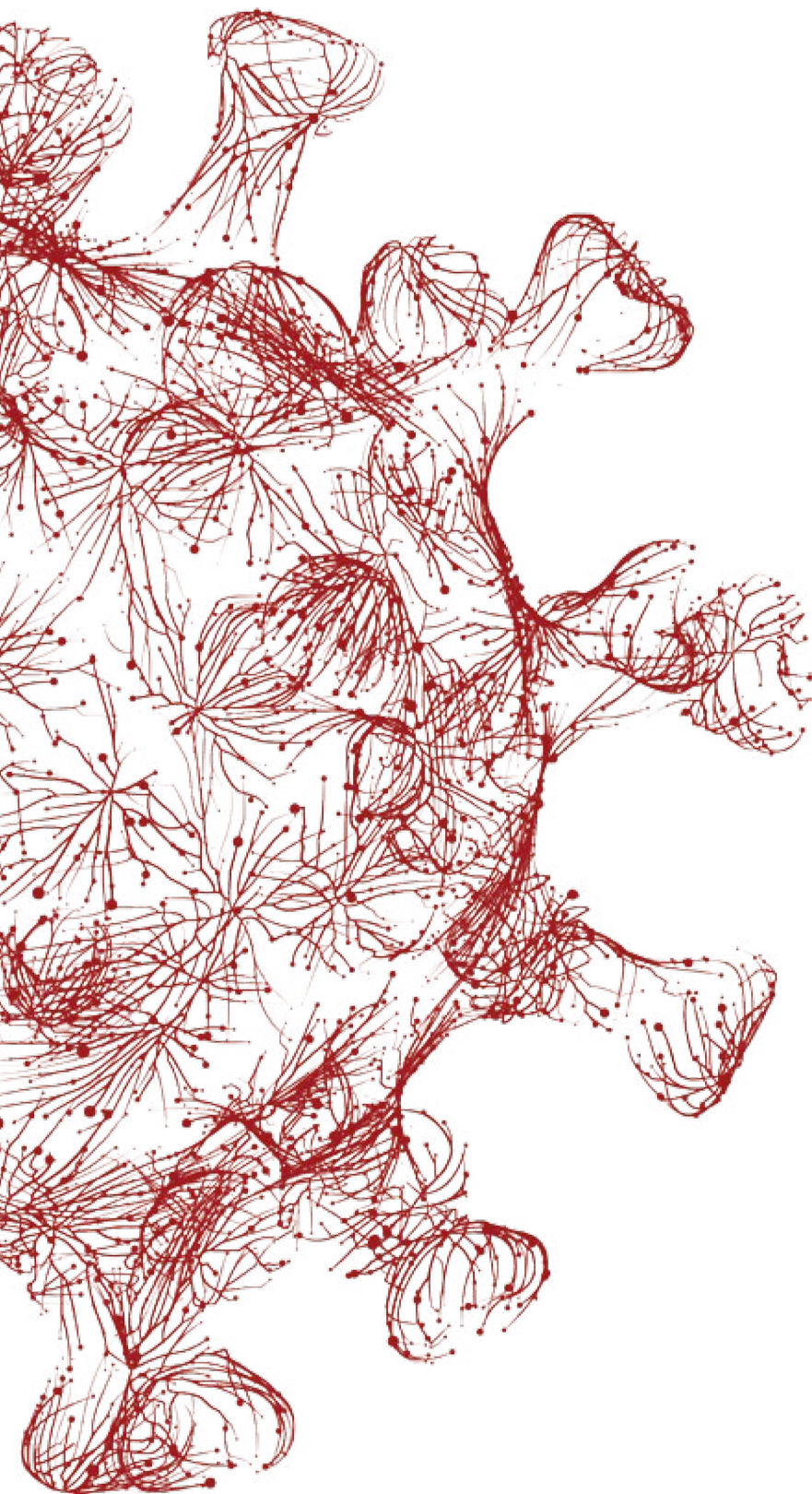
1. ABRUCIO, F. L. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER- PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 173-199, 1998.
2. ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. Brasília, DF: SEGES, 2002.
3. ACCIOLY, D. Mandetta revela “gabinete paralelo” e tentativa de mudar bula da cloroquina. **Senado Notícias**, Brasília, 28 maio 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/28/mandetta-revela-gabinete-paralelo-e-tentativa-de-mudar-bula-da-cloroquina>. Acesso em: 6 jun. 2022.
4. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **500 dias – ações da Anvisa no enfrentamento à Covid-19**. [S. l.]: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/gestao/relatorio-sobre-os-500-dias-de-acoes-da-anvisa-no-enfrentamento-a-covid-19>.
5. BAIRD, M. F. Da Hegemonia Sanitarista ao Predomínio Liberal: investigando os fatores que impediram uma inflexão liberal na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2004-2014). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. e20180295, 2019.
6. BAIRD, M. F. Interesses e instituições nas teorias da regulação: uma difícil síntese. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n. 81, p. 66-83, 2017.
7. BAIRD, M. F. **O lobby na regulação da propaganda de alimentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
8. BAIRD, M. F. O lobby na regulação da publicidade de alimentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], v. 24, n. 57, p. 67-91, 2016.
9. BATISTA, M. Mensurando a independência das agências regulatórias brasileiras. **Planejamento e Políticas Públicas**, [s. l.], n. 36, p. 213-25, 2011.
10. BAUMGARTNER, F. R.; LEECH, B. L. **Basic interests**. Princeton: Princeton University Press, 1998.
11. BECKER, G. S. A theory of competition among pressure groups for political influence. **The quarterly journal of economics**, [s. l.], v. 98, n. 3, p. 371-400, 1983.
12. BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância

- Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 18-E, p. 1, 27 jan. 1999.
13. BRESSER-PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (org.) **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998. p. 21-38.
 14. BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (org.) **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.
 15. CARDOSO, F. H. A questão do Estado no Brasil. In: CARDOSO, F. H. **Autoritarismo e democratização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.
 16. CARPENTER, D. P. Protection without capture: Product approval by a politically responsive, learning regulator. **American Political Science Review**, [s. l], v. 98, n. 4, p. 613-631, 2004.
 17. CARPENTER, D.; MOSS, D. A. (eds) **Preventing regulatory capture**: Special interest influence and how to limit it. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
 18. CARRIGAN, C.; COGLIANESE, C. The politics of regulation: From new institutionalism to new governance. **Annual Review of Political Science**, [s. l], v. 14, p. 107-129, 2011.
 19. CAVALCANTE, P.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E. Do insulamento burocrático à governança democrática: as transformações institucionais e a burocracia no Brasil. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. (ed.) **Burocracia e Políticas Públicas no Brasil**: intersecções analíticas. Brasília: Ipea: Enap, 2018. p. 59-84.
 20. DAL BÓ, E. Regulatory capture: A review. **Oxford review of economic policy**, [s. l], v. 22, n. 2, p. 203-225, 2006.
 21. DOWNS, A. An economic theory of political action in a democracy. **Journal of political economy**, [s. l], v. 65, n. 2, p. 135-150, 1957.
 22. EVANS, P. O Estado como problema e solução. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28-29, p. 107-157, abr. 1993.
 23. FIANI, R. Afinal, a quais interesses serve a regulação? **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 81-105, 2004.
 24. FREITAS, A.; SILVA, G. P. Das manifestações de 2013 à eleição de 2018 no Brasil: buscando uma abordagem institucional. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 137-155, 2019.
 25. GOMES, E. G. M. As agências reguladoras independentes e o Tribunal de Contas da União: conflito de jurisdições? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 615-630, 2006.

26. KARAM, R.; SHIMA, W. T. A concessão de rodovias paranaenses: um serviço público sob a ótica do lucro. **Revista Paranaense de Desenvolvimento-RPD**, Curitiba, n. 113, p. 103-127, 2007.
27. LAFFONT, J.-J.; TIROLE, J. The politics of government decision-making: A theory of regulatory capture. **The quarterly journal of economics**, [s. l.], v. 106, n. 4, p. 1089-1127, 1991.
28. LEVINE, M. E.; FORRENCE, J. L. Regulatory capture, public interest, and the public agenda: Toward a synthesis. **Journal of Law, Economics, & Organization**, [s. l.], v. 6, p. 167, 1990. n. especial.
29. LIMA, I. A.; FONSECA, E. M. Captura ou não captura? Perspectivas analíticas no estudo de políticas regulatórias. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 625-643, 2021.
30. LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. C. A crise atual e o debate institucional. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 79-97, 2017.
31. MATTOS, P. T. L. A formação do estado regulador. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 76, p. 139-156, 2006.
32. MCCUBBINS, M. D.; NOLL, R. G.; WEINGAST, B. R. Administrative procedures as instruments of political control. **Journal of Law, Economics, & Organization**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 243-277, 1987.
33. MCCUBBINS, M. D.; NOLL, R. G.; WEINGAST, B. R. Structure and process, politics and policy: Administrative arrangements and the political control of agencies. **Virginia Law Review**, v. 75, n. 2, p. 431-482, 1989.
34. MELO, M. A. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 16, n. 46, p. 56-68, 2001.
35. MELO, M. A. Agências regulatórias: gênese, desenho institucional e governança. In: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. (org.) **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. Brasília, DF: SEGES, 2002. v. 2. p. 247-305.
36. MELO, M. A. Política regulatória: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n. 50, p. 7-43, 2000.
37. MILANEZ, B.; SANTOS, R. S. P. Mineração e captura regulatória: a estratégia da Anglo American em Conceição do Mato Dentro (MG), Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, [s. l.], v. 16, n. 32, p. 69-91, 2019.
38. MOE, T. M. An assessment of the positive theory of 'congressional dominance'. **Legislative Studies Quarterly**, v. 12, n. 4, p. 475-520, 1987.

39. MOE, T. M. Control and feedback in economic regulation: The case of the NLRB. **American Political Science Review**, [s. l.], v. 79, n. 4, p. 1094-1116, 1985.
40. NOVAK, W. J. A Revisionist history of regulatory capture. In: CARPENTER, D.; MOSS, D. A. (ed.) **Preventing regulatory capture: Special interest influence and how to limit it**. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
41. NUNES, E. D. O. **A gramática política do Brasil: clientelismo, corporativismo e insulamento burocrático**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
42. OCKÉ-REIS, C. O.; CARDOSO, S. S. A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde. **Brazilian Journal of Political Economy**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 455-470, 2011.
43. OLIVEIRA, F. M. R. **Não-manipulabilidade e contestabilidade da regulação: elementos para uma abordagem neorrepublicana das agências reguladoras independentes**. 2012. 165 f. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
44. OLIVIERI, C. **A política de nomeação do alto escalão do Banco Central do Brasil (1985-2000)**. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciência Política), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
45. OLSON, M. **The logic of collective action**. Harvard: Harvard University Press, 1965.
46. PACHECO, R. S. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 523-543, 2006.
47. PECI, A.; CAVALCANTI, B. S. Reflexões sobre a autonomia do órgão regulador: análise das agências reguladoras estaduais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 99-118, 2000.
48. PELTZMAN, S. Toward a more general theory of regulation. **The Journal of Law and Economics**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 211-240, 1976.
49. PINCER, P. Presidente da Anvisa confirma que houve sugestão de alteração da bula da cloroquina. **Senado Notícias**, Brasília, 11 maio 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2021/05/presidente-da-anvisa-confirma-que-houve-sugestao-de-alteracao-da-bula-da-clo-roquina>. Acesso em: 6 jun. 2022.
50. PÓ, M. V.; ABRUCIO, F. L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 679-698, 2006.
51. POSNER, R. A. Taxation by regulation. **The Bell Journal of Economics and Management Science**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 22-52, 1971.

52. POSNER, R. A. The concept of regulatory capture: a short, inglorious history. In: CARPENTER, D.; MOSS, D. A. (ed.) **Preventing regulatory capture: Special interest influence and how to limit it**. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
53. POSNER, R. A. Theories of economic regulation. **Bell Journal of Economics and Management Science**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 335-358, 1974.
54. PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva *agent-principal*. In: BRESER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (org.) **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.
55. SALGADO, L. H. Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. **Texto para discussão nº 941**. Rio de Janeiro: Ipea, 2003.
56. SCHAPIRO, M. G. Do estado desenvolvimentista ao estado regulador? Transformação, resiliência e coexistência entre dois modos de intervenção. **Rei - Revista Estudos Institucionais**, 4(2), 574-614, 2018.
57. SCHEFFER, M. C. **Os planos de saúde nos tribunais**: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
58. SENADO FEDERAL. CPI da Pandemia. **Relatório Final**. Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/10/relatorio-final-renan-calheiros-cpi.pdf>. Acesso em:
59. STIGLER, G. J. The theory of economic regulation. **The Bell journal of economics and management science**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 3-21, 1971.
60. TRINDADE, A. D. C. A teoria da regulação econômica aplicada ao setor mineral brasileiro. **Revista de Direito Setorial e Regulatório**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 53-78, 2019.
61. VENTURA, D. F. L. *et al.* **LexAtlas C19 – Brazil – The Timeline of the Federal Government's Strategy to spread Covid-19**. [S. l.]: Zenodo, 2021. Disponível em: https://zenodo.org/record/5167005#.YlQ5Ry_5RpR. Acesso em: 11 abr. 2022.
62. VILARINHO, P. F. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. **Cadernos Ebape**. BR, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 694-709, 2010.
63. ZANHOLO, V. C. B.; CARNUT, L.; NASCIMENTO, P. R. D. O papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os desafios de sua autonomia: uma perspectiva crítica sobre o Estado regulador. **Revista de Direitos Difusos**, São Paulo, v. 72, n. 2, p. 81-89, jul./dez. 2019.



CAPÍTULO 7.

DIREITO ADMINISTRATIVO PANDÊMICO: TRANSFORMAÇÕES E INFLUÊNCIAS JURÍDICO- NORMATIVAS EM TEMPOS DE COVID-19

Gustavo Justino de Oliveira

*Professor Doutor de Direito Administrativo na USP e no IDP (Brasília). Árbitro, consultor e advogado especializado em
Direito Público. Justino de Oliveira Advogados*

Ainda estamos vivenciando uma das experiências mais desafiadoras e transformativas para a humanidade deste prenúncio de século XXI: a pandemia de covid-19 e todos os seus efeitos excruciantes para a saúde individual e coletiva, para a economia, para as relações sociais e para a política. Dada a sua configuração transdisciplinar, a pandemia também provoca e impõe novas formas de criar, aplicar e refletir o Direito, em todos os seus ramos jurídicos.

Sem prejuízo disso, talvez o ramo jurídico mais impactado pelo contexto referido seja o Direito Administrativo, aquele conjunto de regras e princípios que organizam e disciplinam não somente as tarefas desenvolvidas pela Administração Pública, mas igualmente os modos relacionais que essa Administração cada vez mais plúrima e multiforme trava com indivíduos, sociedade, mercado e com outros órgãos e entidades públicas.

Um primeiro impacto a ser ressaltado no cenário aludido é que, desde a qualificação da pandemia de covid-19 como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020 –, inaugurou-se no Brasil um Direito Administrativo Emergencial, compreendido como conjunto de regras e princípios de aplicação especial, emergencial e transitória a todos os fatos, atos, contratos e relações envolvendo o público e o privado – em todas as esferas federativas – decorrentes diretamente (e por vezes indiretamente) da pandemia em si. Essa profusão legislativa e normativa especializada, portanto, parece-me ter sido uma decorrência inexorável dos impactos indelévels da covid-19 nas vidas do ser humano, e o Poder Público foi instado a defrontar as infinitas intempéries que esta pandemia, de forma devastadora, continua a impingir em nosso cotidiano. Esse Direito Administrativo Pandêmico Emergencial passou a conviver com o Direito Administrativo Comum vigente, tornando muito mais laboriosas as tarefas dos agentes públicos no manejo do ordenamento jurídico administrativo.

Dessa constatação, surge um segundo aspecto a ser analisado, e que diz respeito ao forte pragmatismo com que esse Direito Administrativo Emergencial foi construído pelos Legislativos,

e passou a ser aplicado, não somente no dia a dia das repartições públicas, mas pelas Advocacias Públicas, Ministério Público, Defensorias, Judiciário. Além disso, esse caráter pragmático do Direito Administrativo Emergencial afina-se em muito com sua essência e propósito, pois trata-se de um autêntico “Direito de Enfrentamento”, e, por isso, critérios e parâmetros interpretativos e de aplicação das normas devem ser (e de fato foram) homenageados, a exemplo do que vem ocorrendo com a Lei federal nº 13.979/2020, considerada a Lei Geral da Pandemia, a qual acabou tendo de ser aplicada de modo concorrente – porém com certa primazia dos entes subnacionais – com as leis locais e estaduais, nos termos da construção hermenêutica jurisprudencial do STF, a partir do julgamento das ADI nº 6.341 e nº 6.343 (também de fortíssimo teor pragmático), a partir dos conflitos interfederativos representativos de pontos de vista muitas vezes incoerentes e inconciliáveis entre União, Estados e Municípios.

Felizmente, vale ressaltar que esse momento pragmático na Pandemia se tornou mais possível pela anterior edição da Lei federal nº 13.665/2018, que reformou a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro – LINDB, a ela adicionando critérios pragmáticos e consequencialistas de Direito Público. Essa tendência pode ser vislumbrada inclusive pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio das Recomendações nº 66/2020 e nº 92/2021. Nesse sentido, para lidar com essa multiplicidade de ações públicas, esperava-se, claro, a instalação de uma Coordenação Geral ou Comitê de Crise, instância de governança interfederativa – até aqui inclusive um traço característico do SUS – que imprimiria maior sinergia e concertação entre o ente nacional e os subnacionais, o que, na prática, infelizmente acabou não ocorrendo.

Outro aspecto importante a evidenciar é que tradicionais instrumentos administrativos que, de certo modo, haviam caído em desuso – por exemplo, requisição administrativa – foram largamente empregados pelos entes federativos nos momentos mais dramáticos da pandemia e, obviamente, tiveram de ser repaginados ou atualizados diante do mundo atual pelo Judiciário (tal como a ADI nº 6.362-DE, no STF), permitindo-se o seu uso, mas com a contenção de abusos e/ou excessos de poder no manejo desses instrumentos, cuja natureza é fortemente interventiva da propriedade privada. Ou seja, o Direito Administrativo Emergencial não somente trouxe novos instrumentos de intervenção administrativa para enfrentamento da pandemia, mas também acabou por reformular ou atualizar instrumentos administrativos já consagrados, habilitando a Administração Pública a empregá-los neste e em futuros contextos similares, mas à luz de um devido processo legal melhor definido.

Um quarto ponto a ser examinado relaciona-se com a baixa utilização no contexto pandêmico de campanhas e medidas de cunho informativo, explicativo e preventivo sobre as ações governamentais que estavam, à época, sendo tomadas; seus motivos, efeitos esperados. Aqui reinaram a confusão e a falta de informação sobre o que, de fato, deveria ser de conhecimento da população. Mais do que isso, com algumas honrosas exceções, ações fortemente interventivas na esfera dos indivíduos, restritivas de direitos inclusive – quarentenas, isolamento, toque de recolher etc. –, foram muito pouco ou nada explicitadas à população, anteriormente à tomada de decisão

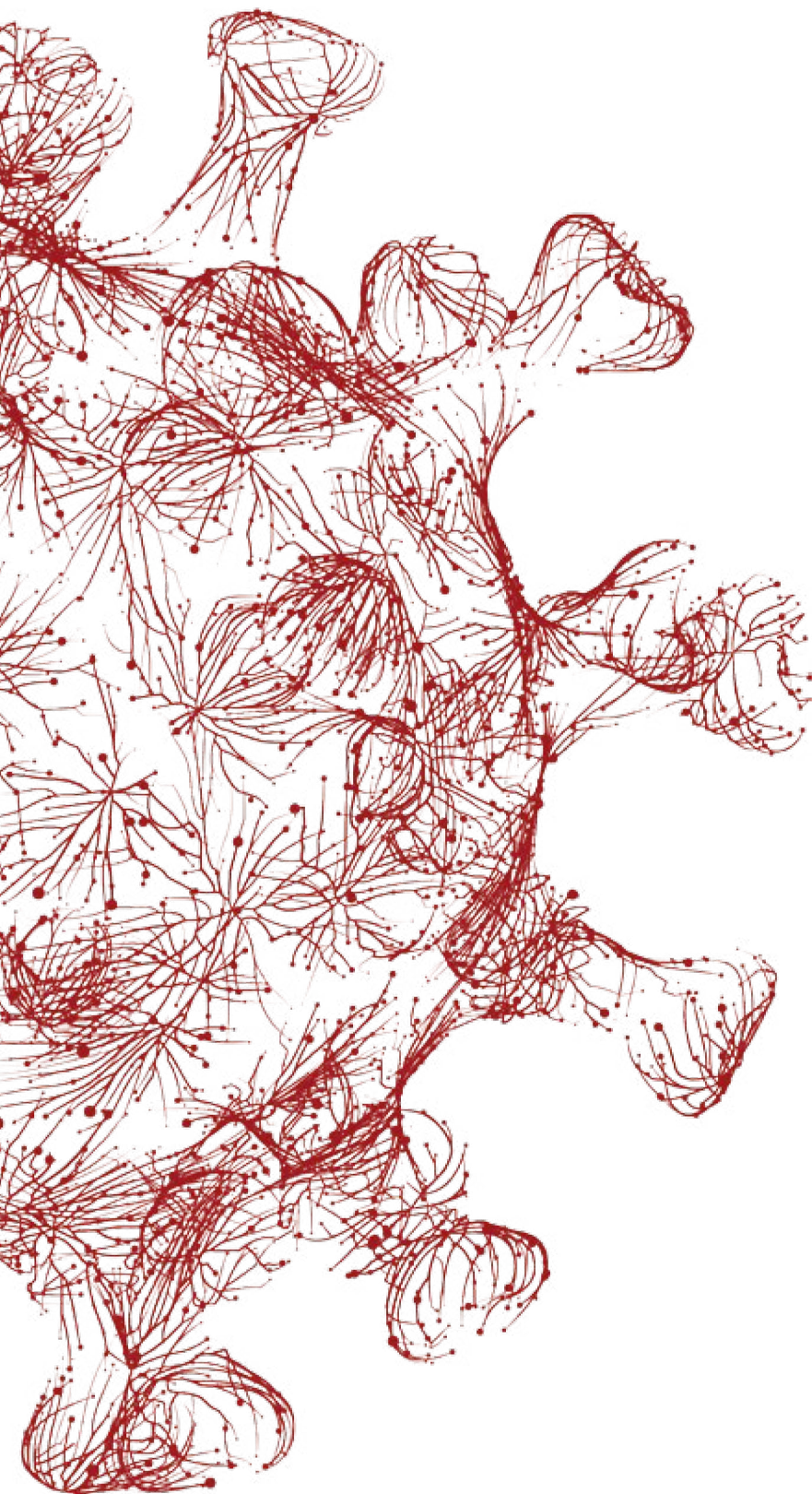
e efetivação desses comandos. Por outro lado, no exercício desse poder de polícia pandêmico, o próprio Poder Público inúmeras vezes esvaziava a eficácia das medidas por ele mesmo propostas com suporte legal, como não aplicar multas àqueles que intencionalmente se recusaram a usar máscaras obrigatórias; não interditar ou realizar monitoramento de estabelecimentos privados variados que se negavam a seguir adequadamente normas de segurança sanitária e abriam suas portas para eventos que promoveram aglomeração e contaminação maior da população com a covid-19. Cabe registrar ainda a tentativa do governo federal de adotar a natimorta campanha contrária às medidas de isolamento – “O Brasil não pode parar” – abortada pelo STF na ADPF 669-DF por meio de decisão cautelar de 31.03.2020. Infelizmente, percebe-se que os reais propósitos de contenção e de enfrentamento da pandemia nem sempre ficaram claros pelos entes federativos – sobretudo por parte da União, mas não somente –, o que, por certo, levou a considerável agravamento da situação calamitosa da covid-19, aumento substancial de mortes que poderiam ter sido contidas, falta de procura da segunda dose de vacinas nas Unidades Básicas de Saúde e espaços similares, e assim por diante.

Finalmente, um último aspecto diretamente relacionado com a inação ou a omissão parcial/total dos Poderes Públicos, por vezes culposas, por vezes explicitamente dolosas e intencionais: o tema da responsabilidade do Estado por danos causados à população diante da ausência ou da omissão no enfrentamento da covid-19. Inclusive, este passou a ser o objetivo principal da CPI da Pandemia, que tramita no Senado Federal desde 27 de abril de 2021. Se no início dos trabalhos investigativos o escopo era difuso e demasiadamente alargado, com o tempo, a CPI passou a se concentrar em uma série de eventos culposos e dolosos, que parecem indicar e evidenciar seríssimas omissões e ausência de atuação do Poder Público na contenção e na luta contra os perversos efeitos da covid-19. Apoiado nas possíveis evidências e indícios da CPI – mas não somente –, este, sem dúvida, será um dos temas principais da Agenda Pós-Covid-19 no Brasil: pedidos indenizatórios e de reparação de danos materiais, morais, individuais ou coletivos, decorrentes dessas omissões, desde que comprovado o nexo de causalidade exigido nos termos do art. 37, § 6º, da CF/88. Morte de pessoas pela administração oficial de remédios cuja eficácia no tratamento da covid-19 era tida por duvidosa ou contraindicada; morte ou incapacitação de pessoas internadas em hospitais públicos decorrente do não suprimento de remédios que deveriam ser aplicados em processos de intubação; pessoas que foram acometidas pela doença porque não se vacinaram por falta de imunizantes; vacinas com prazo de validade expirado, e assim por diante, a lista aqui é infindável⁴⁹. Indubitavelmente, é o grande tema para o Direito Administrativo Emergencial, em um contexto pós-pandêmico, como aliás já aconteceu em países como a Itália.

Conforme sinalizei no início, ainda estamos todos experimentando cotidianamente esta terrível pandemia, e ainda é cedo para medirmos os seus reais impactos no Direito Administrativo.

49 Para aprofundar o tema, conferir nosso “Covid e (ir)responsabilidade civil do Estado no Brasil”. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-set-05/publico-pragmatico-covid-19-irresponsabilidade-civil-estado-brasil>. Acesso em: 12 set. 2021.

Sem embargo, ao menos neste momento precoce, parece-me evidente a influência do Direito Administrativo Pandêmico Emergencial no ordenamento jurídico administrativo, e talvez aqui tenhamos no Brasil um legado positivo deste capítulo doloroso da humanidade, no sentido de um aperfeiçoamento das bases normativas, principiológicas e dogmáticas do Direito Administrativo, sob a ótica de maior pragmatismo, consequencialismo e efetividade. Concluo que, por todos esses motivos, devemos clamar por um Direito Administrativo mais humano; buscá-lo como meta no cenário pós-pandemia haverá de ser nossa redenção maior, a ser alcançada quiçá por meio da refundação dos laços colaborativos entre Estado e sociedade.



CAPÍTULO 8.

**A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL E
A COVID-19**

Luciano Elia

Psicanalista, professor titular de Psicanálise do Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, membro do Laço Analítico/Escola de Psicanálise.

As políticas públicas brasileiras de Saúde Mental podem, de saída, ser tomadas em dois planos tão distintos quanto articulados: o de sua formulação, pelo menos na feição que lhe confere o processo histórico-epistemológico que, já há mais de 30 anos, responde pelo nome de Reforma Psiquiátrica Brasileira; e o de sua implementação concreta como uma práxis de âmbito nacional, operacionalizada de modo tripartite, como é da estrutura de funcionamento do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal.

Iniciamos pelo assinalamento dessa dualidade de registros porque, ao longo desses 30 anos de Reforma, temos constatado um progressivo enfraquecimento do segundo plano, caracterizado pela fragilização – quando não a franca dissipação – dos princípios e diretrizes que constituem o primeiro e, obviamente, regem ambos. Tal dualidade nos evoca o que Jean Oury estabelece como sendo os planos da ação clínico-institucional empírico-pragmática – o plano da questão; “O que eu faço aí, no cotidiano da minha prática? Faço isso!” – e o plano dos fundamentos, da justificativa, que é o plano do desejo como inconsciente, que ele propõe provisoriamente como transcendental à ação empírica: “Por que faço isso que faço? O que fundamenta ou justifica essa ação? Qual o desejo implicado nela?”. E aí a pergunta não é, em francês, *Q’est-ce que je fais là?*, mas *Qu’est-ce que fous là?* (OURY, 2005)⁵⁰.

Se fizermos uma homologia entre o campo da ação e o campo que lhe é transcendente com os princípios da Reforma, tomados em uma sincronia discursiva, e os modos de sua implementação, estes em uma perspectiva diacrônica e histórica, poderemos constatar que os deter-

50 A tradução das expressões em português seriam, respectivamente: Que faço eu aí? e (para usar um modo um tanto eufemístico e delicado de falar, já que na língua corrente a expressão seria um pouco mais grosseira): Que diabos faço eu aí? tendo a inserção do termo “diabos” a função de introduzir um espanto, um enigma e um não saber na pergunta, o que invoca o plano transcendental e inconsciente necessário a uma verdadeira interrogação sobre nossas práticas.

minantes do processo de fragilização a que nos referimos não podem ser atribuídos, pelo menos essencialmente, a uma suposta fragilidade dos princípios que a fundamentam. Tais princípios são robustos, fortes, transformadores. Entretanto, por força do método dialético que sempre é capaz de localizar contradições em todo processo histórico-político, podemos identificar alguns aspectos em que os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira deixou flancos abertos aos seus adversários, comandados pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que jamais se conformou com o êxito das políticas públicas da Reforma e não descansou enquanto, por meio dos avanços do neoliberalismo, culminando com o golpe de 2016 e a consequente eleição de um presidente francamente ignorante e fascista, o êxito tenha começado a ceder lugar a um retrocesso em vertiginoso curso de fracasso.

As concessões discursivo-políticas giraram fundamentalmente em torno da figura do médico psiquiatra: se ele deixou de ser o diretor dos serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), isso pouco alterou sua posição “à parte” da equipe – seja mantendo, nos CAPS, um “ambulatório de psiquiatria” heteróclito ao funcionamento coletivo do CAPS (isso quando este funcionamento existia), um poder de prescrição medicamentosa sem discussão com a equipe, e, muitas vezes, o poder de internar usuários por intermédio do próprio CAPS sem qualquer discussão que pudesse construir caminhos alternativos às situações de crise. Assim, o lugar do médico e seu discurso hegemônico, relativizado, mas jamais verdadeiramente destituído; uma certa desatenção com a formação acadêmico-universitária nos cursos de Medicina; as concessões no uso de termos diagnósticos, sempre seguindo à risca o glossário do DSM, versões IV e V⁵¹; a manutenção da exigência de que determinados documentos clínico-institucionais (portanto também e eminentemente políticos), como as Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, continuassem tendo que ser assinados por médicos, enfim, esses e outros aspectos atestam bem essas concessões.

Passados 33 anos da CF/88, da criação do SUS e da chamada “transição democrática” – os processos de passagem da ditadura civil-militar de 1964-1985 à “democracia brasileira” –, podemos, em um olhar crítico retrospectivo, verificar quantas concessões análogas fizemos; e, dentre elas, destacamos a Lei da Anistia que, ampla, geral e irrestritamente, perdoou, equiparando-os do ponto de vista criminal, tanto crimes de um Estado violento, torturador e assassino quanto atos de cidadãos, cujos atos, de estatuto delituoso ou não, eram, em seu mais verdadeiro mote e estatuto, os de lutar, ao preço do risco de suas próprias vidas, por uma sociedade mais justa e igualitária. Decorre dessa constatação o Movimento ReinterpretaJáSTF#, do qual fazemos parte, que exige a reinterpretação da Lei de Anistia pelo STF. Freud nos adverte: “Nunca sabemos onde esse caminho nos leva: começamos cedendo em palavras e, aos poucos, também nas coisas” (FREUD, 1921, p. 15). Pois bem, também na Reforma Psiquiátrica fizemos concessões, talvez

51 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, versão IV (1994, revista em 2000 no DSM IV-R) e versão V, publicada, irônica ou talvez até intencionalmente no dia 18 de maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil) de 2013.

começando pelo seu nome – Reforma –, mas não podemos, com justiça e rigor históricos, atribuir a essas concessões o essencial dos retrocessos pelos quais ela vem passando.

Os principais fatores determinantes desse retrocesso estão no neoliberalismo, que no Brasil ganhou força nos governos FHC. A implementação das políticas de vanguarda de Saúde Mental caminhava muito bem, apesar de os governos de Fernando Collor de Mello e, após seu *impeachment*, de Itamar Franco não porem algum especial empenho desses presidentes no assunto, mas porque estavam com os olhos voltados para outros interesses. O caminho da implementação da rede substitutiva e da vitória sobre a hegemonia manicomialista dos anos de chumbo e transferência de capital para os empresários da loucura prosseguia seu curso, até que a máquina neoliberal atingiu o ideário sanitарista brasileiro, até então marcado por uma expressiva tendência social, produzindo uma inflexão no pensamento sanitарista que o lançou na rota do tecnicismo burocrático, protocolar e pragmático, eminente positivista, meritocrático, voltado para o atingimento de metas de produtividade das ações clínicas medidas em número de atendimentos/hora e, nas palavras de um dos seus expoentes que se tornou rapidamente um gestor da área da saúde, para a “otimização e simplificação das ações de cuidado” (sic), vetor que inclui o “saltar gerações inteiras”, consideradas “perdidas” para o interesse das políticas públicas – leia-se: deixá-las morrer pelo que as vier a matar – porque elas representam apenas custos elevados aos cofres públicos, sem possibilidade alguma de retorno do investimento em suas vidas, que se torna, assim, infrutífero. Que o repúdio a uma tal direção política não seja aqui tomado como mera reação humanitária, ou mesmo como alguma forma de humanismo – trata-se de uma concepção de sociedade que se define, para usar a simplicidade elegante da distinção de Gramsci, pela esquerda ou pela direita: será de esquerda todo aquele que colocar em primeiro lugar de suas preocupações a justiça social e o bem-estar coletivo, e de direita aquele que colocar, acima do bem comum, os interesses individuais e o privilégio de poucos, a chamada elite.

Cabe, neste ponto, um breve recuo histórico para lembrar as bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, portanto, das políticas públicas de Saúde Mental. O campo da Saúde foi um dos carros-chefes da reação contra a ditadura civil-militar que assolou o Brasil entre 1964 e 1985. Os sanitарistas da época eram fundamentalmente orientados por uma concepção de sociedade justa e igualitária que regia sua posição epistêmico-política nas propostas de atenção à saúde. Em outras palavras, simples e diretas, eram pesquisadores e profissionais de orientação política socialista. Coube a eles a liderança no movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, cujo corolário é a formulação do SUS que teve seu glorioso marco legal na CF/88, que o transformou em lei. A Reforma Psiquiátrica Brasileira não teria sido possível sem esse antecedente quase-simultâneo (cuja sucessividade é antes lógico-política que cronológica), e é, portanto, tributária dela.

Tal como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica articula estruturalmente sua posição epistemológica, fundamentalmente transdisciplinar, a uma concepção de sociedade justa e igualitária. Constituiu-se um campo novo entre os saberes e práticas que tradicionalmente vinham

se ocupando dos loucos e demais segregados sociais, um campo eminentemente transdisciplinar, capaz de estabelecer com a dimensão política de toda práxis humana uma relação bem mais lúcida e advertida, e, por isso mesmo, menos refém dos efeitos ideológicos e interesses de classe que sempre parasitam as práticas científicas, seja na versão ingênua, aquela que desconhece isso, seja na versão cínica, que finge desconhecer isso para assegurar melhor seus interesses de classe, acusando saberes e práticas críticas e advertidas de “ideológicas” para passarem por neutras, quando são elas as mais contaminadas pela ideologia que, quanto mais velada e mistificadora, mais eficaz se mostra. Incidentalmente, essa articulação entre ciência e política, estrutural no campo epistêmico, inédito, irreduzível a qualquer outro que o tenha precedido na história dos saber psiquiátrico, constitui uma das razões para que as forças manicomialistas, bastante incomodadas com as perdas financeiras impostas por uma política cientificamente mais livre da ideologia do capital, acusem essa política de “ideológica e pouco científica”, em um gesto epistemologicamente patético e hilariante.

O movimento internacional que mais e melhor inspirou a Reforma Brasileira foi a Psiquiatria Democrática Italiana, capitaneada por Franco Basaglia, e não a Antipsiquiatria inglesa de Laing e Cooper, a Psiquiatria Comunitária norte-americana ou a Psiquiatria de Setor francesa, todas com forte matiz social e comunitário, antiorganicista, antimedicalista e de caráter libertário. Contudo, Basaglia era marxista, e isso muda substancialmente sua perspectiva: para ele, e louco ocupa na sociedade posição homóloga à do proletário expropriado da mais-valia ao vender sua força de trabalho ao capital e, portanto, condenado ao trabalho alienado, já que também do louco é roubada sua condição cidadã, sua palavra, sua liberdade, sob pretexto de exercer sobre ele ações de cuidado que se revelam, na verdade, segregação, encarceramento manicomial, expulsão do laço comunitário, inter-humano, social. Para Basaglia, nunca se tratou de humanizar o manicômio, mas de destruí-lo completamente. Assim, foi nessa esteira que a nossa Reforma Psiquiátrica se engajou.

No entanto, que não se pense que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é a reprodução da Psiquiatria Democrática Italiana. Criamos, por exemplo, no Brasil, um campo novo de ação de cuidado denominado Atenção Psicossocial, cuja potência ainda não foi nem de longe sequer reconhecida, menos ainda plenamente aplicada e, dessa forma, esgotada. Não é “tese realizada”. A Atenção Psicossocial, por ser o vetor axial da política de Saúde Mental no Brasil (ainda que em franco retrocesso), precisará ocupar alguns poucos parágrafos de nosso escrito.

Como se sabe, o movimento de vanguarda na saúde que culminou com a proposição do SUS introduziu a categoria de “atenção à saúde”, que substituiu, com vantagem, seu antecessor “assistência em saúde”. A principal instância do Ministério da Saúde do Brasil, por exemplo, logo abaixo do gabinete do Ministro, é a Secretaria de Atenção à Saúde, atividade-fim do próprio Ministério. A Atenção à Saúde se estratifica em três níveis de atenção: primário ou básico, secundário e terciário. Em uma perspectiva sanitária, especialmente em um país com a geografia continental e com história colonial e marcada pela desassistência e pela disparidade social segregatória e gravíssima

do Brasil, a Atenção Primária à Saúde é o nível mais fundamental, e precisa ter o orçamento mais vultuoso possível, incondicional e indiscutivelmente: saúde da mulher e da gravidez, aleitamento materno, prevenção de doenças básicas, vacinação (como ainda estamos podendo constatar na pandemia de covid-19 que ainda não acabou), saúde odontológica, prevenção de doenças como diabetes, cardiovasculares, tabagismo e alcoolismo, enfim, a mais estratégica e fundamental forma de atenção à saúde. Os níveis secundário e terciário, que dispensam maiores comentários, consistem em modos cada vez mais especializados de intervenção, não menos importantes, porém de amplitude epidemiológica e estratégica menor em termos de promoção e prevenção em saúde.

Entretanto, a Atenção Psicossocial não é um nível da Atenção à Saúde, e só compartilha com esta expressão o termo “Atenção”, ponto em que a homologia detém, pois o atributo “psicossocial” a extrai da pirâmide de níveis de atenção, determinando uma nova modalidade (e não um nível) de atenção, com especificidades tão precisas quanto transcendentais. Expliquemo-nos. Se listamos acima uma série de situações a que só uma atenção primária potente e fartamente sustentada pelo Estado (pelo Estado: não por organizações sociais privadas) pode responder de modo eficaz, vamos agora relacionar uma série de outras situações em que não é essa modalidade de atenção, eminentemente sanitária, que pode responder com eficácia comparável: em primeiro lugar, todas as formas de sofrimento psíquico intenso e contínuo, a que podemos dar o nome de loucura, desde que despojemos deste termo todo o seu peso estigmatizante e sua valoração qualitativa; mas também outras situações que transbordam o campo da saúde médica, clínica, biológica, orgânica, bem como sua extensão “psicofísica” – uso abusivo de drogas, vulnerabilidade social extrema, práticas delituosas associadas com as condições mais deploráveis de vida, muitas vezes vida na rua, sem qualquer cuidado até mesmo com as condições mais básicas de saúde física (mas aqui não focalizando o cuidado médico-clínico, porquanto é a situação psicossocial que determina a condição doente do organismo, e não o contrário), esgarçamento dos laços sociais familiares e comunitários, violência policial extrema e constante, enfim, situações que beiram a mortalidade quase sempre sem *causa mortis* meramente biológica.

Tais situações não são engendradas por fatores endógenos, mas fundamentalmente psicossociais. Este termo – psicossocial – que é um vetor axial da política de saúde mental brasileira, embora hoje (e já há muito tempo, antes mesmo do golpe de 2016) em curso de dissipação, como dissemos – merece um momento de atenção de nossa parte. Aparentemente binomial, formado por dois radicais (psico e social), quando condensado em uma só nome (psicossocial), perde consideravelmente sua condição de signo, remetido, como tal, à significação de cada uma das partes que o compõem: não se trata da associação entre fatores psíquicos e sociais, mas ganha um valor de significante (categoria linguística e psicanalítica): ele não significa mais os seus referentes na realidade empírica, porém faz referência a um campo de questões amplas e, ao mesmo tempo, muito específicas, e sua especificidade significa exatamente o oposto da especialidade – nenhuma especialidade profissional (o médico, o psicólogo, o assistente social e *tutti quanti*) não poderão responder por ele, nem mesmo em um conjunto supostamente integrado de uma equipe multiprofissional.

O campo da Atenção Psicossocial é transprofissional, e não apenas transdisciplinar, e cada um de seus agentes ou atores deverá despojar-se ao máximo de sua identidade de diploma, sua formação técnica de origem, para intervir em uma realidade complexa que transborda cada um desses campos. Embora Atenção Primária e Atenção Psicossocial não se confundam nem possam coexistir no mesmo espectro piramidal, os sanitaristas que promoveram a Reforma Sanitária dos anos 1980 não experimentavam nenhuma incômodo com o surgimento desta nova modalidade de atenção, a psicossocial, que não cabia na saúde, e pensamos que isso se devia a uma comunidade de princípios éticos e políticos, mais do que técnico-conceituais: ambas as modalidades de atenção confluíam para uma ordem antes socialista que capitalista.

Assim, embora a Atenção Psicossocial não possa rivalizar com a Atenção Primária em termos de magnitude de seu orçamento, já que, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto da amplitude de sua população-alvo, ela é infinitamente mais restrita, sua complexidade e sua diversidade de situações envolvendo sofrimento agudo fazem com que ela compartilhe com a Atenção Primária alguns princípios que são os do SUS: acolhimento universal, porta de entrada, acessibilidade, integralidade da ação do cuidado, enfim, interdita qualquer forma de especialismo técnico. A especificidade do campo da Atenção Psicossocial está exatamente em que ele não pode ser, em sentido, nível ou tempo algum, marcado pelo especialismo ou pela lógica da especialidade. Se inserirmos a Atenção Psicossocial na pirâmide dos níveis de atenção, ela sofrerá um empuxo para o topo, e isso significará o extermínio cabal de sua potência transformadora da realidade psicossocial de enorme parcela da população brasileira.

Feita esta exposição da Política de Saúde Mental que vinha vigendo no Brasil desde o momento da “transição democrática” e teve seu marco legal sancionado em 6 de abril de 2001 pela Lei nº 10.216, também chamada Lei Paulo Delgado (Deputado Federal-PT/MG), examinemos, na parte final deste artigo, as vicissitudes pelas quais essa política vem passando.

Procuramos demonstrar o quanto a política, a lógica e a práxis da Atenção Psicossocial não cabem no espaço discursivo do sanitarismo estrito. Acionada pelo campo da Saúde, ela o transborda, e convoca não apenas outros setores formais que operam no espaço social (Assistência Social, Direito, Educação, Trabalho, Cultura, Esporte e Lazer) como também todas as instâncias informais do território, categoria a ser aqui tomada na acepção que lhe dá o grande geógrafo brasileiro Milton Santos, e que não se reduz a uma espaço físico-geográfico, mas a um espaço social: a Atenção Social, por meio de seu equipamento principal, o CAPS, aciona, não de modo genérico, ou exaustivo, os equipamentos formais dos setores mencionados, mas seletivamente, de acordo com as demandas singulares de cada caso, também setores informais, como clubes, igrejas, associações de moradores, e eventualmente instâncias legalmente não lícitas, se isso for fundamental para a articulação das ações de cuidado.

O que a política federal fez tão logo pôde, atendendo às inflexões produzidas pelo crescente espírito neoliberal, privatizante, tecnocrático e protocolar que se instalou no Brasil (e isso não esperou o golpe de 2016 para ocorrer)? Fez subsumir a Atenção Psicossocial à Atenção

Primária e submeteu a rubrica de financiamento da primeira à segunda. Conseguiu enfiar, na política de Saúde Mental, as Comunidades Terapêuticas, expressão que designava coisa completamente diferente no pós-Segunda Guerra, por exemplo, e que passou a designar lugares distantes da cidade e da moradia do usuário abusivo de drogas, onde ele passaria por um “tratamento” de abstinência forçada, muitas vezes também de trabalho forçado, segregado dos laços sociais e comunitários, em um “descuidado em situação de encarceramento” (o oposto do que a Reforma propunha: o cuidado em liberdade); convocou os médicos das unidades de Saúde da Família a medicarem os pacientes de saúde mental, em um claro momento de medicalização (que se distingue da medicação consciente, discutida em equipe e, sobretudo, obediente aos princípios psicossociais), o que exterminou a prática, até então usual, de discussão da medicação em equipe de atenção psicossocial no CAPS. Os novos sanitaristas, neoliberais, tecnoburocratas, afeitos a protocolos, e não a princípios, são avessos à Atenção Psicossocial e sustentam uma Atenção Primária terceirizada, empreendedorista, produtora de lucro e redutora de custos, o que está sempre acima das boas práticas em saúde.

Cabe deixar claro que a Estratégia Saúde da Família é – ou seria, caso não fosse delegada às Organizações da Sociedade Civil (OSC) em um claro processo de privatização da saúde – uma iniciativa excepcionalmente boa em termos das políticas públicas de Atenção Primária à Saúde, sobretudo em um país como o Brasil. Entretanto, além da questão da privatização, as Clínicas da Família só poderiam articular-se à saúde mental se a Atenção Psicossocial se mantivesse preservada em suas especificidades, e não na farsa de um “matriciamento” de uma pela outra, no qual não se sabe bem quem matricia quem.

Os Consultórios **de** Rua, equipamentos originariamente da Atenção Psicossocial) e nos quais a preposição “de” indicava o caráter transitivo que conectava os termos consultório e rua, dando ao consultório a cara, as cores e o cheiro da rua em que ele se situava, foram substituídos por Consultórios **na** Rua, equipamento da Atenção Primária nos quais a preposição “em” bloqueia, blinda a referida transitividade, encapsulando o consultório com a cor brancas da medicina e dos profissionais paramédicos que o compõem, e faz circular um veículo pelas ruas, com as características de um consultório cuja itinerância pelas ruas não o faz perder seu caráter de consultório médico-clínico.

Os CAPS transformam-se cada vez mais em entrepostos de dispensação de medicações, atendendo, talvez de modo mais eficiente que os velhos hospícios, aos interesses da versão psicofarmacológica da indústria mais rendosa e poderosa do mundo, a de medicamentos. Isso explica a tolerância da ABP e das forças manicomiais, hoje hegemônicas, mais ainda no governo fascista que arrasa o Brasil desde 2018, à ampliação dos CAPS, em um aparente “apoio” à política de Saúde Mental.

É bastante evidente que a principal estratégia das políticas – primeiro apenas neoliberais e depois fascistas – em vigor no Brasil foi o desmantelamento da força do movimento dos trabalhadores de Saúde Mental, objetivo para o qual a tática mais óbvia é a mudança do regime

de formação dos quadros, a chamada política de Recursos Humanos: se não há mais concursos públicos, se os trabalhadores perdem sua estabilidade, perdem também, em larga medida, suas possibilidades de exercício crítico, além de ficarem também privados da dimensão de formação permanente e do desenvolvimento de um vínculo desejante com seu campo de trabalho, fatores decisivos para sua capacidade de resistência aos golpes contrários às boas políticas de saúde mental. Os gestores públicos, associados aos gestores das OSC, chegam a estabelecer salários diferenciados para uma mesma categoria profissional na mesma cidade, o que opera como fator de desunião dos trabalhadores.

Uma política de Saúde Mental que tenha como seu vetor axial a Atenção Psicossocial pressupõe uma ordem social democrática e socialmente responsável. Não nos parece possível a sobrevivência de uma política assim em uma (des)ordem social antidemocrática, de matizes fortemente fascistas – antipobre, misóginos, racistas, homofóbicos, segregatórios, contra os loucos de todo tipo, que mata a 1 metro de distância, em chacinas programadas em suas casas, jovens negros e pobres, habitantes de favela, independentemente de serem ou não traficantes de drogas⁵², condição que exigiria de uma política pública digna deste nome medidas não apenas bastante diferentes, mas radicalmente opostas a estas.

Para concluir, uma palavra sobre a pandemia de covid-19. Se é verdade o que dissemos no parágrafo anterior – a incompatibilidade da política de saúde mental que apresentamos ao longo destas páginas com uma ordem social fascista ou de extrema-direita, violenta, ignara, preconceituosa e ditatorial –, o que dizer da saúde mental em uma situação de pandemia, quando, mais do que nunca, os dispositivos, os equipamentos e, sobretudo, a lógica da atenção psicossocial precisariam estar sustentados pelo Poder Público no mais alto grau?

Não nos referiremos aos neuróticos de classe média, habitantes dos bairros mais remediados da cidade (e menos ainda dos mais abastados) que experimentaram as mais variadas perturbações subjetivas em função do confinamento, do isolamento que a pandemia impôs, ainda que sob forte resistência do governo fascista que, como amplamente demonstrado, inclusive e, principalmente, por instrumentos científicos, pelo CEPEDISA, e que foi objeto de evento por nós organizado em parceria com os colegas desse eminente Centro de Pesquisas da Faculdade de Saúde Pública da USP⁵³, empenhou-se esmeradamente para a contaminação da população pelo vírus da covid-19 nos dois últimos anos. Não, não nos referiremos à população de classe média que sofreu depressão

52 Como ocorreu no dia 6 de maio de 2021 na Favela do Jacarezinho, onde sustentamos uma prática psicanalítica popular, não pública (não subvencionada pelo Estado) e recebemos muitos familiares das vítimas desta chacina.

53 *Pandemia, Ciência e Direitos Humanos – A Política Federal de Disseminação da COVID-19 no Brasil e de Ataque à Ciência em Normas, Atos e Fatos*, evento realizado no dia 27 de agosto de 2021 sob organização do CEPEDISA/FSP/USP, Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas/UERJ, Núcleo de Pesquisa em Psicanálise e Sociedade da PUC/SP e Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPa, com apoio da FREDUC (Frente em Defesa da Universidade e da Ciência) e do PUD (Psicanalistas Unidos pela Democracia).

em diferentes graus de gravidade, quadros de ansiedade aguda, adoeceu de outros quadros em função dessa doença, ou mesmo foi acometida pelo vírus, mas obteve tratamento e sobreviveu.

Referir-nos-emos aos que sofrem mais do que deveriam de problemas mentais, que contam com o CAPS e outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial como contam com o ar para respirar, que se mantêm estabilizados graças ao cuidado em liberdade que recebem das equipes de Atenção Psicossocial em vários equipamentos, e que ficaram privados desses cuidados. Somos supervisores de um CAPS na Zona Oeste do Rio de Janeiro, o CAPS II Neusa Santos Souza, em Senador Camará, próximo a uma violenta favela que é quase diariamente alvo de guerra da polícia carioca. Sabemos o quanto essa população, em particular os pacientes do CAPS, padeceram pela impossibilidade de frequentar o serviço como faziam. Criamos formas de estar com eles, como por internet, via de que a maioria não dispõe, seja por falta de recursos materiais (é claro que a totalidade dos usuários de um CAPS na sociedade brasileira, mais ainda em Senador Camará, é pobre), seja por impossibilidade subjetiva de suportar sessões por vídeo.

Não se trata aqui de fazer qualquer espécie de hierarquização de sofrimento, pois sofrimento é sofrimento, cada um é o que é. Entretanto, queremos apontar os desastrosos efeitos não só da pandemia em si, mas da política do desgoverno brasileiro de alastramento da pandemia, nas populações não apenas segregadas pela extrema pobreza, mas também pelo extremo sofrimento psíquico.

Freud aponta três fontes de mal-estar na civilização:

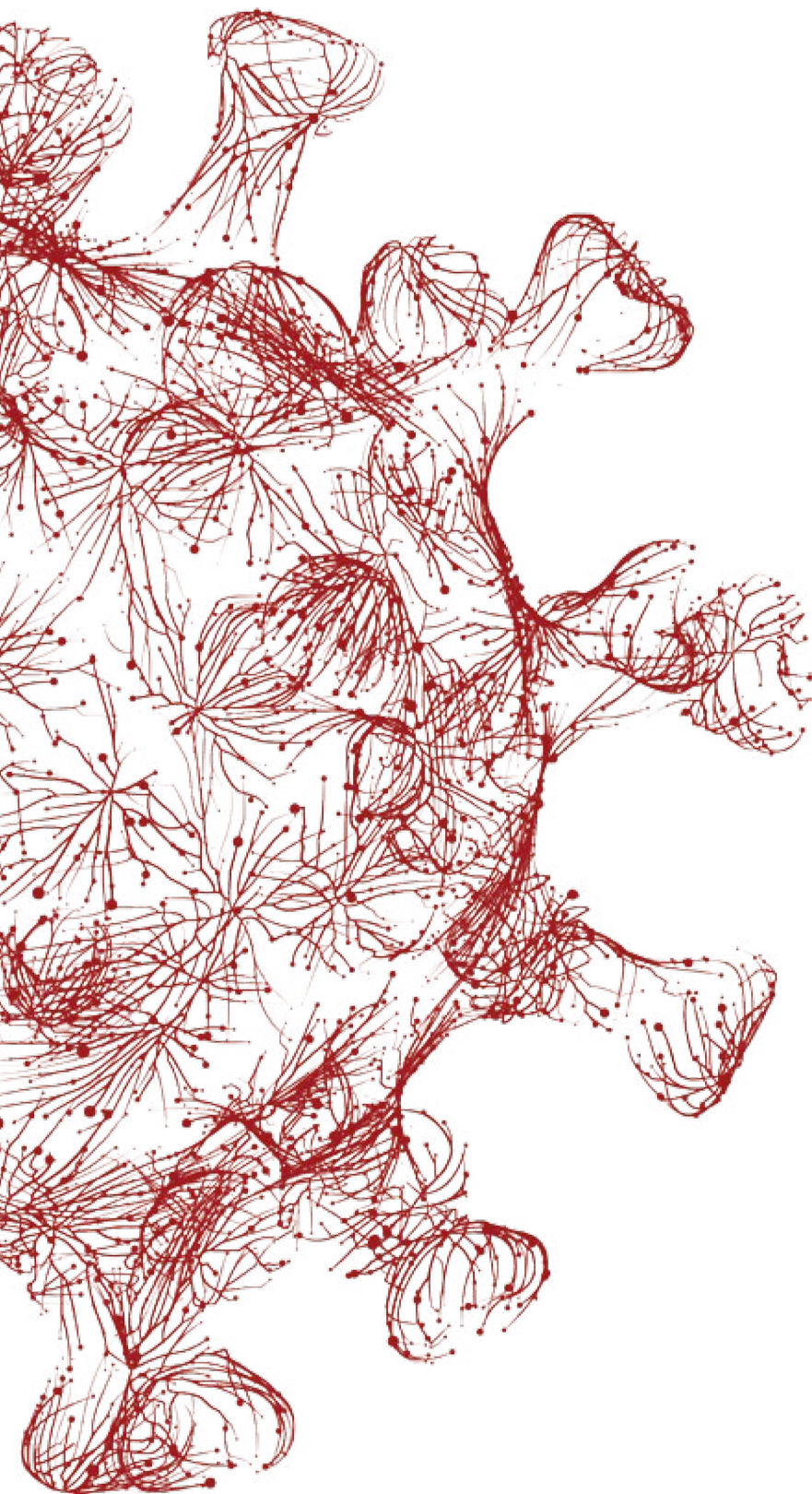
O nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se para nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. (FREUD, 1930, p. 9).

Ainda, aduz uma observação essencial, destinada a fazer com que essa “lista tríplice” não seja mera compilação de itens classificados, mas, como sempre, uma apreensão dialética da experiência que, de um conjunto qualquer, isola o termo que dá ao conjunto sua dimensão estrutural: “O sofrimento que provém desta última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro” (FREUD, 1974a, p. 95). Por quê? Porque, dos três, é o único em que o sujeito está implicado, por suas escolhas inconscientes, expressas em sua forma de se relacionar com seus semelhantes. É isso que confere a essa terceira fonte de sofrimento algo além do ordinal “terceira”: ela é a que importa.

Se aplicarmos essa formulação freudiana à covid-19 e à política da morte que nós, brasileiros, pelo governo que elegemos, como maioria da população, e com o qual, portanto, estamos implicados, seja qual tiver sido nosso voto, veremos que a covid-19, como pandemia, está relacionada com as duas primeiras fontes de sofrimento, mas que o mal-estar mais penoso é indiscutivelmente o que decorre do governo e a sua política da morte.

REFERÊNCIAS

1. FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974a. v. 21. p. 95.
2. FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974b. v. 18. p. 87-179.
3. OURY, J. **Le collectif**: Le Séminaire de Sainte-Anne. Nîmes, França: Champ Social Éditions, 2005.



CAPÍTULO 9.

**IMPACTOS DA COVID-19 SOBRE A REGULAÇÃO
DO TELETRABALHO NA SAÚDE: MEDICINA,
PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO
FÍSICA.**

Maria Eugênia Ferraz do Amaral Bodra

Doutora em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FDUSP); Mestra em Direito Comercial pela PUC/SP; Pós-Graduação (LL.M.) em Saúde Global e Instituições Internacionais pela Universidade de Georgetown (Washington DC/ EUA) e pelo Instituto de Altos Estudos Internacionais e de Desenvolvimento - IHEID (Genebra/Suíça). Pesquisadora e Membro do Conselho do Centro de Pesquisa em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/USP). Advogada.

Janete Castro

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia, Mestra em Administração e Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente é Professora Associada III do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN; Coordenadora do Observatório de Recursos Humanos da UFRN (ObservaRH/UFRN); Líder do grupo de pesquisa Gestão, Educação, Trabalho e Saúde/CNPq; Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde e Coordenadora do Grupo Temático (GT) Trabalho e Educação da ABRASCO. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Recursos Humanos em Saúde, Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Educação a Distância.

Matheus Zuliane Falcão

Doutorando e mestre em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FDUSP); Pesquisador e membro do Conselho do Centro de Pesquisa de Direito Sanitário (Cepedisa/USP). Membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). Experiência na área de sistemas de saúde em projetos de pesquisa com financiamento da OPAS/OMS.

Thais Paulo Teixeira Costa

Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (UFRN). Mestra em Educação pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). É pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos da UFRN. Integrante do Grupo de Pesquisa Gestão, Educação, Trabalho e Saúde (GETS), diretório CNPq. Possui interesse nas três grandes áreas da saúde coletiva, com maior ênfase na área de Planejamento e Gestão.

Nathalia Hanany Silva de Oliveira

Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (2013). Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - UFRN (2015). Mestra em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA/UFRN (2019). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSColl/UFRN. Integrante do Grupo de Pesquisa Gestão, Educação, Trabalho e Saúde (GETS), diretório CNPq. Pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos da UFRN.

Natanael de Freitas Neto

Graduado em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Informática em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Inovação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN e atualmente está cursando MBA em Gestão de Projetos pela Fundação Getúlio Vargas (FGV).

Fernando Aith

Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP. Co-Diretor Científico do Centro de Pesquisa em Direito Sanitário da USP. Professor Visitante da Université Paris Descartes - Paris 5 (desde 2014). Membro Especialista da Plataforma Harmony with Nature da Organização das Nações Unidas (ONU). Livre-Docente em Teoria Geral do Estado pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo - FADUSP. Pós-Doutor em Direito Público pela Faculdade de Direito da Universidade de Paris 2. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP - FSP/USP. Mestre em Filosofia e Teoria Geral do Direito pela FADUSP. Possui Diploma de Estudos Aprofundados em Direito Médico e da Saúde pela Universidade de Paris 8. Graduado em Direito pela Faculdade de Direito da USP - FADUSP.

INTRODUÇÃO

A OMS estabelece que a formação e a motivação de profissionais de saúde assim como as condições básicas para exercício de sua função são elementos fundamentais do sucesso de um sistema de saúde (WHO, 2016). A discussão em torno da força de trabalho em saúde engloba formação, regulação do exercício profissional, condições de trabalho e gestão de políticas públicas direcionadas ou associadas ao tema do trabalho.

O debate sobre ampliação do acesso aos serviços de saúde por meio de tecnologias de informação e comunicação possui relação importante com o subsistema de regulação de profissões de saúde e sua função. Dado o risco associado ao exercício das profissões de saúde e as restrições éticas aplicáveis, instituições que regulam o exercício profissional em aspectos como ética, escopo de prática e relação com usuários, por exemplo, são fundamentais e formam parte da regulação mais ampla associada à força de trabalho.

A regulação de profissões de saúde no Brasil é exercida por um mosaico de instituições pouco articuladas entre si (AITH, 2019). O fundamento para a regulação de profissões no Brasil está previsto na CF/88, que define a liberdade profissional condicionada às restrições impostas pela lei (art. 5º, XIII). O princípio constitucional, conforme entendimento do STF, pode ser restringido quando houver risco e conhecimento técnico de alto nível exigido para o exercício da profissão, o que origina as profissões reguladas (BORBA *et al.*, 2020). O Brasil reconhece hoje 14 profissões de saúde que exigem formação em curso superior universitário (CNS, 1998). Essas profissões contam com Conselhos Profissionais que possuem, ao mesmo tempo, um poder de autorregulação (pois são formados apenas pelos respectivos profissionais) e um poder estatal de regulação (visto que são autarquias federais criadas por lei e com poderes normativos e fiscalizatórios estatais próprios). Pode-se afirmar, assim, que, no modelo brasileiro, os Conselhos Profissionais assumem uma natureza jurídica híbrida, uma vez que são, concomitantemente, instituições corporativas de autorregulação profissional e instituições estatais de regulação.

No aspecto da regulação do exercício profissional propriamente dito, os 13 Conselhos Profissionais de saúde existentes são as principais autoridades regulatórias, exercendo papel de normatização, adjudicação, fiscalização e aplicação de sanções. São entidades federais, com representações regionais eleitas localmente, assemelhadas a autarquias, sob gestão exclusiva de profissionais da área correspondente e financiadas por contribuições profissionais (anuidades). O exercício profissional passa necessariamente pela inscrição em seus quadros, o que implica a observação de suas normas.

As competências dos Conselhos são definidas em lei federal. Em geral, cada profissão é regulada por uma lei federal específica e por outra que estabelece seu Conselho. A legislação, no entanto, tem caráter genérico quanto à definição das atribuições profissionais e das competências dos conselhos, deixando considerável espaço para as definições infralegais definidas por cada Conselho. Além disso, não há arranjo institucional que vincule o Conselho a outras autoridades

da administração pública ou entre si, o que lhes fornece grande autonomia política, inclusive para ingressar na justiça contra outras autoridades públicas.

A pesquisa sobre regulação do teletrabalho buscou compreender a estrutura normativa associada a esse aspecto e é fruto de pesquisa realizada pelo CEPEDISA/USP e pelo Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Observatório RH/UFRN, com apoio do Ministério da Saúde.

Este trabalho apresenta parte dos resultados coletados nessa pesquisa, seguidos de uma análise qualitativa sobre eles. São apresentadas e discutidas as normas sobre o teletrabalho de quatro profissões: medicina, psicologia, serviço social e educação física.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa documental descritiva e exploratória de abordagem qualitativa. Os métodos empregados para a consecução dos objetivos deste trabalho envolveram: i) a elaboração de um formulário para a coleta de informações sobre as normas jurídicas e projetos de lei de interesse para a pesquisa; ii) a coleta propriamente dita em bases previamente selecionadas de atos normativos; iii) os ofícios escritos enviados a agentes públicos previamente definidos; e, ao final, iv) a análise de todo o material coletado.

O formulário que orientou a coleta de dados para a pesquisa foi elaborado com o fim de organizar e selecionar informações gerais sobre cada ato normativo encontrado, e foi hospedado em uma plataforma da UFRN, desenvolvida para este fim.

A coleta de informações associadas aos atos normativos aconteceu entre os meses de fevereiro, março, abril, maio e junho de 2021, sendo esse o limite de publicação de normas utilizado como baliza do recorte temporal da pesquisa. Nessa etapa metodológica, a coleta dos textos normativos foi feita, de modo prioritário, diretamente nos diários oficiais. Em seguida, foram pesquisados outros *sites*. Por fim, foram coletados dados por meio de ofícios enviados a Conselhos Profissionais. Ao longo da leitura e da coleta desse conjunto de dados, o formulário foi preenchido de forma contínua.

Quanto às bases oficiais, foram utilizados o *site* da Imprensa Nacional (<https://www.gov.br/impresanacional/pt-br>) e as bases dos próprios Conselhos Profissionais. Inicialmente, a estratégia de busca definiu os seguintes descritores: “teleconsulta”, “telessaúde”, “teletrabalho”, “teleassistência”, “tele+profissão” (exemplo telemedicina), “saúde digital”, “consulta à distância”, “atendimento à distância”, “remoto”, “remota”, “*home office*”, “informática”, “tecnologias da informação e comunicação”.

A busca na base da Imprensa Nacional foi feita na modalidade “Pesquisa Ato a Ato”, que seleciona todos os atos normativos encontrados que contêm o descritor indicado,

e foi filtrada conforme o agente público emissor. Essa modalidade de busca é limitada a normas editadas entre a data da busca e o ano de 2018. A busca centrou-se na Seção 1 do Diário Oficial da União, formada por atos normativos. O primeiro resultado obtido foi um conjunto de atos normativos publicados entre 2018 e a data da busca no âmbito da União. Esses documentos foram lidos, em primeira análise, com o fim de identificar referências sobre normas anteriores a 2018, e assim agregar esses atos ao conjunto, o que foi realizado posteriormente.

O levantamento dos projetos de lei utilizou-se da mesma estratégia de busca para identificar os documentos correspondentes nas duas casas legislativas do Parlamento brasileiro: Câmara dos Deputados e Senado Federal.

Também foram feitas buscas nas bases documentais dos próprios Conselhos Profissionais (a nível federal e regionais) de maneira exploratória. Essa etapa não considerou um recorte temporal: foi realizada uma leitura flutuante nos documentos publicados em cada repositório, tendo como base o conjunto dos descritores escolhidos para esta pesquisa. O recorte temporal não foi incluído em razão do interesse em compreender discussões e marcos institucionais vigentes sobre o tema.

Por fim, incluíram-se também, para todas as profissões reguladas, a localização e a análise de cada Código de Ética. Ainda que boa parte desses Códigos não contenham necessariamente os descritores indicados, tais normas frequentemente versam sobre confidencialidade do tratamento e outros temas relevantes para a compreensão da regulação da terapêutica a distância.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pandemia de covid-19 teve impacto importante no Poder Legislativo brasileiro, estimulando discussões a respeito do teletrabalho em saúde. Os projetos de lei identificados tratam de temas como o serviço de saúde em si, a gestão de sistemas de informação no SUS, a cobertura de teleconsultas na saúde suplementar e questões associadas ao direito trabalhista.

Foram localizados dois diplomas legais em vigor sobre o tema. A Lei nº 13.989/2020, que autoriza provisoriamente a telemedicina (e que converge com a regulação atual do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, que visam suspender a vedação da prática no contexto da pandemia de covid-19), e a Lei nº 14.063/2020, que trata da assinatura eletrônica. Após análise, foi incluída a MP nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, que criou o ICP-Brasil, sistema usado para validar as assinaturas.

Ficou claro então que, até este momento, parte significativa da regulação do teletrabalho em saúde foi editada a partir dos Conselhos Profissionais. Por isso, é predominantemente sobre essa regulação que a análise abaixo é feita.

VIGÊNCIA DAS NORMAS SOBRE TELETRABALHO EM SAÚDE: MEDICINA, PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO FÍSICA

O Teletrabalho na Medicina foi regulado durante a pandemia, de modo temporário, com base no Ofício CFM nº 1756/2020 e na Portaria nº 467/2020 do Ministério da Saúde. Além disso, só a profissão de Medicina, durante a pandemia, chegou a contar com lei própria – ainda que de vigência provisória – para autorizar o exercício da medicina mediado por tecnologias, além de receitas médicas em suporte digital (Lei nº 13.989, de 13 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)).

Na psicologia, o teletrabalho também foi regulado durante a pandemia, de modo temporário pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). A Resolução CFP nº 4, de 26 de março de 2020, regulamenta, de forma provisória, os serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação “durante o período de pandemia do Covid-19 e até que sobrevenha Resolução do CFP sobre serviços psicológicos prestados por meios de tecnologia da informação e da comunicação” (BRASIL, 2020a). Como a norma flexibilizou a Resolução anterior (Resolução CFP nº 11/2018), é importante acompanhar as discussões que levarão à construção das normas definitivas sobre essa profissão. Há uma grande quantidade de normas editadas pelos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP) – pois há 24 CRP no País – que disciplinam o tema por prazo indeterminado. Contudo, parte dessas normas foi editada ainda na vigência da Resolução CFP nº 11/2018, em data anterior à Resolução CFP nº 4/2020 que atualmente regula a matéria. Logo, a vigência desse conjunto de normas depende de uma análise caso a caso.

As normas editadas pelo Conselho Federal de Serviço Social são, na verdade, Notas, Recomendações, Orientações que, por não apresentarem uma estrutura formal, dificultam a sua classificação como normas de vigência temporária ou definitiva. Tais normas apresentam conteúdo relevante sobre a matéria e indicam o posicionamento do Conselho sobre o tema; no entanto, como não estão estruturadas no formato de regras jurídicas formais, não cabe falar em vigência em relação a elas.

Com relação à profissão de educação física, é importante destacar que o Conselho Federal não regulou a matéria. Além disso, na ausência de regulação por parte do Conselho Federal, seis Conselhos Regionais regularam o tema por meio de normas cuja vigência para alguns é temporária e para outros é indeterminada. Ou seja, não é possível concluir pela existência de um padrão regulatório no que se refere à vigência das normas que disciplinam a profissão de educação física.

NATUREZA E CONTEÚDO DAS NORMAS SOBRE TELETRABALHO EM SAÚDE

MEDICINA

As primeiras normas editadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre teletrabalho datam de 2002. A Resolução nº 1.643/2002 trata pela primeira vez da telemedicina, exigindo, entre outros requisitos, infraestrutura tecnológica apropriada e atenção às normas do CFM em relação a: guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia de sigilo profissional.

A partir de 2014, outras normas sobre o tema foram editadas. A Telerradiologia passou a ser regulada pela Resolução CFM nº 2.107/2014, que estabelece a responsabilidade médica pelos atos de transmissão de exames e relatórios a distância, bem como a necessidade do consentimento livre e esclarecido por parte do paciente acerca dessa transmissão.

Em seguida, o Código de Ética Médica, em vigor atualmente, foi aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. O referido Código trata do Sigilo Médico como princípio fundamental, das obrigações relacionadas com o prontuário médico e dos casos em que é necessário o consentimento livre e esclarecido do paciente. Em seguida, em 2019, a Telepatologia foi regulada pela Resolução CFM nº 2.264/2019 que definiu e disciplinou a Telepatologia como forma de prestação de serviços de anatomopatologia mediados por tecnologias.

Com relação à Telemedicina, em 2018, a Resolução CFM nº 2.227/2018 chegou a definir e a disciplinar a matéria prevendo, em 23 artigos, a definição e os requisitos da Telemedicina, da Teleassistência médica, da Teleconsulta, da Teleinterconsulta, do Telediagnóstico, da Telecirurgia, da Teletriagem médica, do Telemonitoramento ou Televigilância, da Teleorientação, da Teleconsultoria e da Prescrição Médica a distância. No entanto, tal normativa foi revogada pela Resolução nº 2.228/2019 que restabeleceu a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002.

Já no contexto da pandemia, em 19 de março de 2020, o CFM expediu o Ofício CFM nº 1.756/2020 ao Ministério da Saúde, para, em caráter excepcional e visando proteger a saúde dos médicos e dos pacientes, reconhecer a possibilidade e a eticidade da utilização da Telemedicina, além do disposto na Resolução CFM nº 1.643, de 26 de agosto de 2002, com o fim de autorizar a Teleorientação, o Telemonitoramento e a Teleinterconsulta nos estritos termos nela definidos.

Ainda em março de 2020, foi editada a Portaria nº 467, de 20 de março, do Ministério da Saúde, que dispõe em caráter excepcional e temporário que “as ações de telemedicina de interação à distância podem contemplar o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada.” (BRASIL, 2020c). A referida Portaria trata

da segurança e sigilo das informações, da necessidade de registro das ações em prontuário clínico, da necessidade de assinatura eletrônica no caso de emissão de receitas e atestados, entre outros. Na medicina, portanto, o teletrabalho ainda está regulado de modo provisório.

Em seguida, a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, autoriza provisoriamente o teletrabalho em medicina durante a pandemia de covid-19, define a Telemedicina como “o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde” e estabelece que ela deve acontecer seguindo os mesmos padrões éticos da assistência presencial e com a devida informação ao paciente de suas limitações (BRASIL, 2020b).

Vale dizer que a Presidência da República, na Mensagem nº 191, de 15 de abril de 2020, vetou dois dispositivos dessa lei: o parágrafo único do art. 2º – que autorizava a utilização de receitas médicas em suporte digital com assinatura eletrônica ou digitalizada – e o art. 6º – que atribui ao CFM a competência pela regulação desse tema após a pandemia (BRASIL, 2020d). Entendeu-se que, após a pandemia, a matéria deveria ser regulada por lei e que haveria riscos em igualar a receita digitalizada a um documento eletrônico com assinatura digital, já que a receita digitalizada é um documento suscetível a fraudes enquanto a receita digital possui mecanismos de validação mais seguros (via Infraestrutura de Chaves Públicas brasileiras). Os vetos, no entanto, foram revistos, e o texto original foi promulgado pelo Congresso Nacional conforme aprovado.

Cinco Conselhos Regionais de Medicina (CRM) regularam aspectos da Telemedicina dentro de sua competência normativa, são eles: da Bahia, do Rio Grande do Sul, de Roraima, do Rio de Janeiro e do Ceará. Todos os Conselhos editaram tais regras após a autorização explícita de seu correspondente federal, a maioria deles inclusive mencionando o Ofício nº 1.756/2020 do CFM, que foi o primeiro documento da autarquia a reconhecer a possibilidade de realização da Telemedicina no contexto da covid-19. Nota-se, portanto, a existência de uma regulação coordenada entre os eixos federal e regional, ao menos no campo temporal.

O conteúdo das resoluções regionais, no entanto, é variado. O Conselho gaúcho ocupou-se de regular a relação entre profissionais da medicina e operadoras de planos de saúde no contexto do teletrabalho, por meio de sua Resolução CREMERS nº 10/2020. O Conselho fluminense buscou dar mais densidade ao manejo de prontuários eletrônicos, à certificação digital e à definição de plataformas digitais, por via de sua Resolução CREMERJ nº 314/2020.

Já os Conselhos do Ceará (Resolução CREMEC nº 56/2020), de Roraima (Resolução CRM-RR nº 41/2020) e da Bahia (Resolução CREMEB nº 367/2020) apresentaram regulamentação mais específica da Telemedicina, indicando sua autorização durante a pandemia e consolidando aspectos diversos da regulação federal, por exemplo, normas da ANVISA para prescrição eletrônica e as definições de Telemedicina oriundas da Declaração de Tel-Aviv, documento internacional da Associação Médica Mundial reconhecido pelo CFM como referência para o assunto. Essas normas também definem aspectos mais operacionais da Telemedicina, fornecendo ao profissional instrumentos para preenchimento de prontuários eletrônicos e até mesmo modelos de termos de consentimento.

PSICOLOGIA

A norma mais antiga sobre prestação de serviços psicológicos a distância data de 1995. Trata-se da Resolução CFP nº 2, de 20 de fevereiro de 1995, que ao inserir a alínea “o” no art. 2º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (à época Resolução CFP nº 2/87), vedou a prestação de serviços ou o vínculo do título de Psicólogo a serviços de atendimento psicológico via telefônica. Ou seja, até 1995, muito provavelmente, serviços psicológicos foram prestados por telefone já que não eram proibidos.

No ano 2000, a Resolução CFP nº 3/2000 regulamentou o atendimento psicoterapêutico mediado por computador, impondo diversas condições para sua realização, especialmente a de que tal atendimento faça parte de um projeto de pesquisa. Em 2005, essa norma foi revogada pela Resolução CFP nº 12/2005, que mantém a possibilidade de atendimento psicoterapêutico por computador em caráter experimental, no âmbito de projetos de pesquisa, e impõe outras condições para sua utilização. Como na norma anterior, os serviços psicológicos psicoterapêuticos são regulados de forma diversa dos serviços psicológicos não psicoterapêuticos (orientação profissional, consultorias a empresas etc.), já que, para a realização destes últimos, são impostas diversas condições, mas não se exige a vinculação com a pesquisa nem há o caráter experimental.

Em 2012, essa norma foi revogada pela Resolução CFP nº 11/2012, que passa a regular em capítulos distintos os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância (Capítulo 1) e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental realizado por meios tecnológicos de comunicação a distância (Capítulo 2). No entanto, em 2018, esta norma foi revogada pela Resolução CFP nº 11/2018.

A Resolução CFP nº 11/2018 traz uma modificação importante, pois deixa de fazer a distinção entre serviços psicológicos não psicoterapêuticos e atendimento psicoterapêutico. Pela primeira vez, a norma autoriza que todos os serviços psicológicos indicados no art. 2º sejam prestados por meios tecnológicos da informação, desde que seja feito um cadastro no CRP (art. 3º). No entanto, a norma dá tratamento específico aos casos que envolvam o atendimento de crianças e adolescentes, pessoas e grupos em situação de urgência e emergência, pessoas em situação de violação de direitos ou de violência.

Em 2020, a Resolução CFP nº 4/2020 regulamenta, de forma provisória, os serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação “durante o período de pandemia do Covid-19 e até que sobrevenha Resolução do CFP sobre serviços psicológicos prestados por meios de tecnologia da informação e da comunicação” (BRASIL, 2020a). Essa norma passou a impor, aos profissionais, a necessidade de cadastro prévio na plataforma e-Psi no respectivo CRP, que deverá emitir um parecer autorizando ou não o referido cadastro para prestação de serviços por meios de tecnologias da informação e comunicação. A norma também suspende provisoriamente os arts. 3º, 4º, 6º, 7º e 8º da Resolução CFP nº 11, de 11 de maio de 2018.

Como a Resolução CFP nº 4/2020 suspende o art. 3º da Resolução CFP nº 11/2018, mas mantém a necessidade do cadastro dos profissionais nos Conselhos Regionais, fica a dúvida sobre os critérios que devem nortear a autorização ou a negativa do referido cadastro pelos CRP. A Resolução nº 4/2020 deixa claro que cabe aos CRP tomar a decisão sobre o cadastro (autorizando-o ou não), mas não especifica quais são nem a quem cabe definir os critérios que devem nortear tal decisão. Boa parte das normas emitidas pelo Conselhos Regionais foram emitidas entre 2018 e 2020 e tratam dos critérios necessários à obtenção de autorização de cadastro. No entanto, além dos critérios formais, como necessidade de inscrição dos profissionais nos Conselhos Regionais, ausência de infrações éticas etc., tais normas explicam pouco sobre os critérios que dizem respeito à técnica e à qualidade do atendimento, bem como sobre o modo de se garantir a segurança dos dados dos pacientes.

Dessa forma, os serviços de atendimento psicoterapêutico, por computador, em caráter não experimental e desvinculados de pesquisa, só passaram a ser permitidos pelos Conselhos de Psicologia a partir de 2018. A prestação dos demais serviços psicológicos (não psicoterapêuticos) pode ser feita por computador, de forma não experimental e desvinculada de pesquisa, desde 2000. Com a pandemia, foram flexibilizadas as regras que davam tratamento específico aos casos de pessoas e grupos em situação de urgência e emergência e pessoas em situação de violação de direitos ou de violência. De outro lado, pouco se sabe sobre o funcionamento e a segurança da plataforma e-Psi a partir das normas e resoluções sobre o tema.

SERVIÇO SOCIAL

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) editou três notas sobre o tema do teletrabalho durante a pandemia. Ainda que tais notas não estejam revestidas do formalismo das normas jurídicas, é inegável a força normativa desses documentos na medida em que fornecem balizas às condutas dos diversos atores sociais, na ausência de leis e outras normas cogentes sobre o tema.

Em 18 de março de 2020, o CFESS (2020a) divulgou nota sobre o exercício profissional diante da pandemia de covid-19. Além de destacar a importância de seguir os protocolos das autoridades sanitárias, o Conselho esclarece que cabe a cada profissional utilizar de sua autonomia para definir a forma mais adequada de atendimento, mas enfatiza que a videoconferência deve ser utilizada em caráter excepcional. Destaca ainda que, diferentemente do CFP, que já possui regulamentação para essa modalidade de atendimento desde 2018, o CFESS não a regulamentou por entender que ainda há ponderações relacionadas com a qualidade do serviço prestado nessa modalidade.

Em 13 de maio de 2020, o CFESS divulgou nota sobre a realização de perícias por meio eletrônico (CFESS, 2020b), em resposta à Resolução nº 317/2020 do CNJ. Trata-se, na verdade de:

Nota da Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional do CFESS (Cofi/CFESS) em relação à Resolução CNJ nº 317, de 30 de abril de 2020, sobre a realização, durante a pandemia do novo Coronavírus, de perícia socioeconômica por meio eletrônico em processos judiciais cujo assunto são benefícios previdenciários e/ou assistencial. (CFESS, 2020b).

O CFESS manifesta-se contrariamente à realização de tais perícias no formato eletrônico em razão de sua impossibilidade técnica, já que, para a realização de estudos sociais, há a necessidade de visitas, entrevistas, pesquisas e avaliações complexas que não podem ser feitas por meio eletrônico, sem comprometer a qualidade técnica e ética.

Em 31 de julho de 2020, o CFESS divulgou outra nota (CFESS, 2020c), com orientações para a categoria sobre o teletrabalho e a teleperícia. O próprio Conselho destaca que a nota:

[...] faz parte dos processos reflexivos que estão em andamento sobre o trabalho profissional de assistentes sociais no contexto de pandemia e, por se tratar de temática densa, complexa e múltipla, não esgotará todas as questões que envolvem o teletrabalho/trabalho remoto e a teleperícia. (CFESS, 2020c).

No que se refere ao teletrabalho, o texto propõe três eixos principais de reflexão: “segurança do/a trabalhador/a e da população atendida; o dilema do acesso aos direitos pela população e a avaliação das condições éticas e técnicas no contexto do teletrabalho.” (CFESS, 2020c).

E conclui:

Por fim, entendemos que a organização política da categoria junto aos/as demais trabalhadores/as e articulada aos sindicatos é fundamental para constituir formas de enfrentamento e imposição de limites à exploração, em especial para o debate sobre o teletrabalho e sua conexão com as requisições de maiores índices de produtividade. O teletrabalho aparece como uma das novas configurações do mundo do trabalho e como uma tendência que parece estar no horizonte das lutas sociais deste e do próximo período, e que demanda uma agenda de debates e de organização coletiva sobre condições de trabalho, a natureza do trabalho desenvolvido, isonomia em relação ao trabalho presencial, saúde do/a trabalhador/a e qualidade dos serviços prestados à população. (CFESS, 2020c).

De outro lado, os Conselhos Regionais apresentam uma preocupação mais voltada para a necessidade de proteção da saúde dos profissionais, especialmente por meio da exigência de cumprimento de normas de segurança por parte das instituições às quais tais profissionais estão vinculados. A Recomendação nº 01/2020 do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) da 1ª Região (Pará) apresenta recomendações aos profissionais e às instituições no sentido de que

devem ser atendidas todas as condições sanitárias e de trabalho, especialmente no que se refere ao fornecimento de equipamentos de proteção individual e coletiva, adequação de espaços de trabalho, entre outros. No mesmo sentido, a Resolução CRESS nº 1/2020 da 18ª Região (Sergipe), a Orientação sobre o Exercício do Profissional do/a Assistente Social perante a pandemia do Coronavírus (Covid-19) do Conselho Regional do Tocantins e a Nota Técnica nº 01/2020 do Conselho Regional do Acre que recomendam a implantação de “*home office*” ou trabalho remoto sempre que possível.

EDUCAÇÃO FÍSICA

O Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) não regulou o teletrabalho. Na ausência de uma normatização federal, os Conselhos Regionais de Educação Física (CREF) da 2ª, 4ª, 7ª, 9ª, 14ª e 19ª Regiões regularam a matéria.

O CREF2/RS editou a Resolução nº 174/2020, que dispõe acerca das condições para o exercício do profissional e a oferta de serviços de Educação Física a distância, pelas pessoas físicas e jurídicas registradas no CREF2/RS. A regulação permite a prestação de modo síncrono ou assíncrono, ressaltando a necessidade de que o profissional esteja devidamente habilitado no CONFEF, cumpra as normas éticas, faça avaliações prévias de saúde, de segurança e higiene dos equipamentos, esteja atento à guarda, ao manuseio e à transmissão de dados, garanta confidencialidade e sigilo profissional, entre outros.

O CREF4/SP editou a Resolução nº 123/2020, posteriormente prorrogada pela Resolução nº 129/2020, que diz respeito ao Teleatendimento realizado pelo Profissional de Educação Física no território de competência do CREF4/SP. Além dos temas acima, a referida resolução traz as definições de Teleconsulta, Teleaula, Teleconsultoria e Análise de Metadados. Trata também da necessidade de manutenção de prontuário, apontando os dados que dele devem constar.

Na mesma linha é o conteúdo da Resolução nº 101/2020 editada pelo CREF7/DF, que dispõe sobre o teleatendimento; e, também, o conteúdo da Resolução nº 117/2020, prorrogada pela Resolução nº 124/2021, ambas dispondo acerca do Teleatendimento realizado pelo Profissional de Educação Física no território de competência do CREF9/PR. Também regularam o tema neste mesmo sentido, o CREF14/GO-TO por meio da Resolução 087/2020 e o CREF19/AL, por meio da Resolução 22/2020.

REGULAÇÃO DOS DADOS: MEDICINA, PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO FÍSICA

Com relação aos dados, também a medicina foi a profissão que mais regulou o tema. Em 2002, a Resolução nº 1.638/2002 definiu prontuário médico como conjunto de informações,

imagens e outros dados que merecem sigilo e confidencialidade. Já em 2007, a Resolução nº 1.821/2007 aprovou as normas técnicas concernentes à digitalização e ao uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde, sendo que, nessa norma, é aprovado o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

Mais recentemente, a Resolução CFM nº 2.178/2017 regulamentou o funcionamento de aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio, e a Resolução CFM nº 2.180/2018 estabeleceu os dados de médicos que devem ser disponibilizados em consultas eletrônicas relacionadas com os registros dos profissionais. Em seguida, o Código de Ética Médica em vigor atualmente foi aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018. O referido Código trata do Sigilo Médico como princípio fundamental, das obrigações relacionadas com o prontuário médico e dos casos em que é necessário o consentimento livre e esclarecido do paciente.

Com relação à profissão de psicologia, o tema é tratado desde a Resolução CFP nº 3/2000 que regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediado por computador, a qual exige que sejam seguidas as recomendações técnicas relativas à segurança e à criptografia disponibilizadas pelo CFP. Ainda em 2000, a Resolução CFP nº 6/2000 institui a Comissão Nacional de Credenciamento e Fiscalização dos Serviços de Psicologia pela internet, responsável por validação, acompanhamento e fiscalização dos *sites* na forma de que trata o art. 7º da Resolução CFP nº 3/2000.

A Resolução CFP nº 10/2005 aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo atualmente em vigor. Em seu art. 9º, o Código prevê que “é dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional” (BRASIL, 2005). Ainda em 2005, a Resolução CFP nº 12/2005 passou a impor, além das condições relativas à segurança e criptografia previstas na norma anterior, que a pesquisa (a qual o atendimento psicoterapêutico está necessariamente vinculado) seja identificada com certificado eletrônico desenvolvido pelo CFP.

A Resolução CFP nº 1/2009 dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos, registro este que tem caráter sigiloso, deve ser permanentemente atualizado e cuja guarda é responsabilidade do psicólogo. Em 2012, a Resolução CFP nº 11/2012 passou a regulamentar os serviços psicológicos realizados (não psicoterapêuticos) e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental. Em ambos os casos, passou a ser necessária a realização de um cadastro perante o CRP entre outros requisitos.

Em 2018, essa norma foi revogada pela Resolução CFP nº 11/2018 que regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação. Quanto ao cadastro, é importante dizer que os §§ 1º e 2º do art. 3º da Resolução CFP nº 11/2018 indicam que os critérios de autorização serão definidos pelos CRP, considerando os fatores éticos, técnicos e administrativos sobre a adequabilidade do serviço. Além disso, definem também que tal cadastro deverá ser atualizado anualmente.

Em 2020, a Resolução CFP nº 4/2020 regulamenta, de forma provisória, os serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação “durante o período de pandemia do Covid-19 e até que sobrevenha Resolução do CFP sobre serviços psicológicos prestados por meios de tecnologia da informação e da comunicação” (BRASIL, 2020). Essa norma passou a impor, aos profissionais, a necessidade de cadastro prévio na plataforma e-Psi no respectivo CRP, que deverá emitir um parecer autorizando ou não o referido cadastro para prestação de serviços por meios de tecnologias da informação e comunicação. A norma também suspende provisoriamente os arts. 3º, 4º, 6º, 7º e 8º da Resolução CFP nº 11, de 11 de maio de 2018.

Como a Resolução CFP nº 4/2020 suspende o art. 3º da Resolução CFP nº 11/2018, mas mantém a necessidade do cadastro dos profissionais nos Conselhos Regionais, fica a dúvida sobre os critérios que devem nortear a autorização ou a negativa do referido cadastro pelos CRP. A Resolução nº 4/2020 deixa claro que cabe aos CRP tomar a decisão sobre o cadastro (autorizando-o ou não), mas não especifica quais são nem a quem cabe definir os critérios que devem nortear tal decisão. Boa parte das normas emitidas pelo Conselhos Regionais foram emitidas entre 2018 e 2020 e tratam dos critérios necessários à obtenção de autorização de cadastro. No entanto, além dos critérios formais, como necessidade de inscrição dos profissionais nos Conselhos Regionais, ausência de infrações éticas etc., tais normas explicam pouco sobre os critérios que dizem respeito à técnica e à qualidade do atendimento, bem como sobre o modo de se garantir a segurança dos dados dos pacientes.

Ademais, ainda que existam normas prevendo a necessidade de cadastro e de fiscalização dos profissionais, pode-se dizer que, em relação à segurança das informações e dos dados dos pacientes, há poucas normativas. Nas normas dos Conselhos de Psicologia, não foram localizadas informações técnicas que possam indicar como a segurança da informação ou como o sigilo e a confidencialidade dos dados, ou ainda como outras garantias, serão assegurados aos pacientes e profissionais de saúde que utilizam essas tecnologias.

Os Conselhos do Serviço Social não emitiram normas sobre segurança de dados. No entanto, como foi visto, há uma grande preocupação desses órgãos com o cumprimento das normas éticas e técnicas previstas na Resolução CFESS nº 493/2006.

Por fim, também não foram localizadas normas dos Conselhos de Educação Física sobre segurança de dados. No entanto, como também foi visto, as normas que tratam do teletrabalho em Educação Física também fazem referência ao Código de Ética da profissão regulamentado pela Resolução CONFEF nº 307/2015.

CONCLUSÃO

As principais normas que regulam o teletrabalho das profissões ora analisadas são de vigência provisória, ainda que, do ponto de vista quantitativo, a maior parte das normas cole-

tadas seja de vigência indeterminada. O aspecto positivo é que a regulação provisória confere à sociedade a possibilidade de vivenciar essa realidade e, a partir dessa experiência, participar dos debates sobre a construção de uma norma definitiva.

A regulação da profissão médica tem sido precursora no que se refere à regulação tanto do teletrabalho em saúde como do tema “Saúde Digital” em geral. De outro lado, também vimos que a regulação editada pelos Conselhos de Psicologia tem sido acompanhada de perto pelos Conselhos de Serviço Social. Por isso, é fundamental acompanhar as discussões sobre esse tema no âmbito desses Conselhos, já que a regulação adotada por esses profissionais tende a influenciar a regulação de outras categorias de profissionais da saúde.

Boa parte da atual regulação do serviço social, editada durante a pandemia, voltou-se à orientação do comportamento das instituições às quais tais profissionais estão vinculados. Além disso, tal regulação apresenta uma crítica social importante ao teletrabalho. Esse conteúdo é, em parte, explicado pela natureza complexa do tipo de serviço e pelo perfil menos liberal do profissional do serviço social. Em relação aos profissionais da educação física, vale notar o protagonismo assumido pelos Conselhos Regionais – que propuseram uma regulação sobre o tema diante da ausência de posicionamento do Conselho Federal – e sua coesão, já que se pode reconhecer alto grau de semelhança quanto ao conteúdo da regulação editada pelos diferentes regionais.

No que se refere ao teletrabalho, pode-se dizer então que os Conselhos de Medicina e de Psicologia se caracterizam por certo protagonismo regulatório, ainda que cada uma dessas entidades tenha produzido conteúdo regulatório bastante distinto. Já os Conselhos de Serviço Social e de Educação Física trazem outros elementos de análise importantes, como a crítica social e a importância dos Conselhos Regionais.

A proteção de dados pessoais converge com preocupações já antigas da área dos Conselhos Profissionais, associadas ao sigilo e à confidencialidade e que atribuem aos profissionais o dever ético de não compartilhar informações sobre usuários, salvo em casos específicos previstos na regulamentação. Outrossim, com relação à regulação dos dados, pode-se dizer que a profissão de medicina é uma referência para todo o setor. Para além do Código de Ética e das normas que tratam especificamente do teletrabalho, há um conjunto de normas editadas pelos Conselhos de Medicina que tratam da segurança dos sistemas de informação, da proteção dos dados dos pacientes e dos médicos, da confidencialidade das informações sobre saúde e da responsabilidade dos médicos envolvida nessas ações.

Poucas normas voltadas à garantia da saúde e dos direitos trabalhistas dos profissionais da saúde foram identificadas no âmbito dos Conselhos Profissionais. Esse ponto merece atenção especial de toda a sociedade.

Conclui-se que as intensas mudanças causadas pela incorporação do teletrabalho em saúde nas práticas sociais e nos mercados de serviços de saúde trazem a necessidade de aprimorar as instituições e os diplomas legais existentes. Esse aprimoramento passa obrigatoriamente pelo

debate dos temas da proteção de dados de usuários e profissionais de saúde, da inserção do teletrabalho nos serviços públicos e privados, da preservação da qualidade desses serviços, da proteção da saúde e direitos dos trabalhadores que prestam os serviços de saúde e da necessidade de atribuir um caráter permanente às normas legais vigentes, em substituição ao caráter provisório atual.

REFERÊNCIAS

1. AITH, F. M. A. O interesse público na regulação estatal de profissões de saúde do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], n. 27, p. e3114, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jbKCm8qLfdCscCKGTkyMD9B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.
2. BORBA, M. N. *et al.* Itinerário jurídico-administrativo das novas profissões de saúde no Brasil. In: AITH, F. *et al.* (org.). **Regulação de profissões de saúde no Brasil e em perspectiva comparada**. São Paulo: CEPEDIDA, 2020. p. 11-33.
3. BRASIL. Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 4, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 62, p. 251-252, 30 mar. 2020a.
4. BRASIL. Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 10, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 145, p. 92, 29 jul. 2005.
5. BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 73, p. 1, 16 abr. 2020b.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 56-B, p. 1, 23 mar. 2020c.
7. BRASIL. Presidência da República. Despachos do Presidente da República. Mensagem nº 191, de 15 de abril de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 73, n. 6, 16 abr. 2020d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Msg/VEP/VEP-191.htm. Acesso em: 8 out. 2021.
8. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS divulga nota sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus**. Brasília: CFESS, 2020a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>. Acesso em: 6 out. 2021.
9. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Coronavírus**: CFESS divulga nota sobre a realização de perícias sobre por meio eletrônico. Brasília: CFESS, 2020b. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1702>. Acesso em: 6 out. 2021.

10. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Teletrabalho e Teleperícia**: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. Brasília: CFESS, 2020c. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.
11. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Brasília: CNS, 1998. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm. Acesso em: 15 out. 2021.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.

CAPÍTULO 10.

VACINAS E DIREITO HUMANO À SAÚDE

Roberta de Freitas Campos

Vice-Coordenadora do NETHIS/FIOCRUZ

“En contraste con los derechos humanos, los derechos de propiedad intelectual son generalmente de índole temporal y es posible revocarlos, autorizar su ejercicio o cederlos a terceros.” (NU, 2006).

É compreensível que a pandemia de covid-19 seja tratada como tema da medicina, de saúde pública e de economia, até mesmo de segurança pública. Contudo, é preciso destacar que ela é, sobretudo, um tema de direitos humanos.

Motivado pela pandemia, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas adotou, em 12 de março de 2021, uma Declaração sobre vacinação universal acessível para covid-19, cooperação internacional e propriedade intelectual (UN, 2021a).

A cooperação científica internacional, a pesquisa intensiva e o apoio financeiro substantivo dos Estados permitiram o desenvolvimento de várias vacinas seguras e eficazes para a covid-19 em tempo recorde, sem comprometer a segurança, visto que os protocolos e as diretrizes internacionais a esse respeito têm sido seguidos, e as vacinas, aprovadas pelas respectivas autoridades sanitárias.

No entanto, essa enorme conquista científica contrasta com a falta de disponibilidade de vacinas e com a distribuição global desigual da quantidade produzida e encomendada. Até abril de 2022 alguns países não haviam vacinado nem 10% de sua população⁵⁴. Em contraste, os países ricos garantiram mais da metade do futuro suprimento de vacina da covid-19. Essa situação representa uma discriminação no direito ao acesso à vacinação em nível global e uma violação ao direito à saúde e à vida.

54 WHO. World Health Organization (2022). Weekly Epidemiological Record, 2022, vol. 97, 24, 261 - 276. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356579>

A distribuição lenta e desigual somada à política de contenção da epidemia desastrosa de alguns países aumentam a possibilidade de novas mutações do vírus mais transmissíveis e mais letais. Essa preocupação fez com que os Estados conseguissem emitir importantes Resoluções Internacionais. Em fevereiro de 2021, O Conselho de Segurança da ONU aprovou, por unanimidade, a Resolução 2565, conclamando todos os Estados Membros a adotarem uma postura solidária em “pausa humanitária sustentada” (UN, 2021b, tradução nossa) nos conflitos locais, a fim de permitir a vacinação da covid-19.

A resolução do Conselho reafirma a necessidade urgente de solidariedade, que implica desenvolver parcerias internacionais, particularmente para aumentar a capacidade de fabricação e distribuição, em reconhecimento dos diferentes contextos nacionais. Como medidas, ainda, convida a doação de doses de vacinas de economias desenvolvidas e todos aqueles em posição de fazer assim, para países de baixa e média renda e outros países necessitados, para além do mecanismo do COVAX Facility⁵⁵.

O diretor da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, argumentou que mais poderia ser feito. Em discurso celebrando a distribuição de mais de 20 milhões de doses de vacinas em 20 países pela COVAX, o diretor da OMS argumentou que “Muitos países com capacidade de fabricação de vacinas podem começar a produzir suas próprias vacinas abrindo mão dos direitos de propriedade intelectual, conforme previsto no acordo TRIPS. Essas provisões existem para uso em emergências. Se agora não é hora de usá-los, então quando? Este é um momento sem precedentes, e a OMS acredita que este é o momento de acionar essa disposição e renunciar aos direitos de patente”⁵⁶.

Entretanto, as vacinas estão sujeitas ao regime de direitos de propriedade intelectual. É justo que entidades empresariais privadas ou instituições públicas de pesquisa que criaram essas vacinas, com grande apoio financeiro de fundos públicos, recebam uma compensação razoável por seus investimentos e pesquisas. No entanto, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas lembra, na declaração E/C.12/2021, de março de 2021, que os direitos de propriedade intelectual não são um direito humano, mas um produto social, com uma função social (UN, 2021a). Consequentemente, os Estados Partes têm o dever de impedir que a propriedade intelectual e os regimes jurídicos de patentes prejudiquem o gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais, a saber, o direito à saúde. Conforme já evidenciado na Declaração de Doha da Organização Mundial do Comércio (OMC) sobre os Aspectos Relacionados ao Comércio do Acordo de Direitos de Propriedade Intelectual (Trade-Related Aspects of Intellectual

55 Acordo lançado em abril de 2020 como um projeto de colaboração global, coordenado pela OMS para desenvolvimento, produção e acesso a testes, tratamentos e vacinas para a covid-19, compromete-se a fornecer 2 bilhões de doses de vacina até o final de 2021.

56 WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 5 March 2021 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-5-march-2021>.

Property Rights – TRIPS) e Saúde Pública (2001), o regime de propriedade intelectual deve ser interpretado e implementado de forma a apoiar o dever dos Estados para proteger a saúde pública.

Entidades comerciais, incluindo empresas farmacêuticas, têm a obrigação, no mínimo, de respeitar os direitos do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); elas têm responsabilidades específicas para possibilitar a realização do direito à saúde, inclusive em relação ao acesso a medicamentos e vacinas. As empresas farmacêuticas, incluindo empresas inovadoras, genéricas e de biotecnologia, têm responsabilidades com os direitos humanos em relação ao acesso a medicamentos, compreendendo ingredientes farmacêuticos ativos, ferramentas de diagnóstico, vacinas, biofármacos e outras tecnologias de saúde relacionadas. Assim, as entidades empresariais também devem se abster de invocar direitos de propriedade intelectual de maneira que seja inconsistente com o direito de todas as pessoas de acessar uma vacina segura e eficaz para a covid-19 ou com o direito dos Estados de exercer as flexibilidades do TRIPS⁵⁷.

A suspensão dos direitos de propriedade intelectual das produtoras de vacina vem sendo objeto de uma importante discussão na OMC desde outubro de 2020. África do Sul e Índia defenderam uma proposta que permitiria a isenção limitada e temporária de certas obrigações do Acordo TRIPS em prol da prevenção, da contenção e do tratamento da covid-19. O projeto de acordo, conhecido como ‘isenção de TRIPS’, sofre forte resistência dos países ricos e da indústria, e deveria dar aos países em desenvolvimento amplos poderes para produzir as suas próprias vacinas e produtos de combate à covid-19 sem se preocupar em infringir os direitos de patentes, que são amplamente detidos por empresas farmacêuticas ocidentais. Se tivesse sido adotada a isenção proposta do TRIPS, seria possível o compartilhamento de tecnologia e *know-how*, possibilitando que os países aumentassem as vacinas e os tratamentos da covid-19 sem medo de infringir Direitos de Propriedade Intelectual ou sofrerem retaliação comercial.

A OMC funciona por consenso, e o processo vem se arrastando por tanto tempo que pode chegar tarde demais, haja vista os embates nas negociações entre os quatro principais atores no debate – União Europeia (UE), Estados Unidos da América (EUA), África do Sul e Índia. Durante meses, o acordo estava sendo discutido a portas fechadas e só foi revelado aos outros 160 membros em maio de 2022.

Nessa nova versão, proposta dos EUA e da UE, a concessão da quebra de patentes seria apenas para as vacinas e haveria flexibilização de poucas restrições de importação. Não sobrou muito da ideia inicial proposta por África do Sul e Índia, que incluía a liberação de direitos autorais, desenhos industriais e segredos comerciais para medicamentos e testagem, além dos imunizantes.

57 WTO. Council for Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights. IP/C/W/666, Intellectual Property And Public Interest: Beyond Access to Medicines And Medical Technologies Towards More Holistic Approach to Trips Flexibilities Communication from South Africa. 2020. Disponível em: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/IP/C/W666.pdf&Open=True>

Embora as grandes empresas farmacêuticas insistam que a proteção de patentes fornece um incentivo econômico para a realização de pesquisas arriscadas, não se pode esquecer que boa parte do investimento veio de recurso público.

Além disso, a pesquisa básica realizada por universidades, institutos e laboratórios com financiamento público também contribuiu para o desenvolvimento das vacinas da covid-19. Agências governamentais, especialmente dos países desenvolvidos, destinaram mais de US\$ 19 bilhões de dinheiro público por vários meios para apoiar a covid-19: vacinas, terapêuticas e diagnósticos entre janeiro e setembro de 2020.

A Moderna recebeu quase US\$ 1 bilhão em bolsas de pesquisa e US\$ 1,5 bilhão em financiamento de suprimentos do governo dos EUA para seu programa de desenvolvimento de vacinas da covid-19. As vacinas desenvolvidas pela Novavax, Johnson & Johnson e AstraZeneca/Oxford University também receberam uma quantia considerável de financiamento público.

Nesse contexto, é legítimo exigir às grandes empresas farmacêuticas que usam dinheiro público para desenvolver vacinas da covid-19 o compartilhamento de sua tecnologia e *know-how* livre de patentes e outras barreiras.

A OMC tem uma árdua tarefa diante dos interesses comerciais ali traçados e da responsabilidade da comunidade global em atuar para interromper a pandemia de covid-19, reduzir os riscos de variantes e reverter a tendência de sofrimento global consequente. Nas palavras da Embaixadora Xolelwa Mlumbi-Peter da África do Sul: “Sabemos que esse objetivo só é alcançável quando todos, em todos os lugares, puderem acessar as tecnologias de saúde de que precisam para detecção, prevenção, tratamento e resposta ao COVID-19”⁵⁸.

Agora, mais do que nunca, a cooperação internacional e a solidariedade são instrumentos vitais para o futuro.

58 WTO. https://www.wto.org/english/news_e/news20_e/trip_30jul20_e.htm

REFERÊNCIAS

1. NACIONES UNIDAS. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. **Observacion General nº 17**. Ginebra: UN, 2006. Disponível em: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47e-bcb822>. Acesso em: 12 jun. 2023.
2. UNITED NATIONS. Economic and Social Council. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. **Statement on universal affordable vaccination against coronavirus disease (COVID-19), international cooperation and intellectual property**. New York: UN, 23 abr. 2021a. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/2021/1&Lang=en. Acesso em: 12 jun. 2023.
3. UNITED NATIONS. Security Council. **Resolution 2565 (2021)**. New York: UN, 26 fev. 2021b. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3903131#record-files-collapse-header>. Acesso em: 12 jun. 2023.
4. WHO. **Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19**. 5 March 2021. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-5-march-2021>. Acesso em: 12 jun. 2023.
5. WTO. Council for Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights. IP/C/W/666, **Intellectual Property And Public Interest: Beyond Access to Medicines And Medical Technologies Towards More Holistic Approach to Trips Flexibilities**. Communication from South Africa. 2020. Disponível em: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q/IP/C/W666.pdf&Open=True>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CAPÍTULO II.

INFERÊNCIA CAUSAL NA AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DA PANDEMIA

Fredi A. Diaz-Quijano

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Laboratório de Inferência Causal em Epidemiologia – LINCE-USP, São Paulo, SP, 01246-904, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1134-1930> E-mail: frediazq@usp.br Twitter: @DiazQuijanoFA. Bolsista de produtividade em pesquisa CNPq, processo: 312656/2019-0

Tatiane Bomfim Ribeiro

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, São Paulo, SP, 01246-904, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-4434-748X>

INTRODUÇÃO

A covid-19 desafiou o mundo para que ações rápidas fossem implementadas, tais como as medidas restritivas, para reduzir a transmissão do vírus SARS-CoV-2 (LAU *et al.*, 2021; LI *et al.* 2020), sobretudo no cenário anterior à vacinação em massa. A adoção de políticas públicas para controlar a pandemia enfrentou diversos desafios, como as dificuldades para manter a adesão da comunidade em longo prazo. Dessa forma, a implementação das normas foi acompanhada de estratégias efetivas de comunicação, incluindo mensagens baseadas nas evidências científicas disponíveis (QUINTO, 2020). No início da pandemia, porém, a evidência empírica que apoiava as medidas quarentenárias era escassa, e a maioria dos argumentos epidemiológicos estiveram baseados apenas em projeções de modelos matemáticos e extrapolações de conhecimento básico sobre a transmissibilidade (BARBOSA *et al.*, 2020; GANEM *et al.*, 2020; DIAZ-QUIJANO; RODRIGUEZ-MORALES; WALDMAN, 2020).

No entanto, estudos documentando os benefícios dessas políticas foram se acumulando progressivamente. No início da pandemia, um estudo epidemiológico avaliou o impacto das intervenções populacionais não farmacológicas sobre a incidência de casos de covid-19, reportados entre dezembro de 2019 e março de 2020, em Wuhan, China (marco temporal e geográfico do início e rápida disseminação dos primeiros casos). Os resultados sugeriram que as intervenções multifacetadas de saúde pública, incluindo combinações de normas de isolamento e suspensão do transporte público entre outras, foram temporariamente associadas a um melhor controle do surto da covid-19 (PAN *et al.*, 2020).

Posteriormente, uma revisão sistemática com metanálise avaliou a eficácia das medidas de distanciamento social, uso de máscara e proteção ocular na prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2. Foram identificados 172 estudos observacionais em 16 países e seis continentes em

ambientes de saúde e comunitários (n=25697 pacientes). Essa revisão concluiu que a transmissão de vírus foi menor com distanciamento físico de, pelo menos, 1 metro, em comparação com uma distância inferior a 1 metro (*odds ratio* ajustado [ORa]: 0,18; intervalo de confiança de 95% [IC95%]: 0,09 a 0,38; diferença de risco [DR]: 10,2%, IC95%: 11,5% a -7,5%). Além disso, o uso de máscara também esteve associado com uma grande redução da chance de infecção (ORa: 0,15; IC95%: 0,07 a 0,34; e DR: -14,3%; IC95%: -15,9% a -10,7%) (CHU *et al.*, 2020).

Dessa forma, houve um apoio científico inicial para que todos os países implementassem medidas sanitárias para contenção da pandemia. As ações incluíram restrições de viagem, fechamento de fronteira, quarentena de viajantes que chegam de países afetados, restrições de coleta em massa, isolamento e quarentena de casos confirmados e contatos próximos, medidas de distanciamento social, uso obrigatório de máscara, rastreamento e teste de contatos, e fechamento de escolas. Além disso, foi requerido uso de equipamentos de proteção pessoal entre trabalhadores da saúde, grupo-chave para mitigar a propagação da covid-19 (AYOUNI *et al.*, 2021).

No entanto, em cada cenário, existem particularidades que podem afetar a implementação, a adesão e o impacto final das políticas públicas. Por isso, a avaliação das normas deve considerar os desafios metodológicos e reconhecer a variabilidade entre as populações.

Neste capítulo, discutiremos as condições para identificar o efeito de intervenções, ilustrando alguns desafios evidenciados durante a avaliação de normas para o controle da pandemia de covid-19.

CONDIÇÕES PARA IDENTIFICAR EFEITOS

A avaliação das normas – e, em consequência, das políticas – se estabeleceu como uma prioridade na pesquisa epidemiológica. Resultou necessário identificar quais ações causaram um benefício e quantificar o seu impacto na saúde pública. Os efeitos podem ser avaliados a partir das mudanças dos indicadores epidemiológicos, a exemplo da covid-19: número de novos casos, internações e mortes associadas, entre outros. Apesar dos potenciais problemas de subnotificação e erros de classificação, os dados coletados de forma sistemática e compulsória pelos sistemas de vigilância constituem as principais fontes para monitorar o impacto das normas. No entanto, diversos desafios devem ser superados para obter medidas do efeito de intervenções populacionais (CHIAVEGATTO FILHO; DIAZ-QUIJANO, 2021; SILVA, 2021; HERNÁN; ROBINS, 2020). Diante da dificuldade para realizar estudos experimentais, a maioria das inferências sobre intervenções no controle de emergências sanitárias estão baseadas em estudos observacionais.

Classicamente, os epidemiologistas almejam a validade dos estudos tentando evitar ou controlando vieses de seleção, de informação ou classificação, e os fenômenos de confusão (ou confundimento). Dessa forma, diversos roteiros para planejar ou avaliar a validade de estudos epidemiológicos têm sido propostos (ZACCAI, 2004; STERNE *et al.*, 2016; GORDIS, 2014).

Geralmente, essas ferramentas consideram os potenciais problemas metodológicos relacionados com o desenho do estudo, a identificação e a inclusão das observações, a mensuração das variáveis, a análise e interpretação dos resultados. Contudo, não existe uma receita infalível aplicável a todos os problemas de pesquisa, entretanto, poderíamos resumir o desafio em duas grandes questões: primeiro, estabelecer as circunstâncias nas quais o fenômeno causal é identificável; e, segundo, obter a medida que melhor represente o efeito de interesse.

Para considerar que o efeito é identificável, a pesquisa deve incluir algumas condições (HERNÁN; ROBINS, 2020):

1. **Consistência.** A exposição (ou intervenção) e os seus efeitos estão bem definidos e se encontram representados nos dados disponíveis.
2. **Permutabilidade.** A probabilidade de ser exposto ou receber a intervenção depende apenas de covariáveis medidas e, portanto, suscetíveis de serem condicionadas no estudo.
3. **Positividade.** Para todos os padrões de covariáveis pertinentes, a probabilidade de receber o tratamento é superior a zero.

A seguir, comentaremos algumas implicações práticas desses conceitos, no contexto da avaliação de políticas de controle da pandemia de covid-19.

I. CONSISTÊNCIA

A avaliação de uma norma deve partir do princípio de que ela se encontra claramente definida, de forma que é possível estabelecer quais indivíduos ou grupos estão expostos e, assim, quantificar a intensidade da exposição. Nesse ponto, a identificação e a caracterização das normas podem ser desafiantes, particularmente quando essas são suscetíveis a variações ou a erros de interpretação.

Na iniciativa “Direitos da Pandemia”, um grupo de pesquisadores revisou as normas sobre covid-19 na União e Estados no Brasil desde o início de 2020. A partir de uma amostragem aleatória destas, uma avaliação independente em duplicata foi realizada para quantificar a concordância entre observadores treinados. Neste estudo, foram avaliados 37 atributos das normas, dos quais 30 tiveram uma proporção de acordo boa, ou seja, superior a 80%, incluindo 23 com concordância superior a 90%. No entanto, uma proporção importante da concordância poderia ser atribuível ao acaso.

Dessa forma, calculamos o índice Kappa como medida da proporção de concordância observada entre aquela que não seria esperada por acaso. A tabela 1 apresenta essas medidas para 14 atributos avaliados cuja concordância esperada foi menor de 80% (valores acima reduzem a aplicabilidade do Kappa). Observamos que, apesar das elevadas concordâncias observadas, para algumas características das normas, o acordo entre observadores foi praticamente o mesmo da-

quele que seria obtido ao acaso (Kappa próximos de zero). Assim, observamos que pode haver discrepâncias na caracterização das normas entre pesquisadores, sobretudo em itens que exigem classificação sujeita a interpretação individual, como aspectos relativos a direitos humanos, medidas econômicas e relacionadas ao trabalho.

TABELA I – Medidas de concordância na classificação das normas segundo características de interesse

Variável	Concordância observada	Concordância esperada	Kappa (IC95%)
Órgão emissor da norma é o Min. Economia	96,4%	65,8%	0.9 (0.83 - 0.97)
Órgão emissor da norma é o Min. Saúde	98,2%	64,8%	0.95 (0.9 - 1)
Disponibilidade de ementa	97,8%	74,6%	0.91 (0.84 - 0.99)
Norma prevê período de vigência específico ¹	66,1%	53,6%	0.27 (0.14 - 0.4)
Tipo de norma (lei, resolução, instrução normativa, decreto, decisão, circular, medida provisória, portaria, outra)	94,6%	46,2%	0.9 (0.85 - 0.95)
Norma administrativa geral ²	85,2%	80,0%	0.26 (0.09 - 0.43)
Norma administrativa sobre interna <i>corporis</i> ³	77,7%	59,9%	0.44 (0.31 - 0.57)
Norma administrativa relacionada a administração pública	72,3%	63,9%	0.23 (0.09 - 0.38)
Norma administrativa relacionada a regulação do setor público ⁴	80,8%	71,2%	0.33 (0.18 - 0.49)
Norma administrativa relacionada a outra categoria	72,3%	66,1%	0.18 (0.04 - 0.33)
Norma sobre medida de saúde pública	80,1%	62,0%	0.48 (0.35 - 0.61)
Norma sobre medidas econômicas – sim ou não	76,8%	76,2%	0.03 (-0.11 - 0.17)
Norma sobre regulação de trabalho em geral ⁵	76,5%	77,1%	-0.03 (-0.15 - 0.09)
Norma sobre regulação de trabalho formal ⁶	78,6%	78,8%	-0.01 (-0.14 - 0.12)

Fonte: elaboração própria.

¹ Período de vigência específico como “prazo de uma semana” ou “enquanto houver necessidade de adoção de medidas excepcionais para o controle da pandemia”.

² A grande maioria das normas terá caráter administrativo, por sua própria natureza: portarias, resoluções, decisões etc. Normas que não possuem caráter administrativo: leis, medidas provisórias e EC.

³ Medidas interna *corporis* estão sujeitas apenas aos trabalhadores ou a procedimentos internos de certo setor, secretaria, ministério etc., de modo que seu efeito se esgota dentro desse setor, secretaria, ministério etc.

⁴ Regulação do setor público em geral diz respeito a normas que atingem a comunidade em geral, explicitando a um setor ou à sociedade normas que dão obrigações gerais positivas ou negativas, exemplos são portarias sobre fronteiras, de lockdown etc. (por exemplo, horário ou forma de atendimento ao público).

⁵ Normas que afetam relações de trabalho, aqueles referentes à mudança de regime de trabalho, adoção de trabalho remoto – as normas utilizam diversos termos como home office, teletrabalho, trabalho remoto etc., bem como revezamento de turnos, férias compulsórias, normas que autorizem alterações em contratos de trabalho etc.

⁶ Norma sobre regulação do trabalho formal indica se a norma se refere à categoria de trabalhadores formais, ou seja, que trabalham com carteira assinada ou servidores públicos.

Esses achados exemplificam algumas dificuldades para definir a abrangência e implicações diretas das normas durante as pesquisas epidemiológicas. Isso poderia levar a erros de classificação das exposições e potencialmente enviesar as estimativas. Assim, é recomendável incluir medidas complementares para verificar a implementação das normas. No Brasil, por exemplo, houve durante a pandemia acompanhamento da mobilidade por meio de sistemas de informação baseados em telefonia celular (QUINTO, 2020). Isto permitiu calcular o grau de isolamento social em tempo real, com base nas distâncias percorridas pelos usuários. Medidas como essas foram de grande utilidade para avaliar o efeito imediato da implementação de normas quarentenárias.

Além da caracterização das normas, outro aspecto crítico é a acurácia na medição dos desfechos. Nesse sentido, a vigilância das doenças infecciosas tem se caracterizado por gradientes de sensibilidade associados à gravidade do evento. Em outras patologias, os casos mais graves e especialmente os fatais têm maior probabilidade de serem notificados; isto faz com que os casos leves sejam sub-representados nas estimativas da carga da doença (DÍAZ-QUIJANO, 2015; ROMERO-VEGA *et al.*, 2014). Pelo anterior, nas análises para estudar determinantes das tendências, frequentemente se utiliza o dado de mortalidade como indicador sentinela, menos suscetível a sub-registro (DÍAZ-QUIJANO; WALDMAN, 2012; ORELLANA; MARRERO; HORTA, 2019).

2. PERMUTABILIDADE

Esta condição se refere à factibilidade de controlar todos os fenômenos de confusão (confundimento). Uma medida de associação entre, por exemplo, uma norma de isolamento e a incidência de covid-19 poderia ser afetada pelo efeito não controlado de uma outra variável, tal como o contexto socioeconômico ou algum outro determinante da transmissão da doença.

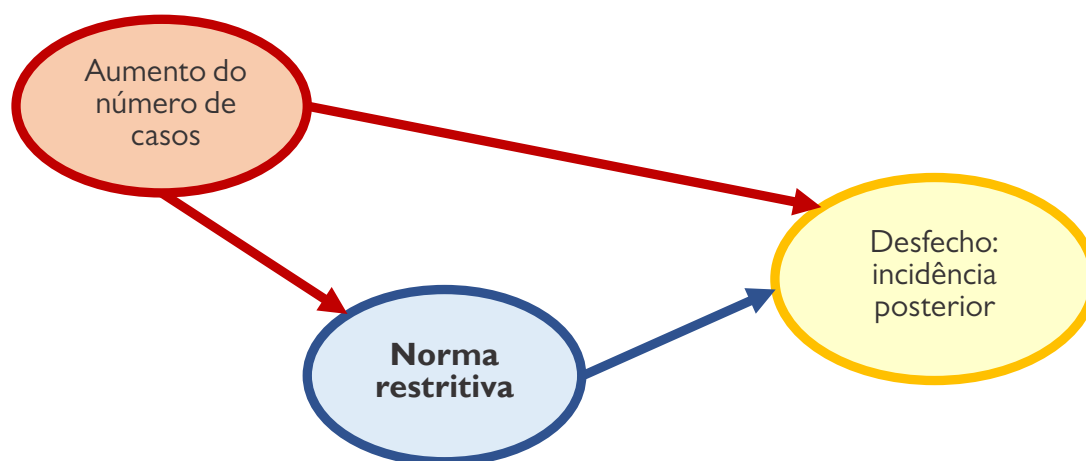
Atualmente, reconhecem-se os fenômenos de confusão como distorções nas estimativas explicadas por vias causais alternativas, isto é, envolvendo causas comuns tanto da intervenção como do desfecho. Para orientar o controle desse problema no desenho ou na análise dos estudos, tem se popularizado o uso de diagramas causais, particularmente os gráficos acíclicos direcionados (“DAG” do inglês, Directed Acyclic Graph) (SUTTROP *et al.*, 2015; TEXTOR; HARDT, 2011).

Talvez a causa comum mais importante da emissão de uma norma preventiva e do posterior desfecho epidemiológico seja a situação epidêmica preexistente. Assim, o aumento inusitado de casos de covid-19 motivaria a criação e aplicação de uma norma como o isolamento (*lockdown*); e, ao mesmo tempo, esses mesmos casos seriam a fonte da transmissão para novos suscetíveis. Dessa forma, os casos que se apresentarem depois da implementação da norma seriam o resultado de diversas forças, incluindo, por um lado, o risco exacerbado que motivou a norma e, por outro, o provável efeito protetor da norma propriamente dita.

A figura 1 corresponde a um DAG simples no qual se representa essa estrutura de relações causais. É muito provável que o aumento da incidência que motiva a norma também leve a uma

incidência persistentemente elevada, mesmo após a implementação da norma. Isso pode fazer com que o efeito protetor da norma seja subestimado, parecer nulo ou até invertido. O reconhecimento de uma causa comum permite orientar as análises evitando essa distorção na obtenção de estimativas de efeito. Adicionalmente, os DAG permitem considerar, simultaneamente, outras causas comuns que poderiam distorcer estimativas de efeito e que, portanto, também precisariam ser controladas. Entre essas, sabe-se que o contexto político-social e as condições climáticas podem determinar a cobertura e a implementação das normas, assim como afetariam o comportamento individual que determina o risco da doença (DIAZ-QUIJANO; RIBEIRO, 2021).

FIGURA I – Gráfico acíclico direcionado (DAG) representando como a epidemia que motiva a criação e implementação de uma norma também pode afetar o desfecho epidemiológico



Fonte: elaboração própria.

Organizar as ideias utilizando ferramentas como esses diagramas causais é um passo essencial na estimação de efeitos. No entanto, mesmo contando com as condições para poder controlar fenômenos de confusão, o pesquisador ainda deve escolher métodos estatísticos e estratégias de análise adequados considerando as características e os mecanismos que geraram os dados disponíveis (DIGITALE; MARTIN; GLYMOUR, 2021). Por exemplo, o conceito do “aumento do número de casos” pode ser representado pelo número absoluto ou a taxa de incidência. Por outra parte, a tendência temporal é um outro parâmetro indispensável para predizer o valor esperado no contexto de ausência da intervenção, que serviria de contraste para comparar o observado durante a implementação da norma. Dessa forma, para uma doença que vem apresentando uma tendência de ascensão, como aconteceu com a covid-19 no início da pandemia, uma intervenção populacional que estabilize esse crescimento poderia ser considerada bem-sucedida, mesmo que não se evidencie ainda uma redução significativa de casos. Nesse sentido, a tendência temporal e sua interação com a intervenção se tornam covariáveis importantes na avaliação de normas (BERNAL; CUMMINS; GASPARRINI, 2017).

3. POSITIVIDADE

Este princípio se refere ao fato de que a probabilidade de receber qualquer opção de tratamento, condicionado pelas covariáveis medidas, deve ser superior a zero (HERNÁN; ROBINS, 2020). Interpretamos isso como que, para qualquer categoria (subgrupo de pessoas ou observações), definida a partir dos determinantes do evento, deve haver pessoas expostas e não expostas à intervenção. No caso específico da avaliação de políticas, consideramos que é esperado que a comparação de observações expostas e não expostas inclua as mesmas populações em diferentes períodos. Dessa forma, para a maioria das combinações dos determinantes, é fatível encontrar dados que permitam fazer estimativas de efeito.

A ESTIMAÇÃO DO EFEITO

Dadas as condições para identificar o efeito, poderemos obter dele uma estimativa. Para isso acontecer, deve ser razoável assumir que não houve erros sistemáticos importantes de seleção e medição na geração dos dados disponíveis, ou, se houver, os erros devem estar suficientemente documentados para fazer as correções pertinentes durante a análise. Nessa circunstância, o epidemiologista deve escolher por quais variáveis deve realizar algum tipo de condicionamento ou ajuste para controlar a confusão. Nesse ponto, os DAG ajudam a identificar o conjunto mínimo de covariáveis que precisariam ser consideradas nesse processo.

No entanto, o papel dos DAG nos estudos epidemiológicos não se limita a identificar covariáveis que devem ser ajustadas. A representação das relações causais também permite identificar outros tipos de variáveis que não devem ser ajustadas, pois isso distorceria as estimativas. Exemplos desse problema são o viés de colisão e o sobreajuste. O viés de colisão ocorre quando se realiza um condicionamento por um efeito comum tanto da intervenção (ou uma causa dela) como do desfecho (ou uma causa dele) (COLE *et al.*, 2010). Esse tipo de erro pode acontecer durante a análise quando inadvertidamente se escolhem variáveis de ajuste apenas com base em critérios estatísticos sem reconhecer as estruturas conceituais. Por outra parte, em relação ao sobreajuste, em inferência causal, refere-se ao ajuste por um mediador do efeito, ou seja, um indicador do mecanismo que explicaria por que a intervenção mudaria o desfecho (SCHISTERMAN; COLE; PLATT, 2009). Esse tipo de ajuste apenas estaria indicado durante uma análise de mediação em que, deliberadamente, pretenderíamos explicar o mecanismo pelo qual atua uma causa. Entretanto, se o ajuste for realizado por um mediador de forma inadvertida, poderíamos subestimar o efeito total de uma intervenção.

Outro aspecto crítico é a identificação da função que melhor descreve a relação entre as variáveis. Para isso, devem ser escolhidos o modelo estatístico considerando a natureza do evento, sua distribuição e os níveis de agregação das observações. Na avaliação de normas, as quais são

aplicadas a grupos, os desfechos provavelmente incluirão as taxas de incidência e mortalidade. Nesse contexto, exemplos de opções estatísticas abrangem as regressões para dados de contagem incluindo Poisson, binomial negativa, zero-inflada, entre outras (HOFFMANN, 2016). Também, em situações de medidas repetidas das mesmas comunidades, poderia ser indicado o uso de análise multinível para considerar os padrões de agrupamento e, portanto, a correlação entre as observações. Nesse sentido, uma assunção dos modelos de regressão é que essas observações são independentes. Muitas vezes, a autocorrelação é explicada por outras variáveis incluídas no modelo (por exemplo, variáveis relativas ao tempo representando as tendências sazonais e seculares). No entanto, quando permanecer uma autocorrelação dos resíduos (não explicada no modelo), poderiam estar indicados métodos como a regressão de Prais ou ARIMA (BERNAL; CUMMINS; GASPARRINI, 2017). Além da ferramenta estatística, a representação das relações entre variáveis pode requerer transformações delas ou a inclusão de termos para estabelecer funções polinomiais ou para considerar fenômenos de interação entre os determinantes do desfecho.

Por todo o exposto, podemos deduzir que devem ser considerados vários aspectos antes de atribuir causalidade a uma simples diferença entre “um antes e um depois” da implementação de uma intervenção. Além de ser necessário dados em circunstâncias nas quais o efeito é identificável, várias precauções devem ser tomadas durante a análise para tentar estabelecer a verdadeira diferença entre uma situação com e outra sem a norma preventiva.

AValiação Integral da Evidência

Difícilmente, uma única medida de associação, em um único estudo, poderia ser considerada evidência suficiente para uma inferência de causalidade. Usualmente, é necessário acumular, avaliar, classificar e interpretar criteriosamente resultados de várias fontes. Embora exista uma crescente lista de opções para desenhar estudos e analisar dados em epidemiologia, as estruturas canônicas que orientam o raciocínio científico ainda estão baseadas na visão clássica de examinar as manifestações das associações, como se fossem sintomas ou sinais de uma doença, para diagnosticar quais correspondem a fenômenos causais (VANDERWEELE; LASH; ROTHMAN, 2021). Dessa forma, as considerações de Austin Bradford Hill têm ajudado a avaliar, em conjunto, os resultados das pesquisas epidemiológicas. Hill salienta a necessidade de revisar a força de associação, verificar a temporalidade dos eventos, a replicabilidade e a coerência dos resultados, entre outras características das associações.

A evidência experimental, que é também uma consideração de Hill, seria particularmente desejável na avaliação de políticas. De fato, para diversos problemas em saúde, na literatura, encontram-se interessantes exemplos de ensaios comunitários, consistentes na alocação aleatória de intervenções em grupos, seguida de avaliação prospectiva do impacto na saúde (KATAPALLY; HAMMAMI; CHU, 2020; KIMANI-MURAGE *et al.*, 2019). No entanto, no contexto da pan-

demia, no qual era necessária uma reação imediata para controlar a transmissão de uma doença grave, não seria ético randomizar as ações preventivas deixando alguma população sem intervenção. Dessa forma, em situações como essa, as estimativas do impacto das políticas procederam essencialmente de estudos observacionais.

Outra consideração para inferência causal é a plausibilidade biológica, que se refere ao conhecimento de mecanismos que explicariam os efeitos observados. Nesse sentido, o conhecido da forma de transmissão da doença seria um suporte conceitual para justificar as medidas que restringem os contatos (DIAZ-QUIJANO; RODRIGUEZ-MORALES; WALDMAN, 2020). No entanto, a emissão de uma norma, mesmo bem fundamentada desde a teoria, não necessariamente garante sua aceitação e seu cumprimento pela comunidade, especialmente quando atinge um aspecto tão sensível do comportamento humano como é a interação social. Assim, é recomendável que a avaliação de políticas inclua mensuração de indicadores de adesão a elas. No caso das normas quarentenárias, índices de isolamento (baseados no monitoramento de mobilidade de celulares) representaram um instrumento para acompanhar a adesão da comunidade e poderiam ser analisados como mediadores do impacto dessas intervenções.

Com base no exposto até este ponto do capítulo, podemos afirmar que são numerosos os aspectos a serem considerados em inferência causal, que envolvem as condições para identificar o efeito, os desafios para sua estimação e a necessidade de avaliar a evidência desde diferentes perspectivas. No entanto, essa complexidade não deve desencorajar a obtenção de estimativas, mesmo imperfeitas, mas precisa promover a crítica e a precaução na sua interpretação e aplicação. Adicionalmente, o reconhecimento das dificuldades e limitações das pesquisas tem que promover o contínuo aprimoramento das evidências e a consciência de que o estado do conhecimento é muito dinâmico, sendo imperante estar atentos às atualizações.

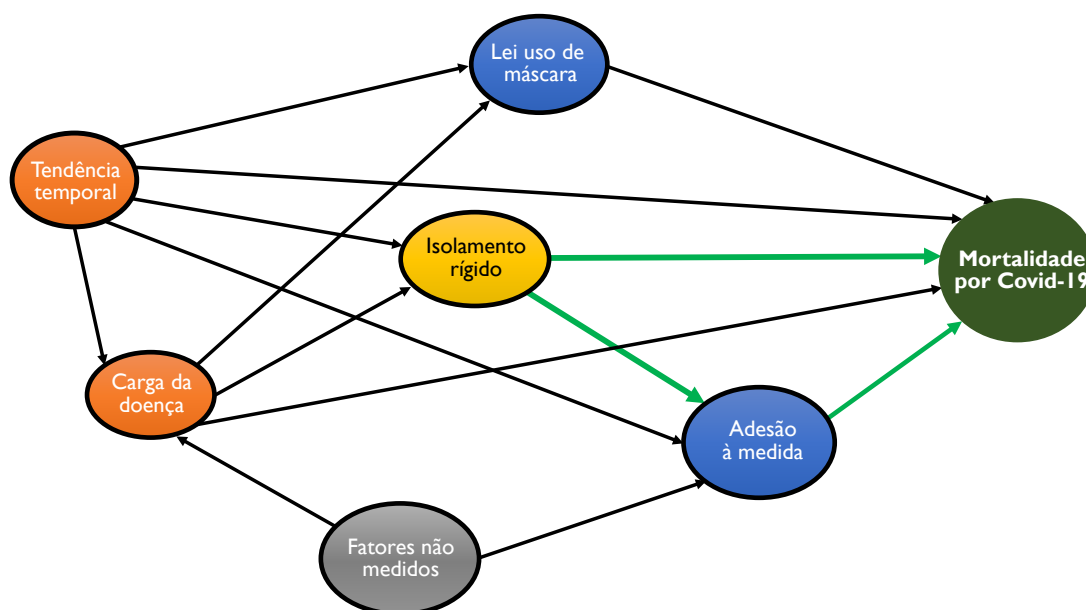
UM EXEMPLO DE ESTIMAÇÃO DO IMPACTO DE NORMAS

No estado do Ceará, foram emitidas diversas normas durante os primeiros meses da pandemia, as quais tiveram variações importantes em relação a abrangência, duração e âmbito de aplicação. Essa diversidade representou uma oportunidade para estimar os impactos dessas medidas, com base na análise de dados de vigilância em saúde pública. A seguir, comentaremos as principais características, para os fins deste capítulo, de um estudo ecológico que avaliou as legislações, publicadas no primeiro semestre de 2020 nesse estado, sobre a mortalidade por covid-19 (DIAZ-QUIJANO *et al.*, 2021).

O estudo fez ênfase na norma definida como “isolamento rígido” com severas restrições de circulação. Essa ação foi regionalizada com diversidade de aplicação para os municípios com maior número de casos de covid-19. Além disso, foi avaliada a adesão da comunidade, acom-

panhando o índice de isolamento social que foi interpretado como um mediador do *lockdown* decretado. Como a norma restritiva foi uma medida reativa ao aumento de número de casos, a carga prévia de doença foi considerada um fator confusão. Considerando esse e outros fatores, sugerimos um gráfico para representar o modelo teórico pertinente para avaliar o efeito das leis de restrição de circulação sobre a mortalidade por covid-19 (figura 2).

FIGURA 2 – Gráficos dirigidos acíclico avaliando a relação das leis de restrição de circulação com a mortalidade por covid-19



Fonte: elaboração própria.

Foram calculadas as razões de taxa de mortalidade para estimar o efeito da norma sobre a mortalidade por covid-19 registrada três semanas depois. Essas estimativas foram ajustadas pelo tempo e pela carga da doença na linha de base. Adicionalmente, foi realizada uma análise de mediação para avaliar se essa associação era explicada pela adesão da comunidade (medida por meio de índice de isolamento social). Dentre os resultados, salientamos que a norma de isolamento rígido foi associada a uma redução de 26% (IC95%: 21% a 31%) na mortalidade por covid-19 registrada três semanas depois.

Na análise de mediação, esse efeito total sobre a mortalidade foi explicado da seguinte forma: a implementação da referida norma esteve associada a um aumento de 11,9% (IC95%: 2,9% a 21%) no índice de isolamento social; além disso, cada aumento de uma unidade percentual (1%) nesse índice esteve associado a uma redução relativa de 4% na mortalidade registrada três semanas depois (IC95%: 3,8% a 4,2%). Dessa forma, o efeito indireto, ou seja, mediado

pela aderência ao isolamento social, foi de uma redução da mortalidade covid-19 em 38,24% (IC95%: 21,64% a 56,07%). Portanto, o efeito preventivo dessa norma foi totalmente explicado pela real aderência da população.

O trabalho, cujos métodos estão detalhados em manuscrito de acesso aberto [31], apresentou resultados sobre outras normas. Entre eles, observou-se que outras medidas restritivas como fechamento de estabelecimentos específicos (restaurantes, bares, praias, entre outros) também estiveram associados a um aumento do índice de isolamento. No entanto, o efeito sobre a mortalidade não foi tão evidente como o observado com a norma do isolamento rígido. Por outro lado, nesse estudo, observamos que a norma do uso obrigatório de máscara esteve associada a uma redução de 11% (IC95%: 8% a 13%) na mortalidade por covid-19 (DIAZ-QUIJANO *et al.*, 2021).

CONCLUSÕES

A avaliação do impacto das normas no contexto de uma pandemia implica vários desafios metodológicos, incluindo as limitações de validade interna dos estudos observacionais e a impossibilidade de fazer estudos randomizados em situações de emergência sanitária. Entretanto, diversas ferramentas do método epidemiológico permitem obter estimativas que ajudam a suportar a continuidade e priorização das medidas de controle, assim como reforçar sua socialização.

No Brasil, há várias particularidades em relação à avaliação de políticas para a covid-19. Nos primeiros meses, as medidas sanitárias se restringiram a ações quarentenárias com diferentes graus de restrição e houve uma descentralização da sua coordenação entre os estados. Na revisão dos diários oficiais que apresentam a publicação das normas, foram evidenciadas algumas dificuldades para a extração e classificação dessas informações que, muitas vezes, são apresentadas de forma heterogênea.

Outros fatores que afetam a avaliação das normas incluem a escassez de ferramentas para verificar a adesão da população. O estudo mencionado, realizado no estado do Ceará, contou com o índice de isolamento, medido por meio dos dados de mobilidade de telefonia celular. Dessa forma, houve um indicador da adesão que interpretamos como um mediador de uma norma com impacto benéfico para a comunidade. No entanto, para outras normas, como o uso obrigatório de máscaras, não contamos com medidas abrangentes da adesão.

Contar com indicadores da efetiva implementação da norma gera vários benefícios, como a possibilidade de monitorar em tempo real a aceitabilidade e factibilidade dessa regra. Além disso, como no exemplo apresentado, um indicador de adesão como o índice de isolamento social permite ilustrar a importância do envolvimento da comunidade no cumprimento da lei, como mecanismo para o controle da emergência sanitária. Nesse sentido, a aplicação das normas deve estar associada a uma estratégia de comunicação na qual exista

coerência entre os níveis de governo. Além disso, as mensagens à comunidade devem estar alinhadas com a melhor evidência disponível sobre os efeitos dessas medidas preventivas.

A epidemiologia, como ciência, oferecerá as alternativas metodológicas fatíveis para avaliar as intervenções coletivas. No âmbito das políticas, é favorável que, desde a formulação da norma, sejam estabelecidos os procedimentos para sua avaliação. Dessa forma, recomendamos a sistematização e a melhoria dos sistemas para registro e seguimento das políticas, permitindo a sua caracterização padronizada. Adicionalmente, a sua integração com dados de vigilância facilitaria a estimação do impacto das políticas em saúde pública de forma mais ágil, abrangente e acurada.

REFERÊNCIAS

1. AYOUNI, I. *et al.* Effective public health measures to mitigate the spread of COVID-19: a systematic review. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 21, p. 1-14, 2021.
2. BERNAL, J. L.; CUMMINS, S.; GASPARRINI, A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 46, n. 1, p. 348-355, 2017.
3. CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; DIAZ-QUIJANO, F. A. Análise de dados em saúde. In: SHIKIDA, C. D.; MONASTERIO, L.; NERY, P. F. (ed.). **Guia Brasileiro de Análise de Dados: Armadilhas e Soluções**. Brasília: Enap, 2021. p. 82-97.
4. CHU, D. K. *et al.* Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, [s. l.], v. 395, n. 10242, p. 1973-1987, 2020.
5. COLE, S. R. *et al.* Illustrating bias due to conditioning on a collider. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 417-420, 2010.
6. DIAZ-QUIJANO, F. A. Dengue severity: A key determinant of underreporting. **Tropical Medicine and International Health**, [s. l.], v. 20, n. 10, p. 1403, 2015.
7. DIAZ-QUIJANO, F. A. *et al.* The Impact of Legislation on Covid-19 Mortality in a Brazilian Federative Unit was Mediated by Social Isolation. **medRxiv**, [s. l.], 2021.
8. DIAZ-QUIJANO, F. A.; RIBEIRO, T. B. Normas e controle da pandemia: desafios da avaliação de políticas públicas em saúde. In: ASANO, C. L. *et al.* **Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil**. Boletim n. 10. São Paulo: CEPEDISA, 2021. p. 54-56.
9. DIAZ-QUIJANO, F. A.; RODRIGUEZ-MORALES, A. J.; WALDMAN, E. A. Translating transmissibility measures into recommendations for coronavirus prevention. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 54, n. 43, 2020.
10. DÍAZ-QUIJANO, F. A.; WALDMAN, E. A. Factors associated with dengue mortality in Latin America and the Caribbean, 1995-2009: An ecological study. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, [s. l.], v. 86, n. 2, p. 328-334, 2012.
11. DIGITALE, J. C.; MARTIN, J. N.; GLYMOUR, M. M. Tutorial on directed acyclic graphs. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 142, p. 264-267, 2021.
12. GANEM, F. *et al.* The impact of early social distancing at COVID-19 Outbreak in the largest Metropolitan Area of Brazil. **medRxiv**, [s. l.], 2020.

13. GORDIS, L. More on causal inferences: Bias, Confounding, and Interaction. In: GORDIS, L. (ed.). **Epidemiology**. 5th ed. Philadelphia: ELSEVIER; 2014. p. 262-278.
14. HERNÁN, M. A.; ROBINS, J. M. **Causal Inference: What If**. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2020.
15. HOFFMANN, J. P. **Regression models for categorical, count, and related variables: an applied approach**. Oakland: University of California Press, 2016.
16. KATAPALLY, T. R.; HAMMAMI, N.; CHU, L. M. A randomized community trial to advance digital epidemiological and mHealth citizen scientist compliance: A smart platform study. **PLoS ONE**, v. 16, n. 11, 2021.
17. KIMANI-MURAGE, E. W. *et al.* Integrated and simplified approaches to community management of acute malnutrition in rural Kenya: A cluster randomized trial protocol. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1253, 2019.
18. LAU, H. *et al.* The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. **Journal of Travel Medicine**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 1-7, 2021.
19. LI, R. *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). **Science**, [s. l.], v. 368, n. 6490, p. 368-489, 2020.
20. OLIVEIRA S. B. *et al.* Monitoring social distancing and SARS-CoV-2 transmission in Brazil using mobile phone mobility data. **medRxiv**, [s. l.], 2020.
21. ORELLANA, J. D. Y.; MARRERO, L.; HORTA, B. L. Excess deaths from respiratory causes in eight Brazilian metropolises during the first six months of the COVID-19 pandemic. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 1-17, 2021.
22. PAN, A. *et al.* Association of Public Health Interventions with the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. **JAMA – Journal of the American Medical Association**, [s. l.], v. 323, n. 19, p. 1915-1923, 2020.
23. QUINTO, A. C. Queda de transmissibilidade da covid-19 no fim de março comprova eficácia do isolamento. **Jornal da USP**, São Paulo, 13 abr. 2020.
24. ROMERO-VEGA, L. *et al.* Evaluation of dengue fever reports during an epidemic, Colombia. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 48, n. 6, p. 899-905, 2014.
25. SCHISTERMAN, E. F.; STEPHEN R COLE, S. R.; PLATT, R. W. Overadjustment bias and unnecessary adjustment in epidemiologic studies. **Epidemiology**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 488-495, 2009.
26. SILVA, A. A. M. **Introdução à Inferência Causal em Epidemiologia: uma abordagem gráfica e contrafactual**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

27. STERNE, J. A. *et al.* ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. **BMJ**, [s. l.], v. 355, p. 4-10, 2016.
28. SUTTORP, M. M. *et al.* Graphical presentation of confounding in directed acyclic graphs. **Nephrol Dial Transplant**, [s. l.], v.30, n. 9, p. 1418-1423, 2015.
29. TEXTOR, J.; HARDT, J. DAGitty: A graphical tool for analyzing causal diagrams. **Epidemiology**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 745, 2011.
30. VANDERWEELE, T. J.; LASH, T. L.; ROTHMAN, C. Causal Inference and Scientific Reasoning. In: VANDERWEELE, T. J.; LASH, T. L.; ROTHMAN, C. (ed.). **Modern Epidemiology**. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021. p. 17-28.
31. ZACCAI, J. H. How to assess epidemiological studies. **Postgraduate Medical Journal**, [s. l.], v. 80, n. 941, p. 104-147, 2004.

