

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADEMICA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM DIREITO  
NÍVEL MESTRADO**

**JÉFERSON ALEXANDRE RODRIGUES**

**PANDEMIA (SINDEMIA?) DO COVID-19: UMA ANÁLISE JURÍDICA DO  
PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO**

**São Leopoldo, RS**

**2022**

JÉFERSON ALEXANDRE RODRIGUES

**PANDEMIA (SINDEMIA?) DO COVID-19: UMA ANÁLISE JURÍDICA DO  
PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em Direito,  
pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –  
UNISINOS

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Von Hohendorff

São Leopoldo, RS

2022

R696pRodrigues, Jéferson Alexandre.

Pandemia (sindemia?) do COVID-19 : uma análise jurídica do princípio da precaução / Jéferson Alexandre Rodrigues. – 2022.

185 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2022.

“Orientadora: Profa. Dra. Raquel Von

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

## **AGRADECIMENTOS A CAPES**

Gostaria de agradecer a CAPES pela concessão da bolsa, visto que, para pessoas que vem de realidades como a minha, sem tal incentivo, o mestrado se mostra um sonho bastante distante.

Graças a esta bolsa, não só consegui alcançar um dos meus objetivos acadêmicos que era me tornar mestre, como também me possibilitará realizar um dos meus maiores sonhos: ser professor.

Deste modo, não há outro sentimento que não o de gratidão. Mais uma vez, obrigado CAPES pela oportunidade e por acreditar no meu trabalho. Se hoje o rapaz que trabalhava em uma fábrica de calçado se tornou mestre, é porque a concessão desta bolsa permitiu e foi imprescindível para a conclusão do mestrado.

Obrigado! Viva a ciência. Viva a educação.

## AGRADECIMENTOS

Quando se escreve, tornamo-nos diretores daquela narrativa e mesmo que por um curto período, contadores de verdades. Em outras palavras, e nos dizeres de Clarice Lispector, escrever é o mesmo ato do processo de sonhar: vão se formando imagens, cores, atos, e sobretudo uma atmosfera de sonho que parece uma cor e não uma palavra. E esta dissertação, certamente, me fez enxergar cores que eu sequer imaginava que existiam.

Ao meu marido, Henrique, que sempre esteve ao meu lado; desde as primeiras disciplinas da graduação, até o momento de entrega desta dissertação. Tua dedicação, carinho, atenção e respeito as minhas particularidades nestes últimos meses, são a mais clara e genuína forma de demonstração de amor. Obrigado por ser você; obrigado por ser àquilo que eu nem sabia que precisava.

Agradeço a minha mãe, pelo seu empenho e força de vontade, que certamente são reflexo da minha determinação em me tornar mestre. Mãe, você não é apenas o meu exemplo de ser humano e de profissional, tu és o meu eterno ponto de equilíbrio e ponto de partida. Sem você, sem sombra de dúvida, não haveria um Jéferson advogado, um Jéferson pós-graduado, e agora um Jéferson Mestre. Te amo e te agradecerei, para sempre.

Aos meus amigos, que são na verdade meus irmãos de coração, Luan e Uendel. Vocês são a personificação da palavra amizade. Eu amo vocês não apenas por todo o carinho e cuidado, amo vocês porque eu sou uma pessoa melhor ao lado de vocês. Obrigado por tanto!

Agradeço ao Professor Wilson Engelmann, por todo o conhecimento compartilhado e por ter sido o primeiro mestre na Unisinos a me estender a mão e a acreditar no meu trabalho, na minha pesquisa e no meu empenho. Você não é apenas um exemplo de professor para mim e tantos outros, o senhor é um exemplo de ser humano, pois mesmo com toda a sua genialidade, jamais deixou que ela o afastasse do seu coração.

A professora Raquel Von Hohendorff, minha orientadora, meu outro exemplo de docente e uma das pessoas mais bondosas e amáveis que eu tive o prazer de conhecer. Professora, possivelmente por ter sido “pupila” do professor Wilson, que vocês se parecem tanto, porque mesmo com tamanha perícia em tudo àquilo que se propõe fazer, sempre nos ensina sobre altruísmo, resiliência e bondade. Obrigado por seres do jeito que és. Obrigado universo por ter sido esta pessoa incrível a me orientar, e certamente, será para sempre minha orientadora.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma me auxiliaram, direta ou indiretamente, que acreditaram que este sonho, que hoje se concretiza, era possível. Não há palavras para descrever tal sensação.

Percebemos que houve uma mutação porque a política não suscita mais em nós os mesmos afetos. Além disso, o que mais nos preocupa durante o confinamento não é que se retome rapidamente a produção; ao contrário, há uma desconfiança generalizada quanto ao interesse em “retomar” a “via do progresso” de antes. [Em vez de buscar uma “retomada” imediata, muitos de nós parecem estar mais preocupados com os riscos aos quais estão expostas as gêneses de todas as formas de vida. De repente, a questão retorna ao seio da família: “em que terra meus dependentes e eu podemos viver?”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> LATOUR, Bruno. **Onde estou?** – lições do confinamento para uso dos terrestres. 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021. p. 53.

## RESUMO

Esta dissertação tem como tema a pandemia causada pela COVID-19, os seus reflexos nas desigualdades sociais, especificamente no que concerne a fome e o desemprego. Ademais, trabalha-se o conceito de sindemia e seus reflexos sociais, objetivando verificar se o que acometeu a humanidade nesta segunda década do século XXI se trata de fato de uma pandemia. Por fim, analisa-se o princípio da precaução, a partir de sua estrutura jurídica e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a fim de uma possível gestão de riscos e consequências em cenários pandêmicos. A pandemia causada pela COVID-19 pode ser encarada como a maior ruptura social até então experimentada pelo homem neste novo século, vez que, forçou populações pelo mundo tudo a se adaptarem a novas realidades e a novos contextos sociais. Conquanto, este ensaio tem como um de seus objetivos, construir a concepção de que se vive uma sindemia e não uma pandemia. Sindemias são caracterizadas pela interação entre duas ou mais doenças ou interações sociais com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações. Realidades pandêmicas/sindêmicas exigem ações, que por vezes requerem soluções imediatistas, deste modo, aborda-se neste trabalho o princípio da precaução, apoiado em protocolos e diretrizes do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a partir da sua aplicabilidade e como um norteador da ação humana diante de incertezas científicas e agente de mitigação de efeitos de futuras pandemias.

**Palavras-chave:** COVID-19. Sindemia. Pandemia. Princípio da Precaução. Regulamento Sanitário Internacional (RSI).



## ABSTRACT

This dissertation has as its theme the pandemic caused by COVID-19, its reflexes on social inequalities, specifically with regard to hunger and unemployment. In addition, the concept of syndemic and its social consequences is worked on, aiming to verify if what has affected humanity in this second decade of the 21st century is in fact a pandemic. Finally, the precautionary principle will be analyzed, based on its legal structure and the International Health Regulations (IHR), in order to manage risks and consequences in pandemic scenarios. The pandemic caused by COVID-19 can be seen as the biggest social rupture experienced by man in this new century, since it forced populations all over the world to adapt to new realities and new social contexts. However, this essay has as one of its objectives, to build the concept that we live in a syndemic and not a pandemic. Syndemics are characterized by the interaction between two or more diseases or social interactions with amplified effects on the health level of populations. Pandemic/syndemic realities require actions, which sometimes require immediate solutions, thus, the precautionary principle is approached in this work, supported by protocols and guidelines of the International Health Regulations (IHR), from its applicability and as a guide for the human action in the face of scientific uncertainties and an agent for mitigating the effects of future pandemics.

**Keywords:** COVID-19. Syndemic. Pandemic. Precautionary Principle. International Health Regulations (IHR).

**LISTA DE SIGLAS**

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS-CoV-2	Coronavírus
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
PENSSAN	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e SAN
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
IA	Insegurança Alimentar
SVS	Segurança Vigilância Sanitária
MS	Ministério da Saúde
LSI	Legislação Sanitária Internacional

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1- Uniforme médico Peste Negra .....	25
Figura 2 - ilustração Cólera e crítica social .....	27
Figura 3 – Hospital improvisado para tratamento da Gripe Espanhola .....	29
Figura 4 – Tratamento médico/paciente com COVI-19 .....	32
Figura 5 – Trecho do jornal da época da Gripe Espanhola indicando as mesmas medidas de isolamento e higiene que a COVID-19.....	35
Figura 6 – Instrumento de decisão para avaliação e notificação de eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional .....	75

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de desemprego no Brasil nos últimos 5 anos .....	45
Gráfico 2 – Taxa de desemprego 1º e 2º trimestre de 2020 no Brasil.....	46
Gráfico 3 – Taxa de desemprego 3º e 4º trimestre de 2020 no Brasil.....	47
Gráfico 4 – Taxa de desemprego no 1º e 2º trimestre de 2021 no Brasil.....	48
Gráfico 5 – Taxa de desemprego no 3º trimestre de 2021 no Brasil .....	49
Gráfico 6 – Taxa por regiões do nível de fome e insegurança alimentar no Brasil em 2018 .....	51
Gráfico 7 - Taxa por regiões do nível de fome e insegurança alimentar no Brasil em 2020 .....	52
Gráfico 8 – Percentual de brasileiros vivendo com algum grau de IA .....	53

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1 PANDEMIAS, SINDEMIAS, EPIDEMIAS E ENDEMIAS: HISTÓRIA, CONCEITUAÇÃO E MÉTODOS DE ENFRENTAMENTO POR PARTE DOS GOVERNOS PARA CONTENÇÃO DO CONTÁGIO .....</b>	<b>19</b>
1.1 PANDEMIAS, EPIDEMIAS E ENDEMIAS: CONCEITOS E DIFERENCIAÇÕES DOS ESTADOS .....	20
1.2 PRINCIPAIS PANDEMIAS E EPIDEMIAS AO LONGO DA HISTÓRIA DA HUMANIDADE .....	23
<b>1.2.1 A Peste Negra, Cólera e a Gripe Espanhola.....</b>	<b>24</b>
<b>1.2.2 COVID-19 – coronavírus: a pandemia do século XXI .....</b>	<b>30</b>
1.3 RESPOSTAS ESTATAIS E MÉTODOS DE ENFRENTAMENTO DE PANDEMIAS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA EVOLUÇÃO .....	33
1.4 SINDEMIAS: CONCEITUAÇÃO E REFLEXOS A PARTIR DA COVID-19.....	37
<b>1.4.1 Os reflexos da sindemia na fome e no desemprego: promoção ou ampliação de desigualdades?.....</b>	<b>42</b>
<b>2 O PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO À LUZ DA GESTÃO DE ENFRENTAMENTO E ERRADICAÇÃO DE NOVAS PANDEMIAS .....</b>	<b>55</b>
2.1 PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO: DEFINIÇÃO E ANÁLISE HISTÓRICA .....	56
2.2 SINDEMIA/PANDEMIA DA COVID-19 E O PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO .....	62
2.3 INFLUENCIA DO TEMPO SOBRE A PRECAUÇÃO: CIÊNCIA E DIREITO .....	66
<b>3 REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI) E SEUS REFLEXOS NO CONTROLE DE NOVAS PANDEMIAS .....</b>	<b>70</b>
3.1 REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI): O QUE É? QUAIS SÃO AS SUAS FINALIDADES? .....	71
3.2 REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL E SUA NORMATIVIDADE ENQUANTO INSTRUMENTO JURÍDICO .....	77

3.3 PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO E REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL: UM POSSÍVEL MODELO DE GESTÃO.....	82
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>108</b>
ANEXO A – Regulamento Sanitário Internacional (RSI) - 2005.....	108

## INTRODUÇÃO

A COVID-19 é o vírus será para sempre um marco na história mundial, não apenas por ter se mostrado uma das pandemias mais letais e mais abruptas experimentadas pela civilização humana, mas pelo divisor de águas que foi para a ordem social e o quanto mostrou à humanidade sua vulnerabilidade perante coisas tão diminutas: os vírus.

No ano de 2019 se comemorava o fim de uma década e o início de outra, porém em uma Província de China, despontava a maior pandemia até então registrada, do século XXI. Se tratava de uma doença respiratória aguda grave, com nível de letalidade e transmissão altíssimos. Do momento em diante que a OMS foi informada pela China até a informação de que se estava a frente de uma pandemia, criou-se uma crise comportamental, sanitária e econômica ao redor do globo.

A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), foi capaz de destruir incontáveis vidas, economias, deixando um lastro de solidão e medo por onde passou, e mais ainda, fazendo pairar a dúvida: qual será o futuro? Os desafios impostos por esta pandemia já foram totalmente compreendidos? Qual a probabilidade de ocorrência de novas pandemias? Será em um futuro próximo? O que se sabe é que a pandemia está longe de terminar, até porque, segundo muitos especialistas, este estado pode se estender por um a dois anos ou até se transformar numa doença de caráter endêmico.

A pandemia acabou, de forma volitiva ou não, deixando ainda mais clara as desigualdades e a exclusão que se mantêm na sociedade brasileira. Aqui no Brasil já se vivia um período de instabilidade política, que neste contexto pandêmico acabou ficando ainda pior. Esta desigualdade atinge principalmente grupos minoritários, pois em períodos de normalidade sanitária o acesso à saúde já é difícil, mas em um momento como o que se enfrenta, este público acaba sendo o primeiro atingido, e aqui se trata desde o saneamento básico aos leitos de UTI, condições (in)dignas de trabalho e moradia, dentre tantos outros espaços sociais que foram atingidos.

Neste seguimento, já era de conhecimento de todos que pacientes de Covid-19, quando estavam em situações graves, sempre acabavam precisando de suporte respiratório e não havia aparelhos suficientes no país. Nunca houve. E, então, surge

a noção de que a demanda seria exponencialmente aumentada. Tampouco havia produção autônoma suficiente destes aparelhos no Brasil. Os países que produziam os queriam para si. O Brasil já há muito não investe, de forma séria, direcionada e planejada, no desenvolvimento de tecnologias úteis, sendo assim “conivente” diretamente com um colapso da saúde no país

Com o advento da COVID-19 instaurou-se uma pandemia no mundo inteiro, gerando medo e incertezas, mas algo que a pandemia tem nos mostrado é que suas consequências não estão ligadas apenas a transmissão do vírus, mas sim, os seus danos acessórios. Vários pesquisadores já têm alertado sobre doenças crônicas não transmissíveis associadas a COVID-19, como por exemplo: diabetes, câncer, obesidades, hipertensão, entre outros), o que nos leva a pensar, que se está diante de uma sindemia e não uma pandemia.

A pandemia causada pela COVID-19 não deve ser encarada apenas sob a ótica da transmissão viral, pois fazendo isso, ficasse suscetível a uma análise meramente imediatista, ou seja, se o indivíduo teve ou não contato com o vírus. Esta pandemia está sendo encarada por muito pesquisadores, como uma realidade sindêmica e não pandemia, isto é, que se está diante de uma sindemia e não uma mera pandemia. A sindemia é um processo de interação e influência de duas ou mais patologias, que se impulsionam de forma negativa.

Sindemias são caracterizadas por um conjunto de problemas de saúde influenciados por fatores ou interações biológicas, psicológicas e sociais, que aumentam a suscetibilidade de um indivíduo e contribuem para a carga excessiva de doenças em uma população. O enfrentamento a COVID-19 não implica apenas combater o agente infeccioso, mas também, problemas na esfera social, ambiental e econômica.

A partir desta construção teórica, onde defende-se um estado de sindemia e não pandemia, traz-se ao centro da discussão deste projeto de pesquisa, o Princípio da Precaução como uma possível resposta para este futuro impreciso. Tal princípio já foi demasiadas vezes utilizado como norte para a ação humana, a partir de seus possíveis reflexos, seja para com as gerações atuais e futuras, meio ambiente ou a própria manutenção da espécie.

O Princípio da Precaução se trata de um princípio que carece de definição universal, pois a própria literatura e doutrina o denominam de várias formas,



acarretando assim em determinações muitas vezes vagas, contraditórias e carentes de base que as sustente. Ademais, aqui se faz utilizar da versão que gera a aplicabilidade do princípio, qual seja, a ideia de incertezas dos riscos ou do nexo de causalidade entre a ação e o dano ou ao ônus da prova quanto à segurança da atividade

O presente trabalho terá duas vertentes que serão as balizadoras para a construção da dialética em torno do problema central desta dissertação, a saber: a aplicabilidade do princípio em matéria de saúde pública, ou seja, buscando a segurança contra pandemias futuras, tal qual, para se encontrar um mecanismo de aproximação entre tempo do direito e o tempo da ciência. A precaução será estudada a partir de uma análise prática do princípio, com suporte do RSI (Regulamento Sanitário Internacional) podendo este ser utilizado como método de controle dos efeitos sindêmicos.

Outrossim, serão trabalhados os reflexos das consequências da pandemia nas desigualdades sociais, especialmente no que compete a fome e ao desemprego. O Brasil já vem de longa data sofrendo com os efeitos da fome, que por sua vez, está umbilicalmente ligada ao desemprego no país. Desta feita, serão trazidos gráficos para elucidar o quanto a COVID-19 impactou nestas áreas, onde é possível verificar, que mais de 14 milhões de brasileiros, passaram fome no ano de 2021 (dados IBGE). A pandemia não foi apenas disruptiva no setor da saúde, ela também afetou e muito, setores sociais, que já vinham sofrendo com o descaso de políticas públicas. Em outras palavras, a COVID-19 só potencializou um problema já conhecido, mas que também, é totalmente esquecido pelos agentes públicos.

Doravante, o método de pesquisa que permeará esta dissertação, será o dialético, tendo em vista a necessidade desta construção teórica e histórica, como se verifica no capítulo um, remontando-se a pandemias passadas, com intento de criar subsídios para enfrentar os problemas da pandemia atual. Já no tocante a abordagem, tem-se como técnica a abordagem qualitativa e quantitativa, onde num primeiro momento reúne-se o maior número informações e, posteriormente, colhe-se dados, a fim de demonstrar, com supedâneo em dados visíveis, os contextos complexos aos quais a sindemia da COVID-19 está envolvida. Nada obstante, se apoiara este trabalho em documentos jurídicos nacionais e internacionais, assim

como protocolos e regulamentos, em especial, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

É importante esclarecer, que de forma alguma é o intento deste estudo travar o avanço científico ou desestimulá-lo, é importante que se desmistifique a ideia de que o Princípio da Precaução é um Princípio do medo, ou irracional, muito pelo contrário, a base deste princípio é justamente uma racionalidade fundada na concepção de uma responsabilidade pelo futuro. A indicação para a ciência é que para todo o plano A, esta sempre tenha um plano B.

Esta dissertação não pretende exaurir o tema envolto das discussões sobre pandemias, Princípio da Precaução e sua aplicabilidade prática, mas sim, instigar esse processo de investigação. A COVID-19 veio apenas para lembrar a humanidade da sua fragilidade, do quanto ainda existem lacunas que o conhecimento por ela até aqui conquistado, não foi suficiente para responder nem mesmo 1% das inúmeras possibilidades da natureza.

Outrossim, importante mencionar que as bases teóricas desta dissertação estão sendo extraídas da base de dados dos Periódicos da CAPES, com intuito de tentar prestigiar ainda mais o seu resultado final. Ainda, utilizou-se a Biblioteca Digital, assim como gráficos da CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), comparando-os com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatísticas).

A pandemia trouxe consigo um fantasma, e este fantasma se chama, impotência. Impotentes perante uma pandemia, mesmo após 100 anos de sua última, nenhuma mudança de formas de enfrentamento e a possibilidade quase que iminente, de uma nova pandemia daqui alguns anos. Este ensaio se justifica justamente por estes termos, seja em razão da exploração exacerbada de faunas e floras do planeta, ou pelo fato da presença desta pandemia e de outra que se remonta logo ali na frente. É se suma importância que se crie protocolos práticos, planos estratégicos, pautados no Princípio da Precaução, que visem o travamento de novas pandemias/sindemias, ou ainda, que visem métodos realmente eficazes para enfrentamento, sob pena de cada vez mais tornar-se normal contextos sindêmicos e de catástrofes imensuráveis.

## **1 PANDEMIAS, SINDEMIAS, EPIDEMIAS E ENDEMIAS: HISTÓRIA, CONCEITUAÇÃO E MÉTODOS DE ENFRENTAMENTO POR PARTE DOS GOVERNOS PARA CONTENÇÃO DO CONTÁGIO**

O presente capítulo, que dá início ao trabalho de pesquisa e investigação científica acerca do tema que dá título a esta dissertação, abordará questões relativas ao que é uma pandemia e de que modo ela se diferencia de endemias e epidemias. Pandemias, epidemias e endemias, em sua distinção primária, se diferem especificamente sobre o contágio, expansão e tempo, pois se em uma epidemia temos uma difusão maior de uma doença/vírus, na endemia existe uma localidade específica para sua propagação.

Doravante, serão analisadas as últimas pandemias que acometeram o homem nos séculos passados e neste. Necessário referir, que as pandemias e epidemias trazidas neste ensaio, foram escolhidas a fim de exemplificar, pois se trouxéssemos todas estas doenças e vírus que atravessaram a humanidade, seria necessário um trabalho apenas sobre a temática. Desta feita, a escolha se deu em razão da difusão e até mesmo material disponível sobre as epidemias e pandemias aqui trazidas, mas de forma alguma, com o intuito de minimizar o impacto e efeito de outras.

Por sua vez, após algumas conceituações e exemplos de doenças e vírus que perpassaram a história da humanidade, trabalhar-se-á as formas e métodos utilizados para combater tais doenças, tal qual, se houve evolução ou não nas táticas para mitigar os efeitos de tais vírus. Ainda, a partir de uma perspectiva crítica, será analisado como se combateu a COVID-19 neste século e se houve ou não avanço em tal sentido.

Por síntese, mas não menos importante, o conceito de sindemia será objeto de investigação, trazendo todos os seus desdobramentos e interações junto a COVID-19 e de que forma o que hoje se trata como pandemia é na verdade uma sindemia: um conjunto de fatores sociais, ambientais e econômicos, que são potencializados a partir doenças/vírus. Ademais, além de se conceituar a sindemia, a fim de corroborar com a teoria de que se vive um estado sindêmico e não pandêmico, traremos algumas desigualdades sociais, que servirão como forma de provar o quanto a fome e o desemprego aumentaram neste período de pandemia.

## 1.1 PANDEMIAS, EPIDEMIAS E ENDEMIAS: CONCEITOS E DIFERENCIAÇÕES DOS ESTADOS

Este subcapítulo irá trazer os conceitos e diferenciações entre as nomenclaturas pandemia, epidemia e endemia, elucidando o ponto em que estas se diferenciam e qual a forma de se verificar o estado de cada uma. Outrossim, serão trazidos exemplos das referidas terminologias, como por exemplo, a pandemia causada pelo SAR-COV-2 ou a epidemia causada pela Dengue.

Pandemia, epidemia e endemia, são termos que tratam acerca da propagação de vírus, doenças e não sobre a gravidade que este detém, ou seja, referem sobre a potencialidade em que o vírus pode se difundir e se espalhar geograficamente. A humanidade sempre se viu cercada de doenças potencialmente pandêmicas, endêmicas ou epidêmicas, sendo estas responsáveis pela morte de milhões de pessoas ao longo dos séculos.<sup>2</sup>

Uma das diferenças tangenciais e mais significativas relativo aos termos endemia e epidemia é fator de maior ou menor incidência de um vírus em determinada região, povo ou país. Sendo assim, a principal característica de epidemia é justamente o número elevado de casos novos que surgem de determinada doença e sua rápida difusão, que por sua vez, a endemia irá ser restrita a uma doença que se mostra peculiar a apenas uma localidade ou população específica.<sup>3</sup>

Desta feita, o conceito de endemia reside na ocorrência de um agravamento de casos de uma determinada doença, que já era esperado para àquela região, naquele período e momento, tendo como perspectiva uma linha temporal de inoportunidade de epidemias. Por seu turno, a Epidemia será um aumento inesperado ou acima da média de casos para aquele período. A epidemia se tem esta diferenciação em relação a endemia, pois há um aparecimento súbito e repentino

---

<sup>2</sup> CATOCO, Sozinho. As pandemias e endemias na história da humanidade: balanço histográfico. **Kulongesa – TES (Tecnologia – Educação – Sustentabilidade)**. Universidade de Lisboa, Portugal. 2021. Disponível em: <https://kulongesa.ispls.ao/index.php/kulongesa-tes/article/view/237>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

<sup>3</sup> REZENDE, Joffre Marcondes de. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. **Revista De Patologia Tropical**. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/17199>>. Acesso em: 08 fev. 2022.

por determinado período de tempo e em uma área geográfica específica, ocasionando em um elevado número de contaminação de pessoas.<sup>4</sup>

Tratando de forma exemplificativa, uma epidemia que pode ser trazida para realidade brasileira é a causada pela Dengue (vírus transmitido pelo mosquito denominado *Aedes aegypti*), onde na cidade de Curupira, Minas Gerais, com cerca de 80.000 habitantes, registrou-se um aumento do número de casos da doença no segundo trimestre de 2010, coincidindo com o mesmo período de intensidade de chuvas naquela região específica. Isto é, aqui você tem um aumento de contaminação por um vírus específico, em uma região determinada e em um período, ocasionando assim uma epidemia.<sup>5</sup>

Nesta linha, referem Nascimento e Pedroso, *in verbis*:

A distribuição geográfica dos mosquitos vetores e os vírus contribuíram para o ressurgimento da epidemia global de dengue e o aparecimento da febre hemorrágica da dengue (FHD) nos últimos 25 anos. Desde o ano de 1980, o tema da dengue é frequente também na mídia brasileira, com espaço garantido nas manchetes a cada emergência sazonal da doença, normalmente a cada ano. E desde 1986, enfrenta-se, no Brasil, de forma quase ininterrupta, epidemias de dengue.<sup>6</sup>

Neste ínterim, as endemias então se classificam como doenças que se encontram em uma determinada zona de maneira permanente e por um longo período (situação temporal e sazonal). Já as epidemias são verificadas quando existe o aumento de casos, sendo este aumento não esperado para aquele período e região, indo até um máximo de contaminações e posteriormente verificado uma diminuição das mesmas.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi. Epidemias e Endemias B:Dengue, Leishmaniose tegumentar e visceral, Leptospirose, *Influenza* e Febre Maculosa . 2. ed. **Nescon/UFMG**, 2013. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Endemias\\_e\\_epidemias\\_B\\_Dengue\\_Leishmaniose\\_tegumentar\\_e\\_viscerar\\_\\_Leptospirose\\_\\_Influenza\\_e\\_Febre\\_maculosa/657](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Endemias_e_epidemias_B_Dengue_Leishmaniose_tegumentar_e_viscerar__Leptospirose__Influenza_e_Febre_maculosa/657)>. Acesso em: 17 mar. 2022.

<sup>5</sup> MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi. Epidemias e Endemias B:Dengue, Leishmaniose tegumentar e visceral, Leptospirose, *Influenza* e Febre Maculosa . 2. ed. **Nescon/UFMG**, 2013. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Endemias\\_e\\_epidemias\\_B\\_Dengue\\_Leishmaniose\\_tegumentar\\_e\\_viscerar\\_\\_Leptospirose\\_\\_Influenza\\_e\\_Febre\\_maculosa/657](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Endemias_e_epidemias_B_Dengue_Leishmaniose_tegumentar_e_viscerar__Leptospirose__Influenza_e_Febre_maculosa/657)>. Acesso em: 17 mar. 2022.

<sup>6</sup> NASCIMENTO, Fernando Honorato; PEDROSO, Leonardo Batista. Análise e espacialização da incidência de dengue na microrregião geográfica de Anápolis-GO, período de 2010-2016. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia132508>>. Acesso em: 07 jun. 2021.

<sup>7</sup> CATOCO, Sozinho. As pandemias e endemias na história da humanidade: balanço histográfico. **Kulongesa – TES (Tecnologia – Educação – Sustentabilidade)**. Universidade de Lisboa, Portugal.

A primeira vez que se utilizou o termo pandemia, que é de origem grega, esta foi empregada por Platão, que a usou de forma genérica, referindo-se a um evento capaz de alcançar toda uma população. Nesta concepção a palavra foi conceituada por Aristóteles. Com a modernidade, refere-se a pandemia quando se está diante de uma epidemia em grandes proporções, que se espalha por vários países e mais de um continente.<sup>8</sup>

Doravante, o termo pandemia, para que este seja utilizado é necessária uma proliferação de um vírus em uma larga escala. Conforme a Organização Mundial da saúde (OMS)<sup>9</sup>, o termo será cunhado quando determinada doença se espalha rapidamente por diversas partes e diversas regiões (aqui entenda-se continental ou mundial), através de uma contaminação sustentada e contínua. Novamente frisa-se que a letalidade da doença/vírus não é determinante para a constatação de uma pandemia, mas tão somente, o seu poder de proliferação geográfica.<sup>10</sup>

A pandemia do COVID-19 causada pelo vírus SARS-CoV-2 afetou severamente o Brasil, sendo no momento que chegou ao país, se espalhando de forma cada vez mais rápida e abrupta, se acumulando em cada dia a após dia mais casos e incontáveis mortes. O primeiro caso confirmado no Brasil e na América Latina foi em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo e menos de um mês após a confirmação do primeiro caso, veio a primeira morte, em 17 de março de 2020, também no estado de São Paulo.<sup>11</sup>

2021. Disponível em: <https://kulongesa.ispls.ao/index.php/kulongesa-tes/article/view/237>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

<sup>8</sup> REZENDE, Joffre Marcondes de. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. **Revista De Patologia Tropical**. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/17199>>. Acesso em: 08 fev. 2022.

<sup>9</sup> A Organização Mundial da Saúde, criada em 1946, pela Conferência Internacional de Saúde de Nova York é atualmente composta por 194 Estados membros do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU). Possui seis escritórios: África, Américas, Ásia do Sudeste, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental, e tem como missão trabalhar em todo o mundo para promover a saúde, mantendo-o seguro e com propósito de servir aos vulneráveis. GOMES, Eduardo Biacchi; BUSATO, Ivana Maria Saes; OLIVEIRA, Marcia Maria Fernandes. COVID-19 e a atuação da Organização Mundial da Saúde. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**. jun. 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54086/29104>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

<sup>10</sup> CATOCO, Sozinho. As pandemias e endemias na história da humanidade: balanço histográfico. **Kulongesa – TES (Tecnologia – Educação – Sustentabilidade)**. Universidade de Lisboa, Portugal. 2021. Disponível em: <https://kulongesa.ispls.ao/index.php/kulongesa-tes/article/view/237>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

<sup>11</sup> ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de et al. COVID-19 hospitalizations in Brazil's Unified Health System (SUS). **Plos One**. v. 15, nº. 12, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243126>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

Por síntese, verifica-se que o ponto crucial que diferencia estes diferentes estados de difusão de um vírus, é a sua velocidade em propagação e não em letalidade, pois a própria COVID-19 logo no seu início foi considerada um surto, isto é, quando ocorre um aumento de casos de doença numa área definida ou num grupo específico de pessoas, num determinado período, que seria uma ação anterior a própria endemia.<sup>12</sup>

No subcapítulo abaixo, após esta contextualização sobre as diferenciações e pontos determinantes entre pandemias, epidemias e endemias, serão exemplificadas, algumas das mais significativas pandemias e epidemias que assolaram a raça humana, a fim de compreender, de forma objetiva, o impacto e a magnitude destes vírus, que mataram milhões de pessoas.

## 1.2 PRINCIPAIS PANDEMIAS E EPIDEMIAS AO LONGO DA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

Este subcapítulo fará um giro em torno das principais pandemias e epidemias que acometeram o homem nos últimos séculos. Ainda que se conheça a existência de documentações e dados acerca de pestes desde os primórdios da civilização (Peste de Atenas, Peste Antonina, Peste de Cipriano, Lepra – doença de Hansen, entre outros), será aqui apreciado pandemias mais recentes, mas sem desmerecer àquelas, vez que, por si só poderiam ser objeto de pesquisa de toda uma dissertação.

Consoante já dito anteriormente, as pandemias e epidemias abaixo exemplificadas, se tratam de umas das três maiores doenças/vírus já conhecidas pelo homem, com índice de mortalidade total até o presente momento, impossível de se mensurar com exatidão. A Peste Negra, a Cólera e a Gripe Espanhola, estão dispostas em uma evolução histórica, respectivamente, sendo que, as três pandemias, foram registradas em praticamente ao redor de todo o globo, sendo responsáveis pela morte de milhões de pessoas.

---

<sup>12</sup> ASSUNÇÃO, Marcos Venâncio Silva; FARO, Roberta Pina Barbosa; REYMÃO, Ana Elizabeth Neirão. A pandemia de COVID-19: reflexões à luz do direito ao desenvolvimento, direito à saúde e direito do consumidor. **Conpedi Law Review**. v. 6, nº.1, p. 53-74, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/6712/pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

Importante referir, que além da grande taxa de mortalidade, o marco na história da humanidade e seus impactos sem precedentes, um dos maiores pontos e motivos pelos quais se escolheu estas três pandemias são: modo de transmissão e relação com a desigualdade social. Na peste Negra ou Peste Bubônica, é transmitida por uma bactéria, que tem como vetor a pulga do rato, onde há a infecção por meio da picada do animal, indo diretamente para a corrente sanguínea, ocasionando infecção generalizada ou mesmo comprometimento dos pulmões. Por sua vez, a Gripe Espanhola, se trata de uma mutação do vírus influenza, que passaram de aves para seres humanos, tendo-se registros que os primeiros casos ocorreram nos Estados Unidos, mais especificamente em campos de treinamento militar.

Por fim, a Cólera, diferentemente das pandemias/epidemias anteriores, tem sua transmissibilidade a partir de uma bactéria que pode ser encontrada na água ou em alimentos que estão infectados. Essa é uma doença que está vinculada à higiene e ao saneamento básico, como redes de esgoto ao céu aberto, onde potencializam a capacidade de transmissão.

A vista disso, escolheu-se estas três doenças, sejam pelas suas particularidades e formas de transmissão, umbilicalmente ligadas a pandemia causada pela COVID-19 (animais como transmissores de doenças à seres humanos) ou mesmo pela desigualdade social que coloca tantas pessoas em situação de vulnerabilidade e maiores chances de se contaminarem com vírus, bactérias ou doenças.

### **1.2.1 A Peste Negra, Cólera e a Gripe Espanhola**

Possivelmente uma das pestes e pandemias mais significativas na história da civilização humana foi a da Peste Negra (Peste Bubônica), no período do século XIV (1346-1352) na Ásia Central e Europa. Tem-se dados de que a Peste Negra eliminou entre 40 e 80 milhões de pessoas somente na Europa, o que representaria de 30 a 60% da população total do continente. Forçoso referir, que ao longo do globo, tal pandemia foi capaz de matar aproximadamente 200 milhões de pessoas,



segundo especialistas, representando assim quase um terço da população mundial, à época.<sup>13</sup>

Na figura abaixo, é possível verificar uma vestimenta clássica dos tempos da Peste Negra, onde os médicos e especialistas da época, usavam roupas que os protegiam dos pés à cabeça, com intuito de evitar qualquer tipo de contágio.

**Figura 1- Uniforme médico Peste Negra**



Fonte: Mega Curioso. Disponível em:

<https://www.megacurioso.com.br/educacao/110800-voce-sabe-em-que-consistia-o-uniforme-que-os-medicos-da-peste-negra-usavam.htm>.

Além da roupa se utilizava uma máscara em forma de bico de pássaro, que era preenchido com ervas aromáticas, onde se acreditava que toda este aparato evitava a contaminação. Essa percepção de que o contato com os doentes contribuía para disseminar a doença fez com que as famílias parassem de se reunir à beira daqueles que estavam doentes. Reuniões de funerais também acabaram deixando de acontecer, e os que tratavam dos doentes passaram a utilizar roupas específicas, feitas de couro, para impedir que as secreções dos doentes penetrassem no tecido.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> KREIBOHM, Patrícia. Tres Pandemias em la Historia. **Relaciones Internacionales**. v. 29, nº. 58, 2020. Disponível em: <https://revistas.unlp.edu.ar/RRII-IRI/article/view/10290/9066>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

<sup>14</sup> TOAPANTA Hugo Germán González. Pandemias en la historia: la peste negra y la gripe española, COVID-19 y crisis capitalista. **Revista de Ciencias Sociales y Humanidades Chakiñan**. v. 14, ago. 2021. Disponível em: <https://chakinan.unach.edu.ec/index.php/chakinan/article/view/477>>. Acesso em: 02 jan. 2022.

Embora a peste tenha dizimado boa parte da Europa, ela provavelmente se originou na China ou na Ásia Central, chegando até o continente europeu por meio de navios. A praga foi trazida por embarcações genovesas e teve o seu primeiro registro no porto de Messina. A bactéria *Yersinia Pestis* infectou as pulgas que estavam nos ratos, sendo responsável pela proliferação do vírus. Em contato com humanos, a contaminação ocorre por causa do contato com estas pulgas infectadas.<sup>15</sup>

Ato contínuo, a Cólera remanesce já nos escritos da Idade Média, no Renascimento e no período do desenvolvimento industrial, conquanto, mesmo já sido referida nos primórdios da antiguidade, curiosamente apenas em 1817 que ocorreu a sua disseminação. A Cólera foi a primeira das grandes pandemias que assolaria a humanidade após o século XIX, tendo estes vários nomes ao longo do tempo, quais sejam: doença azul, doença negra, cólera mórbus, febre forte, entre outros.<sup>16</sup>

A Cólera pode ser compreendida como uma epidemia que era pautada não apenas pelo contexto falta ou inexistência de saneamento básico, mas também uma crise de caráter socioambiental. Os debates em torno do estabelecimento de um princípio que explicasse os mecanismos da comunicação da cólera oscilavam entre as teses de contágio e infecção, visto que, assim como na pandemia do coronavírus, a comunidade acadêmica não conseguia entrar em um consenso sobre a natureza e propagação do vírus.<sup>17</sup>

A fim de englobar uma crítica social, bem como, a forma como o conselho de saúde e a própria população lidava com a Cólera na terceira década dos anos de 1800, colaciona-se imagem acerca de tal momento:

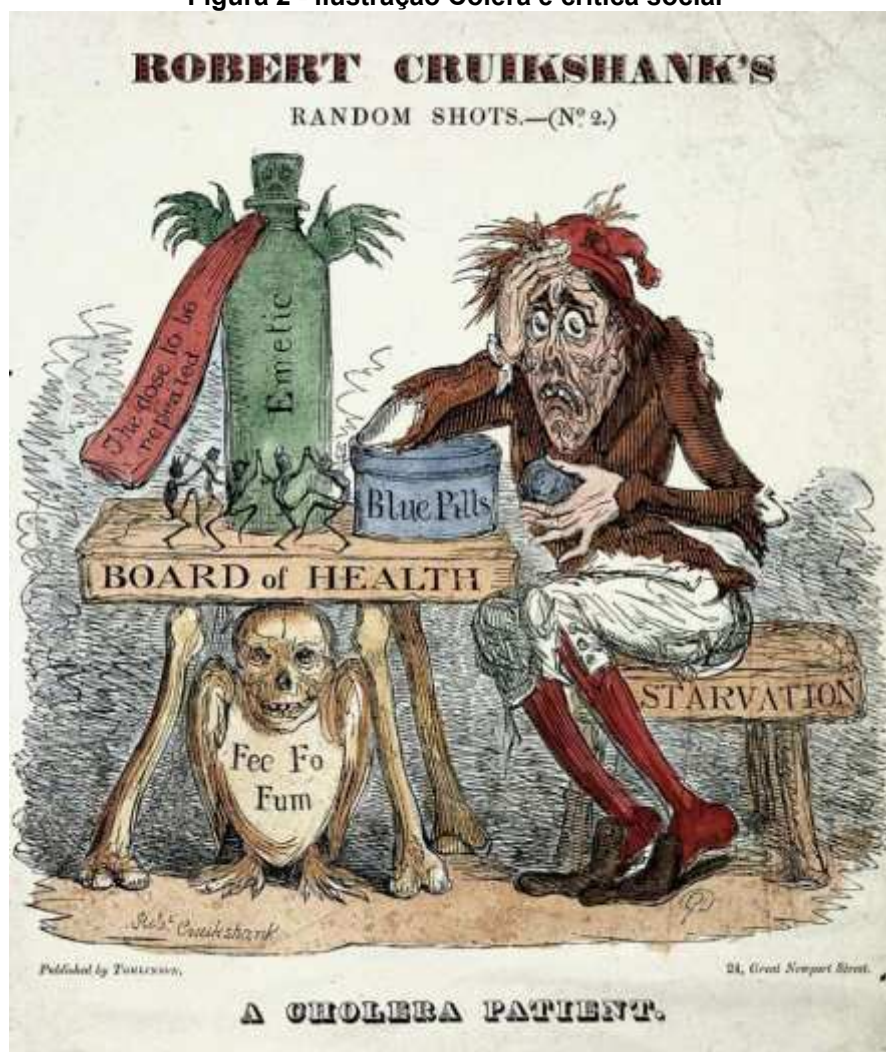
---

<sup>15</sup> KREIBOHM, Patrícia. Tres Pandemias em la Historia. **Relaciones Internacionales**. v. 29, nº. 58, 2020. Disponível em: <https://revistas.unlp.edu.ar/RRII-IRI/article/view/10290/9066>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

<sup>16</sup> BERMÚDEZ, Marieta Ramírez; BOTELL, Miguel Loguns. Cólera. **Revista Cubana de Medicina General Integrada**. v. 27, nº. 2, abr./jun. 2011. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000200017&lng=en&tling=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200017&lng=en&tling=en)>. Acesso em: 03 mai. 2021.

<sup>17</sup> SANTOS, Luciana dos. Um imenso campo mórbido: controvérsias médico-científicas sobre a epidemia de cólera-morbo de 1855. **História, Ciência e Saúde**. v. 23 (2), p. 341-357, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/WRYNRCxScjwd4hPxSkNDXvH/?lang=pt>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

Figura 2 - ilustração Cólera e crítica social



Fonte: Ciência Viva. Disponível em: <http://cienciaviva.org.br/index.php/2021/04/16/lidando-com-a-colera-no-seculo-19/>.

Da imagem supra, se extrai uma pessoa bastante pálida e magra, com roupas maltrapilhas (o que nos exprime a questão da desigualdade social e a Cólera atingindo os mais pobres). Na mesa, encontra-se a escrita “Board of Health” que significa Conselho de Saúde, instituição que à época indicava como a população deveria se posicionar acerca da Cólera. Ainda, acima da mesa encontra-se um pote de remédios escrito “Blue Pills (pílulas azuis)” também conhecido como “Blue Mass ou Pílula Hydrargyri”. Esse medicamento, à base de Ópio e de Mercúrio, era utilizado na época para o tratamento da Cólera e outras doenças gastrointestinais. Por ser tóxico, causava mortes por envenenamento ao longo do seu uso.

A Cólera também teve seu início na Ásia se espalhando para a Turquia e posteriormente a países árabes. A Cólera é transmitida por meio de um agente infeccioso, com grande mobilidade, capaz de sobreviver até mesmo 07 dias fora do

organismo, denominado *Vibrio Cholerae*. A transmissão ocorre por contaminação da água com fezes e vômitos e pela ingestão de alimentos que estejam infectados. Ademais, ainda que a via principal de exposição ao agente seja pela boca, existem estudos que comprovam a infecção direta de pessoa com pessoa.<sup>18</sup>

Nesta esteira história, chega a vez de uma das possíveis pandemias mais letais da civilização, a Gripe Espanhola – vírus *Influenza*, que estimasse ter contaminado mais de 500 milhões de pessoas. Uma das hipóteses de sobre o início e primeiro caso da pandemia, sugere que o primeiro caso registrado de *influenza* tenha ocorrido num campo de treinamento militar no estado do Kansas, Estados Unidos, em janeiro de 1918<sup>19</sup>. Já no mês de abril a gripe já teria alcançado a Europa, levada pelos soldados norte-americanos e tendo se disseminado por todo o continente até agosto. Depois do mês de agosto houve uma segunda onda da gripe, mais virulenta do que a primeira, que acabou atingindo a Índia, o Japão, a China, o continente Africano e as Américas Central e do Sul. Houve também uma terceira onda, mas esta ocorre entre os meses de fevereiro e maio de 1919.<sup>20</sup>

Um ponto interessante acerca desta pandemia, é que ela leva o nome de Gripe Espanhola, não porque foi o local onde o vírus nasceu ou se encontrou o primeiro caso, mas porque a Espanha era neutra em relação a gripe, durante o seu período de contágio. Estava-se em um período de guerra (Primeira Guerra Mundial) e a Espanha, por situações internas e de foro estratégico(?) opta por não divulgar dados da gripe, seja para não criar um pânico em suas tropas, ou não deixar que países rivais soubessem que a gripe estaria atacando seus soldados.<sup>21</sup>

Tal qual foi/é a pandemia causada pela COVID-19, a Gripe Espanhola também forçou que profissionais da área da saúde se reinventassem, hospitais de

---

<sup>18</sup> LABRADOR, Joaquín Pérez; MORENO, Maria de la C. Casanova; VALDÉS, Laura Margarita González. Cólera: historia y actualidad. **Revista Ciência Médicas**. v. 15, nº. 4, Pinar del Rio, out./dez. 2011. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000400025&lng=en&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400025&lng=en&tlng=en). Acesso em: 04 jul. 2021.

<sup>19</sup> Importante referir que há contradições doutrinárias acerca do primeiro caso de Gripe Espanhola, podendo também ter iniciado na China, bem como, ter tido seu primeiro caso em um acampamento militar europeu. Desta feita, não se nega tais alusões, porém, usou-se o período de janeiro de 1918, nos Estados Unidos como base.

<sup>20</sup> EL-DINE, Lorena Ribeiro Zem; MELLO, Vanessa Pereira da Silva e Mello. “A Gripe Espanhola como lição”: a pandemia de 1918-1919 nos jornais “O Globo” e “Folha de São Paulo” (1941-2020). **Revista NUPEM**. v. 13, nº. 29, p. 13-35, mai./ago. 2021. Disponível em: <http://revistanupem.unespar.edu.br/index.php/nupem/article/view/843/492>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>21</sup> ABEJEZ, Luis J.; MAIN, Silvia Méndez. La pandemia de COVID-19 em perspectiva desde 1918. **Clivajes – Revista de Ciencias Sociales**. nº. 14, p. 1-21, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25009/clivajes-racs.v0i14.2662>. Acesso em: 10 abr. 2022.

campanha simplesmente tiveram que surgir, assim como, hospitais precisaram ser adaptados da noite para o dia. Deste modo, a fim de demonstrar este estado caótico vivenciado, veja-se imagem abaixo:

**Figura 3 – Hospital improvisado para tratamento da Gripe Espanhola**



**Fonte: CNN Brasil. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/09/26/o-que-a-pandemia-de-gripe-espanhola-de-1918-pode-nos-ensinar-sobre-a-covid-19>>.**

Da imagem acima, verifica-se o quão próxima da realidade deste século, se vivenciou no século passado; hospitais em locais precários, muitos pacientes para poucos profissionais da saúde e um claro panorama caótico. As semelhanças entre a COVID-19 e a Gripe Espanhola, não param apenas na similaridade da variação do vírus influenza, mas também, nos desafios impostos a sociedade da época.

A Gripe Espanhola - *Influenza*, foi uma das maiores pandemias e mais recentes enfrentadas pelo homem. Aqui no Brasil data-se a chegada da pandemia por meio de um navio inglês no mês de setembro, sendo confirmado os primeiros casos de gripe no fim do mesmo mês. Estima-se que a Gripe Espanhola matou entre

50 e 100 milhões de pessoas, o que superou o número total de soldados mortos na Primeira e Segunda Guerra Mundial.<sup>22</sup>

Neste subcapítulo teve-se como escopo exemplificar algumas das maiores catástrofes de saúde pública já enfrentadas pelo homem até o século passado. Neste outro momento da dissertação, trataremos da crise de saúde pública imposta pelo novo SARS-CoV-2, isto é, a pandemia causada pela COVID-19.

### 1.2.2 COVID-19 – coronavírus: a pandemia do século XXI

A pandemia causada pela COVID-19 se trata de uma realidade jamais esperada para o século XXI. Embora já existam inúmeras publicações científicas sobre as suas múltiplas facetas, nada é tão claro quanto a fragilidade da condição humana perante as pandemias. A taxa de mortalidade cresce a cada dia, deixando um rastro mortal de insegurança e medo na população mundial.<sup>23</sup>

Certamente este século será marcado para sempre nos livros de história, em razão dos acontecimentos acarretados pela pandemia do COVID-19. De início a COVID-19 foi vista como um surto/endemia (quando se tem um aumento de casos de doença numa área definida ou num grupo específico de pessoas, e num determinado período), sendo os seus primeiros casos divulgados no fim de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, capital da maior província de Hubei, da República Popular da China.<sup>24</sup>

Logo após estes acontecimentos na China, já no dia 26 de janeiro de 2020 a Inglaterra publicava no seu Instituto de Sistemas Complexos da Nova Inglaterra um estudo sobre a potencialidade de um risco sistêmico de pandemia por um novo coronavírus e recomendando o uso do Princípio da Precaução para fins de redução drástica da mobilidade do vírus. Sendo assim, necessário referir que a OMS

---

<sup>22</sup> VAZ, Paulo; SANCHOTENE, Nicole; SANTOS, Amanda. Quanto dura uma catástrofe? Nação, indivíduo e trauma na Gripe Espanhola. **Revista Brasileira de História da Mídia**. v. 9, nº. 2, p. 8-26, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rbhm/article/view/11745/7218>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

<sup>23</sup> ABEJEZ, Luis J.; MAIN, Silvia Méndez. La pandemia de COVID-19 em perspectiva desde 1918. **Clivajes – Revista de Ciencias Sociales**. nº. 14, p. 1-21, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25009/clivajes-racs.v0i14.2662>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

<sup>24</sup> BOMFIM, Fernando. COVID-19, a pandemia que mudou a saúde e a economia. **Revista Ciências em Saúde**. v. 10, nº. 2, jun. 2020. Disponível em: [http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/racsfmt\\_zero/article/view/995/542](http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/racsfmt_zero/article/view/995/542)>. Acesso em: 07 abr. 2022.

(Organização Mundial da Saúde) só se referiu a esta circulação do vírus como pandemia em 11 de março de 2020, conquanto, a doença já era uma realidade mundial.<sup>25</sup>

Em terras brasileiras também ocorreu esta mesma morosidade em se reconhecer a gravidade do vírus, sendo que, somente em 3 de fevereiro de 2020 que o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Posteriormente, em 20 de março de 2020, com o advento do Decreto Legislativo nº 6, se reconheceu a ocorrência do estado de calamidade pública no país. Desta feita, seguindo a posição dos demais países e atendendo as orientações da OMS, o país reconheceu que a pandemia de COVID-19 se tratava de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Todavia, mais uma vez já era tarde, pois ao final de março, o país já totalizava 201 mortes e 5.717 casos confirmados da doença.<sup>26</sup>

Ao longo deste trabalho, até o ponto em que este se encontra, deixou-se bastante clara a ruptura para a área da saúde e o quanto esta precisou se adequar, abruptamente, a estas novas realidades. Da imagem abaixo, é possível extrair uma destas situações, onde profissionais da saúde, diariamente se viam em trajes como o da imagem, necessitando tratar pacientes que sequer conseguiam tocar.

---

<sup>25</sup> ASSUNÇÃO, Marcos Venâncio Silva; FARO, Roberta Pina Barbosa; REYMÃO, Ana Elizabeth Neirão. A pandemia de COVID-19: reflexões à luz do direito ao desenvolvimento, direito à saúde e direito do consumidor. **Conpedi Law Review**. v. 6, nº.1, p. 53-74, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/6712/pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

<sup>26</sup> ASSUNÇÃO, Marcos Venâncio Silva; FARO, Roberta Pina Barbosa; REYMÃO, Ana Elizabeth Neirão. A pandemia de COVID-19: reflexões à luz do direito ao desenvolvimento, direito à saúde e direito do consumidor. **Conpedi Law Review**. v. 6, nº.1, p. 53-74, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/6712/pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

**Figura 4 – Tratamento médico/paciente com COVI-19**



**Fonte: Veja. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/por-que-o-pico-do-coronavirus-no-brasil-mudou-para-maio-e-junho/>>.**

A pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2, conforme dados da OMS, se trata de um vírus zoonótico, ou seja, significa que este é transmitido de animais para pessoas. Este problema sanitário e ambiental, de caráter emergente, já foi objeto de estudo do Programa das Nações Unidas, sobre um aumento mundial do número de doenças e epidemias particularmente de zoonoses – doenças que são transmitidas entre seres humanos e animais.<sup>27</sup>

Conforme já referido, a pandemia não foi caracterizada apenas pela letalidade do vírus, mas a capacidade e velocidade de sua propagação, a exemplo é o fato de que até o fim de 2019 o vírus se encontrava apenas em determinada localidade da China, porém no fim de janeiro de 2020, o vírus já havia se deslocado e expandido

---

<sup>27</sup> CARVALHO, Délton Winter de. A natureza política da pandemia COVID-19 como um desastre biológico: um ponto de partida necessário para o direito. **Revista dos Tribunais**. v. 1017, p. 243-267, 2020. Disponível em: <https://www.revistadotribunais.com.br/maf/app/resultList/document?&src=rl&srguid=i0ad82d9a0000017aa332c36dca3613da&docguid=15dadd8408afb11eab5f0f7023c26b452&hitguid=15dadd8408afb11eab5f0f7023c26b452&spos=1&epos=1&td=4&context=19&crumb-action=append&crumb-label=Documento&isDocFG=false&isFromMultiSumm=&startChunk=1&endChunk=1>>. Acesso em: 10 jul. 2021.



por basicamente todos os continentes, através de viagens comerciais e conexões áreas e terrestres.<sup>28</sup>

No Brasil, faltaram profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, assim como também, leitos de UTI. A distribuição espacial de leitos de UTI no país apresenta, historicamente, uma grande heterogeneidade regional – se a carência de profissionais e leitos é um problema nos grandes centros, no interior a situação é ainda mais grave. Assim, em vários estados, as taxas de ocupação das UTIs já ultrapassavam 80%-90% no final de abril de 2020. Faltavam, ainda, equipamentos de proteção individual (EPI), como máscaras, luvas, óculos de proteção, aventais e gorros; insumos (apoio diagnóstico/testes rápidos); e para a assistência dos casos de maior gravidade, especialmente respiradores artificiais, cuja aquisição depende de importações num mercado internacional de elevada concorrência.<sup>29</sup>

A COVID-19 certamente se mostrou um marco na história do século XXI. Ainda que existam demasiados estudos e inúmeras pesquisas sobre sua construção, ainda não há um consenso sobre muitos pontos acerca da doença, seja em razão de sua transmissibilidade ou mesmo capacidade de erradicação do vírus por meio de antivirais. Abaixo, analisa-se quais foram as respostas estatais diante de tal emergência de saúde pública, se ocorreu evolução na forma de combater tais doenças ao longo dos séculos e se estamos caminhando para a direção certa.

### 1.3 RESPOSTAS ESTATAIS E MÉTODOS DE ENFRENTAMENTO DE PANDEMIAS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA EVOLUÇÃO

O objetivo do presente subcapítulo é trazer para esta pesquisa os métodos utilizados por parte da população e de seus governos, que tiveram como finalidade conter a propagação de pandemias e epidemias. Será ilustrado, por meio de

---

<sup>28</sup> ROMERO, Laura Ponce de León. Reflexiones sobre la COVID 19 y población vulnerable: ¿Estado de Bienestar o Neoliberalismo?. **Ehquidad**. p. 13-36, jul. 2020. Disponível em: <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/3840/4308>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>29</sup> JULIANO, Iraídes Andrade; SIMÕES, Aliana Ferreira de Souza; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de. Judicialização da saúde e pandemia de XCOVID-19: novos desafios para os sistemas de saúde e de justiça. **Revista de Direito Sanitário**. v. 21. Dez. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/170717>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

imagens da época e feito uma relação com pandemias anteriores e com a vivenciada nos dias atuais.

A pandemia causada pela COVID-19 não é a primeira e possivelmente não será a última pandemia que assolou e devastou a civilização. Doravante, analisando os contextos históricos e o modo como a humanidade tem lidado com pandemias, é plenamente visível um padrão, que tem se instaurado e minimamente modificado ao longo dos séculos, e não apenas os protocolos instaurados por governos, mas o próprio posicionamento da população.<sup>30</sup>

Desde a declaração da existência de um novo vírus que surgia ainda na China, que posteriormente viria a se transformar em uma pandemia, haja vista a velocidade em que mais casos iam surgindo, governos confinaram seus cidadãos em suas casas e/ou restringiram suas mobilidades, com intuito de diminuir a contaminação. A exemplo disso, já em 1918, com a Gripe Espanhola (mãe de todas as pandemias e talvez a mais mortífera), já se utilizava dos meus protocolos.<sup>31</sup>

A Pandemia que se presencia vem para demonstrar que a ciência existe como um pilar fundamental da civilização contemporânea. Conforme se verificou anteriormente, pandemias tem se tornado cada vez mais conhecidas pelos seres humanos, e a ciência vem como um meio de mitigar os efeitos e consequências que destas ocorrem. O desenvolvimento científico não é apenas central para o presente, mas também para o futuro. Sem ciência, em poucas palavras, não parece haver futuro. Apenas catástrofes. É isso que a COVID-19 tem a dizer para os historiadores.<sup>32</sup>

Desde os primeiros casos confirmados ainda em dezembro de 2019 na China, a crescente proliferação do coronavírus transformou-se em um dos maiores desafios da humanidade, tanto pelo despreparo de governos internacionais, como da própria

---

<sup>30</sup> QUINTANA, Olmo et al. COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. **Medicina de Familia. SEMERGEN**. v. 46, nº. 1, p. 48-54, ago. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359320302008?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

<sup>31</sup> ABEJEZ, Luis J.; MAIN, Silvia Méndez. La pandemia de COVID-19 em perspectiva desde 1918. **Clivajes – Revista de Ciencias Sociales**. nº. 14, p. 1-21, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25009/clivajes-racs.v0i14.2662>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

<sup>32</sup> CATOCO, Sozinho. As pandemias e endemias na história da humanidade: balanço histográfico. **Kulongesa – TES (Tecnologia – Educação – Sustentabilidade)**. Universidade de Lisboa, Portugal. 2021. Disponível em: <https://kulongesa.ispls.ao/index.php/kulongesa-tes/article/view/237>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

população, para entender a gravidade dos fatos. Entretanto, lidar com uma pandemia infecciosa de proporções continentais e mundiais não é algo recente na história. Surtos de doenças repetem-se pelos séculos com algumas semelhanças tanto na forma de propagação quanto de contenção destas doenças. Dessa maneira, podemos equiparar esta pandemia com outras que ocorreram anteriormente e criar alguns paralelos entre os casos.<sup>33</sup> Como por exemplo, no trecho de jornal abaixo, onde se verifica algumas medidas de contenção da gripe espanhola, ainda no início do século XX. Veja-se:

**Figura 5 – Trecho do jornal da época da Gripe Espanhola indicando as mesmas medidas de isolamento e higiene que a COVID-19**



Fonte: Diario do Rio. Disponível em: <https://diariodorio.com/historia-recomendacoes-para-conter-coronavirus-sao-as-mesmas-da-gripe-espanhola/>.

Por conseguinte, uma grande pandemia que acometeu a cidade de Londres, mas que até então não havia sido trazida para esta pesquisa foi a Peste do ano de

<sup>33</sup> CATOCO, Sozinho. As pandemias e endemias na história da humanidade: balanço histográfico. **Kulongesa – TES (Tecnologia – Educação – Sustentabilidade)**. Universidade de Lisboa, Portugal. 2021. Disponível em: <https://kulongesa.ispls.ao/index.php/kulongesa-tes/article/view/237>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

1665, que detém uma semelhança bastante significativa com a COVID-19: o tratamento precoce. Em 1663 um quinono, que fora fornecido por um chefe índio no Peru, foi utilizado para curar a febre gravíssima da época, que era um dos sintomas da Peste, e o mesmo quinino foi utilizado no tratamento de malária posteriormente. No Brasil, no contexto da pandemia do COVID-19 ocorreu um fenômeno bastante parecido, que foi a utilização de cloroquina e hidroxicloroquina, em casos graves e de pacientes hospitalizados.<sup>34</sup>

Em março de 2020, a ONU lançou um plano estratégico chamado “*Shared responsibility, global solidarity: responding to the socio-economic impacts of Covid-19*”, dirigido a todas as agências de saúde, inclusive a OMS, com intuito de mobilizar uma resposta a nível global, pautado em ações que deveriam ser seguidas por todos. Por sua vez, a ONU criou também um plano estratégico para enfrentamento da COVID-19, intitulado *Covid-19 Strategy*, com os seguintes objetivos centrais:<sup>35</sup>

1. Mobilizar todos os setores e comunidades para participarem da resposta;
2. Controlar casos e *clusters* para prevenir a transmissão comunitária, isolando e tratando os casos e rastreando e estabelecendo a quarentena a todos os contatos;
3. Suprimir a transmissão comunitária por meio de distanciamento físico e outras medidas apropriadas, como restrições de viagens domésticas e aglomerações;
4. Reduzir a mortalidade por meio da assistência clínica adequada aos afetados pela Covid-19;
5. Desenvolver vacinas e terapêuticas seguras, eficazes e acessíveis.<sup>36</sup>

Desde meados do século XX já se afirma sobre a possibilidade de cada vez mais realidade epidêmicas e pandêmicas serão frequentes na sociedade. Em 2004 já se apontava a razão de haver um crescimento exponencial: doenças oriundas de vírus zoonoses, ou seja, vírus que são transmitidos de animais para seres humanos. O que por sua vez se concretizou com a pandemia causada pelo H1N1, chegada aqui no Brasil em 2009 e posteriormente com a chegada da COVID-19.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> QUINTANA, Olmo et al. COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. **Medicina de Familia. SEMERGEN**. v. 46, nº. 1, p. 48-54, ago. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359320302008?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

<sup>35</sup> BUSS, Paulo Marchiori; FONSECA, Luiz Eduardo (orgs.). Diplomacia da saúde e COVID-19: reflexões a meio caminho. **Revista Fiocruz**. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080290>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

<sup>36</sup> BUSS, Paulo Marchiori; FONSECA, Luiz Eduardo (orgs.). Diplomacia da saúde e COVID-19: reflexões a meio caminho. **Revista Fiocruz**. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080290>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

<sup>37</sup> ABEJEZ, Luis J.; MAIN, Silvia Méndez. La pandemia de COVID-19 em perspectiva desde 1918. *Clivajes – Revista de Ciencias Sociales*. nº. 14, p. 1-21, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25009/clivajes-racs.v0i14.2662>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

Outro ponto em que estas pandemias, tanto a causada pelo novo coronavírus e o vírus H1N1, ambas se tratam de doenças respiratórias agudas, se por um lado tem-se a pandemia de *influenza* H1N1, de outro há um vírus totalmente novo SARS-CoV-2, causador da COVID-19. Frisa-se que quando se utiliza o termo “novo”, antes de referir-se a coronavírus, é em razão de que ele é uma variação do SARS-CoV-1, que foi responsável por uma epidemia em 2002-2003 e da epidemia de Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), ocorrida em 2012. Em outras palavras, já era de conhecimento que tal vírus eventualmente ocasionaria uma nova pandemia.<sup>38</sup>

É incontroverso que em mais de 650 anos, a humanidade não avançou em basicamente nenhum sentido, quando se trata de enfrentamento de pandemias. Se presencia a era da revolução tecnológica, células tronco, domínio de armas nucleares, porém, ainda que o homem tenha conseguido entender que uma pandemia não é uma peste enviada por Deus, mas sim uma doença com origem viral, ele ainda não conseguiu criar mecanismos eficazes para evitar sua proliferação. Neste sentido, traz-se para dentro desta dialética um dos pontos cruciais desta dissertação: a sindemia. Este autor pretende ao longo deste trabalho, demonstrar que o que hoje se vivencia, se trata de uma sindemia e não pandemia, onde se deve avaliar as consequências trazidas pela COVI-19, não apenas pela ótica da saúde, mas também, sob a égide dos reflexos causados no campo social, econômico, entre outros.

#### 1.4 SINDEMIAS: CONCEITUAÇÃO E REFLEXOS A PARTIR DA COVID-19

Neste subcapítulo será trabalhado a conceituação de sindemia, tal qual, a sua vinculação e origem na pandemia causada pelo novo coronavírus. O termo sindemia advém de um neologismo que se refere a presença simultânea de duas ou mais doenças que se somam e que contribuem ou resultam em desigualdades sociais e econômicas. Também se inclui aqui fatores culturais e ambientais que associados fomentam e criam base para tais cenários.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> COSTA, Vivaldo Gomes da et al. Epidemiologia comparativa entre a gripe H1N1 de 2009 e as pandemias COVID-19. **Jornal de infecção e saúde pública**. v. 13, p.1797-1804, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.09.023>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

<sup>39</sup> ELDER, Francisco; MANOUKIAN, Daniel Esteban. Mortalidad por COVID-19 y sinergia con enfermedades crónicas coexistentes en la provincia del Neuquén, Argentina. **Revista Argentina**

Merrill Singer, um antropólogo médico americano, na década de 1990 foi o primeiro a cunhar o termo sindemia, atrelando a este termo uma abordagem sistemática entre interações biológicas e sociais. Viabilizar cenários como o causado pela COVID-19, sob a égide do conceito de sindemia, propicia entender os reflexos de forma maximalizada e possibilita a criação de prognósticos que podem abarcar não apenas questões de saúde pública como de possíveis desigualdades sociais geradas por um estado sindêmico.<sup>40</sup>

Nesta linha, colaciona-se:

Originário da antropologia médica, o termo “sindemia” foi concebido por Singer para expressar a interconexão entre as epidemias de uso de drogas, violência urbana e casos de aids nos Estados Unidos no início da década de 1990. Denominado pelo autor de SAVA (abuso de substâncias, violência e aids; no original em inglês: *substance abuse, violence, and AIDS*), a ideia era enfatizar que não se tratava de problemas paralelos, mas sim de condições em interconexão que se afetavam e se potencializavam mutuamente. O autor identificou que as três condições estavam intimamente relacionadas, eram interdependentes e a ocorrência conjunta causou um enorme impacto na vida da população pobre e marginalizada de centros urbanos. Neste sentido, o desenvolvimento do conceito chama a atenção para a necessária compreensão abrangente dos efeitos sinérgicos entre doenças e condições de saúde.<sup>41</sup>

Forçoso referir, que não se trata a sindemia de uma mera comorbidade, mas sim, uma teoria que se fundamenta no entendimento abrangente de saúde relacionada e condicionada às influências externas dos contextos que potencializam doenças. Sindemia pode ser compreendida a partir de três momentos característicos: o agrupamento de duas ou mais doenças em uma população; é decorrente da interação entre fatores biológicos, sociais e psicológicos; os fatores sociais, na maior parte dos casos, constituem-se com maior força para o desenvolvimento das doenças. Em síntese, sistemas sindêmicos são verificáveis quando há interação entre doenças e condições de saúde, ocasionado uma maior

---

**Salud Pública.** v. 13, 2021. Argentina. Disponível em: [http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO\\_Manoukiane32.pdf](http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Manoukiane32.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2021.

<sup>40</sup> HORTON, Richar. **The Lancet**. Off-line: COVID-19 is not a pandemic. set. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

<sup>41</sup> BISPO JUNIOR, José Patrício. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para uma abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde**. n. 37 (10), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

<sup>41</sup> HORTON, Richar. **The Lancet**. Off-line: COVID-19 is not a pandemic. set. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

probabilidade de surgir assim em situações de desigualdade social, causadas por exemplo, em razão da fome, do desemprego, da pobreza, etc.<sup>42</sup>

Em seu cerne, a teoria da sindemia trará fatores sociais, ambientais e econômicos, e de que forma esses afetam uma população de indivíduos. Essa interação ocorre por meio de duas ou mais doenças que se reforçam mutuamente, interagindo para a produção de uma sobrecarga em uma população em razão de condições sociais prejudiciais, ocasionando assim a promoção ou ampliação de desigualdade social. A partir de uma análise holística de saúde, na qual dois níveis principais de interação se destacam: entre as próprias doenças e entre as doenças e o ambiente social que de alguma forma contribuiu para o seu surgimento, sua focalização em um ou mais grupos sociais e sua respectiva disseminação.<sup>43</sup>

Neste desígnio, a concepção da COVID-19 a partir de um contexto sindêmico foi trazida para a comunidade acadêmica por Richard Horton. A infecção causada por SARS-CoV-2 não pode ser compreendida como uma doença já experimentada pela população, com meras medidas e intervenções estatais meramente com políticas públicas para controle de propagação, mas sim, entender a dimensão e amplitude dos efeitos, para que seja possível mensurar consequências e criar mecanismo eficazes, tendo como ponto inicial, a proposta conceitual de sindemia.<sup>44</sup>

Os governos a nível mundial têm enfrentado a COVID-19 a partir de enquadramentos de pestes e epidemias seculares, porém, a realidade posta por esta pandemia tem mostrado se tratar de algo totalmente novo, tanto no critério propagação, quanto efeitos adversos. O coronavírus deve ser concebido sob duas categorias diversas de doenças, quais sejam: infecções com síndrome respiratória

---

<sup>42</sup> BISPO JUNIOR, José Patrício. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para uma abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde**. n. 37 (10), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

<sup>43</sup> LOUREIRO, João Vitor Rodrigues. A sindemia persistente: doenças crônicas e a COVID-19 no Sistema Prisional do Distrito Federal em 2020. **Ciências Sociais Unisinos**. n. 57 (2), p. 251-261. Maio./ago. 2021. Disponível: [http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/view/22810/60748775](http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/22810/60748775)>. Acesso em: 16 dez. 2021.

<sup>44</sup> BISPO JUNIOR, José Patrício. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para uma abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde**. n. 37 (10), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

aguda grave (SARS-CoV-2) e uma série de doenças não transmissíveis (DCNs – doenças crônicas não transmissíveis).<sup>45</sup>

Para que seja possível visualizar cenários sindêmicos é necessária essa multiplicidade de problemas de saúde, que interagem biologicamente entre si e também com o meio sociocultural, econômico e físico. Estas realidades exigem justamente essa complexidade de interconexão, e são visualizadas em doenças psicossomáticas, a exemplo disso, têm-se todos os problemas que decorrem dos pacientes que contraíram COVID-19 em matéria de saúde física (por assim dizer), mas que também mesmo após a melhora, sofrem com doenças psicológicas (depressão, exaustão, et.) que estão intrinsecamente ligadas a contextos econômicos (desemprego) e culturais( isolamento social).<sup>46</sup>

É necessário este olhar mais crítico a atento quando se refere ao caráter sinérgico dos problemas de saúde e sociais causados pela COVID-19. Dito de outro modo, o coronavírus não pode ser compreendido como um vírus com efeitos singulares, que atacar o sistema imunológicos daqueles que o contraírem e que após tratado, seus efeitos são todos deixados para trás; a ideia de sindemia é justamente avaliar de forma maximizada, todos os efeitos que da COVID-19 decorrem, seja no tocante à saúde, reflexos sociais, econômicos e culturais.<sup>47</sup>

A sindemia em sua acepção terminológica, pode ser compreendida como a interação entre doenças coexistentes ou sequenciais, e adicionadas a fatores sociais e ambientais, promovem e potencializam os efeitos negativos da interação destas doenças. Importante referir, que cenários sindêmicos reconfiguram a ideia tradicional de que doenças agem de forma independente e isolada, isto é, toda esta interação sistêmica, terá um impacto substancial tanto na vida individual quanto na coletiva.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> HORTON, Richar. **The Lancet**. Off-line: COVID-19 is not a pandemic. set. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

<sup>46</sup> ELDER, Francisco; MANOUKIAN, Daniel Esteban. Mortalidad por COVID-19 y sinergia con enfermedades crónicas coexistentes en la provincia del Neuquén, Argentina. **Revista Argentina Salud Publica**. v. 13, 2021. Argentina. Disponível em: [http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO\\_Manoukiane32.pdf](http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Manoukiane32.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2021.

<sup>47</sup> DÍAZ, Jorge Alberto Álvarez. Pregunta sencilla, respuesta compleja: ¿cómo entender la covid-19? **Política y Cultura**. p. 9-27, jun. 2021. Disponível em: <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/view/1447/1404>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

<sup>48</sup> DÍAZ, Jorge Alberto Álvarez. Pregunta sencilla, respuesta compleja: ¿cómo entender la covid-19? **Política y Cultura**. p. 9-27, jun. 2021. Disponível em: <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/view/1447/1404>>. Acesso em: 24 jul. 2021.



Nesta linha, Matta, Rego, Souto e Segatta (orgs.), são categóricos em exemplificar o conceito de sindemia, *in verbis*:

Uma sindemia é definida como a interação entre doenças ou agravos à saúde em populações, que magnificam os efeitos deletérios umas das outras. Exemplos de sindemias são “uso de drogas – violência – aids”; “aids – outras DSTs”; “HIV – tuberculose”. Estas doenças interagem por diversos motivos, seja porque uma doença aumente a susceptibilidade à outra (como é o caso de sífilis e HIV); ou um agravo (violência) modifica o ambiente social (apoio social) no qual a doença infecciosa se dissemina.<sup>49</sup>

Por derradeiro, a natureza sindêmica da COVID-19 que se enfrenta, exige que não se avalie ou crie-se mecanismos de defesa para cada doença de uma singular e específica, mas sim, que seja abordado e tratado de forma uniforme, todas as consequências que desta sindemia se exprime. Por maior que seja a eficácia das vacinas ou dos tratamentos terapêuticos criados, uma solução puramente biomédica, irá falhar na luta contra a COVID-19.<sup>50</sup>

Outro ponto que deve ser observado, que reafirma a narrativa de que a pandemia do coronavírus se trata na verdade de uma sindemia, é a necessidade de uma construção científica sólida, com enfoque nos direitos humanos, vez que, estes reflexos sociais, desde o acesso à saúde até a proteção de prerrogativas individuais, podem ser ameaçadas, quando não forem objeto de estudo, em razão da negligência e falta de intercomunicação. Neste ínterim, tem-se que no mês de abril de 2020, a Organização Mundial da Saúde propôs um enfoque de direitos humanos na pandemia de COVID-19, que compreendia medidas específicas sobre os seguintes temas: estigma e discriminação causados pela doença, igualdade de gênero e violência contra a mulher, e proteção de populações vulneráveis.<sup>51</sup>

Enfrentar a COVID-19 como mera pandemia e não sindemia como esta de fato é, acaba por ignorar inúmeros fatores que merecem ser avaliados quando se

---

<sup>49</sup> MATTA, Gustavo Correa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; SEGATA, Jean (orgs.). Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. **Editora Fiocruz**, Rio de Janeiro: Observatório COVID-19, 2021. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

<sup>50</sup> MATTA, Gustavo Correa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; SEGATA, Jean (orgs.). Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. **Editora Fiocruz**, Rio de Janeiro: Observatório COVID-19, 2021. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

<sup>51</sup> VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; VENTURA, Miriam. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 38 (1), jan. 2022. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/artigo/1622/a-proposta-de-convencao->

fala em métodos de enfrentamento. Tal ameaça exige não apenas tratar cada aflição, mas também abordar urgentemente as desigualdades sociais subjacentes, a exemplo a fome e o desemprego, condições determinantes para uma avaliação real do panorama que é esta sindemia. Ademais, não importa quão eficaz seja um tratamento ou quão assertivo seja o efeito de vacinas, pois uma busca por soluções meramente médicas contra a COVID-19, não serão suficientes.

#### 1.4.1 Os reflexos da sindemia na fome e no desemprego: promoção ou ampliação de desigualdades?

Por derradeiro, serão confrontadas algumas das desigualdades sociais que foram ampliadas pela sindemia causada pelo novo coronavírus. Em se tratando de um tema tão vasto como a desigualdade social, será aqui objeto de estudo especificamente a fome e o desemprego, trazendo-se dados a partir de análises do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe).<sup>52</sup>

Embora ainda no Brasil se trate a COVID-19 como uma pandemia, diversos fatores apontam outra realidade: se trata de uma sindemia, não pandemia! As desigualdades e vulnerabilidades sociais preexistentes no Brasil acabaram por se amplificar pelos efeitos causados pelo novo coronavírus, afetando não apenas os grupos de risco em razão de comorbidades ou idade avançada, mas grupos já colocados à margem da sociedade (pobres, desempregados, pessoas em situação de miséria, etc), que tiveram seu cenário já vulnerável potencializados para níveis ainda piores<sup>53</sup>

---

internacional-sobre-a-resposta-as-pandemias-em-defesa-de-um-tratado-de-direitos-humanos-para-o-campo-da-saude-global>. Acesso em: 17 abr. 2022.

<sup>52</sup> A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) foi estabelecida pela resolução 106 (VI) do Conselho Econômico e Social, de 25 de fevereiro de 1948, e começou a funcionar nesse mesmo ano. Mediante a resolução 1984/67, de 27 de julho de 1984, o Conselho decidiu que a Comissão passaria a se chamar Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. CEPAL é uma das cinco comissões regionais das Nações Unidas e sua sede está em Santiago do Chile. Foi fundada para contribuir ao desenvolvimento econômico da América Latina, coordenar as ações encaminhadas à sua promoção e reforçar as relações econômicas dos países entre si e com as outras nações do mundo. Posteriormente, seu trabalho foi ampliado aos países do Caribe e se incorporou o objetivo de promover o desenvolvimento social. **Nações Unidas – CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe)**. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/cepal-0>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

<sup>53</sup> BURIGO, André Campos; PORTO, Marcelo Firpo. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de sindemia: da vulnerabilização à transformação necessária. **Ciência e Saúde Coletiva**. n.

As desigualdades sociais experimentadas pela sociedade brasileira provocadas pelo neoliberalismo, pelo racismo estrutural, pela masculinidade tóxica vinculada a uma sociedade patriarcal, dentre tantas outras variáveis, não foram geradas em contextos pandêmicos, mas tão somente, potencializadas por este, revelando as múltiplas e simultâneas crises vivenciadas aqui no Brasil, econômica, política e sanitária.<sup>54</sup>

A Agenda 2030<sup>55</sup> está organizada em 17 objetivos de desenvolvimentos sustentáveis (ODS) e 169 metas associadas, e ainda que este não seja o cerne de reflexão desta dissertação, a ODS 2 em específico, que é um dos destaques da Agenda, foi dedicado exclusivamente ao tema “Fome Zero e Agricultura Sustentável”, conquanto, desde a Resolução de 2015, em que o mundo se comprometia em erradicar a fome, insegurança alimentar e melhorar a nutrição, o número de pessoas afetadas pela fome vem aumentando gradativamente, especialmente em contextos como estes vividos pela sindemia do COVID-19.<sup>56</sup>

É possível afirmar que o impacto desigual e injusto da COVID-19 já se mostrou evidente, com taxas desproporcionais de infecção e morte entre distintos grupos sociais, mas sempre em populações que orbitam desigualdades sociais como a fome e o desemprego. O coronavírus além dos seus efeitos diretos sobre a mortalidade, que são em decorrência da doença, também desencadeou um

26 (10), out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.13482021>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

<sup>54</sup> NUNES, Monica de Oliveira; DESLANDES, Suely; VERDI, Marta Inez Machado et al. Uma agenda de investigação para las Ciencias Sociales y Humanas durante la pandemia COVID-19. **Caderno de Saúde Pública**. nº. 37 (10), out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158421>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

<sup>55</sup> É a agenda de Direitos Humanos das Nações Unidas, que integra 193 Países membros e que foi recepcionada pelo Poder Judiciário Brasileiro, por meio do Conselho Nacional de Justiça, tendo como marco inicial a criação do Comitê Interinstitucional da Agenda 2030.

A Agenda global 2030 é um compromisso assumido por líderes de 193 Países, inclusive o Brasil, e coordenada pelas Nações Unidas, por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), nos termos da Resolução A/RES/72/279.OP32, de 2018, da Assembleia Geral da ONU. São 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas a serem atingidas no período de 2016 a 2030, relacionadas a efetivação dos direitos humanos e promoção do desenvolvimento, que incorporam e dão continuidade aos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a partir de subsídios construídos na Rio + 20. **Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Agenda 2030**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco/es/agenda-2030/o-que-e-a-agenda-2030>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

<sup>56</sup> BURIGO, André Campos; PORTO, Marcelo Firpo. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de sindemia: da vulnerabilização à transformação necessária. **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 26 (10), out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.13482021>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

agravamento sem precedentes das condições de vida da população, atingindo com maior intensidade os grupos já em situação de vulnerabilidade.<sup>57</sup>

Este processo de vulnerabilidade de determinados grupos, já antigos pelas desigualdades sociais, relativamente à fome, já se remonta anterior ao COVID-19, causando assim o que se chama de Insegurança Alimentar<sup>58</sup>. Condições econômicas, sociais e sanitárias que já era ruins no Brasil, com o advento da sindemia causada pela COVID-19, foram ainda mais agravadas nos anos de 2020 e 2021, haja vista o total descontrole do número de casos diários, além de mais de 600.000 mortes.<sup>59</sup>

Doutra banda, forçoso sobre o crescimento exponencial do desemprego no Brasil, o qual claramente detém uma conexão direta com a sindemia do COVID-19. De acordo com o gráfico que segue abaixo, retirado do banco de dados e estatísticas da CEPAL, verifica-se:

---

<sup>57</sup> BISPO JUNIOR, José Patrício. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para uma abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde**. n. 37 (10), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

<sup>57</sup> HORTON, Richar. **The Lancet**. Off-line: COVID-19 is not a pandemic. set. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

<sup>58</sup> O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) se consagrou pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) definida como a realização do direito de todos os cidadãos ao acesso a alimentos de maneira regular e saudável, de modo que a garantia desse direito não afete as demais necessidades essenciais, respeitando a diversidade cultural e que seja sustentável do ponto de vista ambiental, econômico e social. BEZERRA, Mariana Silva; JACOB, Michelle Cristine Medeiros; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes et al. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência Saúde Coletiva**. nº. 25 (10), out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>>. Acesso em 20 dez. 2021.

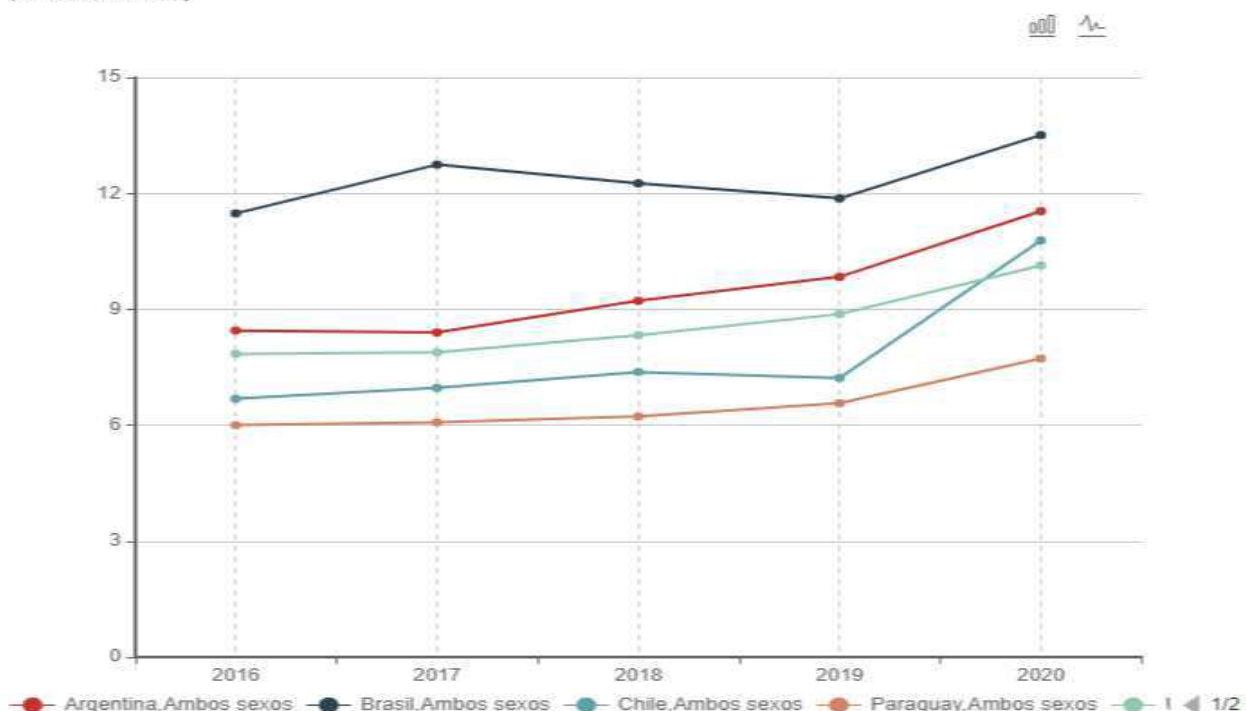
<sup>59</sup> MALUF, Renato Sérgio Jamil; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos (org.). **Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil**. E-book. 2021. Disponível em:

### Gráfico 1 – Taxa de desemprego no Brasil nos últimos 5 anos

Demográficos y sociales / Sociales / Empleo y remuneraciones / Desempleo

#### Tasa de desocupación según sexo

(Tasa anual media)



Fuente: CEPALSTAT - CEPAL - NACIONES UNIDAS

Fonte: dados e estatísticas CEPAL. Disponível em:

[https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator\\_id=127&area\\_id=634&lang=es](https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=127&area_id=634&lang=es).

Do gráfico supra, é possível verificar que o ano de 2020 (o marco temporal inicial da sindemia) houve um aumento de desemprego significativo no Brasil, e isto se mostra ainda mais claro, quando se coloca em voga seus vizinhos (Chile, Paraguai, Uruguai e Argentina) para comparação, pois o Brasil em relação aos cinco anos anteriores, teve o maior percentual quando comparado não só com outros 4 países, mas também, em sua média quinquenal.

A fim de elucidar tais referências, abaixo colaciona-se gráficos do IBGE, em percentuais, demonstrando a evolução do desemprego no Brasil nos 4 trimestres de 2020, tal qual, relacionando com os anos anteriores:

<https://static.poder360.com.br/2021/10/inseguranca-alimentar-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2021.

**Gráfico 2 – Taxa de desemprego 1º e 2º trimestre de 2020 no Brasil**

Grandes Regiões	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT
<b>Ocupadas</b>																		
Brasil	92,1	92,5	92,0	92,6	92,8	93,2	92,1	91,7	89,1	88,7	86,3	87,0	86,9	87,6	87,3	88,0	87,8	86,7
Norte	91,1	91,8	91,4	91,7	92,3	92,8	91,3	91,5	89,5	88,8	85,8	87,5	87,2	87,9	86,9	88,2	88,1	88,2
Nordeste	90,3	90,4	89,1	90,0	90,7	91,2	90,5	89,8	87,2	86,8	83,8	84,2	84,1	85,2	84,7	85,4	84,4	83,9
Sudeste	92,1	92,6	92,4	92,8	93,0	93,1	92,0	91,7	88,6	88,3	85,8	86,4	86,2	86,8	86,8	87,6	87,6	86,1
Sul	94,9	95,2	95,2	95,7	95,6	95,9	94,9	94,5	92,7	92,0	90,7	91,6	91,6	91,8	91,9	92,0	92,5	91,1
Centro-Oeste	93,0	93,8	93,2	94,0	94,1	94,4	92,7	92,7	90,3	90,3	88,0	89,4	89,5	90,5	89,2	89,7	89,4	87,5
<b>Desocupadas</b>																		
Brasil	7,9	7,5	8,0	7,4	7,2	6,8	7,9	8,3	10,9	11,3	13,7	13,0	13,1	12,4	12,7	12,0	12,2	13,3
Norte	8,9	8,2	8,6	8,3	7,7	7,2	8,7	8,5	10,5	11,2	14,2	12,5	12,8	12,1	13,1	11,8	11,9	11,8
Nordeste	9,7	9,6	10,9	10,0	9,3	8,8	9,5	10,2	12,8	13,2	16,2	15,8	15,9	14,8	15,3	14,6	15,6	16,1
Sudeste	7,9	7,4	7,6	7,2	7,0	6,9	8,0	8,3	11,4	11,7	14,2	13,6	13,8	13,2	13,2	12,4	12,4	13,9
Sul	5,1	4,8	4,8	4,3	4,4	4,1	5,1	5,5	7,3	8,0	9,3	8,4	8,4	8,2	8,1	8,0	7,5	8,9
Centro-Oeste	7,0	6,2	6,8	6,0	5,9	5,6	7,3	7,3	9,7	9,7	12,0	10,6	10,5	9,5	10,8	10,3	10,6	12,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

**Fonte: dados e estatísticas IBGE. Disponível em:**  
[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2020\\_2tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2020_2tri.pdf).

No primeiro trimestre de 2020, momento em que a pandemia ainda surgia ao redor do globo, o Brasil já apresentava em percentual bastante alto de desempregados, ainda que 0,5 percentuais que no ano anterior, mas alto. Conquanto, já no segundo trimestre, tem-se um salto de 1,1% em relação ao 1º e 2º trimestre de 2020 e 1,3% quando comparado com o 2º trimestre de 2019. No gráfico que segue abaixo, será possível avaliar os dois próximos trimestres que ainda se mostram em uma crescente, com números que quase dobraram em um curto período de pouco mais de 5 anos.

**Gráfico 3 – Taxa de desemprego 3º e 4º trimestre de 2020 no Brasil**

Grandes Regiões	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	3ºT	4ºT	3ºT	4ºT	3ºT	4ºT	3ºT	4ºT	3ºT	4ºT	3ºT	4ºT	3ºT	4ºT	3ºT	4ºT	3ºT	4ºT
<b>Ocupadas</b>																		
Brasil	92,9	93,1	93,1	93,8	93,2	93,5	91,1	91,1	88,2	88,0	87,6	88,2	88,1	88,4	88,2	89,0	85,4	86,1
Norte	92,2	92,7	92,4	93,5	93,1	93,2	91,2	91,4	88,5	87,3	87,8	88,7	88,4	88,3	88,3	89,4	86,9	87,6
Nordeste	90,7	90,7	91,1	92,1	91,4	91,8	89,2	89,6	85,9	85,7	85,2	86,2	85,6	85,7	85,6	86,4	82,1	82,8
Sudeste	93,1	93,4	93,0	93,8	93,1	93,4	91,0	90,4	87,7	87,7	86,8	87,4	87,5	87,9	88,1	88,6	84,6	85,2
Sul	95,7	96,0	95,9	96,2	95,8	96,2	94,0	94,3	92,1	92,3	92,1	92,3	92,1	92,7	91,9	93,2	90,6	91,8
Centro-Oeste	94,3	94,3	94,5	95,1	94,6	94,7	92,5	92,6	90,0	89,1	90,4	90,7	91,1	91,5	89,9	90,7	87,3	88,2
<b>Desocupadas</b>																		
Brasil	7,1	6,9	6,9	6,2	6,8	6,5	8,9	8,9	11,8	12,0	12,4	11,8	11,9	11,6	11,8	11,0	14,6	13,9
Norte	7,8	7,3	7,6	6,5	6,9	6,8	8,8	8,6	11,5	12,7	12,2	11,3	11,6	11,7	11,7	10,6	13,1	12,4
Nordeste	9,3	9,3	8,9	7,9	8,6	8,2	10,8	10,4	14,1	14,3	14,8	13,8	14,4	14,3	14,4	13,6	17,9	17,2
Sudeste	6,9	6,6	7,0	6,2	6,9	6,6	9,0	9,6	12,3	12,3	13,2	12,6	12,5	12,1	11,9	11,4	15,4	14,8
Sul	4,3	4,0	4,1	3,8	4,2	3,8	6,0	5,7	7,9	7,7	7,9	7,7	7,9	7,3	8,1	6,8	9,4	8,2
Centro-Oeste	5,7	5,7	5,5	4,9	5,4	5,3	7,5	7,4	10,0	10,9	9,6	9,3	8,9	8,5	10,1	9,3	12,7	11,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

**Fonte: dados e estatísticas IBGE. Disponível em:**  
[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2020\\_4tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2020_4tri.pdf)

A partir dos dados extraídos do IBGE é possível verificar a crescente na qual o Brasil se encontra de desempregados. Os números do ano em questão são por si só mais expressivos do que grande parte dos últimos 8 anos em avaliação. No primeiro e segundo trimestre de 2020, chegou-se a marca de 12,2% e 13,3%, respectivamente, de desempregados no Brasil, ou seja, um aumento de 1,1 percentual. Já no terceiro e quarto trimestre, houve um aumento ainda maior, 14,6% e 13,9%, respectivamente, alcançando os maiores índices já registrados pelo PNAD<sup>60</sup> (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios).<sup>61</sup>

<sup>60</sup> **A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD**, de periodicidade anual, foi encerrada em 2016, com a divulgação das informações referentes a 2015. Planejada para produzir resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre), ela pesquisava, de forma permanente, características gerais da população, educação, trabalho, rendimento e habitação, e, com periodicidade variável, outros temas, de acordo com as necessidades de informação para o País, tendo como unidade de investigação o domicílio. A PNAD foi substituída, com metodologia atualizada, pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD, que propicia uma cobertura territorial mais abrangente e disponibiliza informações conjunturais trimestrais sobre a força de trabalho em âmbito nacional. **IBGE**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 03 jan. 2022.

<sup>61</sup> **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=72421>. Acesso em: 03 jan. 2022.

Neste desígnio, no ano de 2021 não houve uma retração no índice de desemprego, mas sim, um contínuo aumento, conforme se verifica dos gráficos abaixo:

**Gráfico 4 – Taxa de desemprego no 1º e 2º trimestre de 2021 no Brasil**

Grandes Regiões	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT	1ºT	2ºT
<b>Ocupadas</b>														
<b>Brasil</b>	<b>92,1</b>	<b>91,7</b>	<b>89,1</b>	<b>88,7</b>	<b>86,3</b>	<b>87,0</b>	<b>86,9</b>	<b>87,6</b>	<b>87,3</b>	<b>88,0</b>	<b>87,8</b>	<b>86,7</b>	<b>85,3</b>	<b>85,9</b>
Norte	91,3	91,5	89,5	88,8	85,8	87,5	87,2	87,9	86,9	88,2	88,1	88,2	85,2	86,0
Nordeste	90,5	89,8	87,2	86,8	83,8	84,2	84,1	85,2	84,7	85,4	84,4	83,9	81,4	81,8
Sudeste	92,0	91,7	88,6	88,3	85,8	86,4	86,2	86,8	86,8	87,6	87,6	86,1	84,8	85,5
Sul	94,9	94,5	92,7	92,0	90,7	91,6	91,6	91,8	91,9	92,0	92,5	91,1	91,5	91,8
Centro-Oeste	92,7	92,7	90,3	90,3	88,0	89,4	89,5	90,5	89,2	89,7	89,4	87,5	87,5	88,4
<b>Desocupadas</b>														
<b>Brasil</b>	<b>7,9</b>	<b>8,3</b>	<b>10,9</b>	<b>11,3</b>	<b>13,7</b>	<b>13,0</b>	<b>13,1</b>	<b>12,4</b>	<b>12,7</b>	<b>12,0</b>	<b>12,2</b>	<b>13,3</b>	<b>14,7</b>	<b>14,1</b>
Norte	8,7	8,5	10,5	11,2	14,2	12,5	12,8	12,1	13,1	11,8	11,9	11,8	14,8	14,0
Nordeste	9,5	10,2	12,8	13,2	16,2	15,8	15,9	14,8	15,3	14,6	15,6	16,1	18,6	18,2
Sudeste	8,0	8,3	11,4	11,7	14,2	13,6	13,8	13,2	13,2	12,4	12,4	13,9	15,2	14,5
Sul	5,1	5,5	7,3	8,0	9,3	8,4	8,4	8,2	8,1	8,0	7,5	8,9	8,5	8,2
Centro-Oeste	7,3	7,3	9,7	9,7	12,0	10,6	10,5	9,5	10,8	10,3	10,6	12,5	12,5	11,6

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

Por conseguinte, seguindo o padrão do ano predecessor, 2021 seguiu batendo recordes de níveis de desemprego no Brasil. O primeiro trimestre do ano em questão, deve-se o maior percentual já registrado de desemprego no país, onde quando comparado com 2020, presenciou-se um aumento de 2,5%, novamente quebrando outro recorde de aumento não só quando confrontado trimestres anteriores, mas também, em uma linha temporal, em mais de 5 anos, jamais houve uma taxa de desemprego tão alta no Brasil.

A vista disso, no gráfico abaixo, verifica-se dados do 3º trimestre, faltando apenas do 4º semestre, o qual até o momento ainda não foi apurado pelo IBGE.



Fonte: dados e estatísticas IBGE. Disponível em:  
[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2021\\_2tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_2tri.pdf).  
**Gráfico 5 – Taxa de desemprego no 3º trimestre de 2021 no Brasil**

Grandes Regiões	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	2ºT	3ºT	2ºT	3ºT	2ºT	3ºT	2ºT	3ºT	2ºT	3ºT	2ºT	3ºT	2ºT	3ºT
Centro-Oeste	92,5	92,3	90,2	89,9	89,3	90,3	90,5	91,0	89,6	89,8	87,3	87,1	88,4	90,2
<b>Desocupadas</b>														
<b>Brasil</b>	<b>8,4</b>	<b>9,0</b>	<b>11,4</b>	<b>11,9</b>	<b>13,1</b>	<b>12,5</b>	<b>12,6</b>	<b>12,0</b>	<b>12,1</b>	<b>11,9</b>	<b>13,6</b>	<b>14,9</b>	<b>14,2</b>	<b>12,6</b>
Norte	8,7	9,0	11,4	11,6	12,6	12,4	12,2	11,7	12,0	11,9	12,0	13,3	14,1	12,0
Nordeste	10,4	10,9	13,4	14,3	16,0	15,0	15,0	14,6	14,8	14,6	16,5	18,3	18,4	16,4
Sudeste	8,4	9,2	11,8	12,4	13,7	13,3	13,3	12,6	12,5	12,0	14,2	15,7	14,6	13,1
Sul	5,6	6,1	8,2	8,0	8,5	8,0	8,2	7,9	8,1	8,2	9,1	9,6	8,2	7,5
Centro-Oeste	7,5	7,7	9,8	10,1	10,7	9,7	9,5	9,0	10,4	10,2	12,7	12,9	11,6	9,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

Fonte: dados e estatísticas IBGE. Disponível em:  
[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2021\\_3tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_3tri.pdf).

Outro ponto crucial que deve ser levado em consideração é o trabalho informal no Brasil, realidade vivida por muitos brasileiros. A pandemia causada pelo COVID-19 destruiu severamente inúmeros trabalhos no país, precarizando ainda mais o emprego formal. Neste contexto surgem inúmeros fatores que polarizam e disseminam as desigualdades sociais, pois em um momento tão delicado como o enfrentado na pandemia, fica ainda mais claro a falta de políticas públicas voltadas às necessidades básicas das pessoas, como por exemplo: saúde, saneamento básico, infraestrutura, etc.<sup>62</sup>

Por síntese, dos gráficos acima, conclui-se que em relação aos últimos 9 anos, o Brasil teve saltos expressivos no desemprego, visto que, no fim de 2020 (pico da pandemia) o percentual de desempregados chegou a quase 15%. No ano de 2021, seu primeiro trimestre apresentou uma porcentagem de 14,7, diminuindo apenas 0,2% em relação ao quarto trimestre de 2020. Outrossim, o ano de 2021, em

<sup>62</sup> COSTA, Simone da Silva. The pandemic and the labor Market in Brazil. **Revista de Adm. Pública**. nº. 54 (4), jul./ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170x>. Acesso em: 03 jan. 2022.

seu terceiro trimestre, já apresentava uma reação do mercado de trabalho, chegando a encerrar em 12,6%.<sup>63</sup>

A fome é um fenômeno social que sempre existiu, assim como sempre houve pobreza e miséria ao lado das riquezas e do luxo. Todas as grandes civilizações, foram, em sua última análise, pequenas ilhas de riquezas e de cultura, emergindo de um imenso mar de pobreza e escravidão. A pior manifestação da pobreza e da miséria é a fome, pois ela é a causa fundamental para a segregação cada vez maior entre classes e criadora de abismos sociais. E mesmo com as promessas da tecnologia e do desenvolvimento científico, a humanidade ainda não conseguiu vencer este obstáculo que remonta os primórdios das civilizações.<sup>64</sup>

Como resultado deste problema social que é o desemprego e sua informalidade, está a fome. A fome já é uma problemática que aflige o Brasil a muitos anos, conquanto, a Covid-19 veio para acentuar ainda mais tal situação. Anterior a pandemia já havia 57 milhões de pessoas vivendo em insegurança alimentar no país, sem acesso pleno e permanente a alimentos. Em abril de 2022 este número saltou para 125,2 milhões de pessoas estão vivendo com algum grau de insegurança alimentar, sendo que 33 milhões passam fome (insegurança alimentar grave), segundo pesquisa da Rede PENSSAN – Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em no primeiro quadrimestre do ano de 2022, o que revela a urgência da mobilização.<sup>65</sup>

Em uma pesquisa feita pela rede PENSSAN<sup>66</sup> sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil, foi possível verificar, que até o ano de

---

<sup>63</sup> **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.** Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2021\\_3tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_3tri.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2022.

<sup>64</sup> CASTRO, Josué de. **O livro negro da fome.** 1. ed. São Paulo: Editora Brasiliense. 1960, p. 17-25.

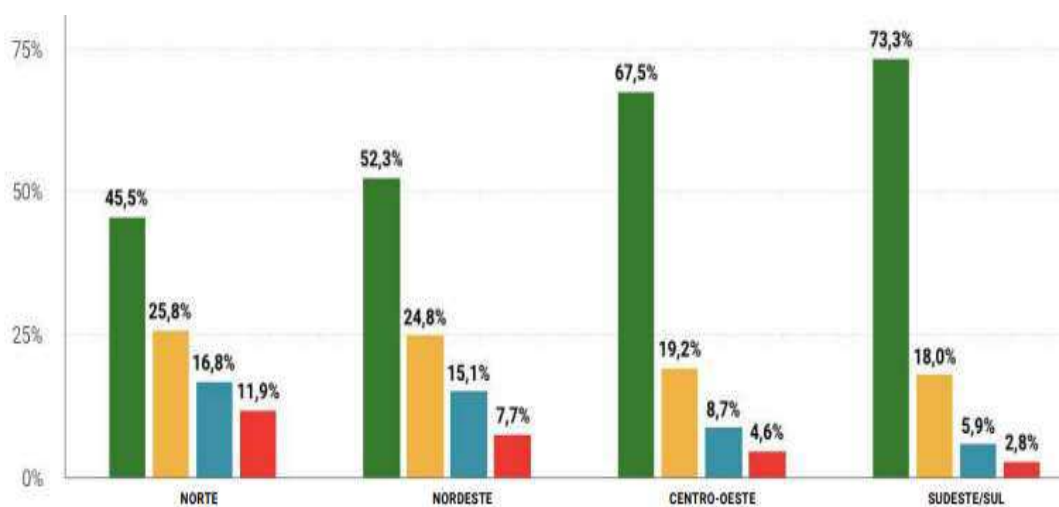
<sup>65</sup> **Banco de Alimentos – ONG.** Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

<sup>66</sup> A Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN), criada em 2012, congrega pesquisadoras(es), estudantes e profissionais de todo o país na forma de uma rede de pesquisa e intercâmbio independente e autônoma em relação a governos, partidos políticos, organismos nacionais e internacionais e interesses privados. Entre os objetivos previstos em seu estatuto, destacam-se o exercício de uma pesquisa cidadã comprometida com a superação da fome e a promoção da Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (SSAN), e também a contribuição para o debate público de ações e políticas públicas que tenham interação com a SSAN. Disponível em: [http://olheparaafome.com.br/VIGISAN\\_inseguranca\\_alimentar.pdf](http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_inseguranca_alimentar.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

2018, viviam sob o pálio da insegurança alimentar (IA) grave<sup>67</sup> 10,3 milhões de brasileiros, porém, com o advento da pandemia, este número saltou para 33,1 milhões de brasileiros em 2022 (primeiro quadrimestre). Deste modo, o Brasil voltou ao mapa da fome da FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations). Outrossim, necessário que se refira, que do total de 213,7 milhões de brasileiros listados em 2022, 125,2 milhões conviviam com algum grau de insegurança alimentar.<sup>68</sup>

A fim de trazer dados a partir das análises mencionadas e das evoluções ao longo dos anos, colaciona-se dois gráficos relacionando a insegurança alimentar no Brasil, fazendo um recorte entre 2018, 2020, 2021 e 2022 (primeiro quadrimestre), com intuito de se verificar suas variações. Os gráficos abaixo tratam da fome e insegurança alimentar no Brasil, fazendo subdivisões a partir das quatro regiões, elencando onde há um maior crescimento. Vejamos:

**Gráfico 6 – Taxa por regiões do nível de fome e insegurança alimentar no Brasil em 2018**



Fonte: Rede PESSAN. Disponível em:  
[http://olheparaafome.com.br/VIGISAN\\_Inseguranca\\_alimentar.pdf](http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf)

<sup>67</sup> Insegurança alimentar trata-se da dificuldade de acesso, por parte da população brasileira, a uma alimentação adequada expondo o país à dura realidade da fome. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) usa a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia) para classificar o problema em três níveis:

Insegurança alimentar leve - quando há receio de passar fome em um futuro próximo;

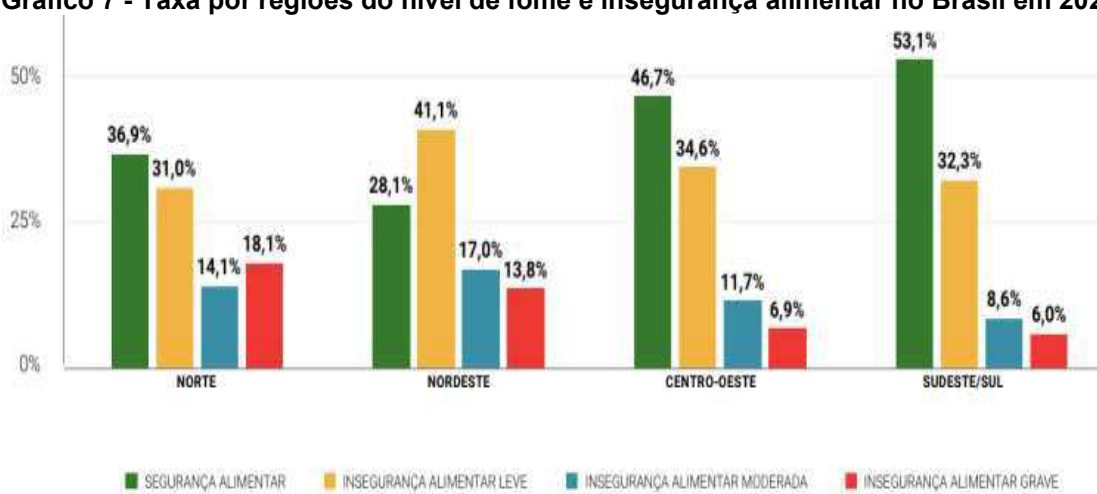
Insegurança alimentar moderada - quando há restrição na quantidade de comida para a família;

Insegurança alimentar grave - nos casos de falta de alimento na mesa. **FIOCRUZ**. Disponível em: <https://www.fiojovem.fiocruz.br/content/o-que-%C3%A9-inseguran%C3%A7a-alimentar>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

<sup>68</sup> MALUF, Renato Sérgio Jamil; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos (org.). **Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil**. E-book. 2021. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Os tópicos em verde tratam das zonas em segurança alimentar, os amarelos se trata de grau leve de insegurança alimentar, os azuis correspondem a insegurança alimentar moderada e por sua vez, os vermelhos retratam a região que passa por insegurança alimentar grave. Apura-se que no ano de 2018 no Brasil, em média 6,5% da população brasileira esteve em grau grave de insegurança alimentar, correspondendo a mais de 14 milhões de brasileiros. Abaixo será possível analisarmos os mesmos dados, mas no período de 2020, ano de início da pandemia causada pela COVID-19.

**Gráfico 7 - Taxa por regiões do nível de fome e insegurança alimentar no Brasil em 2020**



Fonte: Rede PESSAN. Disponível em:  
[http://olheparaafome.com.br/VIGISAN\\_Inseguranca\\_alimentar.pdf](http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf)

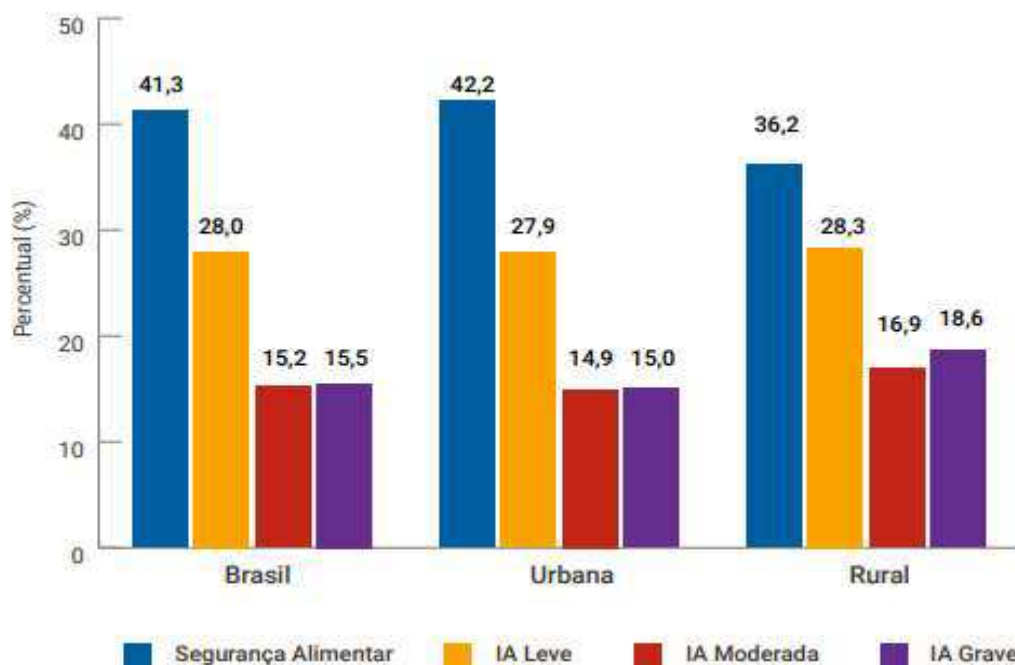
O gráfico acima expõe a realidade do ano de 2020, primeiro ano da pandemia, e os dados são claros sobre o impacto que o COVID-19 teve na fome, pois em situação de insegurança alimentar grave, teve-se uma média de 11,2%, representando assim, mais de 23 milhões de brasileiros, em situação de IA. Em suma, dos dados acima, percebe-se que entre os anos de 2018 e 2020, houve um aumento significativo na fome e a insegurança alimentar do brasileiro. Os locais mais atingidos, a partir do gráfico, são o norte e nordeste, tendo um aumento de 6,2% e 6,1%, respectivamente entre os anos de 2018 e 2020.<sup>69</sup>

No ano de 2021 e início de 2022 os números do mapa da fome são ainda mais alarmantes, pois se o ano de 2020 houveram 23 milhões de brasileiros em IA

<sup>69</sup> MALUF, Renato Sérgio Jamil; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos (org.). **Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil**. E-book. 2021. Disponível em: [http://olheparaafome.com.br/VIGISAN\\_Inseguranca\\_alimentar.pdf](http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2022.

grave, ou seja, que passaram fome, no mês de abril deste ano, contabilizou-se mais de 33 milhões de brasileiros passando fome, um aumento de 43,5%. Abaixo segue gráfico para ilustrar os referidos dados, vejamos:

**Gráfico 8 – Percentual de brasileiros vivendo com algum grau de IA**



**Fonte: Rede PESSAN: Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>**

No gráfico acima é possível verificar as porcentagens de brasileiros que nos anos de 2021/2022 conviveram com algum grau de insuficiência alimentar. Perceba que 28% da população, representando 59 milhões 667mil de brasileiros, passou por uma IA leve, já com IA moderada 15,2%, representados por 32 milhões 387 mil, não obstante, o número mais alarmante se trata da IA grave, em um percentual de 15,5% e totalizando 33 milhões 103 mil brasileiros.<sup>70</sup> A pandemia da Covid-19 resultou num processo de potencialização das desigualdades brasileiras, pois somado ao descaso do governo frente a estas realidades e uma liderança sem um compromisso para estabelecer as políticas públicas e prioridades necessárias, o Brasil vem cada vez mais se colocando em uma zona de miséria e escassez jamais vistos.

<sup>70</sup> MALUF, Renato Sérgio Jamil; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos (org.). **Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil**. E-book. 2021. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Consoante análise deste subcapítulo, apoiando tal perspectiva a partir de gráficos e dados, pode-se concluir que no ano de 2018, 116.842.556 milhões de brasileiros passaram por algum grau de insegurança alimentar, isto é, não sabiam se teriam a refeição do próximo dia, ou mesmo a refeição daquele mesmo dia, porém em outro turno. Já no ano de 2021/2022, este número sobe para 125,2 milhões de brasileiros que vivem com algum grau de IA, e quando se fala em IA grave, tem-se um número superior a 33 milhões.

Por derradeiro, já se inclinando para a conclusão deste primeiro capítulo, ficou claro dois pontos extremamente importantes, até mesmo para a compreensão e continuidade desta dissertação: COVID-19 se trata de uma sindemia e não pandemia, pois deve ser visto a partir de uma análise social e econômica; as desigualdades sociais estavam aqui no Brasil muito antes mesmo de se pensar em uma das maiores crises sanitárias já pensadas, conquanto, assim como é inegável a existência da fome e do desemprego, é indiscutível que o crescimento exponencial destas disparidades, estão intrinsicamente ligadas aos reflexos e consequências causadas pelo SARS-CoV-2.

## 2 O PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO À LUZ DA GESTÃO DE ENFRENTAMENTO E ERRADICAÇÃO DE NOVAS PANDEMIAS

Ações pautadas em modelos precaucionais deveriam ser a regra e não a exceção. Isto é, a precaução se mostra um caminho a ser seguido quando se está diante da ação humana. Conquanto, a história vem nos mostrando o quanto o homem tem não apenas desrespeitado fauna, flora, habitats naturais, como vem desenvolvendo cada vez meios tecnológicos que podem levar a humanidade a locais de consequências possivelmente catastróficas. Ademais, é possível afirmar que o princípio da precaução trata de um instituto relativamente novo, e é compreendido como um balizador de ações, quando o homem se encontra diante de riscos e danos potencialmente irreversíveis.

A utilização de parâmetros que se baseiam na precaução ainda é muito sutil, visto que o próprio princípio, consta com seu conceito ainda em desenvolvimento. Todavia, mesmo que este se encontre em constante revisão e inserção em políticas ambientais e desenvolvimentistas, não deve ser encarado como um princípio sem validade normativa ou um mero enunciado. Princípios costumam carregar consigo esta falsa percepção de que sua aplicabilidade é de mera conveniência, porém, equivocada é tal afirmação, ao passo que princípios são guias de ação que resumem e encerram uma teoria.

Ato contínuo, outra sombra que paira sobre a precaução é a ideia de que este seria um princípio antiprogresso, um princípio do medo. Não obstante, o princípio da precaução não defende uma percepção de renúncia ao agir em razão de uma mera incerteza científica, mas tão somente, traz para o campo da racionalidade, que haja esta certeza científica sobre as ações humanas. É necessária esta construção em conjunto, para que nem alarmistas (pessoas que defendem uma sociedade em que não haja demasiado progresso em nome da preservação ambiental) e nem um desenvolvimento desenfreado, sem que uma análise precaucional ocorra, para que o não aproveitamento do princípio se justifique pela banalização ou falta de critérios para aplicabilidade. Deste modo, o um estudo precaucional traz consigo parâmetros e modelos de aplicação muito bem estruturados, a fim de que cada vez mais, por meio de produção acadêmica e científica, este se fortaleça e se estruture como não

só um princípio, mas um modelo a ser considerado, sempre que se estiver diante da ação humana, onde se potencialize algum dano ou risco irreversível.

Este capítulo que se inicia terá como direcionamento o estudo acerca do Princípio da Precaução, seus reflexos e alcances, bem como, de que modo poderá ou poderia tal princípio auxiliar na mitigação dos efeitos e criação de novas síndemias/pandemias. Oportuno dizer, que a problemática em torno da aplicação do Princípio da Precaução, o tempo do direito e o descompasso com o tempo da ciência, também será objeto de análise, vez que, entre a aplicação deste princípio a partir da ótica do direito e a frenética e constante evolução da ciência, há sempre um abismo que os coloca estritamente distantes.

## 2.1 PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO: DEFINIÇÃO E ANÁLISE HISTÓRICA

Neste momento da dissertação trabalhar-se-á a construção doutrinária do princípio da precaução, sua historicidade e as esparsas menções deste na legislação brasileira. Embora no Brasil ainda não se tenha no ordenamento jurídico documentos específicos sobre tal princípio, este acaba sendo encontrado em regulamentos, decretos e leis, mas sempre de modo que exprima necessidade de interpretação e aplicação. Desta forma, serão trazidos exemplos como: Decreto nº. 5.591/05, nº. 4.297/02, Resolução nº 305/02 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), entre outros. Por conseguinte, serão tratadas as menções e observâncias do princípio da precaução

As primeiras menções ao princípio da precaução remontam ainda o início da década de 1970, momento em que se presenciava uma maior produção por parte da indústria na União Europeia, gerando assim por consequência, inúmeros questionamentos sobre a saúde humana e do meio ambiente. Já na década seguinte, passou-se a prestigiar tal princípio em acordos e tratados internacionais, com previsão em seus textos. Tal ação levou a diversos países a postura de inserir o princípio da precaução em seus ordenamentos jurídicos internos. A exemplo disto, estava Alemanha e Suécia, que passaram a exigir a adoção de medidas de precaução por empresas que utilizassem produtos perigosos.<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> SILVA, Romeu Faria Thome da; DIZ, Jamile Bergamschine Mata. Princípio da Precaução: definição de balizas para a prudente aplicação. **Veredas do Direito. Direito ambiental e desenvolvimento**



O princípio da precaução pode ser definido como uma forma de ação, uma escolha de posicionamento, isto é, a precaução pode ser negativa ou positiva (ação ou omissão). É um mecanismo de mitigação de efeitos e riscos significativos a espécie humana, fauna e flora, mesmo e tratando de sinais imprecisos e não perfeitamente factíveis. A concepção de precaução veicula a ideia de que por vezes medidas podem (as por vezes devem) ser tomadas equitativamente, mesmo quando haja somente a suspeita de efeitos danosos incompatíveis com o nível de proteção que se espera.<sup>72</sup>

É possível referir, que uma das primeiras obras a trazer a ideia precaucional para o campo da filosofia é a obra de Hans Jonas, filósofo alemão, autor do Princípio da Responsabilidade; tal obra traz a energia nuclear e a clonagem humana como ameaças a humanidade, ameaças estas que dão ensejo a uma “ética do futuro” e uma obrigação de se evitar catástrofes. Conquanto, apenas na década de 1990 que o princípio da precaução passa a ter maior reconhecimento doutrinal e começa a ter menções mais frequentes em instrumentos de Direito Internacional.<sup>73</sup>

Por derradeiro, no ano de 1992, o princípio da precaução passou a ser especificamente objeto de análise, vez que se tornou o princípio 15 da Declaração do Rio de 1992<sup>74</sup>. Tal declaração se tornava um marco da conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente e o desenvolvimento, pois neste momento, passou-se a utilizar a precaução e a prevenção como princípios orientadores, com intuito de evitar ou mitigar os efeitos de danos ao meio ambiente e a saúde humana.<sup>75</sup>

Ao encontro do supramencionado, Bühring refere:

---

**sustentável.** v. 15 (32), maio/ago. 2018. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1317>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

<sup>72</sup> COSTA, David Davidsson Furtado da. Princípio da Precaução e medidas de distanciamento social na pandemia de COVID-19 á luz do conceito de risco em Niklas Luhmann. **Revista Acadêmica. Faculdade de Direito do Recife.** v. 93 (1), p. 321-337, abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/ACADEMICA/article/view/249702/38244>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

<sup>73</sup> ARAGÃO, Alexandra. Princípio da Precaução: manual de instruções. **Cedoua.** nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 12 jan. 2022.

<sup>74</sup> **Princípio 15:** Com a finalidade de proteger o meio ambiente, os Estados deverão aplicar amplamente o critério de precaução conforme suas capacidades. Quando houver perigo de dano grave ou irreversível, a falta de certeza científica absoluta não deverá ser utilizada como razão para que seja adiada a adoção de medidas eficazes em função dos custos para impedir a degradação ambiental. BRASIL. **Declaração do Rio sobre desenvolvimento e meio ambiente.** Disponível em: [https://cetesb.sp.gov.br/proclima/wp-content/uploads/sites/36/2013/12/declaracao\\_rio\\_ma.pdf](https://cetesb.sp.gov.br/proclima/wp-content/uploads/sites/36/2013/12/declaracao_rio_ma.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2022.

<sup>75</sup> SILVA, Romeu Faria Thome da; DIZ, Jamile Bergamschine Mata. Princípio da Precaução: definição de balizas para a prudente aplicação. **Veredas do Direito. Direito ambiental e desenvolvimento**

Mas, a primeira adoção expressa do princípio da precaução no âmbito internacional foi em 1987, na Segunda Conferência Internacional do Mar do Norte: “emissões de poluição potencialmente poluentes, deveriam ser reduzidas, mesmo quando não haja prova científica evidente do nexo causal entre as emissões e os efeitos”. Ainda apropriado mencionar, a Resolução nº44/228, de 1989, que convocou a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento de 1992 e o Decreto 2.652 de 1998 que a promulgou]. Registre-se, que o ano de 1992, foi fundamental para a consolidação do princípio da Precaução, cuja Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, ao se reunir o Rio de Janeiro, no Brasil, aprovou a Declaração do Rio de Janeiro de 1992 e fixou um conjunto de princípios que visam proteção, ampla e geral ao meio ambiente.<sup>76</sup>

Por conseguinte, no ano 2000, novamente o Princípio da Precaução passa a ser objeto de olhares científicos, onde a Comissão Europeia analisa o modo de utilização de tal princípio, trazendo para o campo do estudo acadêmico a interpretação autêntica e factível da precaução. Por sua vez, o Conselho Europeu de Nice, em 9 de dezembro, aprova uma Resolução na qual se formula um convite aos Estados Membros para que reforcem o conhecimento e promovam a clarificação do princípio da precaução.<sup>77</sup>

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 não recepcionou de forma explícita o Princípio da Precaução, em razão de se tratar de uma lacuna doutrinária ainda latente na época. Todavia, é possível extraí-lo a partir de uma interpretação constitucional, quando por exemplo se verifica que a Constituinte consagrou a concepção de proteger a saúde pública e o meio ambiente, a fim de evitar danos transitórios e permanentes.<sup>78</sup>

A partir destes períodos, o Princípio da Precaução foi ganhando maior expressão nas legislações. Com o intuito de evitar grandes catástrofes na natureza, mesmo trazendo questões de longo alcance, o princípio da precaução, através das medidas que ele propõe, acabou por traçar uma nova forma de compreensão jurídica. Tal princípio já detém força junto aos órgãos jurisdicionais internacionais,

**sustentável.** v. 15 (32), maio/ago. 2018. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1317>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

<sup>76</sup> BÜHRING, Marcia Andrea. Alguns aspectos do princípio da precaução no âmbito internacional e interno e as suas (re)definições na incerteza e no risco. **Revista de Direito Ambiental e Socioambientalismo.** v. 6 (2), dez. 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/Socioambientalismo/article/view/7145/pdf>>. Acesso em 15 jan. 2022.

<sup>77</sup> ARAGÃO, Alexandra. Princípio da Precaução: manual de instruções. **Cedoua.** nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 12 jan. 2022.

<sup>78</sup> RAVANELLO, Tamires; LUNELLI, Carlos Alberto. Princípio da precaução, irreparabilidade dos danos ambientais e tutela do meio ambiente. **Prisma Jurídico.** Maio. 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/prisma/article/view/10469/8258>>. Acesso em 18 jan. 2022.

como a Corte Internacional de Justiça e o Órgão de Solução de Controvérsias da Organização Mundial do Comércio, onde se suscita a questão de definir exatamente o conteúdo desse princípio enquanto matéria de direito internacional, o que por muitos juristas ainda é um campo muito vasto não só de definição, mas de aplicação também.<sup>79</sup>

A importância deste princípio é que ele traz, ainda que na sua ampla concepção, fundamento jurídico às normas, fazendo assim com que toda a normatividade inferior deva observá-lo, sob pena de se estar em desconformidade com o ordenamento, seja ele nacional ou internacional. Por se tratar de um princípio que comumente é vinculado a situações ambientais, também é visto como um princípio vinculativo a ações ou não ações humanas. Isto é, ele deve ser aplicado como uma forma de precaução de situações danosas, não apenas ao meio ambiente, mas também ao próprio ser humano.<sup>80</sup>

Em contraponto, também cabe salientar que o princípio da precaução é sempre posto em voga em situações que a ação humana exprime grande risco, mesmo ele sendo meramente potencial. É costumeiro e que seja visualizado mais os prejuízos que novas ações podem causar, do que propriamente seus ganhos. Foca-se em alguns riscos simplesmente porque são conhecidos, ao contrário de outros riscos. Assim, quando o princípio da precaução parece requerer controle rígido de um determinado risco, mesmo que existam outros riscos em jogo, a heurística da disponibilidade é uma razão comum para tanto. Quando a heurística da disponibilidade está em ação, certos perigos se destacam, independentemente de serem estatisticamente altos ou não.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> OLIVEIRA, André Soares. Modernidade e risco: fundamentos do princípio da precaução e desafios para a responsabilidade civil. **Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas**. v. 20 (36), 2020. Disponível em: [http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito\\_e\\_justica/article/view/2920/1961](http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/2920/1961)>. Acesso em: 21 jan. 2022.

<sup>80</sup> FERUCCI, Marcelo. Direito ambiental como Direito Fundamental. Estado e poder ambiental. **Revista de Direito Ambiental**. v. 52, p. 138-151, out./dez. 2008. **Revista Doutrinas Essenciais de Responsabilidade Civil**. v. 7, p. 51-67, out. 2011. Disponível em: <https://www.revistadoatribunais.com.br/maf/app/widgetshomepage/resultList/document?&src=rl&sruid=i0ad82d9b0000017ecb31c0c0319d2deb&docguid=l64e714b0f25211dfab6f01000000000&hitguid=l64e714b0f25211dfab6f01000000000&spos=27&epos=27&td=386&context=26&crumb-action=append&crumb-label=Documento&isDocFG=false&isFromMultiSumm=&startChunk=1&endChunk=1>>. Acesso em: 18 jan. 2022.

<sup>81</sup> SUSTEIN, Cass Robert. (2012). Para além do princípio da precaução. **Revista De Direito Administrativo**. 2012. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8629>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Comumente o princípio da precaução é analisado a partir do viés ambiental, tanto é verdade, que sua equiparação com a prevenção ocorre frequentemente. No Regulamento 5.591/05, em seu artigo 1º, fala expressamente sobre a necessidade da observância do princípio da precaução. O referido princípio traz consigo a necessidade de cumprimento quando se estiver diante da manipulação de organismos geneticamente modificados – OGM, a fim de se resguardar a proteção ao meio ambiente.<sup>82</sup> Tal decreto foi expedido pelo então presidente à época, Luís Inácio Lula da Silva, com o intuito de regulamentar a Lei 11.105/05, haja vista lacunas e incongruências desta.<sup>83</sup>

Prevenção e precaução trivialmente são confundidas, conquanto, assim como a semântica lhes coloca em lugares diferentes, doutrina também. Ao passo que a prevenção detém a ideia de prevenir (em especial no âmbito ambiental), adotando medidas para evitar danos concretos e antecipar perdas, a precaução exsurge diante de desinformações e se mostra como um caminho a ser tomado, porquanto a existência de referências científicas insuficientes ou incertas ou ainda inconclusivas, culminando em possíveis efeitos negativos sobre o meio ambiente, saúde das pessoas, animais ou a proteção vegetal. Relativamente a utilização de OGM, ainda que o Brasil tenha adotado o princípio da precaução como norteador, optou por liberar a comercialização e utilização de produtos com tal base, ainda que estes sejam permeados por inúmeras incertezas.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup> Art. 1º. Este Decreto regulamenta dispositivos da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, que estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte de organismos geneticamente modificados - OGM e seus derivados, tendo como diretrizes o estímulo ao avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, a proteção à vida e à saúde humana, animal e vegetal, e a observância do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente, bem como normas para o uso mediante autorização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento, para fins de pesquisa e terapia. BRASIL. **Decreto Legislativo nº. 5.591/05**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/decreto/d5591.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5591.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2022.

<sup>83</sup> GARCIA-SIQUEIRA, Denise Schmitt; SOARES, Jessica Talita; SILVA, Marcos Gabriel da. A morte pede passagem: uma análise do princípio da precaução, das dimensões da sustentabilidade e a relação com os organismos geneticamente modificados. **Jurídicas**. v. 16 (2), jul. 2019. Disponível em: <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/juridicas/article/view/60/42>>. Acesso em: 18 jun. 2022.

<sup>84</sup> GARCIA-SIQUEIRA, Denise Schmitt; SOARES, Jessica Talita; SILVA, Marcos Gabriel da. A morte pede passagem: uma análise do princípio da precaução, das dimensões da sustentabilidade e a relação com os organismos geneticamente modificados. **Jurídicas**. v. 16 (2), jul. 2019. Disponível em: <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/juridicas/article/view/60/42>>. Acesso em: 18 jun. 2022.

Neste diapasão, outro decreto que traz consigo a ideia do princípio da precaução como modelo de gestão e aplicação, é o Decreto nº. 4.297/02, que tem como objeto a regulamentação da Lei nº. 6.938/81, a qual trabalha o zoneamento ambiental enquanto instrumento de gestão e planejamento ambiental. O Zoneamento Ecológico-Econômico (ZEE – nome dado pelo decreto) estabelece como condição básica de um zoneamento ambiental, a integração entre componentes da natureza de uma determinada unidade territorial, considerando indicadores como a vulnerabilidade natural à perda de solos e a situação das áreas legalmente protegidas.<sup>85</sup>

Doravante, a Lei 11.428/06 (Lei do Bioma Mata Atlântica), regulamentada pelo Decreto Federal nº 6.660/08, em seu artigo 6º. parágrafo único, traz expressamente nos objetivos e princípios do regime jurídico, a precaução como um princípio a ser seguido, viabilizando a proteção do Bioma Mata Atlântica.<sup>86</sup> Assim como em outras alusões, o princípio da precaução vem para guiar e muitas vezes dosar a ação do homem, como nesta lei que se apresenta, a qual detém o objetivo de proteger espécies ameaçadas de extinção de condutas humanas, que direta ou indiretamente ameacem a fauna e a flora.

Outro exemplo de lei brasileira que faz referência ao princípio da precaução é a Lei 12.187/09 (Lei de Política Nacional sobre Mudança do Clima – PMNC). Em seu artigo 3º. A PMNC estabelece que as suas ações e medidas executadas sobre a responsabilidade dos entes políticos e órgãos da administração pública, observarão o princípio da precaução a fim de pautar suas atividades.<sup>87</sup>

Por síntese, o princípio da precaução, em uma perspectiva temporal, pode ser percebido como um princípio ainda recente, mas que certamente ainda carece de muita análise acadêmica, pois se trata de uma norma jurídica extremamente

---

<sup>85</sup> ROSA, Rafael Mendes; FERREIRA, Vanderlei de Oliveira. Zoneamento ambiental enquanto instrumento para o planejamento e gestão territorial: abordagem aplicada ao município de Araguari-MG. **Caderno de Geografia**. v. 31 (64), dez. 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/geografia/article/view/24933/17786>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

<sup>86</sup> BRASIL. **Lei 11.428/06**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11428.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11428.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2022.

<sup>87</sup> BRASIL. **Lei 12.187/09**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/12187.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.187%2C%20DE%2029%20DE%20DEZ%20EMBRO%20DE%202009.&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20sobre](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/12187.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.187%2C%20DE%2029%20DE%20DEZ%20EMBRO%20DE%202009.&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20sobre)>. Acesso em: 20 jun. 2022.

necessária e válida para muitos campos, que não só o ambiental. Se faz necessária a compreensão da realidade sindêmica que o mundo se encontra, e o princípio da precaução, se mostra uma via bastante assertiva como meio de gestão e mitigação de efeitos adversos, bem como, método de diminuir probabilidades de novas sindemias.

## 2.2 SINDEMIA/PANDEMIA DA COVID-19 E O PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO

A sindemia causada pelo novo coronavírus Sars-coV-2 estremeceu as estruturas da comunidade mundial em 2020. Inicialmente acreditava-se estar diante de um mero surto viral em uma cidade chinesa de Wuhan, porém, em poucos meses tal surto se transformou em uma das maiores crises sanitárias já experimentadas pelo homem. Diante disto, novas realidades foram impostas, medidas de enfrentamento, com intuito de frear o ritmo de contaminação e evitar o colapso da saúde mundial. Diante deste panorama, utiliza-se o princípio da precaução, como um método de enfrentamento para esta sindemia e outras possíveis, tentando superar os desafios impostos por estas novas realidades.

No Brasil o primeiro caso oficial de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, iniciando-se então a implementação de medidas de segurança a fim de evitar a propagação do vírus SARS-CoV-2. Conquanto, já no dia 07 de fevereiro de 2020, com sanção presidencial, o Congresso Nacional decreta e publica a primeira lei que passa a versar sobre a temática da COVID-19, Lei 13.979/20, tal lei trata sobre a emergência de saúde que assola o cenário internacional desde 2019 e da importância que autoridades ao redor do globo estão dando para esta pandemia que exsurge.<sup>88</sup>

Realidade sindêmicas como a causada pela COVID-19 serão cada vez mais comuns e presentes no mundo, em razão de inúmeros fatores causados pela ação humana. A invasão de habitats naturais, a expansão de fronteiras agrícolas e este contato cada vez mais constante de seres humanos e animais silvestres e domésticos, darão cada vez mais subsídios para que situações como as vivenciadas

---

<sup>88</sup> SOUZA, Mércia Cardoso; LIMA, Aline Cristina Bezerra Leite Carvalho. Direitos humanos e pandemia de COVID-19: análise a partir de decisões do Supremo Tribunal Federal. **Revista Jurídica – UNICURITIBA**. v. 5 (62), p. 412-442, 2020. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/4923/pdf>. 01 fev. 2022.

em razão do SARS-Cov-2, sejam frequentes. Outrossim, existem indícios e pesquisas que evidenciam a possibilidade de origens pandêmicas e sindêmicas na Amazônia brasileira, justamente em razão do avanço do desmatamento e destruição ambiental, sem qualquer freio ou fiscalização efetiva. Haja vista tais implicações, é possível que nos próximos anos haja uma reemergência de doenças consideradas extintas, por conta desta nova proximidade entre humanos e animais silvestres.<sup>89</sup>

Dos apontamentos acima indicados, é indubitável o quanto a ação humana detém relação intrínseca com catástrofes e desastres, que em sua maioria começam na seara ambiental, mas que acabam afetando sociedades, sistemas econômicos, culturas e os mais diversos contextos aos quais o próprio homem está inserido. Neste sentido, surge a necessidade da devida apreciação do princípio da precaução e ser tratado como objeto de estudo, para que não se pratique os mesmos excessos, responsáveis por realidades como a em que se vive. O princípio da precaução, embora já seja devidamente reconhecido em Tratados Internacionais, no direito interno de diversos países, inclusive do Brasil, tem na sua dogmática normativa um relevante desafio para o jurista, vez que, princípios como um todo, são sempre relativizados.<sup>90</sup>

A luz da interação humana e suas respectivas consequências que detém uma responsabilidade direta para a origem de novas pandemias, o professor Juan Carlos, da Facultad de Medicina da Universidad Nacional de Columbia, explana:

Y es bajo esta última perspectiva que resulta esencial comprender que el modo como surge la pandemia tiene todo que ver con la forma en que, actualmente, nos relacionamos los seres humanos con las diferentes especies animales, y esto remite, de manera directa, a la industria de alimentos y a la explotación de los ecosistemas. Esto es así porque nos enfrentamos, en propiedad, a una zoonosis. Y, además, porque ya se hecho

---

<sup>89</sup> HOHENDORFF, Raquel Von; ENGELMANN, Wilson; RODRIGUEZ, José Júlio Fernández; D'ÁVILA, Fernanda Felitti da Silva. A pandemia de COVID-19: a nanotecnologia e o direito como exemplos da necessária transdisciplinariedade e comunicação intersistêmica. **Revista Jurídica – UNICURITIBA**. v. 2 (64), p. 643-669, 2021. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/5173/pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

<sup>90</sup> WALDMAN, Ricardo Liebel; SAMPAIO, Vanessa Bueno; MUNHOZ, Marcelo Giovanni Vargas. O princípio da precaução e o princípio de responsabilidade de Hans Jonas. **Quaestio Iuris**. v. 10 (1), p. 199-218, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/23512#:~:text=O%20artigo%20nos%20leva%20%C3%A0,de%20modorespons%C3%A1vel%2C%20consciente%20e%20sustent%C3%A1vel>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

evidente la importancia que adquiere el llamado “mercado húmedo” de Wuhan, en la forma como el virus sars-CoV-2 contagió al humano.<sup>91</sup>

O princípio da precaução não pode ser encarado como um princípio do medo, uma barreira entre o desenvolvimento e o inerte ou um princípio irracional, mas justamente o contrário, deve ser visto como um direcionamento racional e cientificamente fundado em uma responsabilidade pelo futuro. Ademais, internalizar tal dogmática em decisões de ações negativas ou positivas, não cria uma insegurança jurídica na gestão do risco, mas cria mecanismo de se atenuar ou mesmo erradicar riscos.<sup>92</sup> Por síntese, aqui está justamente o efeito de tal princípio, pois sua ideia é justamente trazer para dentro da discussão científica e jurídica, que determinadas ações ou não ações, podem determinar resultados muitas vezes irreversíveis e de consequências inimagináveis.<sup>93</sup>

Por conseguinte, frisa-se que o princípio da precaução ainda é um tema com muitas divergências, seja sobre seus limites de alcance ou meios de aplicação. Ademais, não há uma expressa citação a tal princípio, por exemplo na Constituição Federal, com quanto, se trata de um princípio comumente utilizado para abarcar celeumas em torno de temáticas ambientais; ou seja, ainda que não haja expressa menção, se trata de um princípio claramente incorporado do sistema normativo.<sup>94</sup>

Nesta esteira, é necessário que se reveja a forma como uma pandemia ocorre, qual a interação dela com a ação negativa ou positiva do homem e como o princípio da precaução se encaixe nessa tríade. É incontroverso que um conjunto de evidências importantes revela que a atual pandemia não se trata apenas de um simples fenômeno natural que relaciona um vírus a uma espécie biológica. Não se

<sup>91</sup> ESLAVA C., Juan Carlos. Las causas socioambientales de la pandemia COVID-19. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**. v. 38 (5), set./dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/342049>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

<sup>92</sup> ARAGÃO, Alexandra. Princípio da precaução: manual de instruções. **Cedoua**. nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

<sup>93</sup> FERUCCI, Marcelo. Direito ambiental como Direito Fundamental. Estado e poder ambiental. **Revista de Direito Ambiental**. v. 52, p. 138-151, out./dez. 2008. **Revista Doutrinas Essenciais de Responsabilidade Civil**. v. 7, p. 51-67, out. 2011. Disponível em: <https://www.revistadotribunais.com.br/maf/app/widgetshomepage/resultList/document?&src=rl&sruid=i0ad82d9b0000017ecb31c0c0319d2deb&docguid=l64e714b0f25211dfab6f01000000000&hitguid=l64e714b0f25211dfab6f01000000000&spos=27&epos=27&td=386&context=26&crumb-action=append&crumb-label=Documento&isDocFG=false&isFromMultiSumm=&startChunk=1&endChunk=1>>. Acesso em: 18 jan. 2022.

<sup>94</sup> RAVANELLO, Tamires; LUNELLI, Carlos Alberto. Princípio da precaução, irreparabilidade dos danos ambientais e tutela do meio ambiente. **Prisma Jurídico**. Maio. 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/prisma/article/view/10469/8258>>. Acesso em 18 jan. 2022.



está aqui negando que essa relação ora mencionada está na base do fenômeno pandêmico, mas a questão vai além, pois a pandemia pode ser intimamente ligada ao tráfico de animais silvestres, ao desenvolvimento das monoculturas, ao desmatamento, ao agronegócio produtivo, à gestão fabril de fazendas, a superlotação dos mercados de alimentos, a pilhagem da biodiversidade e, em última análise, a destruição sistemática dos ecossistemas.<sup>95</sup>

Enfrentar o surgimento de doenças zoonóticas - aquelas transferidas de animais para humanos - implica abordar sua causa principal, ou seja, o impacto das atividades humanas nos ecossistemas e seus efeitos na potencialização do surgimento de pandemias. Isso significa reconhecer as estreitas relações entre a saúde humana, animal e ambiental. Nas últimas décadas, as doenças com origem de transferências de vírus entre humanos e animais, representa um percentual de 75% de todas as doenças infecciosas emergentes em humanos. Ebola, Gripe Aviária, Gripe H1N1, Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), Febre do Vale do Rift, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), Vírus do Nilo Ocidental, Zika Vírus e o novo COVID-19, são apenas alguns exemplos dos vírus que causaram ou ameaçaram causar pandemias, deixando claro mais uma vez, que o SARS-Cov-19 não será o último zoonótico com o qual os seres humanos irão se deparar.<sup>96</sup>

Neste compasso entre sindemias e pandemias cada vez mais presentes em nossas realidades, se faz necessário um olhar da comunidade acadêmica acerca da concepção e aplicação do princípio da precaução, a partir de um modelo a ser seguido, a fim de evitar excessos e contextos que potencializem novas pandemias. Neste sentido, propõe-se tal princípio como um instrumento adequado para gerenciar riscos colocados em voga pela ação humana e sua interação junto a ecossistemas. Assim, o princípio da precaução, aqui é proposto como um método de

---

<sup>95</sup> ESLAVA C., Juan Carlos. Las causas socioambientales de la pandemia COVID-19. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**. v. 38 (5), set./dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/342049>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

<sup>96</sup> NELLA, Di Dino; IBÁÑEZ, Victoria. Causas y consecuencias de la Pandemia COVID-19. De la inmovilidad de la humanidad a la circulación desconcentrada de personas. **Revista Derechos em Acción**. v. 15 (15), mar./jun. 2020. Disponível em: <https://revistas.unlp.edu.ar/ReDeA/article/view/10244/9024>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

administração de riscos, frente as inúmeras incertezas as quais os seres humanos estão diariamente expostos.<sup>97</sup>

Neste diapasão, é indubitável que cada vez mais o homem adentra em espaços e cada vez mais se joga ao desconhecido, sem qualquer receio ou precaução frente suas ações. Sendo assim, tem-se aqui a proposta de análise do princípio da precaução com um mecanismo de mitigação de efeitos, que potencialmente podem ensejar em efeitos irreversíveis, como no caso em comento, pandemias/sindemias. No subcapítulo que se inicia, será enfrentado outro ponto crucial, que por vezes se coloca entre a utilização e aplicação do princípio da precaução em situações de riscos e incertezas, qual seja: a influência do tempo sobre a precaução e a distância que se coloca entre a ciência e o direito.

### 2.3 INFLUENCIA DO TEMPO SOBRE A PRECAUÇÃO: CIÊNCIA E DIREITO

O tempo enquanto parte da equação de solução de problemas e percalços sociais, sempre se mostrou um elemento indissociável e impossível de ser desconsiderado. Em uma concepção de não divisão entre sociedade e direito, o tempo se desponta como um elemento complexo instituinte e imbuído no processo social de grande valia, em especial quando visto a partir da ótica da precaução. Neste subcapítulo será trabalhado questões relativas ao tempo do direito e suas respostas a ciência, em contextos emergentes que necessitam de respostas imediatistas, como por exemplo no caso aqui tratado: contextos sindêmicos/pandêmicos.

O tempo pode ser compreendido a partir de várias linhas, sejam físicas, biológicas, históricas, dentre outras, mas aqui, ele será visto a partir da fenomenologia do direito, em que ambos são construções sociais e como estes dois constituintes se relacionam em questões envolvendo a necessidade de tomada de decisão, em especial em situações que o direito não dispõe de tempo para se adequar a conjunturas de crises. Tempo e direito possuem uma função na sociedade, pois se a elaboração de uma norma jurídica contém, intrinsecamente,

---

<sup>97</sup> OLIVEIRA, André Soares. Modernidade e risco: fundamentos do princípio da precaução e desafios para a responsabilidade civil. **Revista Direito e Justiça. Reflexões Sociojurídicas**. v. 20 (36), 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31512/rdj.v20i36.2920>>. Acesso em: 21 jan. 2022.

uma expectativa social, ela indubitavelmente está ligada a uma relação temporal, respectivamente.<sup>98</sup>

Pensar o direito e o tempo exige-nos refletir sobre o paradoxo que exsurge deste paradoxo; a relação entre tempo e direito é marcada por uma constante tensão decorrente da própria característica de cada um destes tópicos. Se de um lado o tempo traz consigo a ideia de constante produção de mudanças, por sua vez o direito detém esta concepção de constância, e justamente em razão destas máximas, que ambos se movimentam de forma intrínseca. Dito de outro modo: o tempo tem a força de transformar o próprio direito, de pautá-lo, de instituí-lo, daí porque ambos se encontram em constante estado permanente de articulação.<sup>99</sup>

A fim de contextualizar, a partir concepção kelsiana, direito e tempo estão essencialmente ligados na questão da normatividade, pois o direito é uma ordem normativa da conduta humana, ou seja, um sistema de normas que regulam o comportamento humano. Neste ínterim, ele seria a junção entre o presente (a estática jurídica) e a história (dinâmica jurídica - tempo). Para os defensores dessa maneira de observar o tempo no direito, cedo ou tarde, mantendo-se certos critérios procedimentais. A questão do controle temporal, assim, é essencial nessa abordagem do sistema jurídico social.<sup>100</sup>

Por esse ângulo, e esta interação inter-sistêmica entre tempo e direito, veja-se:

O direito é filho do tempo, possuindo, assim, um sentido temporal. Portanto, estabilidade e mudança são filhos dessa relação. François Ost, ao invocar as figuras da *Temperantia* (Temperança, a sabedoria do tempo) e da *Justitia* (Justiça, a sabedoria do direito), lembra que a relação entre tempo e direito (que ele chama de justo) vem dos gregos. E o que é o tempo? Enquanto o direito, diz Ost, tem como principal função contribuir para a instituição do social, o tempo “é uma instituição social, antes de ser um fenômeno físico e uma experiência psíquica”, resultando dessa aproximação uma interação dialética, um vínculo entre a temporalização social do tempo e a instituição

---

<sup>98</sup> SCHWARTZ, Germano André Doederlein. Tempo e direito na construção da saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 15 (3), abr. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97327>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

<sup>99</sup> TEIXEIRA, Anderson Vichinkeski; NASCIMENTO, João Luiz Rocha da. Mutação constitucional como evolução normativa ou patologia constitucional? Tempo e direito à luz da hermenêutica-filosófica. **Revista Estudos Institucionais**. v. 3 (1), 2017. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/87/138>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

<sup>100</sup> SCHWARTZ, Germano André Doederlein. Tempo e direito na construção da saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 15 (3), abr. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97327>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

jurídica da sociedade, não sendo possível dizer o direito senão dando o tempo.<sup>101</sup>

François Ost, ainda na linha de que o direito é construção social, caracteriza-o a partir de uma divisão quadripartida, quais sejam: *memória, perdão, promessa e questionamentos*. A memória traz consigo a concepção de que o direito detém um armazenamento de acontecimentos da sociedade, como por exemplo, o que ocorreu com a gripe espanhola em 1918 e os reflexos na sindemia de 2020, pois se trata claramente de um movimento em direção ao passado e sua reafirmação no presente. O perdão, é a capacidade de o direito esquecer-se daquilo que ocorreu temporalmente no passado, mas este perdão não é generalizado, mas sim, para determinados fatos. Por sua vez, a promessa, está intrinsecamente ligada ao futuro, rompendo com a tradição e a construção de ocorrências temporais. Por último, o questionamento é àquele que faz o link entre a promessa, o perdão e a memória.<sup>102</sup>

Por síntese, desta breve análise conclui-se que tempo e o direito estão relacionados com a sociedade, pois não existe tempo fora da história, ou seja, não há como dissociar, tempo, direito e sociedade.<sup>103</sup> Forçoso referir, que o intuito deste trabalho não é desenvolver uma abordagem analítica das categorias tempo e direito, mas tão somente, trazer a reflexão acerca da dissociação entre tempo e direito, e o quanto isto implica diretamente em questões sociais e formas de respostas do próprio direito.

Nesta circunstância, volta-se ao ponto inicial: o tempo do direito e o tempo da ciência não são os mesmos, pois se de um lado há a construção social que conseqüente se transforma em ordenamento jurídico, de outro há uma constante urgência e imediatismo, que não pode ser relativizado em razão da necessidade de respostas. A sindemia causada pela COVID-19 é um exemplo claro deste descompasso entre “tempos”, pois mesmo após protocolos, vacinas e medidas

---

<sup>101</sup> TEIXEIRA, Anderson Vichinkeski; NASCIMENTO, João Luiz Rocha da. Mutação constitucional como evolução normativa ou patologia constitucional? Tempo e direito à luz da hermenêutica-filosófica. **Revista Estudos Institucionais**. v. 3 (1), 2017. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/87/138>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

<sup>102</sup> OST, François. **O tempo do direito**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

<sup>103</sup> SIMIONATTO FILHO, Danilo; CAGLIARI, Cláudia Tais Siqueira. O tempo do direito: pragmatismo sem “tempo ao tempo”. **Revista Eletrônica do Curso de Direito**. v. 5 (1), 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/7048>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

de condicionamento, ainda não há um consenso sobre a maioria dos fatores em torno do vírus SARS-COV-2.

Dentro destas variáveis acerca das incertezas e dos distanciamentos de processos legislativos e construção de base científica para respostas em tempos de crise, o princípio da precaução exsurge como uma forma de gestão destas “incertezas”. Já vimos que a ação humana está intrinsecamente ligada ao surgimento de pandemias, mas que com medidas antecipatórias, é possível mitigar ou mesmo erradicar efeitos adversos. Não é minimamente aceitável que primeira haja a ação e depois trabalha-se com as consequências; os riscos são importantes de mais e as consequências graves de mais para que se fique a mercê das provas irrefutáveis e do consenso científico geral, em torno delas.

Por fim, o próximo capítulo trará justamente a resposta para esta celeuma: como aplicar o princípio da precaução, de um modo que este possa aproximar estes “dois tempos” a fim de mitigar possíveis consequências imprevistas. Ademais, será trabalhado o Regulamento Sanitário Internacional - RSI, que trata de ações que visam prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças. Deste feita, com a aplicação do princípio da precaução e partir da ótica do RSI, traçar contornos para possíveis respostas para questões de crise social, que cada vez mais se tornam realidade.

### **3 REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI) E SEUS REFLEXOS NO CONTROLE DE NOVAS PANDEMIAS**

Deste capítulo que se inicia e será o fechamento desta dissertação, teremos como escopo trabalhar pontos como: o que é o RSI, sua abordagem, seus limites de atuação e caráter jurídico, bem como, de que forma seria possível utilizá-lo como um modelo de gestão quando se está diante de realidades pandêmicas. Por fim, alinhados a isto, retorna-se ao princípio da precaução, mas agora não com intuito de caracterizá-lo e/ou fazer delimitações, mas sim, trazer os fundamentos do RSI e a aplicabilidade da precaução, agora com a finalidade de evitar o surgimento de novas pandemias.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) refere-se a um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). Tem-se como objetivo ajudar a comunidade internacional a prevenir e responder a graves riscos de saúde pública que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar pessoas em todo o mundo. RSI busca definir os direitos e obrigações dos países de relatar eventos de saúde pública (com possíveis efeitos globais) e estabelecer vários procedimentos que a OMS deve seguir em seu trabalho para defender a segurança pública mundial.

O princípio da precaução vem neste momento da dissertação, justamente pela construção jurídica e dogmática em torno deste. O princípio da precaução destina-se a limitar riscos que ainda são hipotéticos ou potenciais, sendo assim, o objetivo é evitar a ocorrência de danos, seja em situações de incertezas legítimas ou mesmo para afastar hipóteses de riscos. Em síntese, e de modo a não comprometer os subcapítulos que se iniciam, tem-se como escopo, trazer a aplicação prática do princípio da precaução, com base no RSI, a fim de se evitar o surgimento de novas pandemias. Pandemias, conforme se verá abaixo (precisamente para corroborar a necessidade de utilização do RSI apoiado no princípio da precaução), serão cada vez mais uma realidade a nível global, por isso, em razão destes riscos incertos, este capítulo busca questionar se este modelo de gestão proposto, pode ser um caminho a ser seguido.

### 3.1 REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI): O QUE É? QUAIS SÃO AS SUAS FINALIDADES?

O RSI de 2005 trata-se de um marco na história da saúde pública internacional, pois este tem como escopo principal, prevenir, tratar e mitigar efeitos de doenças, vírus em escala global. A OMS aprovou em 25 de maio de 2005 o novo Regulamento Sanitário Internacional, sendo que, neste documento havia um prazo de 18 meses para os estados membros fazerem reservas ou mesmo rejeitarem tal regulamento, e 24 meses a partir daquela data para fazer vigorar o RSI. Este subcapítulo tem como propósito elucidar características acerca do regulamento, definir suas finalidades e dar subsídios para o próximo passo desta dissertação que é compreender o que significa, enquanto ordenamento jurídico, o Regulamento Sanitário Internacional no Brasil.

Durante a 4ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1951, logo após o terceiro da constituição da Organização Mundial da Saúde, data-se o primeiro Regulamento Sanitário Internacional, um acordo internacional juridicamente vinculante. É considerado o primeiro código internacional de medidas para prevenir a propagação de determinadas enfermidades infecciosas (cólera, peste, febre amarela, varíola, febre recorrente e tifo) e de requisitos sobre notificação de casos e apresentação de informes, assim como a adoção de medidas sanitárias nos pontos de entrada e saída de pessoas e mercadorias nos países.<sup>104</sup>

O Regulamento Sanitário Internacional- 2005, trata-se de um documento jurídico, aprovado pela quinquagésima oitava assembleia da Organização Mundial da Saúde de 2005, para começar a vigorar a partir de junho de 2007. Ademais, forçoso referir que se trata de um instrumento jurídico revisado, ou seja, ele já nasce a partir das necessidades daquele momento, a fim de suprir lacunas emergentes na área de crises de saúde pública internacional. Conta com 66 artigos, que se distribuem entre definições de algumas nomenclaturas, a fim de estabelecer limites de interpretação e compreensão das palavras, aplicação do RSI, suas motivações, entre outros. Ainda, conta com 9 anexos apensos ao regulamento, com intuito de estabelecer diretrizes e procedimentos. Sendo assim, e dada a máxima importância

que este regulamento possui para esta dissertação, o mesmo segue em anexo, a fim de enriquecer e trazer todos os seus pontos, que ora não tenham sido completamente aqui elucidados.

Do mesmo modo que a pandemia causada pelo COVID-19 forçou um processo de interdisciplinariedade entre as mais diversas áreas e trouxe para o campo da emergência acadêmica estudos acerca transmissão, vacinas, métodos de enfrentamento, entre outros, o RSI advém em um período de realidade também pandêmica, mas aqui em 2005 causada pela *influenza A(H1N1)*. A disseminação da *influenza A(H1N1)* em território nacional deixou patente o desconhecimento de muitos setores sobre os papéis das autoridades nacionais bem como os limites e as limitações do Estado frente ao quadro que se apresentava naquele momento, principalmente, no que se refere ao comércio internacional e aos direitos individuais dos cidadãos de se locomoverem para além das fronteiras de seus países de origem e residência.<sup>105</sup>

O Regulamento Sanitário Internacional visa à adoção de medidas harmônicas entre os Estados-membros da OMS com vistas a impedir a propagação internacional de doenças e seus agentes causadores, evitando-se, ao mesmo tempo, interferir desnecessariamente no tráfego e no comércio mundial. Todavia, pensando a partir de uma realidade que se vive em um mundo globalizado, cada vez mais se torna difícil delimitar áreas em que vírus e doenças podem se transmitir, e a prova real disto está justamente na COVID-19, pois em um vírus que teve seu primeiro caso isolado em um local remoto da China em dezembro de 2019, culminou em um estado de pandemia global em fevereiro de 2020. O século XXI está inserido em uma realidade de revolução industrial, isto é, não há como ignorar o seu processo acelerado de globalização e o quanto isso impacta diretamente para a adiantamento de processos de disseminação de doenças entre os países.<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> GOMES, Carolina B.; CASTRO, Larissa de P. Gonzaga e. O novo Regulamento Sanitário Internacional. **Revista de Direito Sanitário**. v. 13 (2), jan. 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56233/59445>>. Acesso em: 06 jan. 2022.

<sup>105</sup> BRASIL. **Decreto Legislativo nº. 395/2009. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

<sup>106</sup> MENUCCI, Daniel Lins. Regulamento Sanitário Internacional (2005) e vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 7, nº.1, p. 54-87, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79968/83895>>. Acesso em: 13 jan. 2022.



Doravante, além da necessidade de se adaptar com o surgimento de novas doenças e encontrar mecanismos para o seu respectivo enfrentamento, tem-se ainda que lidar com o ressurgimento de doenças até então esquecidas ou controladas (doenças reemergentes). Como exemplo temos a epidemia de Cólera no Peru em 1991 que se espalhou pela América do Sul, assim como, a epidemia da Peste que acometeu o oeste da Índia, em 1994 (após terremotos e inundações), trazendo incertezas e terror ao resto do mundo, porém, foi rapidamente contida com medidas antiroedores e antibióticos. Ademais, também temos registros de novas doenças (doenças emergentes) como o Ebola no Congo (antigo Zaire), em 1995, a SARS na Ásia, em 2003 e a Influenza Aviária causada pelo vírus H5N1. Tratam-se de doenças que são inevitáveis e representam um risco para a saúde pública mundial.<sup>107</sup>

Doutra banda, o RSI compreende uma série de situações relacionadas ao processo de informação e notificação a OMS, quando percebido cenários que impliquem risco de propagação internacional de doenças. Forçoso referir, que de acordo com o regulamento, não necessariamente devem ser notificadas apenas moléstias transmissíveis, mas também problemas de saúde de natureza química, radionuclear, entre outras. Entretanto, para que um evento seja classificado como uma emergência de saúde pública, de importância e caráter internacional, devem ser avaliadas algumas características. Caso se confirme um evento de interesse internacional, após avaliação de um Comitê Assessor composto por representantes de vários países, será definida necessidade de adoção de medidas a serem aplicadas pelo país afetado e/ou pelas demais nações, a fim de que se evite a propagação e transmissão em níveis internacionais da patologia em questão. Estas medidas, além da prerrogativa de que sejam as menos restritivas possíveis ao fluxo internacional de pessoas, bens e mercadorias, bem como ao comércio internacional, devem respeitar as questões relacionadas à soberania nacional e às liberdades individuais.<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> MENUCCI, Daniel Lins. Regulamento Sanitário Internacional (2005) e vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 7, nº.1, p. 54-87, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79968/83895>>. Acesso em: 13 jan. 2022.

<sup>108</sup> CARMO, Eduardo Hege. Regulamento Sanitário Internacional, emergências de saúde pública, liberdades individuais e soberania. **Revista de Direito Sanitário**. v.8 (1), p.61-64, mar. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80041/83940>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

Ventura, Aith e Rached elucidam:

Em 2005, com a adoção do RSI, cuja entrada em vigor foi estipulada para 2007, o Brasil assumiu obrigações internacionais de vulto em matéria de vigilância em saúde, em especial o desenvolvimento de “capacidades básicas” que, na prática, são as condições elementares para que o regulamento possa ser cumprido<sup>34</sup>. O Ministério da Saúde (MS) passou a contar com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)<sup>35</sup>, definido como ponto focal brasileiro do RSI junto à OMS. Ainda em 2005, um Grupo Executivo Interministerial (GEI), composto por diferentes órgãos do governo federal e coordenado pelo Ministério da Saúde, foi criado como elemento da resposta brasileira a uma possível pandemia de influenza.<sup>109</sup>

Doravante, no tocante a notificação por parte do país signatário ao regulamento, o Art. 6do RSI, vem nos elucidar como se dá tal notificação, bem como, quais características devem ser levadas em consideração (consoante anexo 2 do regulamento em questão; vejamos:

#### Artigo 6 Notificação

Cada Estado Parte avaliará os eventos que ocorrerem dentro de seu território, utilizando o instrumento de decisão do Anexo 2. Cada Estado Parte notificará a OMS, pelos mais eficientes meios de comunicação disponíveis, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI, e dentro de 24 horas a contar da avaliação de informações de saúde pública, sobre todos os eventos em seu território que possam se constituir numa emergência de saúde pública de importância internacional, segundo o instrumento de decisão, bem como de qualquer medida de saúde implementada em resposta a tal evento. Se a notificação recebida pela OMS envolver a competência da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), a OMS notificará imediatamente essa Agência. Após uma notificação, o Estado Parte continuará a comunicar à OMS as informações de saúde pública de que dispõe sobre o evento notificado, de maneira oportuna, precisa e em nível suficiente de detalhamento, incluindo, sempre que possível, definições de caso, resultados laboratoriais, fontes e tipos de riscos, número de casos e de óbitos, condições que afetam a propagação da doença; e as medidas de saúde empregadas, informando, quando necessário, as dificuldades confrontadas e o apoio necessário para responder à possível emergência de saúde pública de importância internacional.<sup>110</sup>

Nesta linha, o referido Anexo 2 do RSI vem como um balizador para caracterizar cenários de emergência de saúde pública. Para tal avaliação tem-se um

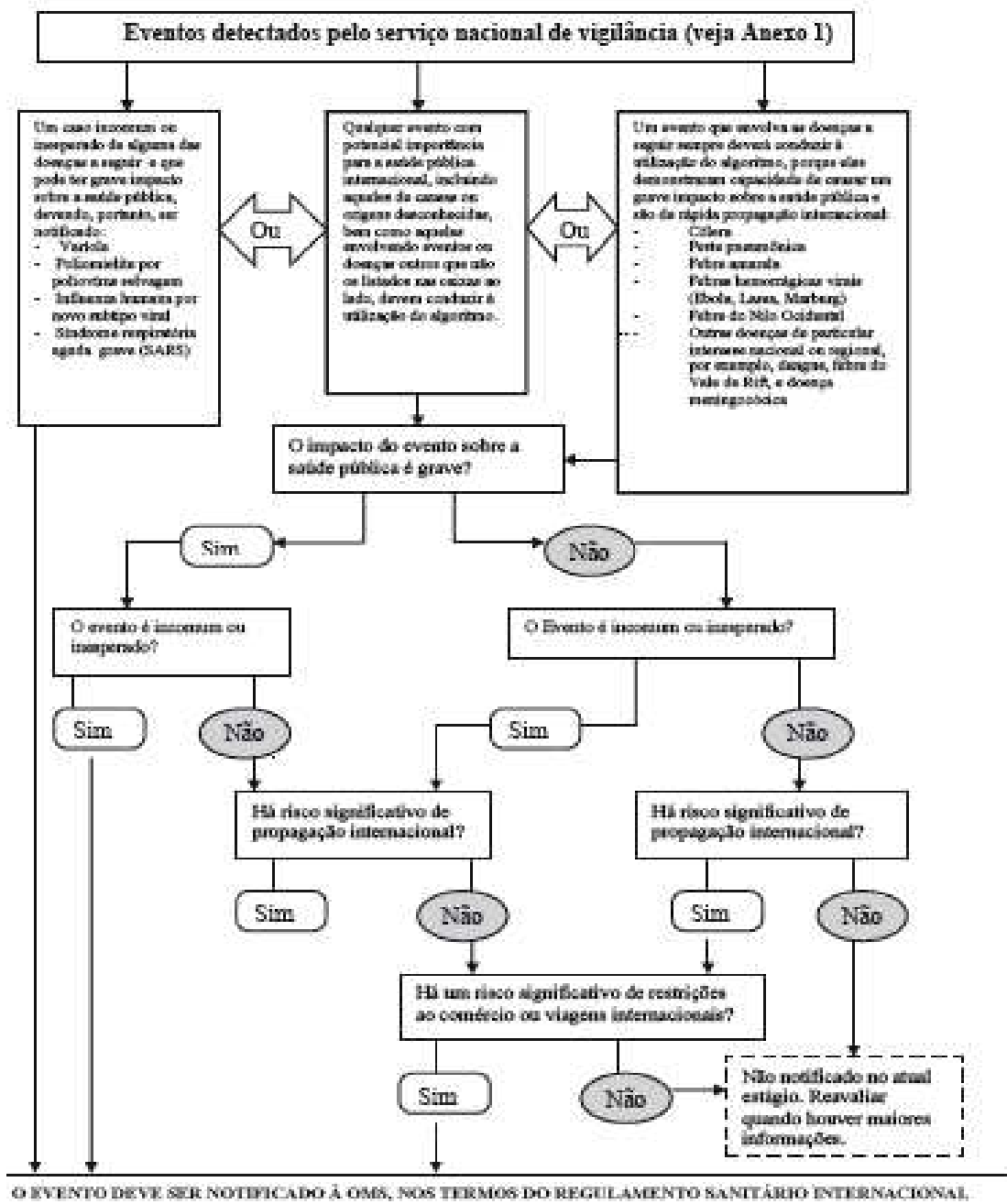
---

<sup>109</sup> VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. **Revista Direito e Práxis**. v. 12 (1), jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/zdKKXxZCSGpZnGb3tLKKLTg/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2022.

<sup>110</sup> BRASIL. **Decreto Legislativo nº. 395/2009. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>. Acesso em: 12 jan. 2022.

quadro, qual segue, com intuito de permear a pesquisa acerca do evento e verificar se de fato se trata de um episódio com proporções internacionais, *vide*:

**Figura 6 – Instrumento de decisão para avaliação e notificação de eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional**



a) De acordo com a definição de casos da OMS.

b) A lista de doenças deve ser utilizada somente para os propósitos deste Regulamento.

**Fonte: BRASIL. Decreto Legislativo nº. 395/2009. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005.** Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>. Acesso em: 12 jan. 2022.

Dos requisitos/pressupostos elencados na figura acima, verifica-se os caminhos que os Estados signatários precisam percorrer, a fim de evitarem excessos ou mesmo de deixarem passar despercebido, situações potencialmente graves. Inicialmente você pode ter um evento inesperado de alguma doença, potencialmente grave, sejam doenças respiratórias agudas (SARS), varíola, poliomielite, influenza humana; qualquer evento com potencial importância para a saúde pública ou ainda, algum episódio de doenças reemergentes, isto é, doenças que já causaram um grande impacto na saúde pública (cólera, peste, febre amarela, febres hemorrágicas, outras doenças de interesse particular regional ou nacional. Posteriormente se verifica a potencialidade desta ocorrência se tornar uma emergência de saúde pública internacional, e caso se conclua estar diante de uma moléstia com potência internacional, tal evento deve ser notificado a OMS, nos termos do regulamento.

Ser um país signatário do RSI implica, então em vinculado a um direito de emergência sanitária e a dotar-se de condições objetivas para sua aplicação, que deve se verificável e controlada por um mecanismo internacional, apontando para a necessidade de mudanças estruturais nos sistemas de saúde, muitas vezes difíceis de serem alcançadas, indo ao encontro da distância entre recomendações internacionais e recepção local. As avaliações sobre o estado das capacidades básicas dos Estados membros frente ao RSI podem ser consideradas frágeis por serem autodeclaradas e não obrigatórias, o que gerou uma grande polêmica, pois desta forma haveria a possibilidade de uma avaliação externa (mas do próprio país), defendendo que a mesma tenha caráter voluntário. Além disso, essas capacidades referem-se ainda a uma estrutura legal para responder ao instrumento, exigindo que a OMS atue no fortalecimento da estrutura jurídica como forma de aprimorar a resposta a emergência<sup>111</sup>

Nesta senda, após estas breves conceituações sobre o RSI, exsurge a necessidade de trazer-se não apenas suas caracterizações, mas também, seu panorama enquanto instrumento jurídico, em outras palavras, qual é o papel do RSI e sua força normativa em território brasileiro, em se tratando de um documento

---

<sup>111</sup> BUENO, Flávia Thedim Costa. Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre do Zika Vírus. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22 (7), p. 2305-2314, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/99pqygJQf3gqbpFWdGKPMLd/?lang=pt>. 27 fev. 2022.

internacional. Outrossim, neste subcapítulo que se inicia, serão estudados os efeitos vinculativos da aplicação do Regulamento Sanitário Internacional, não visto apenas como um regulamento a ser incorporado ao sistema brasileiro, mas um objeto de eficácia plena que deve ser seguido quando se estiver diante de situações de crises sanitárias.

### 3.2 REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL E SUA NORMATIVIDADE ENQUANTO INSTRUMENTO JURÍDICO

O Regulamento Sanitário Internacional trata-se de um documento jurídico que vincula os Estados signatários ao seu texto. Do surgimento em diante de crises sanitárias, com possibilidades de consequências globais, o RSI exsurge como um protocolo de medidas e um caminho a se seguir. Conquanto, de que modo este documento jurídico é incorporado ao sistema jurídico brasileiro? Neste momento da dissertação, trabalharemos este viés: de que modo o RSI vem e se vincula as leis brasileiras e qual a sua eficácia jurídica.

O RSI de 1951 tinha como propósito o monitoramento e controle de seis doenças infecciosas graves até então registradas, quais sejam: cólera, peste, febre amarela, varíola, febre recorrente e tifo. Em 1969 o regulamento sofreu sua primeira revisão, e em 1973 novas alterações foram feitas com a inclusão de medidas adicionais para o controle da cólera. Em 1981, foram excluídas as exigências em relação a varíola cuja erradicação havia sido declarada do mundo pela 33ª Assembleia Mundial da Saúde em 8 de maio de 1980. A última revisão do Regulamento Sanitário Internacional, iniciou-se em 1995 e foi finalizada em maio de 2005, devendo entrar em vigor em 15 de junho de 2007.<sup>112</sup>

Necessário que preteritamente à concepção do RSI enquanto instrumento jurídico, compreenda-se o que a própria OMS compreende como documento jurídico ou legislação. O entendimento de legislação deve ser visto a partir de uma análise ampla, pois esta expressão abrange o conjunto da produção normativa da própria OMS, instituição especializada na área, mas que não detém constitucionalmente poderes legislativos. Conquanto, o direito produzido pela OMS, não pode ser

reduzido a um mero direito de convenção, ou seja, de aplicação volitiva, pois numa ampla perspectiva, se faz necessário integrar o conjunto dos textos por esta produzidos, particularmente as recomendações e códigos de boa prática dentro da concepção de Legislação Sanitária Internacional (LSI).<sup>113</sup>

Dentro deste contexto de uma "legislação da OMS", dado o seu caráter predominantemente normativo, a aplicação do RSI depende em grande parte da natureza "constrangedora" que expressa sua eficácia por meio da persuasão, isto é, por meio do regulamento se impulsiona a incorporação de medidas preconizadas já no próprio direito nacional. Nada obstante, frisa-se que esta concepção de força constrangedora não foi suficiente para fazer cumprir a notificação das três doenças que foram objeto do Regulamento de 1969, que estava em vigor na época. Possivelmente não se seguiu as instruções do RSI, pelo receio de que a partir da notificação destas doenças pelos países afetados, seriam adotadas medidas restritivas excessivas contra o comércio ou turismo internacional destes países (nada muito diferente do que se presenciou com a COVID-19 no Brasil, onde o governo federal ignorava deliberadamente toda e qualquer indicação minimamente oferecida pela OMS).<sup>114</sup>

Haja vista as suas inúmeras revisões, o novo Regulamento Sanitário Internacional, prestigiou alguns limites e salvaguardas para que não se caia na "histeria" e estas restrições excessivas acabem por não serem adotadas pelas demais nações. Desta feita, buscando este equilíbrio entre uma efetiva aplicação e não depreciação da economia local, apontou-se alguns limites e possibilidades na efetivação do RSI (2005), relacionados ao poder da OMS frente às reações internacionais em situação de epidemias e à soberania dos países em acatar recomendações que possam implicar restrições ao seu comércio.<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> MENUCCI, Daniel Lins. Regulamento Sanitário Internacional (2005) e vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 7, nº.1, p. 54-87, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79968/83895>>. Acesso em: 13 jan. 2022.

<sup>113</sup> MONDIELLI, Eric. Breves considerações sobre as especificidades das normas sanitárias internacionais de forma geral e em particular do Regulamento Sanitário Internacional. **Revista de Direito Sanitário**. v. 8, (1), p. 118-150, mar./jun. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80044/83943>>. Acesso em: 13 jan. 2022.

<sup>114</sup> CARMO, Eduardo Hege. Regulamento Sanitário Internacional, emergências de saúde pública, liberdades individuais e soberania. **Revista de Direito Sanitário**. v.8 (1), p.61-64, mar. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80041/83940>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

<sup>115</sup> CARMO, Eduardo Hege. Regulamento Sanitário Internacional, emergências de saúde pública, liberdades individuais e soberania. **Revista de Direito Sanitário**. v.8 (1), p.61-64, mar. 2007.

No processo de implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI – 2005), novas regras foram inseridas, outras revogadas e feitas alterações nas normas existentes, nos âmbitos da vigilância sanitária e em áreas epidemiológicas. A aparente existência de um vazio normativo, alegada por alguns dos atores envolvidos, pode ter decorrido tanto de limitações inerentes às normas em dar respostas à totalidade de questões envolvidas, quanto de anseio dos profissionais de vigilância por regras para certas atividades. O RSI é uma norma de abrangência ampla, sendo de responsabilidade dos países signatários internalizá-la por meio de regulamentos minuciosos.<sup>116</sup>

No território brasileiro, editou-se o Decreto nº 7.616/2011, sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e que instituiu a Força Nacional do Sistema Único de Saúde. A Portaria SVS/MS nº 104/2011, tem como escopo definir as terminologias adotadas em legislação nacional, estando nos parâmetros do RSI. Por sua vez, a Portaria MS nº 1.865/2006, estabelece a Secretária de Vigilância Sanitária (SVS) como Ponto Focal nacional junto à OMS, entre outras regras. Outrossim, o Regulamento Sanitário Internacional foi inserido no Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 395/2009, mas antes mesmo deste ato, organizou-se as primeiras ações no setor saúde, para avaliar as capacidades básicas instaladas e responder às emergências de saúde pública, incluindo reuniões periódicas no âmbito do Mercosul.<sup>117</sup>

No Brasil o aparato legal é precário quando se trata de direito sanitário, o que acarreta em uma dificuldade de aplicação de medidas por parte das autoridades sanitárias, agentes públicos e gestores de saúde. Para que se enfrente emergências de saúde pública causadas por epidemias de doenças infecciosas, ou mesmo uma pandemia como a causada pela COVID-19, as ações de rotina de controle desses agravos não alcançam de forma satisfatória seus intentos. Ainda que contemos com regulamentação suficiente das atividades de vigilância sanitária e de saúde dos

---

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80041/83940>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

<sup>116</sup> LIMA, Yara Oyam Ramos; COSTA, Ediná Alves. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no ordenamento jurídico-administrativo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20 (6), jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pfQc5GstfTDVMh8Ckxx7Gfc/?lang=pt>>. Acesso em: 07 jan. 2022.

<sup>117</sup> LIMA, Yara Oyam Ramos; COSTA, Ediná Alves. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no ordenamento jurídico-administrativo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.

portos, não contamos com normativas que permitam que a atuação das autoridades sanitárias se faça sob o pálio do princípio da legalidade frente a emergências representadas por epidemias e pandemias de doenças infecciosas. Em especial, nossas autoridades sanitárias não contam com suficiente respaldo legal para implementar ações restritivas de direitos e liberdades individuais eventualmente necessárias ao enfrentamento dessas situações.<sup>118</sup>

Para os países que fazem parte do RSI, é possível dizer que exsurge a eles uma vinculação a um direito de emergência sanitária, onde se criará condições objetivas para a aplicação do regulamento, que devem ser aferíveis e controladas por um mecanismo internacional, apontando para a necessidade de mudanças estruturais nos sistemas de saúde, muitas vezes difíceis de serem alcançadas, tal qual se vivencia no Brasil. As avaliações sobre o estado das capacidades básicas dos Estados membros frente ao Regulamento Sanitário Internacional podem ser muitas vezes consideradas frágeis, haja vista se tratarem de normas autodeclaradas e não obrigatórias, o que gerou polêmica durante a 69ª Sessão da AMS, quando os países debateram a possibilidade de uma avaliação externa, defendendo que a mesma tenha caráter voluntário.<sup>119</sup>

Nesta senda, exsurge o Regulamento Sanitário Internacional, documento jurídico internacional que legitima as autoridades sanitárias nacionais a adotar, em situações de emergência, como as epidemias e pandemias, medidas de limitação de direitos individuais - restrição ao trânsito e transporte de pessoas e mercadorias, instituição de quarentena e isolamento, proibição de eventos públicos, obrigação de se submeter compulsoriamente à vacinação e outros procedimentos médicos. Reconhecendo que a implementação das disposições do RSI tem implicações para diversas funções e responsabilidades governamentais, exercidas por diversos ministérios e setores, e que é necessário um arcabouço legal adequado para possibilitar e dar respaldo às atividades necessárias, a Organização Mundial da

---

20 (6), jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pfQc5GstfTDVMh8Ckxx7Gfc/?lang=pt>. Acesso em: 07 jan. 2022.

<sup>118</sup> ROMERO, Luiz Carlos P.; DELDUQUE, Maria Célia. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. **Saúde e Sociedade**. v. 26 (1), p. 240-255, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bPpPF7TWbNh6YQxXqTbSfVP/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

<sup>119</sup> BUENO, Flávia Thedim Costa. Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre do Zika Vírus. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22 (7), p. 2305-2314, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/99pqygJQf3gqbpFWdGKPLd/?lang=pt>. 27 fev. 2022.



Saúde (OMS) alertou os estados signatários a avaliarem a necessidade de revisar a legislação existente. O intuito é justamente esta recepção entre lei local e lei internacional, a fim de que haja esta observância a acerca das instituições do RSI, mas também que se respeite a soberania da lei do país signatário. Conquanto, esta “atualização” até então não fora feita pelo Brasil.<sup>120</sup>

A partir desta ratificação, é natural que a efetividade das recomendações e normas internacionais na resposta à pandemia venha sendo objeto de discussão, em particular no que compete ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI). O RSI prevê em detalhes as capacidades e/ou medidas que os Estados precisam desenvolver para responder às emergências, e garante que sua implementação será feita com pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais<sup>121</sup>. No entanto, embora obrigatório para os Estados, o Regulamento Sanitário Internacional não atribui à OMS poderes para que ela possa controlar o efetivo cumprimento dessas obrigações, a fim de que se prestigie o princípio da soberania dos Estados. A irrelevância do único regime jurídico que poderia ter evitado uma catástrofe sanitária desta amplitude se explica, ao menos em parte, pela resistência dos Estados a submeter-se a um mecanismo de segurança coletiva baseado em recomendações de especialistas da OMS que supostamente comprometeriam interesses nacionais de curto prazo, o que constitui um problema clássico das relações internacionais 14 e igualmente do direito internacional.<sup>122</sup>

Por síntese, como se depreendeu da análise supra, ainda que o Regulamento Sanitário Internacional detenha uma grande importância para o direito sanitário, este ainda não se mostra ser uma pauta posta em voga pela comunidade jurídica

---

<sup>120</sup> ROMERO, Luiz Carlos P.; DELDUQUE, Maria Célia. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. **Saúde e Sociedade**. v. 26 (1), p. 240-255, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bPpPF7TWbNh6YQxXqTbSfVP/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

<sup>121</sup> Art. 3º RSI: A implementação deste Regulamento será feita com pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas. BRASIL. **Decreto Legislativo nº. 395/2009. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

<sup>122</sup> VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; VENTURA, Miriam. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 38 (1), jan. 2022. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/artigo/1622/a-proposta-de-convencao-internacional-sobre-a-resposta-as-pandemias-em-defesa-de-um-tratado-de-direitos-humanos-para-o-campo-da-saude-global>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

acadêmica. Ainda que a OMS tenha a sua normatividade e sua legislação própria, esta não detém constitucionalmente, uma possibilidade de aplicação direta de suas normas, sem que haja esta construção legislativa, isto é, pela falta de efeito “vinculante” das regras e procedimentos por parte do RSI, muitas vezes estes passam a ser muitas vezes ignorados. A exemplo disto, tem-se a realidade do Brasil durante todo o período da pandemia, onde a Organização Mundial da Saúde durante prescrevia fervorosamente a utilização de máscaras e isolamento social, a fim de evitar a propagação do vírus, porém, o Presidente Jair Messias Bolsonaro de forma volitiva não só ignorava tais prescrições, como indicava que brasileiros o fizessem também. Tal situação vivencia em território brasileiro, apenas demonstra a necessidade do fortalecimento de capacidades nacionais para uma análise precoce destes eventos e medidas rápidas e efetivas para o seu controle sanitário, ou, até mesmo, uma resposta coordenada internacionalmente, pautada sobre a perspectiva do RSI.

Em suma, ainda que exista um regulamento com prescrições, protocolos e procedimentos em casos de crises de saúde pública a nível internacional, a maior dificuldade está não apenas em sua aplicação, mas sim, em sua recepção e fusão junto a legislação local/nacional. No subcapítulo final que se avizinha, trabalharemos o RSI de forma mais analítica, verificando sua aplicabilidade com apoio no princípio da precaução, e como estes dois instrumentos jurídicos podem se tornar aliados para a construção de um modelo de gestão para pandemias futuras, ou mesmo a erradicação destas, diante dos desafios que se aproximam, haja vista cada vez mais pandemias (em especial oriundas de vírus zoonóticos – cadeia de transmissão a partir da interação humana com animais) se tornarem realidades humanas.

### 3.3 PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO E REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL: UM POSSÍVEL MODELO DE GESTÃO

Pandemias infelizmente vêm se tornado uma realidade cada vez mais comum para seres humanos e as ocorrências de tais moléstias são muitas vezes causadoras de profundas rupturas sociais. Mesmo com o avanço científico e tecnológico dos últimos anos, dispomos ainda dos mesmos artifícios seculares para fins de mitigação de efeitos e transmissão de vírus: medidas de auto higienização,

isolamento social e quarentena. Neste momento final da dissertação, será trabalhado o RSI com supedâneo no princípio da precaução e sua aplicabilidade, como um possível modelo de gestão em realidades pandêmicas, a fim de se evitar consequências extremas, com possíveis efeitos irreversíveis.

As doenças infecciosas acompanham a humanidade desde tempos primordiais da civilização, e sua propagação tem encontrado cada vez mais condições propícias para agentes infecciosos alcançarem as mais longínquas partes do globo, em razão da aproximação contínua de seres humanos a habitats de animais ou o consumo irregular destes. Essa comunicação favorece a transferência de microrganismos que por sua vez desencadeiam ambientes seguros para a criação de vírus zoonoses. Acredita-se que cerca de 60% dos agentes infecciosos são de origem animal. Estes patógenos foram responsáveis por frequentes pandemias/epidemias e em uma sociedade globalizada, o tráfego destes vírus se torna cada vez mais oportunizado. Com o alastramento das desigualdades sociais, as doenças infecciosas constituíram, historicamente, os principais flagelos da humanidade, ajudando a moldar o curso da história e causando mortes imensuráveis e miséria crescente.<sup>123</sup>

Preteritamente a análise prática do Princípio da Precaução, importante que se faça a necessária divisão entre ele e outro princípio que lhe é bastante semelhante, a prevenção. Embora estes princípios sejam ambas manifestações de uma antiga construção literária (ideia de uma defesa da prudência ambiental e da sustentabilidade, concepção esta que sempre esteve nas grandes culturas e civilizações antigas), estes irão se distinguir tanto pelas condições e métodos de aplicação, como pela natureza e indicação de duas medidas “evitatórias”. Desta feita, distingui-los é preciso para fins de se evitar que a definição e aplicabilidade de um seja consumido pelo outro. Sendo assim, o princípio da precaução destina-se a intervir em situações de riscos ambientais e de incertezas científicas, diferentemente da prevenção, que irá trabalhar com problemas/riscos já comprovados. Dito de outro modo, a precaução visa limitar riscos ainda hipotéticos ou potenciais, enquanto a

---

<sup>123</sup> GIULIO, Gabriela Marques Di; WALDMANN, Eliseu Alves; NUNES, João; BUSS, Paulo Marchiori et al. Global Health and Planetary Health: perspectives for a transition to a more sustainable world post COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26 (10), p. 4373-4382, out. 2021. Disponível em: <https://www.cabdirect.ez101.periodicos.capes.gov.br/cabdirect/FullTextPDF/2021/20210465709.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2022.

prevenção somente será aplicada quando se tratar de riscos incontroversos. Por isso a precaução é um princípio proativo e a prevenção um princípio reativo.<sup>124</sup>

Avaliar o princípio da precaução a partir deste viés, nos permite verificar a existência de um duplo objetivo: evitar imediatamente o “laissez faire” em situações de incerteza legítima e por outro lado, tem-se a produção do conhecimento sobre o risco em causa, seja para dar origem a uma ação preventiva – se for possível verificar uma hipótese de risco – seja para liberar uma atividade liberando-a de uma possibilidade de risco. Esta passagem de uma regulação preventiva para uma regulação precaucional de análise de riscos, exige uma definição muito clara, pois a partir destas, haverá a gestão e intervenção do Estados e de atores sociais. Por esse motivo, o princípio da precaução, enquanto uma nova forma de gestão de riscos e incerteza, representa a construção de uma gestão preventiva. Em síntese, uma gestão precaucional implica em uma regulação urgente de riscos hipotéticos, isto é, aqueles até então não comprovados.<sup>125</sup>

Doravante, o princípio da precaução, também conhecido como princípio da cautela ou prudência, é considerado como uma garantia contra riscos potenciais, que consoante o momento atual do conhecimento, ainda são desconhecidos, porém possíveis de se prever. É um instrumento que terá uma abordagem precautória, a fim de que se mitigue ao máximo riscos aos quais seres humanos constantemente são expostos. Ademais, quando se depara com uma situação em que o efeito do dano ou risco é incerto, o princípio da precaução demanda uma postura mais conservadora no que tange à aceitação de riscos, devendo, contudo, pautar-se em critérios que evitem a insegurança jurídica e a interpretação subjetiva e desconexa com a realidade.<sup>126</sup>

Outrossim, é irrefutável a relevância do princípio da precaução para ocorrências que envolvam riscos e danos potenciais, seja na esfera ambiental ou mesmo tecnológicas, conquanto, seu emprego não pode ser conduzido ou invocado indiscriminadamente, a toda e qualquer modalidade de situação na qual esteja

---

<sup>124</sup> ARAGÃO, Alexandra. Princípio da precaução: manual de instruções. **Cedoua**. nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 10 jul. 2021.

<sup>125</sup> ARAGÃO, Alexandra. Princípio da precaução: manual de instruções. **Cedoua**. nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 10 jul. 2021.

<sup>126</sup> BERWIG, Juliane Altmann; ENGELMANN, Wilson; WEYERMULLER, André Rafael. Direito ambiental e nanotecnologias: desafios aos novos riscos da inovação. **Veredas do Direito**. v. 16 (36), dez. 2019. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1553>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

presente riscos que não encontrem supedâneos científicos. A sua incidência só se legitima quando se encontra balizada em critérios preestabelecidos e, ainda, atendendo-se a certos limites, sob pena de desvirtuamento de seus objetivos e de sua conseqüente banalização pela observância do medo, o que acarretaria sua inaplicabilidade por esvaziamento.<sup>127</sup>

Neste desígnio, essencial que se defina que o princípio da precaução não vem como uma forma de legitimar a paralisação do desenvolvimento, do avanço da tecnologia, ou mesmo o retrocesso econômico, mas tão somente, que haja parcimônia, mormente quando se tratar de riscos potenciais, que são verificáveis, mas com potencialidades imensuráveis. Quer dizer que, um exame da precaução a partir de critérios, auxilia na criação de parâmetros, métodos e bases para que o crescimento econômico e social permaneça numa constante. A preservação ambiental, aliada ao desenvolvimento econômico e social, leva ao desenvolvimento sustentável. A problemática em torno destas questões ambientais, pontualmente passa a ganhar importância global pelas demandas não apenas climáticas, mas em razão de cenários pandêmicos iguais ao que se vive.<sup>128</sup> Então, na tentativa de encontrar-se um consenso, um ponto de equilíbrio na relação econômico-ambiental, se mostra de extrema relevância uma discussão relativa não só as causas ambientais, como também, qual a relação de causa e efeito daquilo que o homem tem feito com o meio ambiente e de que modo este tem respondido.

Diante deste panorama, paira sobre o princípio da precaução a incerteza acerca da sua aplicabilidade, pois se de um lado há a incerteza que exige sua observância, de outro há a incerteza sobre a necessidade e potencialidade dos riscos a ponto de se invocar tal princípio. Em assim sendo, tem-se dois pressupostos intrínsecos que devem ser avaliados ao momento de imposição do princípio da precaução, preteritamente ao processo de aplicação, os quais serão trabalhados a seguir, quais sejam: *novos riscos, incerteza científica*.

---

<sup>127</sup> SILVA, Romeu Faria Thomé da; DIZ, Jamile Bergamaschine Mata. Princípio da precaução: definição de balizas para a prudente aplicação. **Veredas do direito. Direito ambiental e direito sustentável.** v. 15 (32), set. 2018. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1317>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

<sup>128</sup> HARTMANN, Débora; SOUZA, Leonardo da Rocha de. O princípio da precaução e a avaliação prévia de impacto ambiental: a posição do Superior Tribunal de Justiça. **Revista de Direito Brasileira.** v. 16 (7), abr. 2017. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/3062>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

Esta concepção de novos riscos se caracteriza em 3 possibilidades de verificação; estes riscos podem ser globais, riscos retardados ou riscos irreversíveis. Os riscos globais tratam-se de riscos em larga escala, com magnitudes sem precedentes, abrangendo várias regiões do planeta. Riscos retardados são aqueles com um desenvolvimento paulatino, ao longo de décadas ou mesmo séculos, que levam gerações para materializarem-se, mas que quando concretizados, assumem dimensões catastróficas em razão de sua extensão e irreversibilidade; nos riscos retardados tem-se um crescimento exponencial, muitas vezes verificável em riscos naturais e sociais. Por sua vez, riscos irreversíveis são aqueles que se concretizarem, terão consequências permanentes ou pelo menos tão duradouras que é possível classifica-los irreversíveis em escala humana. A irreversibilidade aqui é posta em um aspecto fulcral para a caracterização dos riscos, comportando as gerações futuras perdas de oportunidades nas suas possibilidades de escolhas.<sup>129</sup>

Nada obstante, frisa-se que nem todos os riscos demandam a aplicação de medidas de precaução, mas apenas os considerados dentro da escala de riscos globais, retardados ou irreversíveis, ou seja, aqueles estimados como danosos à saúde humana e ao meio ambiente. Vale lembrar que toda atividade humana gera algum tipo de risco à saúde humana ou ao meio ambiente, inexistindo um nível zero de risco ou de impacto. Assim, aplicar o princípio da precaução a todo e qualquer tipo de risco impediria o avanço científico e tecnológico. Ou seja, ao analisar as diversas interpretações que permeiam tal princípio, observa-se que a precaução, na sua concepção geral e mais rigorosa, leva-nos à conclusão de que nenhuma nova tecnologia, atividade ou produto atenderia à exigência da precaução.<sup>130</sup>

Está concepção de risco também passa pelo crivo da gravidade e relevância, a extensão, magnitude, complexidade, probabilidade, durabilidade, entre outros critérios. Um risco deve ser avaliado a partir da dimensão geográfica e da população que este poderá afetar; a intensidade do risco está relacionada a magnitude de seus reflexos e limites. Em seu turno, a complexidade deste risco dependerá das suas interações prejudiciais, ou sinergias negativas, ou melhor, situações que um risco

---

<sup>129</sup> ARAGÃO, Alexandra. Princípio da precaução: manual de instruções. **Cedoua**. nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 10 jul. 2021.

<sup>130</sup> SILVA, Romeu Faria Thome da; DIZ, Jamile Bergamschine Mata. Princípio da Precaução: definição de balizas para a prudente aplicação. **Veredas do Direito. Direito ambiental e desenvolvimento sustentável**. v. 15 (32), maio/ago. 2018. Disponível em: <http://revista.domholder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1317>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

desencadeia outro de igual natureza ou diferente, originando o que se chama de efeito dominó. Avaliar a duração e perpetuação deste risco no tempo, e se este se trata de uma ameaça temporária ou permanente. Ademais, a reversibilidade deste risco também será um dos pontos cruciais de exame, ao passo que, o impacto sofrido, em sua maioria, trata-se de acontecimentos irreversíveis.<sup>131</sup>

Outro pressuposto para a verificação da aplicabilidade do princípio da precaução é a incerteza científica e por isso, uma abordagem precaucional sempre se justificará em contextos de construção de cenários. No entanto, e de forma até mesmo contraditória, é necessário que se “prove” uma incerteza, e esta incerteza se conjectura em três tipos de situações: a) incertezas que há danos reais e confirmados, mas se desconhece a causa; b) situações que há uma causa hipotética para os danos reais, mas esta causalidade ainda não é certa e; c) situação em que nem há ainda um dano confirmado, mas tão somente, suspeitas quanto ao se há risco ou não. Conclui-se então, que a incerteza científica pode residir tanto na causa, como no efeito, como no nexos, mas importa agora saber o porquê, que mesmo num tempo em que a ciência impera, na revolução tecnológica, ainda existem tantas incertezas científicas.<sup>132</sup>

Analisando-se sob o prisma da política da saúde, ressalta-se que em cenários como estes experimentados na pandemia do COVID-19, é de suma importância que houvesse uma coordenação mundial, visto que a saúde humana sempre estará suscetível à ocorrência de doenças emergentes, ainda desconhecidas e sem possibilidade de tratamento. O Regulamento Sanitário Internacional vem com este objetivo de prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais.<sup>133</sup>

Se faz necessário um olhar apurado e até mesmo a criação de uma agenda de pesquisas permanentes, no que se refere a emergenciais de impacto

---

<sup>131</sup> ARAGÃO, Alexandra. Princípio da precaução: manual de instruções. **Cedoua**. nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 10 jul. 2021.

<sup>132</sup> ARAGÃO, Alexandra. Princípio da precaução: manual de instruções. **Cedoua**. nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 10 jul. 2021.

<sup>133</sup> GOMES, Eduardo Biacchi; BUSATO, Ivana Maria Saes; OLIVEIRA, Marcia Maria Fernandes. COVID-19 e a atuação da Organização Mundial da Saúde. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**. jun. 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54086/29104>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

internacional. Ademais, não deve-se analisar apenas o impacto destas crises na seara da saúde, mas também as suas perspectivas a partir de contextos sociais, ambientais, econômicos e políticos. Esta produção de conhecimento deve exceder a perspectiva puramente tecnológica e biomédica das emergências, devendo levar em consideração questões macroestruturais dos processos de saúde/doença e sua determinação social, em outras palavras, esta sinergia entre doença médica e seus reflexos na sociedade. Sendo assim, a contribuição das ciências sociais e humanas não pode ser negligenciada, vez que, a construção científica a partir de uma sistêmica interdisciplinar, se mostra o melhor caminho para este futuro cada vez mais incerto.<sup>134</sup>

O Regulamento Sanitário Internacional, por meio do seu Anexo 2, traz um documento que especifica a forma de decisão para a avaliação e notificação de eventos que possam constituir emergências de saúde. Neste instrumento tem-se três possibilidades verificáveis para notificação, quais sejam: um caso incomum ou inesperado de alguma das doenças (Varíola - Poliomielite por poliovírus selvagem - Influenza humana por novo subtipo viral - Síndrome respiratória aguda grave - SARS) e que pode ter grave impacto sobre a saúde pública, devendo, portanto, ser notificado; qualquer evento com potencial importância para a saúde pública internacional, incluindo aqueles de causas ou origens desconhecidas, bem como aqueles envolvendo eventos ou doenças não os listados na situação anterior e; um evento que envolva as doenças a seguir sempre deverá conduzir à utilização deste regulamento, porque elas demonstraram capacidade de causar um grave impacto sobre a saúde pública e são de rápida propagação internacional: cólera, peste pneumônica, febre amarela, febres hemorrágicas virais (ebola, lassa, marburg), febre do nilo ocidental, outras doenças de particular interesse nacional ou regional, por exemplo, dengue, febre do vale de rift, e doença meningocócica.<sup>135</sup>

Dos tópicos acima, força referir, que as ações não precisam se cumular, havendo a verificação de uma das três situações de risco, já deverá ser feita a

---

<sup>134</sup> VENTURA, Deisy de Freitas Lima; RIBEIRO, Helena; GIULIO, Gabriela Marques Di; JAIME, Patrícia Constante et al. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 36 (4), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sWTDsf6c6nhPcxwq3pwCpcS/?lang=pt>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

<sup>135</sup> BRASIL. **Decreto Legislativo nº. 395/2009. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005.** Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>>. Acesso em: 12 jan. 2022.



notificação. Outrossim, deve ser analisado se o impacto do evento será grande sobre a saúde pública e se tal acontecimento é inesperado ou incomum e por fim, se há risco significativo de propagação internacional.<sup>136</sup> Neste momento, de avaliação, é que se defende a utilização do princípio da precaução, pois a partir da sua estruturação jurídica e aplicabilidade, é possível mensurar riscos extensões de propagação. Neste parecer, as ações humanas e suas consequências seriam analisadas pelo crivo precaucional, servindo assim como uma orientação para as decisões sobre os caminhos do desenvolvimento tecnológico e até que ponto deve ser aceitável ou não os riscos que destas decorrem, diante de incertezas científicas.<sup>137</sup>

Pandemias como a causada pelo coronavírus infelizmente tem-se se mostrado cada vez mais comuns. Ainda se tem uma grande falta de estudos sobre o potencial e a eclosão de vírus zoonóticos emergentes que acometeram a humanidade nos últimos 30 anos.<sup>138</sup>

Os referidos vírus foram geradores de graves ameaças à saúde humana, ou seja, debater sobre a importância de alcançarmos informação cientificamente fundamentada, equilibrada e multidisciplinar, compreendendo onde, como, porquê, e que riscos estão associados à venda e consumo de animais selvagens em mercados regionais, mas de alcance global. Num passado muito recente, excetuando a atual pandemia gerada por SARS-CoV2, seja em razão da frequência ou pela emergência de saúde pública que geraram, os surtos causados pelo ebola vírus estão entre os mais bem documentados, nomeadamente os surtos de 2014/2016 e 2018/2019, com a publicação de diversos artigos de revisão onde se discutem as perspectivas geográfico-sanitárias reproduzidas na literatura bem como as lições aprendidas.<sup>139</sup>

---

<sup>136</sup> BRASIL. **Decreto Legislativo nº. 395/2009. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005.** Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

<sup>137</sup> ROCHA, da Silva Alice; ANTONIO, Mario Abrahão. A aplicação do princípio da precaução ante os riscos advindos das novas tecnologias bélicas. **Revista brasileira de políticas públicas.** v. 8(1), maio. 2018. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/4742/3706>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

<sup>138</sup> ROCHA, da Silva Alice; ANTONIO, Mario Abrahão. A aplicação do princípio da precaução ante os riscos advindos das novas tecnologias bélicas. **Revista brasileira de políticas públicas.** v. 8(1), maio. 2018. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/4742/3706>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

<sup>139</sup> NOSSA, Paulo Nuno. Preparação e cooperação internacional em cenários de emergência sanitária. Fragilidades anunciadas num contexto de economia global. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde.** p. 321-335, maio. 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54631/29196>>. Acesso em: 27 mar. 2022.

É indispensável que haja a criação de uma agenda permanente de pesquisas relativas a crises sanitárias internacionais no Brasil, bem como, que o estado brasileiro adote uma lei epidemiológica geral e permanente, ou seja, que não seja necessária a criação de legislação específica para cada crise sanitária que este país se depare. É basilar que esta seja elaborada de forma democrática, que sistematize as diversas normas infralegais em vigor e recepcione documentos jurídicos internacionais, como o caso do RSI. Com uma população mundial de 7,8 bilhões de pessoas, parte delas capazes de realizar cerca 1,5 bilhão de viagens internacionais por ano, o ecossistema global serve hoje como uma espécie de “playground” para emergência e troca de vírus animais com elevadas taxas de mutação que se transformam em ameaças existenciais para os humanos.<sup>140</sup>

As sucessivas crises econômicas que arruinam enormes contingentes populacionais, a aceleração da devastação do meio ambiente e a persistência de conflitos armados e zonas com elevados índices de violência aumentam vertiginosamente os riscos de pandemias, inclusive de doenças que hoje parecem facilmente preveníveis. Assim, as pandemias tendem a integrar de forma definitiva o panorama político jurídico nos planos nacional e global.<sup>141</sup>

Por conseguinte, considerando a estrutura jurídica do princípio da precaução e os pressupostos do Regulamento Sanitário Internacional, é possível afirmar que em prováveis e próximas realidades pandêmicas, estes dispositivos se mostram eficazes e de suma importância na construção de respostas que muitas vezes precisam ser dadas de forma abrupta e imediata. O RSI, por meio de seus anexos e protocolos, detém diretrizes específicas para momentos como os causados pela COVID-19, conquanto, sua eficácia e aplicação ainda carecem de um olhar mais crítico, com intuito de que este seja realmente utilizado.

---

<sup>140</sup> VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. **Revista Direito e Práxis**. v. 12 (1), jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/zdKKXxZCSGpZnGb3tLKKLTg/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2022.

<sup>141</sup> VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. **Revista Direito e Práxis**. v. 12 (1), jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/zdKKXxZCSGpZnGb3tLKKLTg/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2022.

## CONCLUSÃO

A complexa natureza da COVID-19 ainda levará alguns anos para ser solucionada, não apenas no que concerne a sua carga viral, epidemiologia, toxicologia, mas também, seus alcances e permanência no cotidiano do ser humano. Em meio a uma mobilização em torno do globo para flexibilização das medidas e protocolos com intuito de travar a disseminação do vírus, nos leva a reflexão de que o coronavírus, está se tornando mais uma doença com a qual seres humanos terão que se “habituam” e conviver. Conquanto, é de suma importância, não apenas para a história, mas para as gerações futuras, que tal patologia não seja apenas normalizada, mas tratada com a seriedade a qual merece, vez que, seus impactos até hoje ainda são uma incógnita para estudiosos das mais diversas áreas.

Ainda se contabiliza as mortes causadas pela pandemia, mas a OMS tem um dado que se mensura um total de mais de 6 milhões de mortes. Entretanto, de acordo com um artigo publicado em 10 de março de 2022 pela revista britânica *The Lancet*, é possível estimar que este número ultrapassa o triplo, podendo chegar a 18,2 milhões<sup>142</sup>. Conforme a pesquisa mencionada, houve mais mortes que as esperadas para o período dos anos de 2020/2021, ou seja, dentro das estimativas ocorreram óbitos excedentes. Dito de outro, os impactos da COVID-19 na mortalidade mundial, teve um impacto muito maior do que aquele veiculado pelas autoridades oficiais.

A ocorrência de vírus zoonoses do tipo endêmico tem se tornado cada vez mais comum nas últimas décadas, tal situação tem ocorrido em razão das crescentes domesticações de animais, condições sanitárias desfavoráveis, movimentação humana entre países e cidades e também o aumento exponencial da população. Conquanto, o surgimento de uma zoonose pode derivar de diversos fatores, tal qual ocorreu com a COVID-19, que até o momento ainda não há uma certeza absoluta sobre sua origem. Vírus zoonóticos comumente são resultado da invasão ou contato do ser humano em relação ao ambiente selvagem ou

---

<sup>142</sup> **The Lancet.** Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. mar. 2022. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2902796-3>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

diretamente com animais silvestres, a exemplo disso tem-se a industrialização, a expansão de comunidades, a migração populacional, conflitos políticos e bélicos e a fome ou subnutrição. Além destes fatores sociais e ecológicos, as características particulares do agente zoonótico, assim como as alterações climáticas, por sua vez, que acarretam alterações ecológicas, podem contribuir para a emergência de novas pandemias.

Cada vez mais fala-se sobre globalização, estados globalizados e o livre trânsito das nações, todavia, esta intensificação das relações internacionais, além dos seus incontáveis benefícios, em mesmo número traz desafios, e em situações como as vividas na pandemia do coronavírus, esta potencializou a propagação progressiva do agente infeccioso. Na presente crise sanitária, evidenciou-se ainda mais as disputas de legitimidade entre Estados membros e as recomendações da OMS, a partir do dispositivo supranacional das Nações Unidas. É inegável a importância das funções desempenhadas pela Organização Mundial da Saúde, pois coube a esta adotar diretrizes internacionais no combate à Covid-19. Para além do mero campo da academia, o debate sobre a legitimidade e aplicação efetiva das diretrizes da OMS em solo de seus Estados Membros possui grande relevância de ordem prática, vez que é dever dos signatários observarem e cumprirem as normativas da Organização Mundial da Saúde, principalmente em tempos de pandemia como este que se vive.

A infecção resultante da exposição ao agente SARS-Cov-2 desencadeou o que para muitos seriam uma pandemia, porém, ao longo desta dissertação, buscou justificar o porquê não se trata de uma pandemia, mas sim, de uma sindemia. A COVID-19 não pode ser compreendida como uma emergência de saúde pública internacional como as outras doenças que anteriormente acometeram a raça humana, seja em razão da globalização ou da internacionalização e livre tráfego simultâneo de pessoas. A abordagem tanto da ciência como da própria Organização Mundial da Saúde guiou os governos a partir da modelagem de epidemias e de abordagens de doenças infecciosas, sendo assim, as intervenções foram focadas no corte das linhas de transmissão para controlar a propagação do patógeno, mostrando-se restritos e inadequados para a COVID-19, visto os desdobramentos não apenas na área da saúde que exsurtem da doença.

Sindemias caracterizam-se pela interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações. Contextos sociais, econômicos e ambientais, que determinam as condições de vida das populações, potencializam a interação entre as doenças coexistentes e a carga excessiva das consequências resultantes. Deste modo, as doenças se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza, exclusão social, estigmatização, violência estrutural, problemas ambientais, dentre outros. Dito de outra forma: o coronavírus não atinge a todos da mesma maneira e em mesma intensidade, ou nas palavras de Lisa Bowleg, professora da Universidade George Washington (Estados Unidos) “*não estamos todos juntos nisso*”.

Consoante os dados trazidos por meio de tabelas e gráficos, no que concerne a fome e ao desemprego, houve um crescimento significativo no Brasil e na América Latina nestes dois anos de pandemia. Analisar a COVID-19 apenas sob o pálio da saúde, é negar todos os seus desdobramentos enquanto problema social. As características de que se vive uma sindemia e não uma pandemia são inúmeros, a exemplo: com o desenvolvimento do coronavírus houve um crescimento conjunto de casos de hipertensão, diabetes, ansiedade, processos de depressão, e é neste ponto que se verifica esta singergia, entre um vírus zoonótico e o impacto que este detém na sociedade por exemplo. As consequências desiguais e injustas causadas pela COVID-19 já são características desta pandemia, visto que, grupos muito específicos (em estado de vulnerabilidade social) são os mais afetados, e isto vai desde um país assolado pela fome, até a falta de acesso a prestação de um serviço de saúde minimamente adequado.

Desde os primeiros momentos da pandemia, já era possível verificar evidências da distribuição desigual e/ou de maior gravidade da COVID-19 entre grupos sociais vulneráveis. Quando se trabalha esta ideia de grupos sociais, estes podem estar segregados por raça, gênero e nível de renda, ou ainda entre portadores de condições patológicas específicas. Mesmo em situações em que não existem problemas de saúde subjacentes, os determinantes sociais atuam sobre estes grupos vulnerabilizados, tornando-os mais suscetíveis à infecção pelo coronavírus. Portanto, reconhecer o caráter sindêmico da COVID-19, leva-nos indubitavelmente a problemas sindêmicos, os quais demandam respostas abrangentes, multisetoriais e integradas.

Em uma perspectiva da COVID-19, as ações dos governos mundiais estão diretamente centradas em duas linhas de combate ao vírus. Uma com um viés voltado para a cura e tratamento da doença, que diz respeito, sobretudo, à estruturação e ampliação de leitos clínicos e de terapia intensiva direcionados aos casos mais graves e que requeiram algum tipo de acompanhamento hospitalar. Por sua vez, o outro objetivo possui caráter preventivo com o propósito de mitigação dos casos. Distanciamento social, diminuição da circulação de pessoas, uso de máscaras e estratégias de vacinação (ainda que aqui no Brasil, o próprio Chefe de Estado não só incitava aglomerações e a não utilização de máscara, como afirmava que não iria se vacinar – em plena crescente de casos). Não obstante a importância dessas ações, especialmente no contexto de uma grave emergência de saúde pública, a natureza sindêmica da pandemia requer abordagem que vá além das medidas de recuperação e proteção e devem contemplar, sobretudo, ações de promoção da saúde e ênfase na diminuição das iniquidades sociais.

Doutra banda, buscou-se nesta dissertação (a qual se entende que não acaba aqui, mas da-se ensejo para novos desdobramentos e pesquisas acerca da temática) trabalhar o conceito de princípio da precaução, sua aplicabilidade e instrumento jurídico, a fim de evitar excessos e medidas desproporcionais humanas. Os avanços na ciência e tecnologia são, invariavelmente, acompanhados de novas formas de risco, capazes de gerar danos incontroláveis para as sociedades, e que devem ser dotados de mecanismos de mitigação. A globalização, sob o crivo precaucional, pode ser encarada como uma forma de risco, posto que, em razão deste fenômeno que em menos de dois meses após a confirmação do primeiro caso na China, o Brasil já se deparava com uma realidade pandêmica e um decreto afirmando a crise de saúde pública.

No Brasil o princípio da precaução ainda não conta com uma menção expressa acerca de sua normatividade, porém, este foi abraçado a partir de sua adesão, ratificação e promulgação da Convenção das Nações Unidas sobre mudanças climáticas. Além disso, tal princípio encontra-se implicitamente no dispositivo jurídico da Constituição Federal de 1988, especificamente no art. 225, §1º, IV e V, bem como, no art. 54, §3º. Da Lei 9.605/98. Analisou-se o princípio da precaução é como uma garantia contra riscos potenciais que, de acordo com o estado atual do conhecimento, não podem ser ainda identificados.

No que diz respeito a pandemias/sindemias, suas causas, origens, alcances e consequências, com a COVID-19 e a história, apenas aprendeu-se sobre a insignificância do homem perante a natureza. A importância de uma verificação a partir da precaução é tão importante, a ponto da OMS propor que o princípio da precaução seja visto como uma filosofia de gestão de risco a ser aplicada em todos casos em que houver riscos efetivos ou potenciais à saúde, e não como um processo adicional, invocado somente quando um certo nível de evidência for excedido. A adoção de medidas preventivas deve ser encorajada, desde que de forma racional, estudada e fundada em princípios científicos.

Nesta esteira, buscou-se implementar e prestigiar o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), como um instrumento a ser utilizado em tempos como estes vivenciados na pandemia/sindemia da COVID-19. Por meio das diretrizes e protocolos do regulamento, os Estados signatários podem ter uma resposta mais imediata e assertiva, relativo a mitigação de efeitos e consequências nos casos de crise de saúde pública internacional. O RSI, sua normatividade e aplicação ainda carecem de estudos, pois entre a implementação das medidas lá postas e a recepção das autoridades nacionais, há um grande distanciamento. Assim como o princípio da precaução, é um instituto que cai no campo da relativização, por carecer de estudos mais aprofundados.

Verifica-se assim, que ainda com estas lacunas e campos ainda que necessitam de maior aprofundamento teórico, momentos como estes enfrentados na sindemia causada pela COVID-19, a utilização do Regulamento Sanitário Internacional, alicerçado na estrutura jurídica do princípio da precaução, são um caminho a ser seguido, posto que, se de um lado tem-se este olhar da ciência tecnológica a partir do RSI, o viés precaucional vem como um balizador, para criar procedimentos e protocolos, que sejam dotados não só de dados científicos comprovados, mas de análises que abarcam também um olhar de mitigação de riscos e efeitos adversos de ações tomadas pelos seres humanos.

O Princípio da Precaução e o Regulamento Sanitário Internacional, a partir da construção metodológica e forma de abordagem desta dissertação, mostrou-se como uma forma de diminuição de impactos também na sociedade, vez que, se a ciência tivesse sido ouvida e prestigiada como foi, ou efetivado os protocolos que no RSI se tem, o Brasil (trazendo para a realidade atual), não teria os níveis de fome,

miséria e desemprego que hoje assolam o país. Não há como desassociar efeitos sociais, culturais e econômicos do enfrentamento do coronavírus, tal qual, fazer isto, é privar a seriedade estrutural que a sindemia se encontra. Em outras palavras, uma utilização correta das ferramentas aqui dispostas, teriam sido extremamente efetivas e frutíferas, no tocante da diminuição dessas consequências sociais que irão perdurar por muitos anos.

Por síntese, este trabalho buscou trazer para o campo da dialética científica, celeumas em torno da pandemia causada pela COVID-19, desde a sua concepção enquanto pandemia, até meios de enfrentamento de iminentes crises sanitárias que se avizinham. Coincidentemente, o atual Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, informou hoje (17/04/2022), que o atual cenário epidemiológico do país, se mostra propício e permite encerrar o estado de emergência em saúde pública, causado pelo coronavírus. Porém, conforme analisou-se nestas breves palavras finais, não se está diante de uma pandemia e sim de uma sindemia, o que nos faz pensar: encerrado este estado de crise sanitária, será de interesse do governo combater o alargamento das desigualdades sociais causadas pela COVID-19? Espera-se que o país tenha aprendido com suas decisões, com a história e que seja possível vislumbrar um Brasil em que a fome e o desemprego sejam exceções e não a regra.



## REFERÊNCIAS

ABEJEZ, Luis J.; MAIN, Silvia Méndez. La pandemia de COVID-19 em perspectiva desde 1918. *Clivajes – Revista de Ciencias Sociales*. nº. 14, p. 1-21, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25009/clivajes-rs.v0i14.2662>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ACIOLI, Joberto M. Uma análise retrospectiva dos impactos da COVID-19 no Brasil – como o país percebeu e lidou com a pandemia. **Revista dos Tribunais**. v. 1022, p.327-340, dez. 2020. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/39180>> Acesso em: 23 jun. 2021.

ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de et al. COVID-19 hospitalizations in Brazil's Unified Health System (SUS). **Plos One**. v. 15, nº. 12, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243126>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

ANTUNES, Júlia Maria Guilherme Ribeiro. Pandemias, quarentenas e contágios. **INFAD – Barcelona**. v. 2 (2). Dez. 2021. Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/2219/1945>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

ARAGÃO, Alexandra. Princípio da precaução: manual de instruções. **Cedoua**. nov. 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387\\_22\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2182-2387_22_1)>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ASSUNÇÃO, Marcos Venâncio Silva; FARO, Roberta Pina Barbosa; REYMÃO, Ana Elizabeth Neirão. A pandemia de COVID-19: reflexões à luz do direito ao desenvolvimento, direito à saúde e direito do consumidor. **Conpedi Law Review**. v. 6, nº.1, p. 53-74, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/6712/pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2021.

**Banco de Alimentos – ONG**. Disponível em: [bancodealimentos.colabore.org/fome/single\\_step](http://bancodealimentos.colabore.org/fome/single_step)>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BERMÚDEZ, Marieta Ramírez; BOTELL, Miguel Loguns. Cólera. **Revista Cubana de Medicina General Integrada**. v. 27, nº. 2, abr./jun. 2011. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000200017&lng=en&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200017&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 03 mai. 2021.

BERWIG, Juliane Altmann; ENGELMANN, Wilson; WEYERMULLER, André Rafael. Direito ambiental e nanotecnologias: desafios aos novos riscos da inovação. **Veredas do Direito**. v. 16 (36), dez. 2019. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1553>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

BEZERRA, Mariana Silva; JACOB, Michelle Cristine Medeiros; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes et al. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua

correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência Saúde Coletiva**. n.º. 25 (10), out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>>. Acesso em 20 dez. 2021.

BISPO JUNIOR, José Patrício. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para uma abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde**. n. 37 (10), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BITTENCOURT, Renato Nunes. Pandemia, Isolamento social e colapso global. **Revista Espaço Acadêmico**. n.º. 221, mar./abr. 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/52827>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

BOAS, Maria Helena Simões Villas. As doenças crônicas não transmissíveis e a COVID-19. **Revista Visa em Debate**. v. 9, n.º. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01950>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BOMFIM, Fernando. COVID-19, a pandemia que mudou a saúde e a economia. **Revista Ciências em Saúde**. v. 10, n.º. 2, jun. 2020. Disponível em: [http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rscsfmt\\_zero/article/view/995/542](http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rscsfmt_zero/article/view/995/542)>. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. **Declaração do Rio sobre desenvolvimento e meio ambiente**. Disponível em: [https://cetesb.sp.gov.br/proclima/wp-content/uploads/sites/36/2013/12/declaracao\\_rio\\_ma.pdf](https://cetesb.sp.gov.br/proclima/wp-content/uploads/sites/36/2013/12/declaracao_rio_ma.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº. 395/2009. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº. 5.591/05**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/decreto/d5591.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5591.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. **Lei 11.428/06**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11428.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11428.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. **Lei 12.187/09**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12187.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.187%2C%20DE%20%20DEZEMBRO%20DE%202009.&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20sobre](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12187.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.187%2C%20DE%20%20DEZEMBRO%20DE%202009.&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20sobre)>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BUENO, Flávia Thedim Costa. Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre do Zika Vírus. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22 (7), p. 2305-2314, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/99pqygJQf3gqbpFWdGKPLd/?lang=pt>>. 27 fev. 2022.

BÜHRING, Marcia Andrea. Alguns aspectos do princípio da precaução no âmbito internacional e interno e as suas (re)definições na incerteza e no risco. **Revista de Direito Ambiental e Socioambientalismo**. v. 6 (2), dez. 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/Socioambientalismo/article/view/7145/pdf>>. Acesso em 15 jan. 2022.

BURIGO, André Campos; PORTO, Marcelo Firpo. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de sindemia: da vulnerabilização à transformação necessária. **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 26 (10), out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.13482021>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; FONSECA, Luiz Eduardo (orgs.). Diplomacia da saúde e COVID-19: reflexões a meio caminho. *Revista Fiocruz*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080290>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

CARMO, Eduardo Hege. Regulamento Sanitário Internacional, emergências de saúde pública, liberdades individuais e soberania. **Revista de Direito Sanitário**. v.8 (1), p.61-64, mar. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80041/83940>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

CARVALHO, Délton Winter de. A natureza política da pandemia COVID-19 como um desastre biológico: um ponto de partida necessário para o direito. **Revista dos Tribunais**. v. 1017, p. 243-267, 2020. Disponível em: <https://www.revistadotribunais.com.br/maf/app/resultList/document?&src=rl&srguid=i0ad82d9a0000017aa332c36dca3613da&docguid=I5dadd8408afb11eab5f0f7023c26b452&hitguid=I5dadd8408afb11eab5f0f7023c26b452&spos=1&epos=1&td=4&context=19&crumb-action=append&crumb-label=Documento&isDocFG=false&isFromMultiSumm=&startChunk=1&endChunk=1>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

CASTRO, Josué de. **O livro negro da fome**. 1. ed. São Paulo: Editora Brasiliense. 1960, p. 17-25.

CATOCO, Sozinho. As pandemias e endemias na história da humanidade: balanço histográfico. **Kulongesa – TES (Tecnologia – Educação – Sustentabilidade)**. Universidade de Lisboa, Portugal. 2021. Disponível em: <https://kulongesa.ispls.ao/index.php/kulongesa-tes/article/view/237>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

**Ciência Viva**. Disponível em: <http://cienciaviva.org.br/index.php/2021/04/16/lidando-com-a-colera-no-seculo-19>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

**Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Agenda 2030**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/agenda-2030/o-que-e-a-agenda-2030>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

COSTA, David Davidsson Furtado da. Princípio da Precaução e medidas de distanciamento social na pandemia de COVID-19 á luz do conceito de risco em Niklas Luhmann. **Revista Acadêmica. Faculdade de Direito do Recife**. v. 93 (1), p. 321-337, abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/ACADEMICA/article/view/249702/38244>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

COSTA, Vivaldo Gomes da et al. Epidemiologia comparativa entre a gripe H1N1 de 2009 e as pandemias COVID-19. **Jornal de infecção e saúde pública**. v. 13, p.1797-1804, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.09.023>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

COSTA, Simone da Silva. The pandemic and the labor Market in Brazil. **Revista de Adm. Pública**. nº. 54 (4), jul./ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170x>>. Acesso em: 03 jan. 2022.

**CNN Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/09/26/o-que-a-pandemia-de-gripe-espanhola-de-1918-pode-nos-ensinar-sobre-a-covid-19>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

**Diário do Rio**. Disponível em: <https://diariodorio.com/historia-recomendacoes-para-conter-coronavirus-sao-as-mesmas-da-gripe-espanhola/>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

DÍAZ, Jorge Alberto Álvarez. Pregunta sencilla, respuesta compleja: ¿cómo entender la covid-19? **Política y Cultura**. p. 9-27, jun. 2021. Disponível em: <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/view/1447/1404>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

ELDER, Francisco; MANOUKIAN, Daniel Esteban. Mortalidad por COVID-19 y sinergia con enfermedades crónicas coexistentes en la provincia del Neuquén, Argentina. **Revista Argentina Salud Publica**. v. 13, 2021. Argentina. Disponível em: [http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO\\_Manoukiane32.pdf](http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Manoukiane32.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2021.

EL-DINE, Lorena Ribeiro Zem; MELLO, Vanessa Pereira da Silva e Mello. “A Gripe Espanhola como lição”: a pandemia de 1918-1919 nos jornais “O Globo” e “Folha de São Paulo” (1941-2020). **Revista NUPEM**. v. 13, nº. 29, p. 13-35, mai./ago. 2021. Disponível em: <http://revistanupem.unespar.edu.br/index.php/nupem/article/view/843/492>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ESLAVA C., Juan Carlos. Las causas socioambientales de la pandemia COVID-19. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**. v. 38 (5), set./dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/342049>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

GARCIA-SIQUEIRA, Denise Schmitt; SOARES, Jessica Talita; SILVA, Marcos Gabriel da. A morte pede passagem: uma análise do princípio da precaução, das dimensões da sustentabilidade e a relação com os organismos geneticamente

modificados. **Jurídicas**. v. 16 (2), jul. 2019. Disponível em: <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/juridicas/article/view/60/42>>. Acesso em: 18 jun. 2022.

GOMES, Carolina B.; CASTRO, Larissa de P. Gonzaga e. O novo Regulamento Sanitário Internacional. **Revista de Direito Sanitário**. v. 13 (2), jan. 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56233/59445>>. Acesso em: 06 jan. 2022.

GOMES, Eduardo Biacchi; BUSATO, Ivana Maria Saes; OLIVEIRA, Marcia Maria Fernandes. COVID-19 e a atuação da Organização Mundial da Saúde. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**. jun. 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54086/29104>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

GIULIO, Gabriela Marques Di; WALDMANN, Eliseu Alves; NUNES, João; BUSS, Paulo Marchiori et al. Global Health and Planetary Health: perspectives for a transition to a more sustainable world post COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26 (10), p. 4373-4382, out. 2021. Disponível em: <https://www-cabdirect.ez101.periodicos.capes.gov.br/cabdirect/FullTextPDF/2021/20210465709.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

HARTMANN, Débora; SOUZA, Leonardo da Rocha de. O princípio da precaução e a avaliação prévia de impacto ambiental: a posição do Superior Tribunal de Justiça. **Revista de Direito Brasileira**. v. 16 (7), abr. 2017. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/3062>>. Acesso em: 03 mar. 2022

HOHENDORFF, Raquel Von; ENGELMANN, Wilson; RODRIGUEZ, José Júlio Fernández; D'ÁVILA, Fernanda Felitti da Silva. A pandemia de COVID-19: a nanotecnologia e o direito como exemplos da necessária transdisciplinariedade e comunicação intersistêmica. **Revista Jurídica – UNICURITIBA**. v. 2 (64), p. 643-669, 2021. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/5173/pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

HORNER, Christine; SERAFIN, Marissa Bolson; MARCON, Mariana Nobrega, PERLIN, Valquiria Guedes; HORNER, Rosmari. Quando tomamos conhecimento/consciência da declaração da OMS do surto do novo coronavírus ser emergência de saúde pública de importância internacional, segundo classificação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)? **Saúde**. v. 46 (1), maio. 2020. Disponível em: [https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/43210/pdf\\_2](https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/43210/pdf_2)>. Acesso em: 02 fev. 2022.

HORTON, Richar. **The Lancet**. Off-line: COVID-19 is not a pandemic. set. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=72421>>. Acesso em: 03 jan. 2022.

INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS. **Covid-19 não é uma pandemia, mas uma sindemia: o vírus também afeta a psique.** Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/606682-covid-19-nao-e-uma-pandemia-mas-uma-sindemia-o-virus-afeta-tambem-a-psique>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

JUNIOR, José Patrício Bispo; SANTOS, Djanilson Barbosa dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Caderno de Saúde Pública.** v. 37 (10), 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LVBpYxSZ7XbdXKm74TPPmzR/?lang=pt>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

JULIANO, Iraídes Andrade; SIMÕES, Aliana Ferreira de Souza; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de. Judicialização da saúde e pandemia de XCOVID-19: novos desafios para os sistemas de saúde e de justiça. **Revista de Direito Sanitário.** v. 21. Dez. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/170717>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

KREIBOHM, Patrícia. Tres Pandemias em la Historia. **Relaciones Internacionales.** v. 29, nº. 58, 2020. Disponível em: <https://revistas.unlp.edu.ar/RRII-IRI/article/view/10290/9066>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

LABRADOR, Joaquín Pérez; MORENO, Maria de la C. Casanova; VALDÉS, Laura Margarita González. Cólera: historia y actualidad. **Revista Ciência Médicas.** v. 15, nº. 4, Pinar del Rio, out./dez. 2011. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000400025&lng=en&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400025&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 04 jul. 2021.

LATOUR, Bruno. **Onde estou?** – lições do confinamento para uso dos terrestres. 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

LIMA, Yara Oyrám Ramos; COSTA, Ediná Alves. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no ordenamento jurídico-administrativo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20 (6), jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pfQc5GstfTDVMh8Ckxx7Gfc/?lang=pt>>. Acesso em: 07 jan. 2022.

LOUREIRO, João Vitor Rodrigues. A sindemia persistente: doenças crônicas e a COVID-19 no Sistema Prisional do Distrito Federal em 2020. **Ciências Sociais Unisinos.** n. 57 (2), p. 251-261. Maio./ago. 2021. Disponível: [http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/view/22810/60748775](http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/22810/60748775)>. Acesso em: 16 dez. 2021.

MACHADO, Maíra Rocha (org.). **Pesquisar empiricamente o direito.** São Paulo: Rede de estudo empíricos eem direito, 2017, p.428.

MALUF, Renato Sérgio Jamil; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos (org.). **Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil.** E-book. 2021. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/10/inseguranca-alimentar-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2021.

MATTA, Gustavo Correa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; SEGATA, Jean (orgs.). Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. **Editora Fiocruz**, Rio de Janeiro: Observatório COVID-19, 2021. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

**Mega Curioso**. Disponível em: <https://www.megacurioso.com.br/educacao/110800-voce-sabe-em-que-consistia-o-uniforme-que-os-medicos-da-peste-negra-usavam.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MENUCCI, Daniel Lins. Regulamento Sanitário Internacional (2005) e vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 7, nº.1, p. 54-87, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79968/83895>>. Acesso em: 13 jan. 2022.

MONDIELLI, Eric. Breves considerações sobre as especificidades das normas sanitárias internacionais de forma geral e em particular do Regulamento Sanitário Internacional. **Revista de Direito Sanitário**. v. 8, (1), p. 118-150, mar./jun. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80044/83943>>. Acesso em: 13 jan. 2022.

MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi. Epidemias e Endemias B:Dengue, Leishmaniose tegumentar e visceral, Leptospirose, *Influenza* e Febre Maculosa . 2. ed. **Nescon/UFMG**, 2013. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Endemias\\_e\\_epidemias\\_B\\_Dengue\\_Leishmaniose\\_tegumentar\\_e\\_viscerale\\_\\_Leptospirose\\_\\_Influenza\\_e\\_Febr e\\_maculosa/657](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Endemias_e_epidemias_B_Dengue_Leishmaniose_tegumentar_e_viscerale__Leptospirose__Influenza_e_Febr e_maculosa/657)>. Acesso em: 17 mar. 2021.

NASCIMENTO, Fernando Honorato; PEDROSO, Leonardo Batista. Análise e espacialização da incidência de dengue na microrregião geográfica de Anápolis-GO, período de 2010-2016. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia132508>>. Acesso em: 07 jun. 2021.

**Nações Unidas – CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe)**. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/cepal-0>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

NELLA, Di Dino; IBÁÑEZ, Victoria. Causas y consecuencias de la Pandemia COVID-19. De la inmovilidad de la humanidad a la circulación desconcentrada de personas. **Revista Derechos em Acción**. v. 15 (15), mar./jun. 2020. Disponível em: <https://revistas.unlp.edu.ar/ReDeA/article/view/10244/9024>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

NOSSA, Paulo Nuno. Preparação e cooperação internacional em cenários de emergência sanitária. Fragilidades anunciadas num contexto de economia global. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**. p. 321-335, maio. 2020.

Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54631/29196>>. Acesso em: 27 mar. 2022.

NUNES, Monica de Oliveira; DESLANDES, Suely; VERDI, Marta Inez Machado et al. Uma agenda de investigação para las Ciencias Sociales y Humanas durante la pandemia COVID-19. **Caderno de Saúde Pública**. nº. 37 (10), out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158421>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

OLIVEIRA, André Soares. Modernidade e risco: fundamentos do princípio da precaução e desafios para a responsabilidade civil. **Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas**. v. 20 (36), 2020. Disponível em: [http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito\\_e\\_justica/article/view/2920/1961](http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/2920/1961)>. Acesso em: 21 jan. 2022.

OLIVEIRA, Carina Costa de; FERREIRA, Fabrício Ramos; MORAES, Gabriela Garcia Batista Lima; BARBOSA, Igor da Silva Barbosa. Os limites do princípio da precaução nas decisões judiciais brasileiras em matéria ambiental. **Veredas do Direito. Direito ambiental e desenvolvimento sustentável**. v. 15 (32), set. 2018. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1252>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

OLIVEIRA, Francisco Roque. Pandemias esporádicas e Estados perenes: geopolítica e cooperação multilateral em contexto de COVID-19. **Finisterra. Revista Portuguesa de Geografia**. v. 55, ago. 2021. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/finisterra/article/view/20346>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

OST, François. **O tempo do direito**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001

QUINTANA, Olmo et al. COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. **Medicina de Familia. SEMERGEN**. v. 46, nº. 1, p. 48-54, ago. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359320302008?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

RAVANELLO, Tamires; LUNELLI, Carlos Alberto. Princípio da precaução, irreparabilidade dos danos ambientais e tutela do meio ambiente. **Prisma Jurídico**. Maio. 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/prisma/article/view/10469/8258>>. Acesso em 18 jan. 2022.

**REVISTA VEJA**. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/por-que-o-pico-do-coronavirus-no-brasil-mudou-para-maio-e-junho/>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. **Revista De Patologia Tropical**. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/17199>>. Acesso em: 08 fev. 2021.

ROCHA, da Silva Alice; ANTONIO, Mario Abrahão. A aplicação do princípio da precaução ante os riscos advindos das novas tecnologias bélicas. **Revista brasileira de políticas públicas**. v. 8(1), maio. 2018. Disponível em:



<https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/4742/3706>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

ROMERO, Laura Ponce de León. Reflexiones sobre la COVID 19 y población vulnerable: ¿Estado de Bienestar o Neoliberalismo?. **Ehquidad**. p. 13-36, jul. 2020. Disponível em: <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/3840/4308>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ROMERO, Luiz Carlos P.; DELDUQUE, Maria Célia. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. **Saúde e Sociedade**. v. 26 (1), p. 240-255, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bPpPF7TWbNh6YQxXqTbSfVP/?lang=pt>>. Acesso em: 15 Fev. 2022.

ROSA, Rafael Mendes; FERREIRA, Vanderlei de Oliveira. Zoneamento ambiental enquanto instrumento para o planejamento e gestão territorial: abordagem aplicada ao município de Araguari-MG. **Caderno de Geografia**. v. 31 (64), dez. 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/geografia/article/view/24933/17786>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

ROSANELLI, Caroline Filla; BROTO, Aline Maran; PIERI, Lucas Guimarães; FISCHER, Marta Luciane. O legado ético no enfrentamento da pandemia COVID-19: a sinergia entre a perspectiva global e a identidade regional. **Holos**. v. 4, abr. 2021. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/11414/pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2022.

SANTOS, Elder Cerqueira; HOHENDORFF, Jean Von. Preconceito e exclusão social: o que a pandemia do novo coronavírus revela? **Revista de Psicologia da IMED**. v. 12, nº. 2, p.4-6, jul./dez. Disponível em: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i2.4171>>. Acesso em: 08 jul. 2021.

SANTOS, Luciana dos. Um imenso campo mórbido: controvérsias médico-científicas sobre a epidemia de cólera-morbo de 1855. **História, Ciência e Saúde**. v. 23 (2), p. 341-357, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/WRYNRCxScjwd4hPxSkNDXvH/?lang=pt>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. Tempo e direito na construção da saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 15 (3), abr. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97327>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

SCHRAMM, Fermin Roland; TAVARES, Eder Torres. Princípio de precaução e nanotecnociências. **Revista de Bioética**. v. 23, nº. 2, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232063>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SILVA, Romeu Faria Thome da; DIZ, Jamile Bergamschine Mata. Princípio da Precaução: definição de balizas para a prudente aplicação. **Veredas do Direito**.

**Direito ambiental e desenvolvimento sustentável.** v. 15 (32), maio/ago. 2018. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1317>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SIMIONATTO FILHO, Danilo; CAGLIARI, Cláudia Tais Siqueira. O tempo do direito: pragmatismo sem “tempo ao tempo”. **Revista Eletrônica do Curso de Direito.** v. 5 (1), 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/7048>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

SOUZA, Mércia Cardoso; LIMA, Aline Cristina Bezerra Leite Carvalho. Direitos humanos e pandemia de COVID-19: análise a partir de decisões do Supremo Tribunal Federal. **Revista Jurídica – UNICURITIBA.** v. 5 (62), p. 412-442, 2020. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/4923/pdf>>. 01 fev. 2022.

SUSTEIN, Cass Robert. (2012). Para além do princípio da precaução. **Revista De Direito Administrativo.** 2012. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8629>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

TEIXEIRA, Anderson Vichinkeski; NASCIMENTO, João Luiz Rocha da. Mutação constitucional como evolução normativa ou patologia constitucional? Tempo e direito à luz da hermenêutica-filosófica. **Revista Estudos Institucionais.** v. 3 (1), 2017. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/87/138>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

**The Lancet.** Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. mar. 2022. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2902796-3>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

TOAPANTA Hugo Germán González. Pandemias en la historia: la peste negra y la gripe española, COVID-19 y crisis capitalista. **Revista de Ciencias Sociales y Humanidades Chakiñan.** v. 14, ago. 2021. Disponível em: <https://chakinan.unach.edu.ec/index.php/chakinan/article/view/477>>. Acesso em: 02 jan. 2022.

VAZ, Paulo; SANCHOTENE, Nicole; SANTOS, Amanda. Quanto dura uma catástrofe? Nação, indivíduo e trauma na Gripe Espanhola. **Revista Brasileira de História da Mídia.** v. 9, nº. 2, p. 8-26, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rbhm/article/view/11745/7218>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; VENTURA, Miriam. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 38 (1), jan. 2022. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/artigo/1622/a-proposta-de-convencao-internacional-sobre-a-resposta-as-pandemias-em-defesa-de-um-tratado-de-direitos-humanos-para-o-campo-da-saude-global>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; RIBEIRO, Helena; GIULIO, Gabriela Marques Di; JAIME, Patrícia Constante et al. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 36 (4), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sWTDsf6c6nhPcxwq3pwCpcS/?lang=pt>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. **Revista Direito e Práxis**. v. 12 (1), jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/zdKKXxZCSGpZnGb3tLKKLTg/?lang=pt>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

WALDMAN, Ricardo Liebel; SAMPAIO, Vanessa Bueno; MUNHOZ, Marcelo Giovanni Vargas. O princípio da precaução e o princípio de responsabilidade de Hans Jonas. **Quaestio Iuris**. v. 10 (1), p. 199-218, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/23512#:~:text=O%20artigo%20nos%20leva%20%C3%A0,de%20modorespons%C3%A1vel%2C%20consciente%20e%20sustent%C3%A1vel>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

## **ANEXOS**

### **ANEXO A – Regulamento Sanitário Internacional (RSI) - 2005**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Anvisa

# RSI

## REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

### RSI - 2005

# 2005

Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional  
por meio do Decreto Legislativo 395/2009  
publicado no DOU de 10/07/09, pág.11

Copyright © 2009 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Organização Mundial de Saúde. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

1ª edição.

**Diretor-Presidente**

Dirceu Raposo de Mello

**Adjunto de Diretor-Presidente**

Norberto Rech

**Diretores**

Agnelo Santos Queiroz Filho  
Dirceu Aparecido Brás Barbano  
José Agenor Álvares da Silva  
Maria Cecília Martins Brito

**Adjuntos de Diretores**

Rafael Aguiar Barbosa  
Luiz Roberto da Silva Klassmann  
Neilton Araujo de Oliveira  
Luiz Armando Erthal

**Chefe de Gabinete**

Alúdimá Mendes

**Elaboração, edição e distribuição:**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa  
SIA Trecho 5, Área Especial 57, Lote 200  
CEP: 71205-050, Brasília – DF  
Tel.: (61) 3462-6000  
Home page: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)  
E-mail: [editora@anvisa.gov.br](mailto:editora@anvisa.gov.br)

**Assessora-Chefe de Divulgação e Comunicação Institucional - Ascom**

Martha Nazaré Corrêa

**Projeto Gráfico**

Camila Medeiros

## SUMÁRIO

REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005).....	13
PARTE I – DEFINIÇÕES, PROPÓSITO E ABRANGÊNCIA, PRINCÍPIOS E AUTORIDADES RESPONSÁVEIS .....	13
PARTE II – INFORMAÇÃO E RESPOSTA EM SAÚDE PÚBLICA.....	20
PARTE III – RECOMENDAÇÕES .....	26
PARTE IV – PONTOS DE ENTRADA.....	29
PARTE V – MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA.....	32
Capítulo I – Disposições gerais .....	32
Capítulo II – Disposições especiais para meios de transporte e operadores de meios de transporte.....	33
Capítulo III – Disposições especiais para viajantes .....	36
Capítulo IV – Disposições especiais para mercadorias, contêineres e terminais de contêineres .....	38
PARTE VI – DOCUMENTOS DE SAÚDE .....	39
PARTE VII – ENCARGOS.....	42
PARTE VIII – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	44
PARTE IX – CADASTRO DE PERITOS DO RSI, COMITÊ DE EMERGÊNCIAS E COMITÊ DE REVISÃO .....	47
Capítulo I – Cadastro de Peritos do RSI.....	47
Capítulo II – Comitê de Emergências .....	47
Capítulo III – Comitê de Revisão .....	48
PARTE X – DISPOSIÇÕES FINAIS .....	51
A. CAPACIDADE BÁSICA NECESSÁRIA PARA VIGILÂNCIA E DE RESPOSTA.....	58
B. CAPACIDADE BÁSICA NECESSÁRIA PARA PORTOS, AEROPORTOS, E PASSAGENS DE FRONTEIRAS TERRESTRES DESIGNADAS.....	60
VACINAÇÃO, PROFILAXIA E RESPECTIVOS CERTIFICADOS .....	71





# **REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL RSI – 2005**

Versão em português aprovada  
pelo Congresso Nacional por meio do  
Decreto Legislativo 395/2009  
publicado no DOU de 10/07/09, pág.11

ANVISA • AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 5



## Prefácio à versão em português do RSI 2005

A aprovação do Regulamento Sanitário Internacional – RSI pela quinquagésima oitava Assembléia da Organização Mundial de Saúde em 2005 para vigorar a partir de junho de 2007 representou um marco para a Saúde Pública Internacional. Atualizado, sem focalizar apenas alguns agravos como motivos para alerta e mais adequado às realidades da comunidade sanitária internacional, ele traz inovações quanto às responsabilidades das autoridades nacionais frente a algum evento inusitado de saúde pública que possa representar ameaça para a população em qualquer parte do mundo.

Ratificado e aprovado pelo congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 395/09, publicado no DOU de 10/07/09, a tradução para o português é de fundamental importância para que todos os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, todos os trabalhadores e sociedade civil, direta ou indiretamente ligado ao setor, o conheçam e o tenham como ferramenta imprescindível para o dia a dia de seu trabalho.

Conhecer o Regulamento Sanitário Internacional e trabalhar para que as medidas preconizadas sejam imprescindíveis para **“prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais”**, princípios motivadores das ações de todos os trabalhadores em saúde do Brasil.

Eventos recentes, de interesse em saúde pública, que repercutiram no quadro de morbidade e mortalidade da população brasileira comprovam a oportunidade de se disponibilizar o RSI em português para conhecimento de todos os militantes do SUS. O Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA teve papel relevante no aprimoramento deste regulamento e desde o início da década se prepara para o enfrentamento de situações inusitadas que possam colocar em risco a saúde de nossa população.

A disseminação da influenza A(H1N1) em território nacional deixou patente o desconhecimento de muitos setores sobre os papéis das autoridades nacionais bem como os limites e as limitantes do Estado frente ao quadro que se apresentava naquele momento, principalmente, no que se refere ao comércio internacional e aos direitos individuais dos cidadãos de se locomoverem para além das fronteiras de seus países de origem e residência.

O conhecimento acumulado com o episódio da pandemia de influenza A(H1N1) reforça a necessidade de divulgação do RSI. Planos de contingência de âmbito nacional elaborados pelo Grupo Executivo Interministerial-GEI, constituído por Decreto do Exmo Sr. Presidente da República, deverão se desdobrar em planos individualizados, de acordo com as especificidades e necessidades locais em Portos, Aeroportos, Fronteiras Secas.

Da mesma forma, a organização dos demais serviços de saúde, principalmente no que se refere às ações de prevenção para proteção dos grupos populacionais mais

vulneráveis, ao atendimento direto às pessoas acometidas, bem como, a capacidade de resposta rápida às emergências de saúde pública devem ser motivos de preocupação para todos os gestores do SUS.

Por outro lado, devemos ter claro que Evento em Saúde Pública de Interesse Internacional-ESPII pode transcender o setor saúde e repercutir diretamente em alguns segmentos da economia. O alerta sobre a atual Influenza, tal como ocorrido com o episódio da gripe aviária em 2005, foi emblemático neste sentido. Ao tempo em que o setor saúde buscava se organizar para o enfrentamento de algo novo e naquele momento desconhecido, a possibilidade de repercussão econômica para algumas regiões tomou proporções alarmantes.

O pouco conhecimento sobre as possibilidades de mutação de alguns vírus, sua capacidade de ataque e a “incerteza” de disseminação entre animais e humanos mostram claramente a responsabilidade histórica que a internalização do RSI assume para o SUS e mostra claramente como é fundamental o envolvimento de gestores, técnicos de saúde e toda a sociedade no esforço e preservar e proteger a saúde.

Ainda temos muito a avançar para cumprir tudo que está preconizado pelo RSI e referendado pelo Brasil. Um dos aspectos mais importante é a avaliação das Capacidades Básicas de Alerta e Resposta frente a algum evento inusitado que possa se constituir em Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.

Neste sentido, num trabalho conjunto, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária já deram o primeiro passo, ao avaliarem o estado da arte destas capacidades e atualmente preparam planos de ação para fortalecer as estruturas existentes pari e passo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Estamos certos de que esta versão em português do RSI será um instrumento estratégico importante para auxiliar o provimento das ações de saúde em todas as esferas gestão do SUS.

José Agenor Álvares da Silva  
Diretor da ANVISA

## ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS

### 58ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE

#### Item 13.1 da Agenda

#### Revisão do Regulamento Sanitário Internacional

A Quinquagésima - oitava Assembléia Mundial de Saúde, após considerar o projeto de revisão do Regulamento Sanitário Internacional;<sup>1</sup>

Observando os artigos 2(k), 21(a) e 22 da Constituição da OMS;

Recordando referências à necessidade de revisar e atualizar o Regulamento Sanitário Internacional, contidas nas resoluções WHA48.7 sobre a revisão e atualização do Regulamento Sanitário Internacional, WHA54.14 sobre a segurança mundial em saúde: alerta e resposta frente a epidemias, WHA55.16 sobre a resposta mundial em saúde diante de ocorrência natural, liberação accidental ou uso deliberado de agentes químicos e biológicos ou de materiais radio nucleares que afetem a saúde, WHA56.28 sobre a revisão do Regulamento Sanitário Internacional, e WHA56.29 sobre a síndrome respiratória aguda grave (SARS), com vistas a responder à necessidade de garantir a saúde pública mundial;

Acolhendo a Resolução 58/3 da Assembléia Geral das Nações Unidas, referente ao fortalecimento do desenvolvimento de capacidades no campo da saúde pública mundial, que sublinha a importância do Regulamento Sanitário Internacional e insta a que se dê alta prioridade a sua revisão;

Afirmando a contínua importância do papel da OMS no alerta mundial de surtos e na resposta a eventos de saúde pública, em conformidade com seu mandato;

Acentuando a contínua importância do Regulamento Sanitário Internacional como o instrumento chave mundial de proteção contra a propagação internacional de doenças;

Louvando o sucesso da conclusão das atividades do Grupo de Trabalho Intergovernamental para a Revisão do Regulamento Sanitário Internacional,

1. ADOTA o Regulamento Sanitário Internacional revisado, anexo à presente resolução, doravante denominado "Regulamento Sanitário Internacional (2005)";
2. CONCLAMA os Estados Membros e o Diretor-Geral para que implementem plenamente o Regulamento Sanitário Internacional (2005), em conformidade com o propósito e a abrangência declarados no Artigo 2º e com os princípios enunciados no Artigo 3;

<sup>1</sup> Veja o documento A58/4.

3. DECIDE, para os fins do parágrafo 1º do Artigo 54 do Regulamento Sanitário Internacional (2005), que os Estados Partes e o Diretor-Geral deverão apresentar seu primeiro relatório à sexagésima - primeira Assembléia Mundial de Saúde, e que a Assembléia deverá, nessa ocasião, revisar o cronograma para a apresentação desses relatórios e para a primeira revisão do funcionamento do Regulamento, em conformidade com o parágrafo 2º do Artigo 54;
4. DECIDE AINDA que, para os fins do parágrafo 1º do Artigo 14 do Regulamento Sanitário Internacional (2005), as outras organizações intergovernamentais ou órgãos internacionais competentes com quem a OMS deve cooperar e coordenar suas atividades, conforme apropriado, incluem as seguintes: Organização das Nações Unidas, Organização Internacional do Trabalho, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, Agência Internacional de Energia Atômica, Organização Internacional da Aviação Civil, Organização Marítima Internacional, Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Associação Internacional do Transporte Aéreo, Federação Internacional de Navegação, e Organização Internacional de Saúde Animal;
5. INSTA os Estados Membros a:
  - (1) desenvolver, fortalecer e manter as capacidades exigidas nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a mobilizar os recursos necessários para esse fim;
  - (2) colaborar ativamente entre si e com a OMS, em conformidade com as disposições relevantes do Regulamento Sanitário Internacional (2005), de modo a garantir sua implementação efetiva;
  - (3) apoiar países em desenvolvimento e países com economias em transição, caso assim o solicitarem, no desenvolvimento, fortalecimento e manutenção das capacidades de saúde pública exigidas nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005);
  - (4) tomar todas as medidas adequadas para favorecer os propósitos e a eventual implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), antes de sua entrada em vigor, incluindo o desenvolvimento das capacidades de saúde pública e dos dispositivos legais e administrativos necessários, e, em particular, iniciar o processo para introduzir o uso do instrumento de decisão contido no Anexo 2;
6. SOLICITA ao Diretor-Geral que:
  - (1) notifique prontamente a adoção do Regulamento Sanitário Internacional (2005), em conformidade com o parágrafo 1º do seu Artigo 65;
  - (2) informe a outras organizações intergovernamentais ou organismos internacionais competentes quanto à adoção do Regulamento Sanitário

Internacional (2005) e, conforme apropriado coopere para a atualização de suas normas e padrões e coordene com eles as atividades da OMS, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005), com vistas a garantir a aplicação de medidas adequadas para a proteção da saúde pública e o fortalecimento da resposta mundial em saúde pública quanto à propagação internacional de doenças;

- (3) transmita à Organização Internacional de Aviação Civil (OACI) as alterações recomendadas na Parte de saúde da Declaração Geral de Aeronave<sup>2</sup> e, depois que a OACI tiver completado sua revisão da Declaração Geral de Aeronave, informe a Assembléia de Saúde e substitua o Anexo 9 do Regulamento Sanitário Internacional (2005) pela Parte de saúde da Declaração Geral de Aeronave revisada pela OACI;
- (4) desenvolva e fortaleça as capacidades da OMS para desempenhar integral e efetivamente as funções a ela confiadas nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005), particularmente por meio de operações de saúde estratégicas que apoiem os países na detecção, avaliação e resposta às de emergências em saúde pública;
- (5) colabore com os Estados Partes do Regulamento Sanitário Internacional (2005), conforme apropriado, inclusive por meio do fornecimento ou facilitação de cooperação técnica e apoio logístico;
- (6) colabore, na medida do possível, com os Estados Partes na mobilização de recursos financeiros para apoiar países em desenvolvimento na criação, fortalecimento e manutenção das capacidades exigidas nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005);
- (7) elabore, em consulta com os Estados Membros, diretrizes para a aplicação de medidas de saúde em passagens de fronteiras terrestres, em conformidade com o Artigo 29 do Regulamento Sanitário Internacional (2005);
- (8) estabeleça o Comitê Revisor do Regulamento Sanitário Internacional (2005), em conformidade com o Artigo 50 do Regulamento;
- (9) adote medidas imediatas para a preparação de diretrizes para a implementação e avaliação do instrumento de decisão contido no Regulamento Sanitário Internacional (2005), incluindo a elaboração de um procedimento para revisar seu funcionamento, que serão submetidas à consideração da Assembléia de Saúde, em conformidade com o parágrafo 3º do Artigo 54 do Regulamento;
- (10) adote medidas para estabelecer um Cadastro de Peritos do RSI e para solicitar candidaturas para o mesmo, em conformidade com o Artigo 47 do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

---

<sup>2</sup> Documento A58/41 Ad. 2.

A presente é uma cópia fiel autenticada do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

(assinado) Gian Luca Burci, Advogado

15 de junho de 2005

(carimbo)

Organização Mundial da Saúde

**[REVISADA PELA EQUIPE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM 20-09-2006]**



## REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005)

### PARTE I – DEFINIÇÕES, PROPÓSITO E ABRANGÊNCIA, PRINCÍPIOS E AUTORIDADES RESPONSÁVEIS

#### *Artigo 1 Definições*

1. Para os fins do Regulamento Sanitário Internacional (doravante denominado “RSI” ou “Regulamento”):

“aeronave” significa uma aeronave em viagem internacional;

“aeroporto” significa todo aeroporto de origem ou destino de vôos internacionais;

“afetado” significa pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias, encomendas postais ou restos humanos infectados ou contaminados, ou que portem em si fontes de infecção ou contaminação, de modo a constituírem um risco para a saúde pública.

“área afetada” significa uma área geográfica para a qual a OMS recomendou especificamente medidas de saúde, nos termos deste Regulamento;

“autoridade competente” significa uma autoridade responsável pela implementação e aplicação das medidas de saúde nos termos deste Regulamento;

“bagagem” significa os objetos pessoais de um viajante;

“carga” significa mercadorias transportadas num meio de transporte ou num contêiner;

“chegada” de um veículo significa:

- (a) no caso de uma embarcação marítima, a chegada ou fundeio na área determinada para esta finalidade em um porto;
- (b) no caso de uma aeronave, a chegada a um aeroporto;
- (c) no caso de uma embarcação de navegação de interior numa viagem internacional, a chegada a um ponto de entrada;
- (d) no caso de um trem ou veículo rodoviário, a chegada a um ponto de entrada;

“contaminação” significa a presença de uma substância ou agente tóxico ou infeccioso na superfície corporal de um ser humano ou de um animal, no interior ou na superfície de um produto preparado para consumo, ou na superfície de outro objeto inanimado, incluindo meios de transporte, que possa constituir risco para a saúde pública;

“contêiner” significa um equipamento para transporte de carga:

- (a) de caráter permanente e, por conseguinte, suficientemente resistente para permitir seu emprego repetido;
- (b) especialmente projetado para facilitar o transporte de mercadorias por um ou mais meios de transporte, sem necessidade de operações intermediárias de carga e descarga;
- (c) com dispositivos que facilitam seu manejo, particularmente durante a transferência de um meio de transporte para outro; e
- (d) projetado especialmente para facilitar seu enchimento e esvaziamento;

“dados pessoais” significam quaisquer informações relativas a uma pessoa física identificada ou identificável;

“descontaminação” significa um procedimento pelo qual são tomadas medidas de saúde para eliminar uma substância ou agente tóxico ou infeccioso presente na superfície corporal de um ser humano ou animal, no interior ou na superfície de um produto preparado para consumo, ou na superfície de outro objeto inanimado, incluindo meios de transporte, que possa constituir risco para a saúde pública;

“desinfecção” significa o procedimento pelo qual são tomadas medidas de saúde para controlar ou matar agentes infecciosos na superfície corporal de um ser humano ou animal, no interior ou na superfície de bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais, mediante exposição direta a agentes químicos ou físicos;

“desinsetização” significa o procedimento pelo qual são tomadas medidas de saúde para controlar ou matar insetos que sejam vetores de doenças humanas, presentes em bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais;

“desratização” significa o procedimento pelo qual são tomadas medidas de saúde para controlar ou matar roedores que sejam vetores de doença humana, presentes nas bagagens, carga, contêineres, meios de transporte, instalações, mercadorias e encomendas postais, no ponto de entrada;

“Diretor-Geral” significa o Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde;

“doença” significa uma doença ou agravo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para seres humanos;

“embarcação” significa um barco/embarcação de navegação marítima ou de interior em viagem internacional;

“emergência de saúde pública de importância internacional” significa um evento extraordinário que, nos termos do presente Regulamento, é determinado como:

**14** REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL • RSI – 2005

- (i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e
- (ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada;

“encomenda postal” significa um artigo ou pacote com endereço do destinatário, transportado internacionalmente por serviços postais ou por serviços de transporte de encomendas;

“evento” significa uma manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

“evidência científica” significa informações que fornecem um nível de prova com base em métodos científicos estabelecidos e aceitos;

“exame médico” significa a avaliação preliminar de uma pessoa por um profissional de saúde autorizado ou por uma pessoa sob a supervisão direta da autoridade competente, a fim de determinar o estado de saúde da pessoa e seu potencial de risco para a saúde pública para terceiros, podendo incluir o exame minucioso de documentos sanitários, bem como um exame físico quando as circunstâncias do caso assim o justificarem;

“passagem de fronteira terrestre” significa um ponto de entrada terrestre num Estado Parte, incluindo aqueles utilizados por veículos rodoviários e trens;

“infecção” significa a introdução e o desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso no interior do organismo de seres humanos ou animais que possa constituir um risco para a saúde pública;

“inspeção” significa o exame, pela autoridade competente ou sob sua supervisão, de áreas, bagagens, contêineres, meios de transporte, instalações, mercadorias ou encomendas postais, incluindo dados e documentação relevantes, a fim de determinar se existe risco para a saúde pública;

“intrusivo” significa causador de possível desconforto por meio de contato próximo ou questionamento íntimo;

“invasivo” significa a perfuração ou incisão na pele ou a inserção de um instrumento ou substância estranha no corpo, ou o exame de uma cavidade corporal. Para os fins do presente Regulamento, são considerados como não invasivos o exame médico de ouvido, nariz e boca, a verificação de temperatura por meio de termômetro auricular, oral ou cutâneo, ou imagem térmica; a inspeção médica; a ausculta; a palpação externa; a retinoscopia; a coleta externa de amostras de saliva, urina ou fezes; a aferição externa da pressão arterial; e a eletrocardiografia;

“isolamento” significa a separação de pessoas doentes ou contaminadas ou bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas de outros, de maneira a evitar a propagação de infecção ou contaminação;

“livre prática” significa autorização para que uma embarcação possa entrar em um porto, embarcar ou desembarcar, carregar ou descarregar carga ou suprimentos; para que uma aeronave, ao aterrissar, possa embarcar ou desembarcar, carregar ou descarregar carga ou suprimentos; e para que um veículo de transporte terrestre, ao chegar, possa embarcar ou desembarcar, carregar ou descarregar cargas ou suprimentos;

“medida de saúde” significa os procedimentos aplicados para evitar a propagação de contaminação ou doença; uma medida de saúde não inclui medidas policiais ou de segurança;

“mercadorias” significam produtos tangíveis, incluindo animais e plantas, transportados numa viagem internacional, incluindo aqueles para uso a bordo de um meio de transporte;

“observação de saúde pública” significa o monitoramento do estado de saúde de um viajante ao longo do tempo, a fim de determinar o risco de transmissão de doença;

“operador de meios de transporte” significa uma pessoa física ou jurídica responsável por um meio de transporte, ou seu agente;

“Organização” ou “OMS” significa a Organização Mundial da Saúde;

“pessoa doente” significa um indivíduo sofrendo ou afetado por um agravo físico que possa constituir um risco para a saúde pública;

“Ponto de Contato da OMS para o RSI” significa a unidade da OMS que estará permanentemente acessível para comunicação com o Ponto Focal Nacional para o RSI;

“Ponto Focal Nacional para o RSI” significa o centro nacional, designado por cada Estado Parte, que estará permanentemente acessível para comunicação com os Pontos de Contato da OMS para o RSI, nos termos deste Regulamento;

“porto” significa um porto marítimo ou em águas interiores, onde chegam e saem embarcações em viagens internacionais;

“ponto de entrada” significa um local para entrada ou saída internacional de viajantes, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais, bem como as agências e áreas que prestam serviços a eles na entrada ou saída do território nacional;

“princípios científicos” significa as leis fundamentais e os fatos naturais aceitos e conhecidos mediante os métodos científicos;

“quarentena” significa a restrição das atividades e/ou o separação de pessoas suspeitas de pessoas que não estão doentes ou de bagagens, contêineres, meios de transporte ou mercadorias suspeitos, de maneira a evitar a possível propagação de infecção ou contaminação;

"recomendação" e "recomendado" referem-se a recomendações temporárias ou permanentes emitidas nos termos deste Regulamento;

"recomendação permanente" significa uma orientação de natureza não-vinculante emitida pela OMS consoante o Artigo 16, com referência a riscos para a saúde pública específicos existentes, e relativa às medidas de saúde apropriadas, de aplicação rotineira ou periódica, necessárias para prevenir ou reduzir a propagação internacional de doenças e minimizar a interferência com o tráfego internacional;

"recomendação temporária" significa uma orientação de natureza não-vinculante emitida pela OMS consoante o Artigo 15, para aplicação por tempo limitado, baseada num risco específico, em resposta a uma emergência de saúde pública de importância internacional, visando prevenir ou reduzir a propagação internacional de doenças e minimizar a interferência com o tráfego internacional;

"reservatório" significa um animal, planta ou substância onde um agente infeccioso normalmente vive e cuja presença pode constituir um risco para a saúde pública;

"residência permanente" possui o significado estabelecido na legislação nacional do Estado Parte em questão;

"residência temporária" possui o significado estabelecido na legislação nacional do Estado Parte em questão;

"risco para a saúde pública" significa a probabilidade de um evento que possa afetar adversamente a saúde de populações humanas, com ênfase naqueles que possam se propagar internacionalmente, ou possa apresentar um perigo grave e direto;

"saída" significa, no caso de pessoas, bagagens, carga, meios de transporte ou mercadorias, o ato de deixar um território;

"suspeito" significa pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais consideradas pelo Estado Parte como tendo sido efetiva ou possivelmente expostas a um risco para a saúde pública e que possam constituir uma possível fonte de propagação de doenças;

"pátio de contêineres" significa um local ou instalação reservado para contêineres utilizados no tráfego internacional;

"tráfego internacional" significa o movimento de pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais através de uma fronteira internacional, incluindo o comércio internacional;

"tripulação" significa as pessoas a bordo de um meio de transporte que não sejam passageiros;

"meio de transporte" significa uma aeronave, embarcação, trem, veículo rodoviário, ou outro modal de transporte numa viagem internacional;

“veículo rodoviário” significa um veículo de transporte terrestre, com exceção de trens;

“veículo de transporte terrestre” significa um veículo automotor para o transporte terrestre numa viagem internacional, incluindo trens, ônibus, caminhões e automóveis;

“verificação” significa o fornecimento de informações por parte de um Estado Parte à OMS, confirmando a situação de um evento no território ou territórios daquele Estado Parte;

“vetor” significa um inseto ou outro animal que normalmente é portador de um agente infeccioso que constitui um risco para a saúde pública;

“viagem internacional” significa:

- (a) no caso de um meio de transporte, uma viagem entre pontos de entrada nos territórios de mais de um Estado, ou uma viagem entre pontos de entrada no território ou territórios do mesmo Estado, caso nesse trajeto o veículo entre em contato com o território de qualquer outro Estado, porém apenas em relação a esses contatos;
- (b) no caso de um viajante, uma viagem envolvendo a entrada no território de um Estado distinto daquele Estado em que o viajante iniciou a viagem;

“viajante” significa uma pessoa física que realiza uma viagem internacional;

“vigilância” significa a coleta, compilação e a análise contínua e sistemática de dados, para fins de saúde pública, e a disseminação oportuna de informações de saúde pública, para fins de avaliação e resposta em saúde pública, conforme necessário.

2. Salvo especificação em contrário ou quando assim determinado pelo contexto, a menção a este Regulamento inclui os seus anexos.

### **Artigo 2 Propósito e abrangência**

O propósito e a abrangência do presente Regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais.

### **Artigo 3 Princípios**

A implementação deste Regulamento será feita com pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas.

A implementação deste Regulamento obedecerá à Carta das Nações Unidas e a Constituição da Organização Mundial da Saúde.

A implementação deste Regulamento obedecerá a meta de sua aplicação universal, para a proteção de todos os povos do mundo contra a propagação internacional de doenças.

Os Estados possuem, segundo a Carta das Nações Unidas e os princípios de direito internacional, o direito soberano de legislar e implementar a legislação a fim de cumprir suas próprias políticas de saúde. No exercício desse direito, deverão observar o propósito do presente Regulamento.

#### **Artigo 4 Autoridades responsáveis**

Cada Estado Parte deverá designar ou estabelecer um Ponto Focal Nacional para o RSI e as autoridades responsáveis, em suas respectivas áreas de jurisdição, pela implementação de medidas de saúde, em conformidade com este Regulamento.

Os Pontos Focais Nacionais para o RSI deverão estar permanentemente acessíveis para comunicação com os Pontos de Contato da OMS para o RSI, a que faz referência o parágrafo 3º deste Artigo. As funções dos Pontos Focais Nacionais do RSI incluem:

(a) enviar aos Pontos de Contato da OMS para o RSI, em nome do Estado Parte em questão, comunicações urgentes relativas à implementação deste Regulamento, em especial referentes aos artigos de 6 a 12; e

(b) disseminar informações aos setores administrativos relevantes do Estado Parte, assim como consolidar as informações deles oriundas, incluindo os setores responsáveis pela vigilância e notificação, pontos de entrada, serviços de saúde pública, clínicas e hospitais e outras repartições públicas.

3. A OMS designará Pontos de Contato para o RSI, os quais estarão acessíveis permanentemente para comunicações com os Pontos Focais Nacionais para o RSI. Os Pontos de Contato da OMS para o RSI deverão enviar comunicações urgentes referentes à implementação deste Regulamento, em particular ao previsto nos artigos de 6 a 12, aos Pontos Focais Nacionais para o RSI dos Estados Partes em questão. Os Pontos de Contato da OMS para o RSI podem ser designados pela OMS em sua sede ou no nível regional da Organização.
4. Os Estados Partes deverão fornecer à OMS informações detalhadas de contato com seu respectivo Ponto Focal Nacional para o RSI, da mesma forma como a OMS fornecerá instruções detalhadas de contato com os Pontos de Contato da OMS para o RSI. Essas instruções detalhadas de contato deverão ser atualizadas permanentemente, e confirmadas anualmente. A OMS colocará à disposição de todos os Estados Partes os detalhes de contato dos Pontos Focais Nacionais para o RSI que receber, consoante os termos deste Artigo.

## PARTE II – INFORMAÇÃO E RESPOSTA EM SAÚDE PÚBLICA

### *Artigo 5 Vigilância*

Cada Estado Parte deverá desenvolver, fortalecer e manter, o mais brevemente possível, no mais tardar dentro de cinco anos a contar da entrada em vigor deste Regulamento para este Estado Parte, as capacidades para detectar, avaliar, notificar e informar eventos de acordo com este Regulamento, conforme especificado no Anexo 1.

2. Após a avaliação mencionada na parte A, parágrafo 2º do Anexo 1, um Estado Parte poderá notificar à OMS, fundamentado numa necessidade justificada e num plano de implementação, e, assim fazendo, obter uma extensão de dois anos para o cumprimento das obrigações constantes do parágrafo 1º deste Artigo. Em circunstâncias excepcionais, e fundamentado num novo plano de implementação, o Estado Parte poderá solicitar uma nova extensão, de no máximo até dois anos, ao Diretor-Geral, que tomará a decisão levando em consideração o parecer técnico do Comitê estabelecido nos termos do Artigo 50 (doravante denominado "Comitê de Revisão"). Após o período mencionado no parágrafo 1º deste Artigo, o Estado Parte que obtiver uma extensão deverá apresentar relatório anual à OMS acerca do progresso alcançado com vistas a sua implementação plena.
3. A OMS fornecerá assistência aos Estados Partes, se assim solicitada, para o desenvolvimento, fortalecimento e manutenção das capacidades referidas no parágrafo 1º deste Artigo.
4. A OMS coletará informações relativas a eventos através de suas atividades de vigilância e avaliará o seu potencial para causar a propagação internacional de doenças e possível interferência com o tráfego internacional. As informações recebidas pela OMS nos termos deste parágrafo serão manuseadas em conformidade com os artigos 11 e 45, quando apropriado.

### *Artigo 6 Notificação*

Cada Estado Parte avaliará os eventos que ocorrerem dentro de seu território, utilizando o instrumento de decisão do Anexo 2. Cada Estado Parte notificará a OMS, pelos mais eficientes meios de comunicação disponíveis, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI, e dentro de 24 horas a contar da avaliação de informações de saúde pública, sobre todos os eventos em seu território que possam se constituir numa emergência de saúde pública de importância internacional, segundo o instrumento de decisão, bem como de qualquer medida de saúde implementada em resposta a tal evento. Se a notificação recebida pela OMS envolver a competência da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), a OMS notificará imediatamente essa Agência.

Após uma notificação, o Estado Parte continuará a comunicar à OMS as informações de saúde pública de que dispõe sobre o evento notificado, de maneira oportuna, precisa e em nível suficiente de detalhamento, incluindo, sempre que possível, definições de caso, resultados laboratoriais, fonte e tipo de risco, número de casos



e de óbitos, condições que afetam a propagação da doença; e as medidas de saúde empregadas, informando, quando necessário, as dificuldades confrontadas e o apoio necessário para responder à possível emergência de saúde pública de importância internacional.

***Artigo 7 Compartilhamento de informações durante eventos sanitários inesperados ou incomuns***

Caso um Estado Parte tiver evidências de um evento de saúde pública inesperado ou incomum dentro de seu território, independentemente de sua origem ou fonte, que possa constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional, ele fornecerá todas as informações de saúde pública relevantes à OMS. Nesse caso, aplicam-se na íntegra as disposições do Artigo 6.

***Artigo 8 Consultas***

No caso de eventos ocorrendo em seu território que não exijam notificação, conforme estabelecido pelo Artigo 6, especialmente eventos sobre o qual as informações disponíveis são insuficientes para completar o instrumento de decisão, ainda assim um Estado Parte poderá manter a OMS informada a respeito do evento, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI, e consultar a OMS acerca de medidas de saúde apropriadas. Essas comunicações serão tratadas em conformidade com os parágrafos 2º a 4º do Artigo 11. O Estado Parte em cujo território ocorreu o evento poderá solicitar à OMS assistência para avaliar quaisquer evidências epidemiológicas obtidas por esse Estado Parte.

***Artigo 9 Outros informes***

1. A OMS poderá levar em conta informes de outras fontes, além das notificações ou consultas, e avaliará tais informes de acordo com princípios epidemiológicos estabelecidos, transmitindo a seguir informações acerca do evento ao Estado Parte em cujo território supostamente está ocorrendo o evento. Antes de tomar qualquer medida com base nesses informes, a OMS realizará consultas no intuito de obter verificação junto ao Estado Parte em cujo território supostamente está ocorrendo o evento, em conformidade com o procedimento estabelecido no Artigo 10. Para tanto, a OMS disponibilizará as informações recebidas aos Estados Partes, e somente em caso que esteja devidamente justificado poderá a OMS manter a confidencialidade da fonte. Essas informações serão utilizadas em conformidade com o procedimento estabelecido no Artigo 11.
2. Na medida do possível, os Estados Partes informarão à OMS, dentro de um período de até 24 horas a contar do recebimento de evidências, qualquer risco para a saúde pública identificado fora de seu território que possa causar a propagação internacional de doenças, manifestado pela importação ou exportação de:

- (a) casos humanos,

- (b) vetores portadores de infecção ou contaminação, ou
- (c) mercadorias contaminadas.

#### **Artigo 10 Verificação**

Em conformidade com o Artigo 9, a OMS solicitará a verificação, por um Estado Parte, de relatos recebidos de outras fontes, além de notificações ou consultas, quanto a eventos que possam constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional que supostamente estejam ocorrendo no território desse Estado. Nesses casos, a OMS informará o Estado Parte em questão acerca dos relatos que procura verificar.

Consoante os termos do parágrafo anterior e do Artigo 9, todo Estado Parte, quando assim solicitado pela OMS, verificará e fornecerá:

- (a) num prazo de 24 horas, uma resposta inicial à solicitação da OMS, ou acusação de seu recebimento;
- (b) num prazo de 24 horas, as informações de saúde pública disponíveis sobre a situação dos eventos mencionados na solicitação da OMS; e
- (c) informações à OMS no contexto de uma avaliação realizada nos termos do Artigo 6, incluindo informações relevantes, conforme descrito naquele Artigo.

Ao receber informações sobre um evento que possa constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional, a OMS oferecerá sua colaboração ao Estado Parte em questão para avaliar o potencial de propagação internacional de doenças, possível interferência com o tráfego internacional, e adequação das medidas de controle. Tais atividades podem incluir a colaboração com outras organizações normativas, bem como a oferta de mobilização de assistência internacional, com o propósito de apoiar as autoridades nacionais na condução e coordenação de avaliações nos locais afetados. Quando solicitado pelo Estado Parte, a OMS fornecerá informações referentes a tal oferta.

Se o Estado Parte não aceitar a oferta de colaboração, a OMS poderá, quando assim justificada pela magnitude do risco sanitário, compartilhar as informações de que dispõe com outros Estados Partes, ao mesmo tempo em que incentiva o Estado Parte a aceitar a oferta de colaboração da OMS, levando em consideração a posição do Estado Parte em questão.

#### **Artigo 11 Fornecimento de informações pela OMS**

1. Sujeito aos termos do parágrafo 2º deste Artigo, a OMS enviará a todos os Estados Partes e, quando apropriado, a organizações intergovernamentais relevantes, assim que possível e pelos mais eficientes meios disponíveis, confidencialmente, as informações de saúde pública que tiver recebido em conformidade com os Artigos

- 5 a 10, inclusive, e que sejam necessárias para permitir que os Estados Partes respondam a um risco sanitário. A OMS fornecerá a outros Estados Partes informações que possam auxiliá-los a evitar a ocorrência de incidentes similares.
2. A OMS utilizará informações recebidas em conformidade com os Artigos 6 e 8 e com o parágrafo 2º do Artigo 9 para os fins de verificação, avaliação e assistência; nos termos do presente Regulamento e, exceto quando acordado de outra forma com os Estados Partes referidos nessas disposições, não tornará essa informação amplamente disponível a outros Estados Partes, até o momento em que:
- (a) ficar determinado que o evento constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional, em conformidade com o Artigo 12; ou
  - (b) informações evidenciando a propagação internacional da infecção ou contaminação forem confirmadas pela OMS, segundo princípios epidemiológicos estabelecidos; ou
  - (c) houver evidências de que:
    - (i) as medidas de controle contra a propagação internacional provavelmente não terão sucesso, devido à natureza da contaminação, agente patológico, vetor ou reservatório; ou
    - (ii) o Estado Parte não possui capacidade operacional suficiente para realizar as medidas necessárias para prevenir maior disseminação da doença; ou
    - (d) a natureza e abrangência do movimento internacional de viajantes, bagagens, carga, contêineres, meios de transporte, mercadorias, ou encomendas postais que possam ser afetados pela infecção ou contaminação exigem a aplicação imediata de medidas internacionais de controle.
3. A OMS consultará o Estado Parte em cujo território está ocorrendo o evento sobre sua intenção de disponibilizar as informações, nos termos deste Artigo.
4. Quando as informações recebidas pela OMS em conformidade com o parágrafo 2 deste Artigo forem disponibilizadas aos Estados Partes, nos termos deste Regulamento, a OMS também poderá disponibilizá-las à população em geral, caso outras informações sobre o mesmo evento já tiverem sido divulgadas e houver necessidade de disseminar informações independentes e atualizadas.

***Artigo 12 Determinação de uma emergência de saúde pública de importância internacional***

1. O Diretor-Geral determinará, com base nas informações recebidas, em especial as enviadas pelo Estado Parte em cujo território está ocorrendo o evento, se o evento constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional, em conformidade com os critérios e os procedimentos estabelecidos neste Regulamento.

2. Caso considerar que está ocorrendo uma emergência de saúde pública de importância internacional, com base numa avaliação realizada nos termos do presente Regulamento, o Diretor-Geral consultará o Estado Parte em cujo território surgiu o evento acerca dessa determinação preliminar. Caso o Diretor-Geral e o Estado Parte estiverem de acordo quanto a tal determinação, o Diretor-Geral solicitará, em conformidade com o procedimento estabelecido no Artigo 49, um parecer do Comitê estabelecido nos termos do Artigo 48 (doravante denominado "Comitê de Emergências") acerca de recomendações temporárias apropriadas.
3. Se, após a consulta de que trata o parágrafo 2º acima, o Diretor-Geral e o Estado Parte em cujo território surgiu o evento não chegarem a um consenso, num prazo de até 48 horas, sobre se o evento constitui ou não uma emergência de saúde pública de importância internacional, a determinação será realizada em conformidade com o procedimento estabelecido no Artigo 49.
4. Ao determinar se um evento constitui ou não uma emergência de saúde pública de importância internacional, o Diretor-Geral considerará:
  - (a) as informações fornecidas pelo Estado Parte;
  - (b) o instrumento de decisão apresentado no Anexo 2;
  - (c) o parecer do Comitê de Emergências;
  - (d) os princípios científicos, bem como as evidências científicas e outras informações relevantes disponíveis; e
  - (e) uma avaliação do risco para a saúde humana, do risco de propagação internacional da doença e do risco de interferência com o tráfego internacional.
5. Caso o Diretor-Geral, após consultas com o Estado Parte em cujo território ocorreu a emergência de saúde pública de importância internacional, considerar terminada a emergência de saúde pública de importância internacional, o Diretor-Geral tomará uma decisão, em conformidade com o procedimento estabelecido no Artigo 49.

### ***Artigo 13 Resposta de saúde pública***

1. Cada Estado Parte desenvolverá, fortalecerá e manterá, o mais rapidamente possível e no máximo num prazo de cinco anos a contar da entrada em vigor do presente Regulamento em seu território, as capacidades para responder pronta e eficazmente a riscos para a saúde pública e a emergências em saúde pública de importância internacional, conforme estabelecido no Anexo 1. Em consulta com os Estados Membros, a OMS publicará diretrizes para apoiar os Estados Partes no desenvolvimento de capacidades de resposta de saúde pública.
2. Após a avaliação mencionada no Anexo 1, parte A, parágrafo 2º, um Estado Parte poderá enviar um informe à OMS, fundamentado numa necessidade justificada e num plano de implementação, e assim obter uma extensão de dois anos para

o cumprimento das obrigações constantes do parágrafo 1º deste Artigo. Em circunstâncias excepcionais, e fundamentado num novo plano de implementação, o Estado Parte poderá solicitar uma nova extensão, de no máximo até dois anos, ao Diretor-Geral, que tomará a decisão levando em consideração o parecer técnico do Comitê de Revisão. Após o período mencionado no parágrafo 1º deste Artigo, o Estado Parte que obtiver uma extensão deverá apresentar um relatório anual à OMS acerca do progresso alcançado na implementação plena.

3. Mediante solicitação de um Estado Parte, a OMS colaborará na resposta a riscos para a saúde pública e a outros eventos, fornecendo orientações e assistência técnicas e avaliando a eficácia das medidas de controle implementadas, incluindo a mobilização de equipes internacionais de peritos para assistência no local, quando necessário.
4. Se a OMS, em consulta com os Estados Partes interessados, conforme estipulado no Artigo 12, determinar que esteja ocorrendo uma emergência de saúde pública de importância internacional, poderá oferecer, além do apoio indicado no parágrafo 3º deste Artigo, assistência adicional ao Estado Parte, incluindo uma avaliação da gravidade do risco internacional e da adequação das medidas de controle. Tal colaboração poderá incluir a oferta de mobilizar assistência internacional, a fim de apoiar as autoridades nacionais na condução e coordenação das avaliações locais. Quando solicitado pelo Estado Parte, a OMS fornecerá informações referentes a tal oferta.

Quando solicitado pela OMS, os Estados Partes fornecerão, na medida do possível, apoio às atividades de resposta coordenadas pela OMS.

Quando solicitado, a OMS fornecerá orientação e assistência apropriadas a outros Estados Partes afetados ou ameaçados pela emergência de saúde pública de importância internacional.

#### **Artigo 14** *Cooperação da OMS com organizações intergovernamentais e organismos internacionais*

1. Na implementação do presente Regulamento, a OMS cooperará e coordenará suas atividades, conforme apropriado, com outras organizações intergovernamentais ou organismos internacionais competentes, incluindo por meio da celebração de acordos e outros arranjos similares.
2. Quando a notificação ou verificação de um evento, ou a resposta ao mesmo, for primariamente da competência de outras organizações intergovernamentais ou organismos internacionais, a OMS coordenará suas atividades com tais organizações ou organismos, a fim de garantir a aplicação de medidas adequadas para a proteção da saúde pública.
3. Não obstante os termos acima, nada no presente Regulamento impedirá ou limitará o fornecimento de orientação, apoio, ou assistência técnica ou de outra natureza por parte da OMS, para fins de saúde pública.

### PARTE III – RECOMENDAÇÕES

#### *Artigo 15 Recomendações temporárias*

1. Caso se determinar, em conformidade com o Artigo 12, a ocorrência de uma emergência de saúde pública de importância internacional, o Diretor-Geral publicará recomendações temporárias, segundo o procedimento estabelecido no Artigo 49. Tais recomendações temporárias poderão ser modificadas ou prorrogadas, segundo as circunstâncias, mesmo depois de ter sido determinado o término da emergência de saúde pública de importância internacional, ocasião em que outras recomendações temporárias poderão ser emitidas, conforme as necessidades, a fim de evitar ou detectar prontamente sua recorrência.
2. As recomendações temporárias poderão incluir medidas de saúde que deverão ser implementadas pelo Estado Parte vivenciando a emergência em saúde pública de importância internacional, ou por outros Estados Partes, em relação a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e/ou encomendas postais, a fim de evitar ou reduzir a propagação internacional de doenças e evitar interferências desnecessárias com o tráfego internacional.
3. As recomendações temporárias podem ser rescindidas a qualquer momento, de acordo com o procedimento estabelecido no Artigo 49, e expirarão automaticamente três meses após sua publicação. Podem ser modificadas ou prorrogadas por períodos adicionais de até três meses. As recomendações temporárias não podem estender-se além da segunda Assembléia Mundial de Saúde subsequente à determinação da emergência em saúde pública de importância internacional à qual se referem.

#### *Artigo 16 Recomendações permanentes*

A OMS poderá fazer recomendações permanentes acerca de medidas de saúde apropriadas, em conformidade com o Artigo 53, para aplicação periódica ou de rotina. Tais medidas podem ser aplicadas pelos Estados Partes em relação a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e/ou encomendas postais, em relação a riscos sanitários específicos existentes, a fim de evitar ou reduzir a propagação internacional de doenças e evitar interferências desnecessárias com o tráfego internacional. A OMS poderá, em conformidade com o Artigo 53, modificar ou suspender essas recomendações, conforme apropriado.

#### *Artigo 17 Critérios para as recomendações*

Ao emitir, modificar ou rescindir recomendações temporárias ou permanentes, o Diretor-Geral deverá considerar:

- (a) a opinião dos Estados Partes diretamente envolvidos;
- (b) o parecer do Comitê de Emergências ou do Comitê de Revisão, conforme o caso;

- (c) os princípios científicos, assim como as evidências e informações científicas disponíveis;
- (d) medidas de saúde que, com base numa avaliação de risco apropriada às circunstâncias, não sejam mais restritivas ao tráfego e comércio internacionais, nem mais intrusivas para as pessoas do que alternativas razoavelmente disponíveis que poderiam alcançar um nível adequado de proteção a saúde;
- (e) normas e instrumentos internacionais relevantes;
- (f) atividades realizadas por outras organizações intergovernamentais e organismos internacionais relevantes; e
- (g) outras informações específicas e apropriadas relevantes ao evento.

Em relação às recomendações temporárias, a consideração do Diretor-Geral quanto aos subparágrafos (e) e (f) deste Artigo poderá estar sujeita a limitações impostas pela natureza urgente das circunstâncias.

***Artigo 18 Recomendações relativas a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais***

1. Nas recomendações que formule aos Estados Partes em relação a pessoas, a OMS poderá incluir as seguintes orientações:
  - nenhuma recomendação de medida de saúde específica;
  - examinar o histórico de viagens em áreas afetadas;
  - examinar os comprovantes de exames médicos e de quaisquer análises laboratoriais;
  - exigir exames médicos;
  - examinar os comprovantes de vacinação e de outras medidas profiláticas;
  - exigir vacinação ou outras medidas profiláticas;
  - colocar pessoas suspeitas sob observação de saúde pública;
  - implementar quarentena ou outras medidas de saúde pública para pessoas suspeitas;
  - implementar isolamento e tratamento de pessoas afetadas, quando necessário;
  - implementar busca de contatos de pessoas afetadas ou suspeitas;
  - recusar a entrada de pessoas afetadas ou suspeitas no país;

- recusar a entrada de pessoas não afetadas em áreas afetadas; e
  - implementar triagem e/ou restrições de saída para pessoas vindas de áreas afetadas.
2. Nas recomendações que formule aos Estados Partes referentes a bagagem, carga, contêineres, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais, a OMS poderá incluir as seguintes orientações:
- nenhuma recomendação de medida de saúde específica;
  - examinar manifesto e itinerário;
  - implementar inspeções;
  - examinar os certificados das medidas de desinfecção ou de descontaminação adotadas no momento da partida ou durante a viagem;
  - implementar tratamento de bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias, encomendas postais ou restos humanos, a fim de remover infecção ou contaminação, incluindo vetores e reservatórios;
  - utilizar medidas de saúde específicas para assegurar o manuseio e o transporte seguros de resíduos humanos;
  - implementar regimes de isolamento ou quarentena;
  - apreender e destruir bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais suspeitos ou contaminados ou infectados, sob condições controladas, quando não houver outro tratamento ou processo disponível comprovadamente eficaz; e
  - recusar a saída ou entrada.



## PARTE IV – PONTOS DE ENTRADA

### *Artigo 19 Obrigações Gerais*

Além das demais obrigações previstas no presente Regulamento, os Estados Partes deverão:

- (a) garantir que as capacidades indicadas no Anexo 1 para os pontos de entrada designados, estejam implantadas nos prazos indicados no parágrafo 1º do Artigo 5 e no parágrafo 1º do Artigo 13;
- (b) identificar as autoridades competentes em cada ponto de entrada designado em seu território; e
- (c) fornecer à OMS, na medida do possível, quando solicitado em resposta a um possível risco à saúde pública específico, dados relevantes referentes a fontes de infecção ou contaminação, inclusive vetores e reservatórios, em seus pontos de entrada, que possam resultar na propagação internacional de doenças.

### *Artigo 20 Portos e aeroportos*

1. Os Estados Partes designarão os portos e aeroportos que serão dotados das capacidades indicadas no Anexo 1.
2. Os Estados Partes garantirão que os Certificados de Dispensa de Controle Sanitário da Embarcação (“Ship Sanitation Control Exemption Certificates”) e os Certificados de Controle Sanitário da Embarcação (“Ship Sanitation Control Certificates”) sejam emitidos em conformidade com as exigências do Artigo 39 e o modelo apresentado no Anexo 3.
3. Cada Estado Parte enviará à OMS uma lista dos portos autorizados a:
  - (a) emitir Certificados de Controle Sanitário da Embarcação e prestar os serviços referidos nos Anexos 1 e 3; ou
  - (b) apenas emitir Certificados de Dispensa de Controle Sanitário da Embarcação; e
  - (c) prorrogar por um mês o período de validade do Certificado de dispensa de Controle Sanitário da embarcação, até a chegada da embarcação a um porto onde possa receber o certificado.

Cada Estado Parte informará à OMS quaisquer mudanças quanto à situação dos portos listados. A OMS publicará as informações recebidas nos termos deste parágrafo.

4. A OMS poderá certificar, a pedido do Estado Parte interessado, após investigação apropriada, que um porto ou aeroporto em seu território satisfaz os requisitos esti-

pulados nos parágrafos 1º e 3º deste Artigo. Essa certificação poderá ser submetida a revisão periódica pela OMS, em consulta com o Estado Parte.

5. A OMS, em colaboração com organizações intergovernamentais e organismos internacionais competentes, desenvolverá e publicará as diretrizes para a certificação de portos e aeroportos, nos termos deste Artigo. A OMS publicará, ademais, uma lista dos aeroportos e portos certificados.

#### **Artigo 21 Passagens de Fronteiras Terrestres**

1. Onde estiver justificado por razões de saúde pública, um Estado Parte poderá designar passagens de fronteiras terrestres para desenvolver as capacidades previstas no Anexo 1, levando em consideração:
  - (a) o volume e a frequência dos vários tipos de tráfego internacional, em comparação com outros pontos de entrada, naquelas passagens de fronteiras terrestres do Estado Parte passíveis de designação; e
  - (b) os riscos à saúde pública existentes nas áreas de origem do tráfego internacional, ou nas áreas de passagem, antes de sua chegada a uma determinada fronteira seca.
2. Estados Partes que têm fronteiras comuns deveriam considerar:
  - (a) a celebração de acordos ou arranjos bilaterais ou multilaterais relativos à prevenção ou ao controle da transmissão internacional de doenças nas passagens de fronteiras terrestres, em conformidade com o Artigo 57; e
  - (b) a designação conjunta de passagens de fronteiras terrestres adjacentes para as capacidades de que trata o Anexo 1, em conformidade com o parágrafo 1º deste Artigo.

#### **Artigo 22 Função das autoridades competentes**

1. As autoridades competentes deverão:
  - (a) ser responsáveis pelo monitoramento de bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias, encomendas postais e resíduos humanos que entrem e saiam de áreas afetadas, de maneira a que sejam mantidos livres de fontes de infecção ou contaminação, incluindo vetores e reservatórios;
  - (b) garantir, na medida do possível, que as instalações utilizadas pelos viajantes nos pontos de entrada sejam mantidos em boas condições sanitárias e livres de fontes de infecção ou contaminação, incluindo vetores e reservatórios;
  - (c) ser responsáveis pela supervisão de todo procedimento de desratização,

- desinfecção, desinsetização ou descontaminação de bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias, encomendas postais e resíduos humanos ou medidas de saúde pública para pessoas, conforme apropriado nos termos do presente Regulamento;
- (d) informar aos operadores de meios de transporte, com a maior antecedência possível, acerca de sua intenção de aplicar medidas de controle a um veículo, e deverão fornecer, quando disponíveis, informações por escrito acerca dos métodos a serem empregados;
- (e) ser responsáveis pela supervisão da remoção e destinação segura de qualquer tipo de água ou alimento contaminado, dejetos humanos ou animais, águas servidas e qualquer outra substância contaminada proveniente de um veículo;
- (f) tomar todas as medidas exequíveis compatíveis com o presente Regulamento a fim de monitorar e controlar a descarga, pelas embarcações, de esgoto, lixo, água de lastro e outras substâncias que possam causar doenças e contaminar as águas de portos, rios, canais, estreitos, lagos ou outras águas internacionais;
- (g) ser responsáveis pela supervisão dos prestadores de serviços que trabalhem com viajantes, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias, encomendas postais e resíduos humanos nos pontos de entrada, incluindo a realização de inspeções e exames médicos, conforme necessário;
- (h) terão arranjos efetivos para possíveis eventualidades de lidar com um evento de saúde pública inesperado; e
- (i) notificarão ao Ponto Focal Nacional para o RSI quaisquer medidas de saúde pública relevantes tomadas em conformidade com o presente Regulamento.
2. As medidas de saúde recomendadas pela OMS para viajantes, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias, encomendas postais e restos humanos provenientes de uma área afetada podem ser reaplicadas na chegada, caso existam indicações verificáveis e/ou evidências de que as medidas aplicadas por ocasião da partida da área afetada não foram bem sucedidas.
3. A desinsetização, desratização, desinfecção, descontaminação e outros procedimentos sanitários serão realizados de modo a evitar danos e, na medida do possível, incômodos a pessoas, ou danos ao meio ambiente com impacto sobre a saúde pública, ou danos a bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais.

## PARTE V – MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA

### Capítulo I – Disposições gerais

#### *Artigo 23 Medidas de saúde na chegada e na saída*

1. Sujeito aos acordos internacionais aplicáveis e aos artigos relevantes deste Regulamento, os Estados Partes podem exigir, para fins de saúde pública, na chegada ou na partida:
  - (a) de viajantes:
    - (i) informações relativas ao seu destino, de maneira a permitir contatos futuros;
    - (ii) informações relativas ao seu itinerário, para verificar se esteve numa área afetada ou em suas proximidades, ou outros possíveis contatos com infecção ou contaminação antes da chegada, assim como um exame dos documentos de saúde do viajante, se forem exigidos nos termos do presente Regulamento; e/ou
    - (iii) um exame médico não invasivo, que seja o exame menos intrusivo que possa atingir o objetivo de saúde pública;
  - (b) inspeção de bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias, encomendas postais e restos humanos.
2. Com base em evidências de risco para a saúde pública, obtidas por meio das medidas previstas no parágrafo 1º deste Artigo, ou mediante outros meios, os Estados Partes poderão aplicar medidas adicionais de saúde, em conformidade com o presente Regulamento, e especialmente, em relação a viajantes suspeitos ou afetados, caso a caso, o exame médico menos intrusivo e invasivo que permita alcançar o objetivo de saúde pública de prevenção da propagação internacional de doenças.
3. Nenhum exame médico, vacinação, medida profilática ou medida de saúde de que trata este Regulamento será realizado no viajante sem seu prévio consentimento expresso e informado, ou de seus pais ou tutores legais, exceto nos termos do parágrafo 2º do Artigo 31, e em conformidade com a legislação nacional e as obrigações internacionais do Estado Parte.
4. Os viajantes que serão vacinados ou aos quais se oferecerão medidas profiláticas consoante o presente Regulamento, ou seus pais ou tutores legais, serão informados quanto a qualquer risco associado com a vacinação ou a não vacinação, e com o uso ou não uso da medida profilática, em conformidade com a legislação e as obrigações internacionais do Estado Parte. Os Estados Partes informarão os médicos acerca dessas exigências, em conformidade com a legislação do Estado Parte.
5. Qualquer exame, procedimento médico, vacinação, ou aplicação de outra medida profilática que envolva um risco de transmissão de doença só será realizado ou ad-

ministrado ao viajante em conformidade com as diretrizes e normas de segurança nacionais e internacionais estabelecidas, de maneira a minimizar esse risco.

## **Capítulo II – Disposições especiais para meios de transporte e operadores de meios de transporte**

### *Artigo 24 Operadores de meios de transporte*

1. Os Estados Partes tomarão todas as medidas possíveis consistentes com o presente Regulamento para se assegurar de que os operadores de meios de transporte:
  - (a) respeitam as medidas de saúde da OMS e adotadas pelo Estado Parte;
  - (b) informam aos viajantes as medidas de saúde recomendadas pela OMS e adotadas pelo Estado Parte para aplicação a bordo do veículo; e
  - (c) mantêm os meios de transporte pelos quais são responsáveis sempre livres de fontes de infecção ou contaminação, incluindo vetores e reservatórios. A aplicação de medidas de controle de fontes de infecção ou contaminação poderá ser exigida se forem encontradas evidências.
2. O Anexo 4 fornece uma relação das disposições específicas relativas a meios de transporte e operadores de meios de transporte de que trata este Artigo. As medidas específicas aplicáveis a meios de transporte e operadores de meios de transporte em relação a doenças veiculadas por vetores são apresentadas no Anexo 5.

### *Artigo 25 Embarcações e aeronaves em trânsito*

Sujeito aos artigos 27 e 43 ou exceto quando autorizado por acordos internacionais aplicáveis, o Estado Parte não aplicará qualquer medida de saúde a:

- (a) uma embarcação não proveniente de áreas afetadas que passe por um canal marítimo ou uma via fluvial no território daquele Estado Parte, a caminho de um porto no território de outro Estado. Qualquer embarcação nessas condições deverão ter autorização para carregar combustível, água, alimentos e suprimentos sob a supervisão da autoridade competente;
- (b) uma embarcação que passe por águas sob sua jurisdição sem ter feito escala num porto ou fundeado na costa; e
- (c) uma aeronave em trânsito num aeroporto sob sua jurisdição; porém, a aeronave pode ser restrita a uma determinada área do aeroporto, sem poder embarcar ou desembarcar, carregar ou descarregar. Entretanto, quaisquer aeronaves nestas condições deverão ter autorização para carregar combustível, água, alimentos e suprimentos, sob a supervisão da autoridade competente.

### **Artigo 26 Caminhões, trens e ônibus civis em trânsito**

Sujeito aos artigos 27 e 43, ou exceto quando autorizado por acordos internacionais aplicáveis, o Estado Parte não aplicará qualquer medida de saúde a caminhões, trens ou ônibus civis não provenientes de uma área afetada e que passem através do território do Estado Parte sem embarcar, desembarcar, carregar ou descarregar.

### **Artigo 27 Meios de transporte afetados**

1. Quando forem encontrados sinais ou sintomas clínicos e houver informações baseadas em fatos ou evidências de risco para a saúde pública, incluindo fontes de infecção e contaminação, a bordo de um veículo, a autoridade competente considerará o veículo como afetado e poderá:

- (a) desinfetar, descontaminar, desinsetizar ou desratizar o veículo, conforme apropriado, ou providenciar para que essas medidas sejam realizadas sob sua supervisão, e
- (b) decidir, caso a caso, a técnica a ser empregada para garantir um nível adequado de controle do risco para a saúde pública, conforme previsto neste Regulamento. Se existirem métodos ou materiais recomendados pela OMS para esses procedimentos, esses serão utilizados, exceto quando a autoridade competente determinar que outros métodos são igualmente seguros e confiáveis .

A autoridade competente poderá implementar medidas adicionais de saúde, incluindo o isolamento dos meios de transporte, se necessário, a fim de evitar a propagação da doença. Essas medidas adicionais deverão ser informadas ao Ponto Focal Nacional para o RSI.

2. Se a autoridade competente no ponto de entrada não puder aplicar as medidas de controle exigidas nos termos deste Artigo, o veículo afetado poderá ter permissão para sair, mesmo assim, sujeito às seguintes condições:

- (a) a autoridade competente fornecerá, no momento da partida, à autoridade competente do próximo ponto de entrada conhecido, o tipo de informação a que se refere o subparágrafo (b); e
- (b) no caso de uma embarcação, a evidência encontrada e as medidas de controle exigidas serão devidamente anotadas no Certificado de Controle Sanitário da Embarcação.

Qualquer meio de transporte nessas circunstâncias deverá ter autorização para se abastecer de combustível, água, alimentos e suprimentos, sob a supervisão da autoridade competente.

3. Um veículo considerado como afetado deixará de sê-lo quando a autoridade competente tiver certeza de que:

- (a) as medidas previstas no parágrafo 1º deste Artigo foram efetivamente aplicadas; e
- (b) não existe a bordo qualquer condição que constitua um risco para a saúde pública.

#### ***Artigo 28 Embarcações e aeronaves em pontos de entrada***

1. Sujeito ao Artigo 43 ou conforme previsto nos acordos internacionais pertinentes, nenhuma embarcação ou aeronave poderá ter impedido o seu acesso em qualquer ponto de entrada por razões de saúde pública. Contudo, se o ponto de entrada não estiver equipado para aplicar as medidas de saúde de que trata este Regulamento, a embarcação ou aeronave poderá ser ordenada a prosseguir, a seu próprio risco, até o ponto de entrada mais próximo e adequado, salvo quando a embarcação ou aeronave tiver um problema operacional que torne esse desvio inseguro.
2. Sujeito ao Artigo 43 ou conforme previsto nos acordos internacionais pertinentes, os Estados Partes não poderão recusar a livre prática a embarcações ou aeronaves por razões de saúde pública; em especial, não poderão impedi-las de embarcar ou desembarcar, carregar ou descarregar cargas ou suprimentos, ou abastecer-se de combustível, água, alimentos e outros materiais. Os Estados Partes podem condicionar a concessão da livre prática à inspeção da embarcação ou aeronave e, caso uma fonte de infecção ou contaminação for encontrada a bordo, à realização da desinfecção, descontaminação, desinsetização ou desratização necessária, ou à aplicação de outras medidas necessárias para evitar a propagação da infecção ou contaminação.
3. Sempre que possível e sujeito às disposições do parágrafo anterior, os Estados Partes autorizarão a concessão da livre prática pelo rádio ou outro meio de comunicação a uma embarcação ou aeronave quando, com base em informações recebidas antes da chegada da mesma, o Estado Parte acredite que a chegada da embarcação ou aeronave não resultará na introdução ou propagação de doenças.
4. Os capitães de embarcações ou os comandantes de aeronaves, ou seus representantes, notificarão às autoridades de controle do porto ou aeroporto, assim que possível, antes da chegada ao porto ou aeroporto de destino, quaisquer casos de doença indicativos de uma doença de natureza infecciosa ou evidências de um risco para a saúde pública à bordo, assim que o capitão ou comandante tiver sido informado de tais doenças ou riscos para a saúde pública. Essas informações devem ser imediatamente transmitidas à autoridade competente no porto ou aeroporto. Em situações de urgência, essas informações serão comunicadas diretamente pelo capitão ou comandante à autoridade portuária ou aeroportuária relevante.
5. Os seguintes dispositivos serão aplicados no caso de uma embarcação ou aeronave suspeita ou afetada, por razões fora do controle do capitão da embarcação ou comandante da aeronave, atracar ou aterrissar em porto ou aeroporto distinto do porto ou aeroporto de destino, previsto para a embarcação ou aeronave.

- (a) o comandante da aeronave ou o capitão da embarcação ou outra pessoa responsável envidará todos os esforços para se comunicar imediatamente com a autoridade competente mais próxima;
  - (b) assim que a autoridade competente for informada da sua chegada poderá aplicar as medidas de saúde recomendadas pela OMS ou outras medidas de saúde indicadas no presente Regulamento;
  - (c) exceto quando exigido para fins emergenciais ou para comunicação com a autoridade competente, nenhum viajante a bordo dessa embarcação ou aeronave poderá afastar-se da mesma, e nenhuma carga será retirada de sua vizinhança, salvo quando autorizado pela autoridade competente; e
  - (d) quando todas as medidas de saúde exigidas pela autoridade competente tiverem sido aplicadas, a aeronave ou embarcação poderá, no que depender dessas medidas de saúde, dirigir-se ao aeroporto ou porto previsto para aterrissagem ou atracamento ou, se por considerações técnicas não puder fazê-lo, a um aeroporto ou porto convenientemente localizado.
6. Não obstante as disposições contidas neste Artigo, o capitão da embarcação ou o comandante da aeronave podem tomar as medidas de emergência que forem necessárias para assegurar a saúde e segurança dos viajantes a bordo. Ele ou ela informará a autoridade competente, assim que possível, quanto às medidas tomadas consoante este Parágrafo.

#### ***Artigo 29 Caminhões, trens e ônibus civis nos pontos de entrada***

A OMS, em consulta com os Estados Partes, desenvolverá princípios orientados para a aplicação de medidas de saúde a caminhões, trens e ônibus civis nos pontos de entrada e que passem por passagens de fronteiras terrestres.

### **Capítulo III – Disposições especiais para viajantes**

#### ***Artigo 30 Viajantes sob observação de saúde pública***

Sujeito ao Artigo 43 ou conforme autorizado por acordos internacionais pertinentes, um viajante suspeito que, em sua chegada, for colocado sob observação de saúde pública poderá continuar a viagem internacional, contanto que não represente risco iminente para a saúde pública e o Estado Parte notificar a autoridade competente no ponto de entrada de destino, quando sabido, sobre a chegada prevista do viajante. Na chegada, o viajante deverá apresentar-se a essa autoridade.

#### ***Artigo 31 Medidas de saúde relativas à entrada de viajantes***

1. Não serão exigidos um exame médico invasivo, vacina, ou outra medida profilática como condição de entrada de qualquer viajante no território de um Estado Parte, exceto que, sujeito aos artigos 32, 42 e 45, Este Regulamento não impede que os



Estados Partes exijam exame médico, vacinação ou outra medida profilática:

- (a) quando necessário para determinar se existe ou não risco para a saúde pública;
  - (b) como condição de entrada para qualquer viajante buscando residência temporária ou permanente;
  - (c) como condição de entrada para qualquer viajante consoante ao Artigo 43 ou Anexos 6 e 7; ou
  - (d) que possa ser aplicada consoante o Artigo 23.
2. Se um viajante a quem o Estado Parte puder exigir exame médico, vacina, ou outra medida profilática, nos termos do parágrafo 1º deste Artigo, não consentir com nenhuma dessas medidas, ou se recusar a fornecer as informações ou os documentos referidos no parágrafo 1º(a) do Artigo 23, o Estado Parte em questão poderá, sujeito aos Artigos 32, 42 e 45, recusar a entrada desse viajante. Se houver evidências de risco iminente para a saúde pública, o Estado Parte poderá, em conformidade com a legislação nacional e na medida necessária para controlar tal risco, obrigar o viajante a se submeter a uma das seguintes medidas ou aconselhá-lo nesse sentido, consoante os termos do parágrafo 3º do Artigo 23:
- (a) o exame médico menos invasivo e intrusivo que alcance o objetivo de saúde pública;
  - (b) vacinação ou outra medida profilática; ou
  - (c) medidas adicionais de saúde estabelecidas para evitar ou controlar a propagação de doenças, incluindo isolamento, quarentena ou observação de saúde pública.

### ***Artigo 32 Tratamento dispensado aos viajantes***

Na implementação das medidas de saúde de que trata o presente Regulamento, os Estados Partes tratarão os viajantes com respeito à sua dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais e minimizarão qualquer incômodo ou angústia associado a tais medidas:

- (a) tratando todos os viajantes com cortesia e respeito;
- (b) levando em consideração o gênero e as preocupações sócio-culturais, étnicas ou religiosas dos viajantes; e
- (c) fornecendo ou providenciando alimentação e água adequadas; acomodações e roupas apropriadas; proteção para bagagens e outros bens; tratamento médico apropriado; os meios de comunicação necessários, se possível em idioma que possam compreender; e outra assistência apropriada a viajantes que se encontram em quarentena, isolados ou sujeitos a exames médicos e outros procedimentos para fins de saúde pública.

ANVISA • AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 37

## **Capítulo IV – Disposições especiais para mercadorias, contêineres e terminais de contêineres**

### ***Artigo 33 Mercadorias em trânsito***

Sujeito ao Artigo 43 ou conforme autorizado por acordos internacionais pertinentes, mercadorias em trânsito e sem transbordo, com exceção de animais vivos, não estarão sujeitas às medidas de saúde previstas no presente Regulamento ou retidas para fins de saúde pública.

### ***Artigo 34 Contêineres e terminais de contêineres***

1. Os Estados Partes garantirão, na medida do possível, que os transportadores de contêineres utilizem contêineres internacionais que sejam mantidos livres de fontes de infecção ou contaminação, incluindo vetores e reservatórios, especialmente durante as operações de embalagem.
2. Os Estados Partes garantirão, na medida do possível, que os terminais de contêineres sejam mantidos livres de fontes de infecção ou contaminação, incluindo vetores e reservatórios.
3. Sempre que, na opinião de um Estado Parte, o tráfego internacional de contêineres for suficientemente volumoso, as autoridades competentes tomarão todas as medidas factíveis consistentes com este Regulamento, incluindo a realização de inspeções, para avaliar as condições sanitárias dos contêineres e terminais de contêineres, a fim de garantir que as obrigações contidas neste Regulamento estão sendo implementadas.
4. Os terminais de contêineres serão dotados, na medida do possível, de instalações para a inspeção e o isolamento de contêineres.
5. Os consignantes e consignatários envidarão todos os esforços para evitar a contaminação cruzada quando utilizarem carregamento de usos múltiplos dos contêineres.

## PARTE VI – DOCUMENTOS DE SAÚDE

### *Artigo 35 Regras Gerais*

Nenhum documento de saúde, além daqueles indicados neste Regulamento ou nas recomendações da OMS, será exigido no tráfego internacional, desde que, entretanto, este Artigo não se aplique a viajantes buscando residência temporária ou permanente, nem a exigências documentais referentes às condições sanitárias de mercadorias ou cargas comerciais internacionais, exigências essas decorrentes de acordos internacionais pertinentes. As autoridades competentes poderão solicitar que os viajantes preencham formulários com informações de contato e questionários de saúde dos viajantes, desde que satisfaçam as exigências contidas no Artigo 23.

### *Artigo 36 Certificados de vacinação ou outras medidas profiláticas*

1. As vacinas ou outras medidas profiláticas para viajantes, administradas consoante com este Regulamento ou outras recomendações, assim como os respectivos certificados, deverão obedecer às disposições do Anexo 6 e, quando aplicável, do Anexo 7 em relação a doenças específicas.
2. Não deverá ser negada a entrada no território a nenhum viajante de posse de um certificado de vacinação ou de outra medida profilática, emitido em conformidade com o Anexo 6 e, quando aplicável, o Anexo 7, em decorrência da doença à que se refere o certificado, mesmo quando proveniente de uma área afetada, a não ser quando a autoridade competente possuir indicações verificáveis e/ou evidências de que a vacinação ou outra medida profilática não foi eficaz.

### *Artigo 37 Declaração Marítima de Saúde*

1. Antes de chegar à sua primeira escala no território de um Estado Parte, o capitão de uma embarcação verificará o estado de saúde a bordo e, exceto quando aquele Estado Parte assim não o exigir, preencherá e entregará na chegada, ou antes, da chegada da embarcação, se a embarcação tiver o equipamento necessário e o Estado Parte exigir tal entrega antecipada, à autoridade competente daquele porto, uma Declaração Marítima de Saúde, referendada pelo médico de bordo, se existente.
2. O capitão da embarcação ou o médico de bordo, se houver, fornecerá todas as informações solicitadas pela autoridade competente acerca das condições de saúde a bordo durante uma viagem internacional.
3. A Declaração Marítima de Saúde obedecerá ao modelo apresentado no Anexo 8.
4. Um Estado Parte poderá decidir:

- (a) dispensar todas as embarcações que aportam da apresentação da Declaração Marítima de Saúde; ou
- (b) exigir a apresentação da Declaração Marítima de Saúde de que trate uma

recomendação para as embarcações provenientes de áreas afetadas, ou exigi-la de embarcações que possam, por outro motivo, estar levando uma infecção ou contaminação.

O Estado Parte informará tais exigências aos armadores ou seus agentes.

#### Artigo 38 Parte de saúde da Declaração Geral de Aeronave

1. O comandante da aeronave ou seu agente, durante o voo ou por ocasião da aterrissagem no primeiro aeroporto no território de um Estado Parte, preencherá, da melhor maneira possível, a Parte de saúde da Declaração Geral de Aeronave e a entregará à autoridade competente do aeroporto, exceto quando aquele Estado Parte assim não o exigir, devendo o documento obedecer ao modelo especificado no Anexo 9.

2. O comandante da aeronave ou seu agente deverá fornecer quaisquer informações solicitadas pelo Estado Parte acerca das condições de saúde a bordo durante uma viagem internacional, assim como qualquer medida de saúde aplicada à aeronave.

3. Um Estado Parte poderá decidir:

(a) dispensar todas as aeronaves que aterrissam da apresentação da Parte de saúde da Declaração Geral de Aeronave; ou

(b) exigir a apresentação da Parte de saúde da Declaração Geral de Aeronave, de que trate uma recomendação, para aeronaves provenientes de áreas afetadas, ou exigi-la de aeronaves que possam estar, por outro motivo, levando uma infecção ou contaminação.

O Estado Parte informará tais exigências às empresas de transporte aéreo ou a seus representantes.

#### Artigo 39 Certificados de Controle Sanitário da Embarcação

1. Os Certificados de Dispensa de Controle Sanitário da Embarcação e os Certificados de Controle Sanitário da Embarcação terão validade máxima de seis meses. Esse período poderá ser prorrogado por um mês quando não for possível realizar a inspeção ou as medidas de controle necessárias naquele porto.

2. Se não for apresentado um Certificado de Dispensa de Controle Sanitário da Embarcação ou um Certificado de Controle Sanitário da Embarcação válido, ou se forem encontradas a bordo de uma embarcação evidências de risco para a saúde pública, o Estado Parte poderá proceder conforme estabelecido no parágrafo 1º do Artigo 27.

3. Os certificados a que se refere este Artigo obedecerão ao modelo apresentado no Anexo 3.

4. Sempre que possível, as medidas de controle serão realizadas quando a embarcação e os porões estiverem vazios. No caso de uma embarcação em lastro, as medidas de

saúde serão aplicadas antes do carregamento da embarcação.

5. Quando forem necessárias medidas de controle e as mesmas tiverem sido satisfatoriamente concluídas, a autoridade competente emitirá um Certificado de Controle Sanitário da Embarcação, anotando as evidências encontradas e as medidas de controle aplicadas.
6. A autoridade competente poderá emitir um Certificado de Dispensa de Controle Sanitário da Embarcação em qualquer porto especificado nos termos do Artigo 20, caso estiver satisfeita de que a embarcação está livre de infecção e contaminação, incluindo vetores e reservatórios. Normalmente tal certificado só será emitido se a inspeção da embarcação for realizada com a embarcação e os porões vazios ou quando contiver apenas lastro ou outro material cuja natureza ou disposição permita uma inspeção cuidadosa dos porões.

7. Caso as condições de aplicação das medidas de controle forem tais que, na opinião da autoridade competente do porto onde a operação foi realizada, não é possível obter um resultado satisfatório, a autoridade competente fará anotação nesse sentido no Certificado de Controle Sanitário da Embarcação.

## PARTE VII – ENCARGOS

### *Artigo 40 Encargos por medidas de saúde relativas a viajantes*

1. Exceto no caso de viajantes que buscam residência temporária ou permanente, e sujeito ao parágrafo 2º deste Artigo, o Estado Parte não deverá cobrar qualquer encargo, nos termos deste Regulamento, pelas seguintes medidas de proteção à saúde pública:
  - (a) qualquer exame médico previsto neste Regulamento, ou qualquer exame complementar que possa vir a ser exigido pelo Estado Parte a fim de determinar as condições de saúde do viajante examinado;
  - (b) qualquer vacinação ou outra medida profilática aplicada a um viajante por ocasião da sua chegada que não for uma exigência publicada ou cuja publicação ocorreu menos de dez dias antes do fornecimento da vacinação ou medida profilática;
  - (c) isolamento apropriado ou exigências de quarentena para os viajantes;
  - (d) qualquer certificado emitido ao viajante especificando as medidas aplicadas e a data de sua aplicação; ou
  - (e) quaisquer medidas de saúde aplicadas à bagagem acompanhada do viajante.
2. Os Estados Partes poderão cobrar por outras medidas de saúde além das mencionadas no parágrafo 1º deste Artigo, incluindo aquelas que beneficiam principalmente o viajante.
3. No caso de cobrança de encargos pela aplicação de tais medidas de saúde aos viajantes, nos termos deste Regulamento, o Estado Parte aplicará uma tabela tarifária única para tais encargos, e todos os encargos deverão:
  - (a) obedecer à tabela tarifária única;
  - (b) não exceder o custo real do serviço prestado; e
  - (c) ser arrecadados sem distinção de nacionalidade, domicílio ou residência do viajante em questão.
4. A tabela tarifária e qualquer emenda posterior à mesma serão publicadas com pelo menos dez dias de antecedência em relação a qualquer arrecadação.
5. Nada neste Regulamento impede os Estados Partes de buscarem reembolso de despesas incorridas ao prestar as medidas de saúde de que trata o parágrafo 1º deste Artigo.

- (a) de proprietários ou operadores de meios de transporte, em relação a seus empregados, ou
  - (b) das seguradoras pertinentes.
6. Em nenhuma circunstância os viajantes ou operadores de meios de transporte poderão ser impedidos de deixar o território de um Estado Parte até o pagamento dos encargos a que se referem os parágrafos 1º e 2º deste Artigo.

***Artigo 41 Encargos referentes a bagagens, carga, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais***

1. Sempre que o Estado Parte cobrar pela aplicação de medidas de saúde a bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais, no termos deste Regulamento, será aplicada uma tabela tarifária única para todos os serviços prestados, e todos os encargos deverão:
- (a) obedecer à tabela tarifária única;
  - (b) não exceder o custo real do serviço prestado; e
  - (c) ser arrecadada sem distinção de nacionalidade, bandeira, registro ou propriedade das bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais em questão. Em especial, não poderá haver distinção entre bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais nacionais e estrangeiros.
2. A tabela e qualquer emenda posterior à mesma serão publicadas com pelo menos dez dias de antecedência em relação a qualquer arrecadação.

## PARTE VIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

### *Artigo 42 Implementação das medidas de saúde*

As medidas de saúde tomadas consoante este Regulamento serão iniciadas e concluídas sem demora e aplicadas de maneira transparente e não discriminatória.

### *Artigo 43 Medidas adicionais de saúde*

1. Este Regulamento não impede que os Estados Partes implementem medidas de saúde, em conformidade com sua legislação nacional relevante e as obrigações decorrentes do direito internacional, em resposta a riscos específicos para a saúde pública ou emergências de saúde pública de importância internacional, que:
  - (a) confirmem um nível de proteção à saúde igual ou superior ao das recomendações da OMS, ou
  - (b) sejam proibidas em outras circunstâncias, nos termos do Artigo 25, Artigo 26, parágrafos 1º e 2º do Artigo 28, Artigo 30, parágrafo 1º(c) do Artigo 31, e Artigo 33, desde que tais medidas sejam, em outros aspectos, consistentes com este Regulamento.

Tais medidas não deverão ser mais restritivas ao tráfego internacional, nem mais invasivas ou intrusivas em relação às pessoas do que as alternativas razoavelmente disponíveis que alcançariam o nível apropriado de proteção à saúde.

2. Ao decidir implementar ou não as medidas de saúde de que trata o parágrafo 1º deste Artigo ou as medidas adicionais de saúde contempladas no parágrafo 2º do Artigo 23, parágrafo 1º do Artigo 27, parágrafo 2º do Artigo 28 e parágrafo 2º(c) do Artigo 31, os Estados Partes basearão suas determinações em:
  - (a) princípios científicos;
  - (b) evidências científicas disponíveis de risco para a saúde humana ou, quando essas evidências forem insuficientes, informações disponíveis, incluindo informações fornecidas pela OMS e outras organizações intergovernamentais e organismos internacionais relevantes; e
  - (c) qualquer orientação ou diretriz específica da OMS disponível.
3. Os Estados Partes que implementarem medidas adicionais de saúde, referidas no parágrafo 1º deste Artigo, que interfiram significativamente com o tráfego internacional, fornecerão à OMS a fundamentação de saúde pública e as informações científicas pertinentes. A OMS compartilhará essas informações com outros Estados Partes, assim como informações relativas às medidas de saúde implementadas. Para os fins deste Artigo, se entende como interferência significativa, em geral, a proibição de entrada ou de saída internacionais de viajantes bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e similares ou atrasos superiores a 24 horas.



4. Após avaliar as informações fornecidas consoante os parágrafos 3º e 5º deste Artigo e outras informações relevantes, a OMS poderá solicitar ao Estado Parte em questão que reconsidere a aplicação das medidas.
5. O Estado Parte que implementar medidas adicionais de saúde, referidas nos parágrafos 1º e 2º deste Artigo, que interfiram significativamente com o tráfego internacional, deverão informar à OMS, num prazo de 48 horas a contar de sua implementação, quais são essas medidas e a fundamentação de saúde para sua implementação, a não ser quando estiverem abrangidas por uma recomendação temporária ou permanente.
6. Os Estados Partes que implementarem medidas de saúde consoante aos termos dos parágrafos 1º ou 2º deste Artigo deverão revisar tais medidas num prazo de três meses, levando em consideração a orientação da OMS e os critérios indicados no parágrafo 2º deste Artigo.
7. Sem prejuízo de seus direitos nos termos do Artigo 56, qualquer Estado Parte que sofrer o impacto de uma medida tomada consoante os parágrafos 1º ou 2º deste Artigo poderá solicitar manter consultas com o Estado Parte que implementou tal medida. O propósito de tais consultas é esclarecer as informações científicas e a fundamentação de saúde pública subjacentes à medida e encontrar uma solução mutuamente aceitável.
8. As disposições deste Artigo podem aplicar-se à implementação de medidas referentes a viajantes que participem em grandes eventos de massa.

#### ***Artigo 44 Colaboração e assistência***

1. Os Estados Partes comprometem-se a colaborar entre si na medida do possível:
  - (a) para a detecção e avaliação dos eventos contemplados neste Regulamento, bem como para a resposta aos mesmos;
  - (b) para o fornecimento ou facilitação de cooperação técnica e apoio logístico, especialmente para o desenvolvimento, fortalecimento e manutenção das capacidades de saúde pública exigidas nos termos deste Regulamento;
  - (c) para a mobilização de recursos financeiros para facilitar a implementação de suas obrigações nos termos deste Regulamento; e
  - (d) para a formulação de projetos de lei e outros dispositivos legais e administrativos para a implementação deste Regulamento.
2. A OMS colaborará com os Estados Partes, na medida do possível, mediante solicitação, para:
  - (a) avaliação e exame de suas capacidades de saúde pública, a fim de facilitar a implementação efetiva deste Regulamento;

- (b) fornecimento ou facilitação de cooperação técnica e apoio logístico aos Estados Partes; e
  - (c) mobilização de recursos financeiros para apoiar os países em desenvolvimento na construção, fortalecimento e manutenção das capacidades previstas no Anexo 1.
3. A colaboração de que trata este Artigo poderá ser implementada por intermédio de múltiplos canais, incluindo bilateralmente, por intermédio de redes regionais e os escritórios regionais da OMS, e por intermédio de organizações intergovernamentais e organismos internacionais.

#### ***Artigo 45 Tratamento de dados pessoais***

1. As informações de saúde coletadas ou recebidas por um Estado Parte de outro Estado Parte ou da OMS, consoante este Regulamento, referentes a pessoas identificadas ou identificáveis, deverão ser mantidas em sigilo e processadas anonimamente, conforme exigido pela legislação nacional.
2. Não obstante o Parágrafo 1º, os Estados Partes poderão revelar e processar dados pessoais quando isso for essencial para os fins de avaliação e manejo de um risco para a saúde pública, no entanto os Estados Partes, em conformidade com a legislação nacional, e a OMS devem garantir que os dados pessoais sejam:
  - (a) processados de modo justo e legal, e sem outros processamentos desnecessários e incompatíveis com tal propósito;
  - (b) adequados, relevantes e não excessivos em relação a esse propósito;
  - (c) acurados e, quando necessário, mantidos atualizados; todas as medidas razoáveis deverão ser tomadas a fim de garantir que dados imprecisos ou incompletos sejam apagados ou retificados; e
  - (d) conservados apenas pelo tempo necessário.
3. Mediante solicitação, a OMS fornecerá às pessoas, na medida do possível, os seus dados pessoais a que se refere este Artigo, em formato inteligível, sem demoras ou despesas indevidas e, quando necessário, permitirá a sua retificação.

#### ***Artigo 46 Transporte e manuseio de substâncias biológicas, reagentes e materiais para fins de diagnóstico***

Os Estados Partes, sujeitos à legislação nacional e levando em consideração as diretrizes internacionais relevantes, facilitarão o transporte, entrada, saída, processamento e destino de substâncias biológicas e espécimes para fins de diagnóstico, reagentes e outros materiais de diagnóstico, utilizados para fins de verificação e resposta de saúde pública nos termos deste Regulamento.

## PARTE IX – CADASTRO DE PERITOS DO RSI, COMITÊ DE EMERGÊNCIAS E COMITÊ DE REVISÃO

### Capítulo I – Cadastro de Peritos do RSI

#### *Artigo 47 Composição*

O Diretor-Geral criará um cadastro composto de peritos em todos os campos de especialização pertinentes (doravante denominado “Cadastro de Peritos do RSI”). O Diretor-Geral nomeará os membros do Cadastro de Peritos do RSI em conformidade com o Regulamento da OMS para Painéis e Comitês Assessores de Peritos (doravante denominado “Regulamento de Painéis de Assessores da OMS”), exceto quando este Regulamento dispuser em contrário. Além disso, o Diretor-Geral nomeará um membro mediante solicitação de cada Estado Parte e, quando apropriado, peritos propostos por organizações intergovernamentais e de integração econômica regional pertinentes. Os Estados Partes interessados informarão o Diretor-Geral sobre as qualificações e áreas de especialização de cada perito proposto por eles para integrar o Cadastro. O Diretor-Geral informará periodicamente aos Estados Partes e às organizações intergovernamentais e de integração econômica regional a composição do Cadastro de Peritos do RSI.

### Capítulo II – Comitê de Emergências

#### *Artigo 48 Termos de referência e composição*

1. O Diretor-Geral criará um Comitê de Emergências que, mediante solicitação do Diretor-Geral, fornecerá pareceres sobre:
  - (a) se um evento se constitui numa emergência de saúde pública de importância internacional;
  - (b) o término de uma emergência de saúde pública de importância internacional; e
  - (c) propostas de emissão, modificação, prorrogação ou extinção de recomendações temporárias.
2. O Comitê de Emergências será constituído por peritos selecionados pelo Diretor-Geral no Cadastro de Peritos do RSI e, quando apropriado, de outros painéis assessores de peritos da Organização. O Diretor-Geral determinará a duração do mandato dos membros, de maneira a assegurar sua continuidade na consideração de um evento específico e suas conseqüências. O Diretor-Geral selecionará os membros do Comitê de Emergências com base na especialização e na experiência exigidos para uma determinada sessão e levando em devida consideração os princípios de representação geográfica equitativa. Pelo menos um membro do Comitê de Emergências deverá ser um perito indicado pelo Estado Parte em cujo território surgiu o evento.
3. O Diretor-Geral poderá, por iniciativa própria ou mediante solicitação do Comitê de Emergências, nomear um ou mais técnicos para assessorar o Comitê.

### **Artigo 49 Procedimento**

1. O Diretor-Geral convocará as reuniões do Comitê de Emergências selecionando vários peritos dentre os mencionados no parágrafo 2º do Artigo 48, conforme as áreas de especialização e a experiência mais relevante para o evento específico em questão. Para fins deste Artigo, "reuniões" do Comitê de Emergências podem incluir teleconferências, videoconferências ou comunicações eletrônicas.
2. O Diretor-Geral fornecerá ao Comitê de Emergências uma agenda e quaisquer informações relevantes disponíveis sobre o evento, incluindo informações fornecidas pelos Estados Partes, assim como qualquer proposta de recomendação temporária feita pelo Diretor-Geral.
3. O Comitê de Emergências elegerá seu Presidente e elaborará, após cada reunião, um relatório conciso resumindo a ata e as deliberações do Comitê, inclusive qualquer parecer sobre as recomendações.
4. O Diretor-Geral convidará o Estado Parte em cujo território surgiu o evento a apresentar seu ponto de vista ao Comitê de Emergências. Para tanto, o Diretor-Geral encaminhará ao Estado Parte, com a maior antecedência possível, as datas e a agenda da reunião do Comitê de Emergências. O Estado Parte em questão, entretanto, não poderá solicitar um adiamento da reunião do Comitê de Emergências para fins de apresentar seu ponto de vista.
5. As opiniões do Comitê de Emergências serão encaminhadas à apreciação do Diretor-Geral, que tomará a decisão final sobre essas questões.
6. O Diretor-Geral informará os Estados Partes a declaração e a extinção de uma emergência de saúde pública de importância internacional, bem como qualquer medida de saúde tomada pelo Estado Parte em questão, qualquer recomendação temporária emitida e a modificação, prorrogação e extinção dessas recomendações, juntamente com os pareceres do Comitê de Emergências. O Diretor-Geral notificará aos operadores de meios de transporte, por intermédio dos Estados Partes e das agências internacionais pertinentes, as recomendações temporárias emitidas, incluindo sua modificação, prorrogação ou extinção. Subseqüentemente, o Diretor-Geral disponibilizará essas informações e recomendações ao público em geral.
7. O Estado Parte em cujo território ocorreu o evento pode propor ao Diretor-Geral a extinção de uma emergência de saúde pública de importância internacional e/ou das recomendações temporárias, e pode também fazer uma apresentação ao Comitê de Emergências nesse sentido.

### **Capítulo III – Comitê de Revisão**

#### **Artigo 50 Termos de referência e composição**

1. O Diretor-Geral estabelecerá um Comitê de Revisão, que terá as seguintes funções:

- (a) emitir recomendações técnicas sobre emendas a este Regulamento para o Diretor-Geral;
  - (b) fornecer assessoramento técnico ao Diretor-Geral acerca das recomendações permanentes e de quaisquer modificações ou extinção das mesmas;
  - (c) fornecer assessoramento técnico ao Diretor-Geral acerca de qualquer assunto relativo ao funcionamento deste Regulamento encaminhado pelo Diretor-Geral.
2. O Comitê de Revisão será considerado um comitê de peritos e estará sujeito ao Regulamento dos Painéis de Assessores da OMS, salvo quando determinado de outra forma neste Artigo.
  3. Os Membros do Comitê de Revisão serão selecionados e nomeados pelo Diretor-Geral dentre as pessoas integrantes do Cadastro de Peritos do RSI e, quando apropriado, noutros painéis assessores de peritos da Organização.
  4. O Diretor-Geral determinará o número de membros a serem convidados a uma reunião do Comitê de Revisão, definirá a data e duração da reunião e convocará o Comitê.
  5. O Diretor-Geral nomeará os membros do Comitê de Revisão somente para o período de duração dos trabalhos de uma sessão.
  6. O Diretor-Geral selecionará os membros do Comitê de Revisão com base nos princípios de representação geográfica equitativa; equilíbrio entre os gêneros; equilíbrio entre os peritos de países desenvolvidos e países em desenvolvimento; representação da diversidade de opiniões científicas, enfoques e experiências práticas em várias partes do mundo; e um equilíbrio interdisciplinar apropriado.

#### ***Artigo 51 Condução dos trabalhos***

1. As decisões do Comitê de Revisão serão tomadas por maioria dos membros presentes e votantes.
2. O Diretor-Geral convidará os Estados Membros, a Organização das Nações Unidas e suas agências especializadas e outras organizações intergovernamentais ou não-governamentais pertinentes que mantenham relações com a OMS para designarem representantes para as sessões do Comitê. Esses representantes poderão apresentar memorandos e, com o consentimento do Presidente do Comitê, fazer declarações sobre os assuntos alvo das discussões, mas não terão direito a voto.

#### ***Artigo 52 Relatórios***

1. O Comitê de Revisão elaborará um relatório de cada sessão, que incluirá as opiniões e pareceres do Comitê. Esse relatório será aprovado pelo Comitê de Revisão antes do final da sessão. As opiniões e os pareceres do Comitê não são vinculantes para

- a Organização, sendo formulados apenas como pareceres para o Diretor-Geral. O texto do relatório não poderá ser modificado sem o consentimento do Comitê.
2. Se o Comitê de Revisão não obtiver unanimidade em suas deliberações, qualquer integrante terá o direito de expressar sua opinião profissional discordante num relatório individual ou grupal, incluindo as razões para tal discordância, que será parte integrante do relatório do Comitê.
  3. O relatório do Comitê de Exame será submetido ao Diretor-Geral, que comunicará as opiniões e pareceres do Comitê para a Assembléia Mundial da Saúde ou para o Conselho Executivo para sua consideração e ação.

**Artigo 53 Procedimentos para as recomendações permanentes**

Quando o Diretor-Geral considere necessário e apropriado emitir uma recomendação permanente em relação a um risco para a saúde pública específico, o Diretor-Geral deverá solicitar o parecer do Comitê de Revisão. Além dos parágrafos relevantes dos artigos 50 a 52, se aplicará também as seguintes disposições:

- (a) o Diretor-Geral ou Estados Partes, por intermédio do Diretor-Geral, podem submeter propostas de recomendações permanentes, sua modificação ou extinção ao Comitê de Revisão;
- (b) qualquer Estado Parte pode submeter informações relevantes à consideração do Comitê de Revisão;
- (c) o Diretor-Geral pode solicitar a qualquer Estado Parte, organização inter-governamental ou organização não-governamental que tenha relações oficiais com a OMS que coloque à disposição do Comitê de Revisão as informações que possui acerca do assunto da recomendação permanente proposta, conforme especificado pelo Comitê de Revisão;
- (d) o Diretor-Geral pode, mediante solicitação do Comitê de Revisão ou por sua própria iniciativa, indicar um ou mais técnicos para assessorar o Comitê de Revisão. Eles não terão o direito de voto;
- (e) qualquer relatório contendo as opiniões e o parecer do Comitê de Revisão em relação a recomendações permanentes será encaminhado à consideração e decisão do Diretor-Geral. O Diretor-Geral comunicará à Assembléia Mundial de Saúde as opiniões e o parecer do Comitê de Revisão;
- (f) o Diretor-Geral comunicará aos Estados Partes quaisquer recomendações permanentes, bem como as modificações ou a extinção de tais recomendações, junto com as opiniões do Comitê de Revisão; e
- (g) as recomendações permanentes serão submetidas pelo Diretor-Geral à consideração da Assembléia Mundial de Saúde subsequente.

## PARTE X – DISPOSIÇÕES FINAIS

### *Artigo 54 Informes e revisão*

1. Os Estados Partes e o Diretor-Geral enviarão relatórios à Assembléia de Saúde sobre a implementação deste Regulamento, conforme decidido pela Assembléia de Saúde.
2. A Assembléia de Saúde revisará periodicamente o funcionamento deste Regulamento. Para essa finalidade, poderá solicitar a assessoria do Comitê de Revisão, por intermédio do Diretor-Geral. A primeira dessas revisões deverá ter lugar dentro de um período de no máximo cinco anos a partir da entrada em vigor deste Regulamento.
3. A OMS periodicamente realizará estudos para revisar e avaliar o funcionamento do Anexo 2. A primeira dessas revisões deverá ter início não mais de um ano após a data de entrada em vigor deste Regulamento. Os resultados dessas revisões serão submetidos à consideração da Assembléia de Saúde, conforme apropriado.

### *Artigo 55 Emendas*

Qualquer Estado Parte ou o Diretor-Geral poderão propor emendas a este Regulamento. Tais propostas de emendas serão submetidas à consideração da Assembléia de Saúde.

O texto de qualquer proposta de emenda será comunicado a todos os Estados Partes pelo Diretor-Geral, com pelo menos quatro meses de antecedência em relação à Assembléia de Saúde a qual é proposta para consideração.

3. As emendas a este Regulamento, adotadas pela Assembléia de Saúde consoante este Artigo, entrarão em vigor para todos os Estados Partes nos mesmos termos, e estarão sujeitas aos mesmos direitos e obrigações, conforme as disposições do Artigo 22 da Constituição da OMS e dos Artigos 59 a 64 deste Regulamento.

### *Artigo 56 Solução de controvérsias*

Em caso de controvérsia entre dois ou mais Estados Partes quanto à interpretação ou aplicação deste Regulamento, os Estados Partes em questão deverão procurar, em primeira instância, resolver a controvérsia por meio de negociação ou qualquer outro meio pacífico de sua própria escolha, incluindo bons ofícios, mediação ou conciliação. O fracasso em chegar a um acordo não eximirá as partes em controvérsia da responsabilidade de continuar a procurar resolvê-la.

Caso a controvérsia não seja resolvida pelos meios descritos no parágrafo 1º deste Artigo, os Estados Partes envolvidos poderão concordar em referir a controvérsia ao Diretor-Geral, que envidará todos os esforços para resolvê-la.

Um Estado Parte poderá, a qualquer momento, declarar por escrito ao Diretor-Geral que aceita a arbitragem como recurso compulsório em relação a todos as con-

trovérias de que for parte, referentes à interpretação ou aplicação deste Regulamento ou a respeito de uma controvérsia específica em relação a qualquer outro Estado Parte que aceite a mesma obrigação. A arbitragem será realizada em conformidade com as Regras Opcionais do Tribunal Permanente de Arbitragem para a Arbitragem de Controvérsias entre Dois Estados que forem aplicáveis no momento em que for feita uma solicitação de arbitragem. Os Estados Partes que concordaram em aceitar a arbitragem como compulsória deverão aceitar a decisão arbitral como vinculante e final. O Diretor-Geral deverá informar a Assembléia de Saúde sobre tal ação, conforme apropriado.

Nada neste Regulamento deverá prejudicar os direitos de Estados Partes, nos termos de qualquer acordo internacional de que possam ser signatários, a recorrer aos mecanismos de solução de controvérsias de outras organizações intergovernamentais, ou estabelecidos nos termos de qualquer acordo internacional.

Em caso de um litígio entre a OMS e um ou mais Estados Partes referente à interpretação ou aplicação deste Regulamento, a questão será submetida à Assembléia de Saúde.

#### **Artigo 57** *Relação com outros acordos internacionais*

Os Estados Partes reconhecem que o RSI e outros acordos internacionais relevantes devem ser interpretados de modo a serem compatíveis. As disposições do RSI não afetarão os direitos e deveres de qualquer Estado Parte em decorrência de outros acordos internacionais.

2. Sujeito ao parágrafo 1º deste Artigo, nada neste Regulamento impedirá que Estados Partes que compartilham certos interesses, devido às suas condições de saúde, geográficas, sociais ou econômicas, celebrem tratados ou arranjos especiais, a fim de facilitar a aplicação deste Regulamento, e particularmente em relação:

- (a) ao intercâmbio rápido e direto de informações de saúde pública entre territórios vizinhos de diferentes Estados;
- (b) às medidas de saúde a serem aplicadas ao tráfego costeiro internacional e ao tráfego internacional em águas sob sua jurisdição;
- (c) às medidas de saúde a serem aplicadas em territórios contíguos de diferentes Estados ao longo de sua fronteira comum;
- (d) aos arranjos para o transporte de pessoas afetadas ou restos humanos afetados, por meios de transporte especialmente adaptados para essa finalidade; e
- (e) à desratização, desinsetização, desinfecção, descontaminação ou outro tratamento que vise a tornar mercadorias livres de agentes causadores de doenças.

3. Sem prejuízo de suas obrigações nos termos deste Regulamento, os Estados Partes



que pertençam a uma organização regional de integração econômica aplicarão em suas relações mútuas os preceitos comuns vigentes naquela organização regional de integração econômica.

**Artigo 58 Acordos e regulamentos sanitários internacionais**

1. Este Regulamento, sujeito às disposições do Artigo 62 e às exceções nele contidas, substituirá as disposições dos seguintes acordos e regulamentos sanitários internacionais entre os Estados vinculados por este Regulamento e entre tais Estados e a OMS:
  - (a) a Convenção Sanitária Internacional, assinada em Paris, em 21 de junho de 1926;
  - (b) a Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea, assinada em Haia, em 12 de abril de 1933;
  - (c) o Acordo Internacional para a Dispensa de Atestados de Saúde, assinado em Paris, em 22 de dezembro de 1934;
  - (d) o Acordo Internacional para a dispensa de Vistos Consulares em Atestados de Saúde, assinado em Paris, em 22 de dezembro de 1934;
  - (e) a Convenção modificando a Convenção Sanitária Internacional de 21 de junho de 1926, assinada em Paris, em 31 de outubro de 1938;
  - (f) a Convenção Sanitária Internacional de 1944, modificando a Convenção Sanitária Internacional de 21 de junho de 1926, aberta para assinaturas em Washington, em 15 de dezembro de 1944;
  - (g) a Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea de 1944, modificando a Convenção Sanitária Internacional de 12 de abril de 1933, aberta para assinaturas em Washington, em 15 de dezembro de 1944;
  - (h) o Protocolo de 23 de abril de 1946 para prorrogar a Convenção Sanitária Internacional de 1944, assinado em Washington;
  - (i) o Protocolo de 23 de abril de 1946 para prorrogar a Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea de 1944, assinado em Washington;
  - (j) o Regulamento Sanitário Internacional de 1951, e os Regulamentos Adicionais de 1955, 1956, 1960, 1963 e 1965; e
  - (k) o Regulamento Sanitário Internacional de 1969, e as emendas de 1973 e 1981.
2. O Código Sanitário Pan-Americano, assinado em Havana, em 14 de novembro de 1924, permanecerá em vigor, com exceção dos Artigos 2º, 9º, 10, 11, 16 a 53 inclusive, 61 e 62, aos quais se aplicará a parte relevante do parágrafo 1º deste Artigo.

**Artigo 59 Entrada em vigor; período para rejeição ou reservas**

O período previsto em cumprimento do Artigo 22 da Constituição da OMS para a rejeição ou apresentação de reservas a este Regulamento, ou a uma de suas emendas, será de 18 meses a partir da data da notificação pelo Diretor-Geral quanto à adoção deste Regulamento ou de uma emenda a este Regulamento feita pela Assembléia da Saúde. Qualquer rejeição ou reserva recebida pelo Diretor-Geral após o término desse período não terá nenhum efeito.

2. Este Regulamento entrará em vigor 24 meses após a data de notificação referida no parágrafo 1º deste Artigo, com exceção de:
  - (a) um Estado que tiver rejeitado este Regulamento ou uma de suas emendas, em conformidade com o Artigo 61;
  - (b) um Estado que tiver feito uma reserva, caso em que este Regulamento entrará em vigor conforme o disposto no Artigo 62;
  - (c) um Estado que vier a se tornar membro da OMS após a data da notificação pelo Diretor-Geral referida no parágrafo 1º deste Artigo, e que ainda não seja signatário deste Regulamento, caso em que este Regulamento entrará em vigor conforme o disposto no Artigo 60; e
  - (d) um Estado não-membro da OMS que aceite este Regulamento, caso em que o mesmo entrará em vigor em conformidade com o parágrafo 1º do Artigo 64.
3. Se algum Estado não for capaz de ajustar totalmente sua legislação nacional e regulamentos administrativos internos e este Regulamento no período estabelecido no parágrafo 2º deste Artigo, esse Estado apresentará, no período especificado no parágrafo 1º deste Artigo, uma declaração ao Diretor-Geral referente aos ajustes ainda pendentes, que deverá completar num período de no máximo até 12 meses após a entrada em vigor deste Regulamento para aquele Estado Parte.

**Artigo 60 Novos Estados Membros da OMS**

Qualquer Estado que vier a se tornar Membro da OMS após a data da notificação pelo Diretor-Geral referida no parágrafo 1º do Artigo 59, e que ainda não for signatário deste Regulamento, poderá comunicar sua rejeição ou qualquer reserva em relação a este Regulamento, num período de 12 meses a partir da data de sua notificação pelo Diretor-Geral após ter-se tornado Membro da OMS. A não ser que seja rejeitado, este Regulamento entrará em vigor em relação àquele Estado, sujeito às disposições dos Artigos 62 e 63, ao término daquele período. Em nenhuma hipótese este Regulamento entrará em vigor em relação àquele Estado antes de 24 meses após a data de notificação referida no parágrafo 1º do Artigo 59.

### **Artigo 61 Rejeição**

Caso um Estado notifique o Diretor-Geral quanto a sua rejeição deste Regulamento ou de uma de suas emendas no período previsto no parágrafo 1º do Artigo 59, este Regulamento ou as emendas pertinentes não entrarão em vigor em relação àquele Estado. Quaisquer acordos ou regulamentos sanitários internacionais listados no Artigo 58 de que esse Estado já seja signatário permanecerão em vigor, no que se referir àquele Estado.

### **Artigo 62 Reservas**

Os Estados poderão fazer reservas a este Regulamento, em conformidade com este Artigo. Tais reservas não poderão ser incompatíveis com o objeto e finalidade deste Regulamento.

As reservas a este Regulamento serão notificadas ao Diretor-Geral, em conformidade com o parágrafo 1º do Artigo 59, Artigo 60, parágrafo 1º do Artigo 63 ou parágrafo 1º do Artigo 64, conforme o caso. Um Estado não-Membro da OMS deverá notificar o Diretor-Geral de qualquer reserva por ocasião da notificação de aceitação deste Regulamento. Os Estados que formularem reservas deverá apresentar ao Diretor-Geral as razões para as reservas.

Uma rejeição parcial deste Regulamento será considerada como uma reserva.

4. O Diretor-Geral, em conformidade com o parágrafo 2º do Artigo 65, emitirá uma notificação referente a cada reserva recebida, consoante o parágrafo 2º deste Artigo. O Diretor-Geral deverá:
  - (a) se a reserva foi feita antes da entrada em vigor deste Regulamento, solicitar aos Estados Membros que não rejeitaram este Regulamento que o/a notifiquem, num prazo de seis meses, de qualquer objeção à reserva, ou
  - (b) se a reserva foi feita após a entrada em vigor deste Regulamento, solicitar aos Estados Partes que o/a notifiquem, num prazo de seis meses, de qualquer objeção à reserva.

Os Estados que fizerem objeções a uma reserva deverão apresentar ao Diretor-Geral as razões para tal objeção.

5. Após esse período, o Diretor-Geral notificará todos os Estados Partes das objeções que ele ou ela recebeu em relação às reservas. A não ser que, ao término de seis meses a partir da data da notificação referida no parágrafo 4º deste Artigo, um terço dos Estados referidos no parágrafo 4º deste Artigo fizerem objeção a uma reserva, tal reserva será considerada aceita, e este Regulamento entrará em vigor no Estado que fez a reserva, sujeito à reserva.
6. Caso pelo menos um terço dos Estados referidos no parágrafo 4º deste Artigo fizerem objeção à reserva, num prazo de seis meses a partir da data de notificação

referida no parágrafo 4º deste Artigo, o Diretor-Geral notificará o Estado que fez a reserva, com vistas a que considere a retirada dessa reserva num prazo de três meses a partir da data da notificação pelo Diretor-Geral.

7. O Estado que fez a reserva deverá continuar a cumprir quaisquer obrigações, correspondendo ao assunto da reserva, que o Estado tiver aceitado nos termos de qualquer um dos acordos ou regulamentos sanitários internacionais listados no Artigo 58.
8. Caso o Estado que fez a reserva não retirar a reserva num prazo de três meses a partir da data da notificação pelo Diretor-Geral referida no parágrafo 6º deste Artigo, o Diretor-Geral solicitará a opinião do Comitê de Revisão, se o Estado que fez a reserva assim o solicitar. O Comitê de Revisão deverá dar seu parecer ao Diretor-Geral, assim que possível e em conformidade com o Artigo 50, quanto ao impacto prático da reserva sobre a operação deste Regulamento.
9. O Diretor-Geral submeterá a reserva, e a opinião do Comitê de Revisão, se aplicável, à consideração da Assembléia de Saúde. Se a Assembléia de Saúde, por voto majoritário, objetar à reserva, com base no argumento de que a mesma é incompatível com o objeto e propósitos deste Regulamento, a reserva não será aceita e este Regulamento entrará em vigor no Estado que fez a reserva somente quando este retirar sua reserva, consoante o Artigo 63. Se a Assembléia de Saúde aceitar a reserva, este Regulamento entrará em vigor no Estado que fez a reserva, sujeito a essa reserva.

#### *Artigo 63 Retirada de rejeições e reservas*

1. Uma rejeição feita nos termos do Artigo 61 poderá ser retirada a qualquer momento por um Estado, por meio de uma notificação ao Diretor-Geral. Em tais casos, este Regulamento entrará em vigor em relação àquele Estado quando o Diretor-Geral receber essa notificação, exceto quando o Estado fizer uma reserva ao retirar sua rejeição, caso em que este Regulamento entrará em vigor conforme o disposto no Artigo 62. Em nenhum caso este Regulamento entrará em vigor em relação àquele Estado antes de 24 meses após a data de notificação referida no parágrafo 1º do Artigo 59.
2. O Estado Parte em questão poderá retirar qualquer reserva, total ou parcialmente, a qualquer momento, por meio de notificação ao Diretor-Geral. Em tais casos, a retirada será efetiva a partir da data de recebimento da notificação pelo Diretor-Geral.

#### *Artigo 64 Estados não-Membros da OMS*

Qualquer Estado não-membro da OMS, que seja signatário de qualquer um dos acordos ou regulamentos sanitários internacionais listados no Artigo 58, ou a quem o Diretor-Geral notificou a adoção desse Regulamento pela Assembléia Mundial de Saúde, poderá tornar-se signatário do Regulamento, notificando sua aceitação ao Diretor-Geral e, sujeito às disposições do Artigo 62, tal aceitação tornar-se-á efetiva na data de

entrada em vigor desse Regulamento, ou, se a aceitação for notificada após essa data, três meses após a data de recebimento da notificação da aceitação pelo Diretor-Geral.

Qualquer Estado-não membro da OMS que tiver se tornado signatário deste Regulamento poderá a qualquer momento retirar sua participação no mesmo, por meio de uma notificação endereçada ao Diretor-Geral, que entrará em vigor seis meses após seu recebimento pelo Diretor-Geral. A partir dessa data, o Estado que se retirou deste Regulamento deverá voltar a aplicar as disposições de quaisquer acordos ou regulamentos sanitários internacionais listados no Artigo 58 do qual era anteriormente signatário.

#### ***Artigo 65 Notificações do Diretor-Geral***

O Diretor-Geral notificará a adoção deste Regulamento pela Assembléia de Saúde a todos os Estados Membros e Membros Associados da OMS, e também a outros signatários de quaisquer acordos ou regulamentos sanitários internacionais listados no Artigo 58.

O Diretor-Geral também notificará esses Estados, assim como quaisquer outros Estados que tiverem se tornado signatários deste Regulamento ou de qualquer uma de suas emendas, de qualquer notificação recebida pela OMS, nos termos dos Artigos 60 a 64 respectivamente, bem como de quaisquer decisões tomadas pela Assembléia de Saúde, nos termos do Artigo 62.

#### ***Artigo 66 Textos autênticos***

1. As versões do texto deste Regulamento em árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo serão igualmente autênticos. Os textos originais deste Regulamento serão depositados junto à OMS.
2. O Diretor-Geral enviará, junto com a notificação prevista pelo no parágrafo 1 do Artigo 59, cópias autenticadas deste Regulamento a todos os Membros e Membros Associados, assim como a outros signatários de quaisquer dos acordos ou regulamentos sanitários internacionais listados no Artigo 58.
3. Quando da entrada em vigor deste Regulamento, o Diretor-Geral entregará cópias autenticadas do mesmo ao Secretário-Geral das Nações Unidas, para que seja registrado, em conformidade com o Artigo 102 da Carta das Nações Unidas.

## ANEXO 1

### A. CAPACIDADE BÁSICA NECESSÁRIA PARA VIGILÂNCIA E DE RESPOSTA

1. Os Estados Partes utilizarão as estruturas e os recursos nacionais existentes para satisfazer às exigências de capacidades básicas, nos termos desse Regulamento, inclusive relativas a:
  - (a) suas atividades de vigilância, informes, notificação, verificação, resposta e de colaboração que lhe competem; e
  - (b) suas atividades referentes a portos, aeroportos e passagens de fronteira terrestre designados.
2. Cada Estado Parte avaliará, no período de dois anos após a entrada em vigor desse Regulamento para aquele Estado, a capacidade das estruturas e recursos nacionais existentes de satisfazer às exigências mínimas descritas neste Anexo. Como resultado dessa avaliação, os Estados Partes desenvolverão e implementarão planos de ação, a fim de garantir que tais capacidades mínimas estejam presentes e funcionando em todo o seu território, conforme estabelecido no parágrafo 1º do Artigo 5º e no parágrafo 1º do Artigo 13.

Os Estados Partes e a OMS apoiarão processos de avaliação, planejamento e implementação, nos termos deste Anexo.

No nível da comunidade local e/ou nível primário de resposta em saúde pública

Capacidades para:

- (a) detectar eventos que apresentem níveis de doença ou óbito acima dos esperados para aquele dado tempo e local, em todo território do Estado Parte; e
  - (b) repassar imediatamente todas as informações essenciais disponíveis ao nível apropriado de resposta de atenção à saúde. No nível comunitário, a notificação será feita às instituições locais de atenção à saúde ou aos profissionais de saúde apropriados. No nível primário de resposta em saúde pública, a notificação será feita aos níveis intermediário ou nacional de resposta, dependendo das estruturas organizacionais. Para os fins deste Anexo, informações essenciais incluem as seguintes: descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipo de risco, número de casos humanos e óbitos, condições que afetem a propagação da doença e as medidas de saúde empregadas; e
  - (c) implementar imediatamente medidas preliminares de controle.
5. Nos níveis intermediários de resposta em saúde pública

Capacidades para:

(a) confirmar a situação dos eventos notificados e apoiar ou implementar medidas adicionais de controle; e

(b) avaliar imediatamente o evento notificado e, se considerado urgente, repassar todas as informações essenciais ao nível nacional. Para os fins deste Anexo, os critérios de urgência incluem impacto grave sobre a saúde pública e/ou natureza incomum ou inesperada, com alto potencial de propagação.

6. No nível nacional

Avaliação e notificação. Capacidades para:

(a) avaliar todas as informações de eventos urgentes num prazo máximo de 48 horas; e

(b) notificar imediatamente à OMS, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI, quando a avaliação indicar que o evento é de notificação compulsória, consoante o parágrafo 1º do Artigo 6º e o Anexo 2, e informar a OMS conforme exigido consoante as disposições do Artigo 7º e do parágrafo 2º do Artigo 9º.

Resposta de saúde pública. Capacidades para:

(a) determinar rapidamente as medidas de controle necessárias para evitar a propagação nacional e internacional;

(b) prestar apoio, por meio de pessoal especializado, análise laboratorial de amostras (nacionalmente ou por meio de centros colaboradores) e assistência logística (por exemplo, equipamentos, material de consumo e transporte);

(c) prestar assistência no local, conforme necessário, para complementar as investigações locais;

(d) fornecer um elo operacional direto com as autoridades superiores de saúde e de outras áreas, a fim de aprovar rapidamente e implementar medidas de contenção e controle;

(e) fornecer ligação direta com outros Ministérios relevantes;

(f) fornecer, pelos meios de comunicação mais eficientes disponíveis, ligações com hospitais, clínicas, portos, aeroportos, passagens de fronteiras terrestres, laboratórios e outras áreas operacionais chave para a disseminação de informações e recomendações recebidas da OMS referentes a eventos no território do Estado Parte e nos territórios de outros Estados Partes;

(g) estabelecer, operar e manter um plano nacional de resposta a emergências de saúde pública, incluindo a criação de equipes multidisciplinares/multisetoriais para responder a eventos que possam constituir emergências de saúde pública de impor-

tância internacional; e

(h) fornecer todas as capacidades acima durante 24 horas por dia.

## **B. CAPACIDADE BÁSICA NECESSÁRIA PARA PORTOS, AEROPORTOS, E PASSAGENS DE FRONTEIRAS TERRESTRES DESIGNADAS**

### 1. Em todos os momentos

Capacidades para:

- (a) fornecer acesso a (i) um serviço médico apropriado, que disponha de meios de diagnóstico, localizado de maneira a permitir a pronta avaliação e cuidados aos viajantes doentes, e (ii) funcionários, equipamentos e instalações adequados;
- (b) fornecer acesso a equipamentos e pessoal para o transporte de viajantes doentes até um serviço médico apropriado;
- (c) fornecer pessoal treinado para a inspeção de meios de transporte;
- (d) garantir um ambiente seguro para viajantes utilizando as instalações do ponto de entrada, incluindo suprimento de água potável, estabelecimentos para refeições, serviços de comissaria aérea, banheiros públicos, serviços adequados para a disposição final de resíduos sólidos ou líquidos, e outras áreas de risco potencial, por meio da realização de programas de inspeção, conforme apropriado; e
- (e) fornecer, na medida do possível, um programa e pessoal treinado para o controle de vetores e reservatórios nos pontos de entrada ou em suas proximidades.

### 2. Para responder a eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional

Capacidades para:

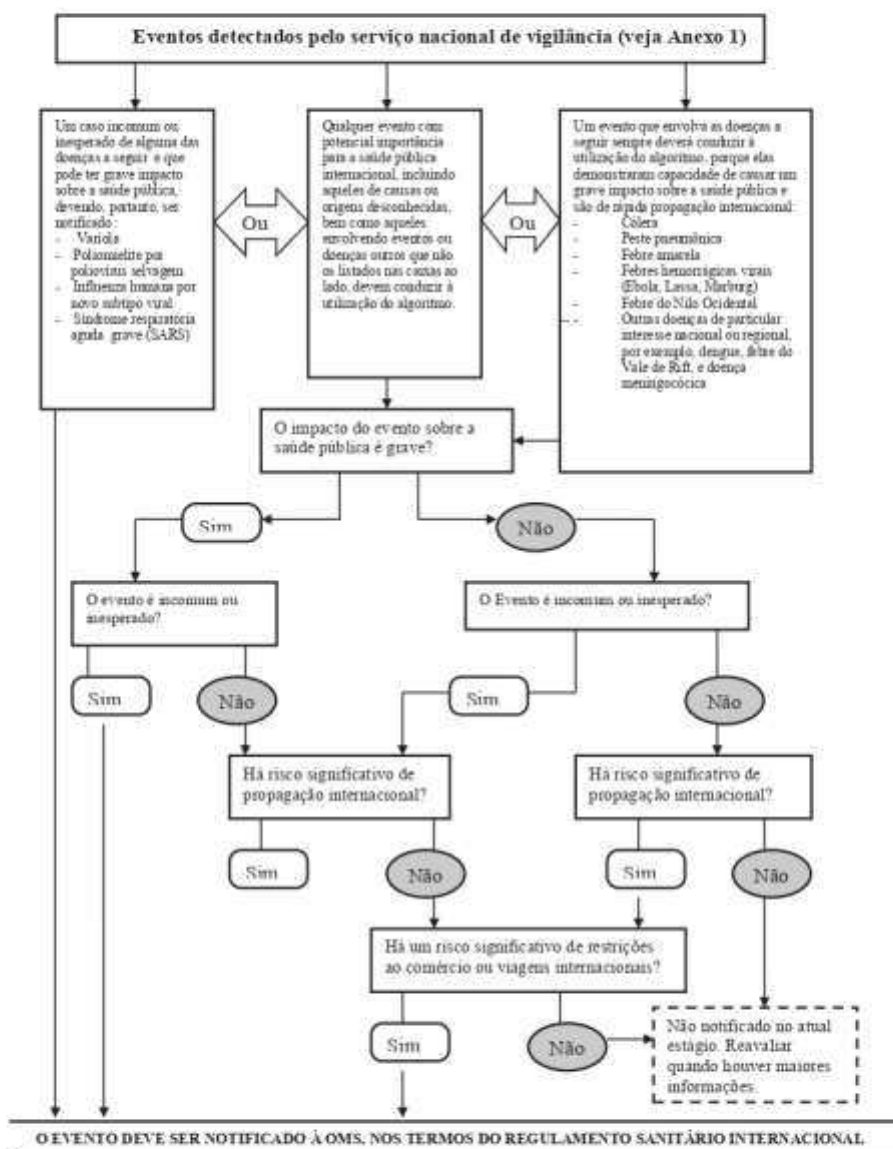
- (a) fornecer uma resposta apropriada a emergências de saúde pública, estabelecendo e mantendo um plano de contingência para emergências de saúde pública, incluindo a nomeação de um coordenador e de pontos de contato nos pontos de entrada, nas agências de saúde pública e em outros órgãos e serviços relevantes;
- (b) fornecer avaliação e assistência a viajantes ou animais afetados, por meio do estabelecimento de acordos com serviços médicos e veterinários locais para seu isolamento, tratamento e outros serviços de apoio que possam ser necessários;
- (c) fornecer um espaço adequado, separado de outros viajantes, para entrevistar pessoas suspeitas ou afetadas;

**60** REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL • RSI – 2005



- (d) garantir a avaliação e, se necessário, a quarentena de viajantes suspeitos, de preferência em instalações distantes do ponto de entrada;
- (e) aplicar as medidas recomendadas para a desinsetização, desratização, desinfecção, descontaminação ou o tratamento, por qualquer outro modo, de bagagens, carga, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais, quando apropriado, em locais especialmente designados e equipados para esse fim;
- (f) aplicar controles de entrada ou de saída para viajantes chegando ou deixando o país; e
- (g) fornecer acesso a equipamentos especialmente designados, e a pessoal treinado com proteção pessoal adequada, para a transferência de viajantes que possam estar contaminados ou serem portadores de infecção.

**ANEXO 2**  
**INSTRUMENTO DE DECISÃO PARA A AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO**  
**DOS EVENTOS QUE POSSAM CONSTITUIR EMERGÊNCIAS DE SAÚDE**  
**PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL**



## EXEMPLOS PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE DECISÃO PARA AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS QUE POSSAM CONSTITUIR EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL

Os exemplos neste Anexo não são vinculantes, e são apresentados a título indicativo, com o objetivo de auxiliar na interpretação dos critérios do instrumento de decisão.

### O EVENTO SATISFAZ A PELO MENOS DOIS DOS SEGUINTE CRITÉRIOS?

<b>I. O impacto do evento sobre a saúde pública é grave?</b>	
<b>O impacto do evento sobre a saúde pública é grave?</b>	1. <i>O número de casos e/ou o número de óbitos para esse tipo de evento é alto para aquela local, tempo ou população determinados?</i>
	2. <i>O evento tem potencial para causar um grande impacto sobre a saúde pública?</i>
	<p>APRESENTAMOS, A SEGUIR, EXEMPLOS DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE CONTRIBUEM PARA QUE O IMPACTO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA SEJA GRANDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <input type="checkbox"/> Evento causado por um agente patogênico com alto potencial de causar epidemias (patogenicidade do agente, alta letalidade, múltiplas vias de transmissão ou portadores sãos).</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> Indicação de fracasso terapêutico (resistência a antibióticos nova ou emergente, ineficácia da vacina, resistência ou ineficácia de antídotos).</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> O evento representa um risco significativo para a saúde pública, ainda que nenhum ou poucos casos humanos tenham sido identificados.</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> Relato de casos entre profissionais de saúde.</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> A população de risco é especialmente vulnerável (refugiados, baixo nível de imunização, crianças, idosos, baixa imunidade, desnutridos, etc.).</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> Fatores concomitantes que possam impedir ou retardar a resposta de saúde pública (catástrofes naturais, conflitos armados, condições meteorológicas desfavoráveis, múltiplos focos no Estado Parte).</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> Evento em área de alta densidade populacional.</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> Propagação de materiais tóxicos, infecciosos ou de por alguma outra razão perigosos, de origem natural ou não, que tenham contaminado ou tenham o potencial de contaminar uma população e/ou uma grande área geográfica.</li> </ul>
3. <i>É necessária assistência externa para detectar, investigar, responder e controlar o evento atual ou evitar novos casos?</i>	
	<p>APRESENTAMOS A SEGUIR EXEMPLOS DE SITUAÇÕES EM QUE A ASSISTÊNCIA PODE SER NECESSÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <input type="checkbox"/> Recursos humanos, financeiros, materiais ou técnicos inadequados – em particular: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacidade laboratorial ou epidemiológica insuficiente para investigar o evento (equipamento, pessoal, recursos financeiros)</li> <li>– Antídotos, medicamentos e/ou vacinas e/ou equipamento de proteção, equipamento de descontaminação ou equipamento de apoio insuficientes para atender às necessidades estimadas</li> <li>– Sistema de vigilância existente inadequado para a detectar casos novos rapidamente</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>O IMPACTO DO EVENTO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA É GRAVE?</b>  <b>Responda "sim" caso você tiver respondido "sim" às questões 1, 2 ou 3 acima.</b></p>

O evento é incomum ou inesperado?	<b>II. O evento é incomum ou inesperado?</b>
	<p>4. <i>O evento é incomum?</i></p> <p>APRESENTAMOS, A SEGUIR, EXEMPLOS DE EVENTOS INCOMUNS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O evento é causado por um agente desconhecido, ou a fonte, veículo ou via de transmissão são incomuns ou desconhecidos.</li> <li>✓ A evolução dos casos é mais severa do que o esperado (incluindo morbidade ou mortalidade) ou os sintomas apresentados são incomuns.</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> A ocorrência do evento em si é incomum para a região, estação ou população.</li> </ul> <p>5. <i>O evento é inesperado sob a perspectiva de saúde pública?</i></p> <p>APRESENTAMOS, A SEGUIR, EXEMPLOS DE EVENTOS INESPERADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <input type="checkbox"/> Evento causado por uma doença ou agente que já tenha sido eliminado ou erradicado do Estado Parte ou que não tenha sido notificado anteriormente.</li> </ul> <p><b>O EVENTO É INCOMUM OU INESPERADO? ~</b>  <b>Responda "sim" caso você tiver respondido "sim" às perguntas 4 ou 5 acima.</b></p>
Há um risco significativo de propagação internacional?	<b>III. Há risco significativo de propagação internacional?</b>
	<p>6. <i>Há evidências de correlação epidemiológica com eventos similares em outros Estados?</i></p> <p>7. <i>Existe algum fator que deva alertar sobre potencial deslocamento transfronteiriço do agente, veículo ou hospedeiro?</i></p> <p>APRESENTAMOS, A SEGUIR, EXEMPLOS DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE PODEM PREDISPOR À PROPAGAÇÃO INTERNACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quando houver evidências de propagação local, um caso índice (ou outros casos relacionados) com antecedente, no mês anterior, de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– viagem internacional (ou o tempo equivalente ao período de incubação, caso o agente patogênico for conhecido)</li> <li>– participação em encontro internacional (peregrinação, evento esportivo, conferência, etc.)</li> <li>– contato próximo com viajante internacional ou com população altamente móvel.</li> </ul> </li> <li>✓ Evento causado por uma contaminação ambiental com potencial de propagação através de fronteiras internacionais.</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> Evento em área de tráfego internacional intenso, com capacidade limitada de controle sanitário, de detecção ambiental ou de descontaminação.</li> </ul> <p><b>HÁ RISCO SIGNIFICATIVO DE PROPAGAÇÃO INTERNACIONAL?</b>  <b>Responda "sim" caso você tiver respondido "sim" às perguntas 6 ou 7 acima.</b></p>

<b>Risco de restrições internacionais?</b>	<b>IV. Há risco significativo de restrições ao comércio ou viagens internacionais?</b>
	8. <i>Eventos similares no passado resultaram em restrições internacionais ao comércio e/ou viagens?</i>
	9. <i>Sabe-se ou suspeita-se que a fonte seja um produto alimentar, água ou qualquer outra mercadoria que possa estar contaminada e que tenha sido exportada para outros Estados ou importada de outros Estados?</i>
	10. <i>O evento ocorreu em associação com um encontro internacional ou em área de intenso turismo internacional?</i>
	11. <i>O evento gerou pedidos de maiores informações por parte de autoridades estrangeiras ou meios de comunicação internacionais?</i>
	<b>HÁ RISCO SIGNIFICATIVO DE RESTRIÇÕES AO COMÉRCIO OU VIAGENS INTERNACIONAIS?</b> Responda “sim” caso tiver respondido “sim” às perguntas 8, 9, 10 ou 11 acima.

Os Estados Partes que tiverem respondido “sim” à pergunta sobre se o evento satisfaz a dois dos quatro critérios (I-IV) acima deverão notificar a OMS, nos termos do Artigo 6 do Regulamento Sanitário Internacional.

**ANEXO 3**  
**MODELO DE CERTIFICADO DE DISPENSA DE CONTROLE SANITÁRIO DA EMBARCAÇÃO/CERTIFICADO DE CONTROLE SANITÁRIO DA EMBARCAÇÃO**

Nome do navio ou barco de navegação ..... Porto de ..... Data: .....

O presente Certificado registra a inspeção e 1) dispensa do controle ou 2) medidas de controle aplicadas  
No momento da inspeção os porões estavam vazios/carregados com ..... Matrícula/Nº OMI: .....

Bandeira: ..... toneladas de ..... carga.

**Certificado de Dispensa de Controle Sanitário da Embarcação**

Áreas, [sistemas e serviços] examinados	Evidências encontradas <sup>1</sup>	Resultados de amostras <sup>2</sup>	Documentos examinados
Cozinha			Diário médico
Deposito			Diário de bordo
Porão(s)/carga			Outro
Alojamentos:			
- tripulação			
- oficiais			
- passageiros			
- coxês			
Água potável			
Águas servidas			
Tanques de Lastro			
Lixo sólido e hospitalar			
Água parada			
Sala de máquinas			
Instalações médicas			
Veja no anexo outras áreas especificadas			
Assinale as áreas não aplicáveis com N/A.			

Nenhuma evidência encontrada. A embarcação está dispensada de medidas de controle.

**Certificado de Controle Sanitário da Embarcação**

Medidas de controle aplicadas	Data de reinspeção	Comentários sobre as condições encontradas

Medidas de ..... controle indicadas foram aplicadas na data abaixo:

Nome e título do funcionário emissor: ..... Assinatura e carimbo ..... Data: .....

1 (a) Evidências de infecção ou contaminação, incluindo: vetores em todos os estágios de crescimento; reservatórios animais para vetores; roedores ou outras espécies que possam veicular doença humana, riscos químicos, microbiológicos ou de outros tipos para a saúde humana; sinais de medidas sanitárias inadequadas. (b) Informações referentes a qualquer caso humano (a serem incluídas na Declaração Marítima de Saúde).

2 Resultados de amostras coletadas a bordo. As análises devem ser fornecidas ao capitão do navio pelos meios mais rápidos e, caso seja necessária reinspeção, ao próximo porto de escala que convenha e coincida com a data de reinspeção especificada no presente certificado.

O Certificado de Dispensa do Controle Sanitário e o Certificado de Controle Sanitário são válidos por, no máximo, seis meses, prorrogáveis por um mês caso não seja possível realizar a inspeção naquele porto e não haja evidência de infecção ou contaminação.

ANEXO AO MODELO DE CERTIFICADO DE DISPENSA DE CONTROLE SANITÁRIO DA EMBARCAÇÃO/CERTIFICADO DE CONTROLE SANITÁRIO DA EMBARCAÇÃO

Áreas/instalações/sistemas inspecionados	Evidências encontradas	Resultados de amostras	Documentos examinados	Medidas de controle aplicadas	Data de reinspeção	Comentários sobre as condições encontradas
Alimentos						
Origem						
Armazenamento						
Preparo						
Serviço						
Água						
Fonte						
Armazenamento						
Distribuição						
Lixo						
manuseio						
Tratamento						
Disposição						
Piscinas/spas						
Equipamento						
Funcionamento						
Instalações médicas						
Equipamento e aparelhagem médica						
Funcionamento						
Medicamentos						
Outras áreas inspecionadas						

*Indique quando as áreas listadas não são aplicáveis, assinalando N/A.*

Anexo A/HR/GWG/3

**ANEXO 4**  
**EXIGÊNCIAS TÉCNICAS REFERENTES A MEIOS DE TRANSPORTE E**  
**OPERADORES DE MEIOS DE TRANSPORTE**

*Seção A. Operadores de meios de transporte*

1. Os operadores de meios de transporte deverão facilitar:
  - (a) as inspeções da carga, contêineres e meios de transporte;
  - (b) os exames médicos das pessoas a bordo;
  - (c) a aplicação de outras medidas de saúde, nos termos do presente Regulamento; e
  - (d) o fornecimento de informações de saúde pública relevantes solicitadas pelo Estado Parte.
2. Os operadores de meios de transporte deverão fornecer à autoridade competente um Certificado de Dispensa de Controle Sanitário da Embarcação ou um Certificado de Controle Sanitário da Embarcação, ou uma Declaração Marítima de Saúde, ou a Parte de Saúde de uma Declaração Geral de Aeronave, válidos, conforme exigido nos termos do presente Regulamento.

*Seção B. Meios de transporte*

1. As medidas de controle aplicadas a bagagem, carga, contêineres, meios de transporte e mercadorias nos termos do presente Regulamento serão aplicadas de maneira a evitar, na medida do possível, dano ou incômodo a pessoas ou dano a bagagem, carga, contêineres, meios de transporte e mercadorias. Sempre que possível e apropriado, as medidas de controle deverão ser aplicadas quando os meios de transporte e os porões estiverem vazios.
2. Os Estados Partes deverão indicar, por escrito, as medidas aplicadas a carga, contêineres ou meios de transporte; as partes tratadas; os métodos utilizados; e as razões para sua aplicação. Essas informações serão fornecidas, por escrito, ao responsável pela aeronave e, no caso de uma embarcação, no Certificado de Controle Sanitário da Embarcação. Em se tratando de outros tipos de carga, contêineres ou, os meios de transporte os Estados Partes deverão emitir essas informações, por escrito, a consignantes, consignados, transportadores, responsáveis pelo meio de transporte ou seus respectivos agentes.



## ANEXO 5

### MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

1. A OMS publicará, regularmente, uma lista das áreas que são objeto de recomendação de desinsetização ou de outras medidas de controle vetorial para meios de transporte provenientes dessas áreas. A definição de tais áreas será feita consoante os procedimentos referentes a recomendações temporárias ou permanentes, conforme adequado.
2. Todos os meios de transporte partindo de um ponto de entrada situado numa área que seja objeto de recomendação de controle vetorial devem ser desinsetizados e mantidos livres de vetores. Quando houver uma recomendação da Organização quanto a métodos e materiais para tais procedimentos, esses devem ser utilizados. A presença de vetores a bordo de meios de transporte e as medidas de controle usadas para erradicá-los devem ser relatadas:
  - (a) no caso de aeronaves, na Parte de Saúde da Declaração Geral de Aeronave, a não ser que essa parte da Declaração seja dispensada pela autoridade competente no aeroporto de chegada;
  - (b) no caso de navios, no Certificado de Controle Sanitário da Embarcação; e
  - (c) no caso de outros meios de transporte, numa prova escrita do tratamento, emitida ao consignante, consignado, transportador, responsável pelo meio de transporte ou seus respectivos agentes.
3. Os Estados Partes deverão aceitar a desinsetização, desratização e outras medidas de controle dos meios de transporte aplicadas por outros Estados, caso tiverem sido aplicados os métodos e materiais aconselhados pela Organização.
4. Os Estados Partes deverão estabelecer programas de controle de vetores de agentes infecciosos que constituam risco à saúde pública até uma distância mínima de 400 metros das áreas de instalações dos pontos de entrada que são utilizadas para operações envolvendo viajantes, meios de transporte, contêineres, carga e encomendas postais, aumentando-se a distância mínima caso tratar-se de vetores com um raio de alcance maior.
5. Caso seja necessária uma inspeção de seguimento para determinar o sucesso das medidas de controle vetorial aplicadas, as autoridades competentes, na próxima escala portuária ou aeroportuária conhecida, que disponham de capacidade para realizar tal inspeção deverão ser informadas pela autoridade competente que sugere esse seguimento com antecedência. No caso de navios, esse fato deve ser assinalado no Certificado de controle sanitário da Embarcação.
6. Um meio de transporte poderá ser considerado suspeito e deverá ser inspecionado à procura de vetores e reservatórios, se:
  - (a) houver um possível caso de doença transmitida por vetores a bordo;

- (b) durante uma viagem internacional, tiver ocorrido um possível caso de doença transmitida por vetores a bordo; ou o intervalo de tempo transcorrido desde a sua saída de uma área afetada permite que vetores a bordo ainda possam transmitir a doença.

Um Estado Parte não proibirá a aterrissagem de uma aeronave ou a ancoragem de um navio em seu território caso tenham sido aplicadas as medidas de controle determinadas no parágrafo 3º deste Anexo ou de outra forma recomendadas pela Organização. Entretanto, pode-se determinar que aeronaves ou navios provenientes de uma área afetada aterrissem em aeroportos ou dirijam-se para outro porto designados pelo Estado Parte para essa finalidade.

Um Estado Parte poderá aplicar medidas de controle vetorial a um meio de transporte proveniente de uma área afetada por doença transmitida por vetor, caso os vetores para a mencionada doença estiverem presentes em seu território.

## ANEXO 6

### VACINAÇÃO, PROFILAXIA E RESPECTIVOS CERTIFICADOS

1. As vacinas ou outras medidas de profilaxia especificados no Anexo 7 ou recomendados nos termos desse Regulamento deverão ser de qualidade adequada; as vacinas e profilaxia designadas pela OMS estarão sujeitas à aprovação da mesma. Quando solicitado, o Estado Parte deverá fornecer à OMS evidências apropriadas da adequação das vacinas e profilaxia administradas em seu território, nos termos desse Regulamento.
2. As pessoas que forem vacinadas ou receberem outro tipo de profilaxia nos termos deste Regulamento deverão receber um certificado internacional de vacinação ou profilaxia (doravante denominado o "certificado"), no formato especificado neste Anexo. Não será permitido nenhuma alteração em relação ao modelo de certificado reproduzido nesse Anexo.
3. Os certificados expedidos segundo os termos deste Anexo somente serão válidos quando a vacina ou profilaxia utilizada for aprovada pela OMS.
4. Os certificados devem ser assinados à mão pelo clínico que supervisione a administração da vacina ou profilaxia, que deverá ser um médico ou outro profissional de saúde autorizado. O certificado também deve conter o carimbo oficial do centro de vacinação; entretanto, esse carimbo não será aceito em substituição à assinatura.
5. Os certificados deverão ser totalmente preenchidos em inglês ou francês, podendo ser preenchidos, adicionalmente, numa terceira língua, além de inglês ou francês.
6. Qualquer alteração ou rasura no certificado ou a omissão de preenchimento de qualquer uma de suas partes poderá torná-lo inválido.
7. Os certificados são individuais e não devem, em nenhuma circunstância, ser usados coletivamente. Devem ser emitidos certificados em separado para crianças.
8. Quando a criança não for capaz de escrever, o pai, mãe ou tutor legal deverá assinar o certificado. A assinatura de um analfabeto deverá ser feita da maneira usual, com a marca da pessoa e a indicação, feita por um terceiro, de que aquela é a marca da pessoa em questão.
9. Caso o supervisor clínico julgue que a vacinação ou profilaxia está contra-indicada por razões médicas, ele(a) deverá fornecer à pessoa uma declaração, por escrito, em inglês ou francês e, quando apropriado, numa terceira língua além do francês ou inglês, que fundamente essa opinião, a ser considerada pelas autoridades competentes na chegada. O supervisor clínico e as autoridades competentes deverão informar tais pessoas sobre os riscos associados à não-vacinação e ao não-uso de profilaxia em conformidade com o parágrafo 4 do Artigo 23.
10. Será aceito um documento equivalente, emitido pelas Forças Armadas a um de seus membros ativos, em lugar de um certificado internacional no formato apre-

sentado neste Anexo, caso o documento:

- (a) contenha informações médicas equivalentes às exigidas nesse formulário;  
e
- (b) contenha uma declaração em inglês ou em francês, e quando apropriado num terceiro idioma além de inglês ou francês, registrando a natureza e a data da vacinação ou profilaxia, e que o documento tenha sido emitido em conformidade com este parágrafo.

### MODELO DE CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACINAÇÃO OU PROFILAXIA

Certifica-se que [nome] .....  
 data de nascimento ..... sexo.....  
 nacionalidade..... registro nacional de identificação,  
 se aplicável .....cuja assinatura segue .....  
 foi vacinado(a) ou recebeu profilaxia, na data indicada, contra: (nome da doença ou  
 agravo) ..... em conformidade com o Regulamento Sanitário  
 Internacional

Vacina ou profilaxia	Data	Assinatura e condição profissional do supervisor clínico	Origem e número do lote da vacina ou profilaxia	Validade do certificado de ... até .....	Carimbo oficial do centro de vacinação
1.					
2.					

Este certificado só é válido quando a vacina ou profilaxia usada for aprovada pela Organização Mundial da Saúde.

Este certificado deve ser assinado à mão pelo clínico, que deverá ser um médico ou outro profissional de saúde autorizado que supervisione a administração da vacina ou profilaxia. O certificado também deve conter o carimbo oficial do centro de vacinação; entretanto, ele não será aceito como substituto para a assinatura.

Qualquer alteração rasura, ou falta de preenchimento de algum item do certificado alterará sua validade.

A validade deste certificado se estenderá até a data indicada para a vacinação ou profilaxia particular. O certificado deverá ser totalmente preenchido em inglês ou francês. O certificado poderá ser preenchido, adicionalmente, no mesmo documento, numa terceira língua, além de inglês ou francês.

**ANEXO 7**  
**EXIGÊNCIAS RELATIVAS À VACINAÇÃO OU À**  
**PROFILAXIA PARA DOENÇAS ESPECÍFICAS**

1. Além das recomendações relativas à vacinação ou à profilaxia, poderá ser exigida como condição para a entrada de um viajante em um Estado Parte, nos termos deste Regulamento, prova de vacinação ou de profilaxia contra as seguintes doenças:

Vacinação contra a febre amarela.

2. Recomendações e exigências referentes à vacinação contra febre amarela:

(a) Para os fins deste Anexo:

- (i) o período de incubação da febre amarela é de seis dias;
- (ii) as vacinas contra febre amarela aprovadas pela OMS conferem proteção contra a infecção a partir de 10 dias após a administração da vacina;
- (iii) essa proteção se mantém por 10 anos; e
- (iv) a validade de um certificado de vacinação contra a febre amarela será de 10 anos, com início 10 dias após a data de vacinação ou, no caso de uma revacinação dentro desse período de 10 anos, à partir da data dessa revacinação.

(b) A vacinação contra a febre amarela pode ser exigida de qualquer viajante deixando uma área onde a Organização tenha determinado a existência de risco de transmissão de febre amarela.

(c) Se um viajante estiver de posse de um certificado de vacinação contra a febre amarela ainda não válido, o viajante poderá ter autorização para viajar, mas os dispositivos do parágrafo 2(h) do presente Anexo poderão ser aplicados à sua chegada.

(d) Um viajante de posse de um certificado válido de vacinação contra a febre amarela não deverá ser tratado como suspeito, ainda que proceda de uma área onde a Organização tenha determinado haver risco de transmissão de febre amarela.

(e) Em conformidade com o parágrafo 1 do Anexo 6, a vacina de febre amarela utilizada tem que ser aprovada pela Organização.

(f) Os Estados Partes designarão centros específicos de vacinação contra a febre amarela em seus territórios, a fim de garantir a qualidade e segurança dos procedimentos e dos materiais utilizados.

**74** REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL • RSI – 2005

- (g) Todas as pessoas empregadas em pontos de entrada situados em uma área onde a Organização determinou haver risco de transmissão de febre amarela, assim como todos os membros da tripulação de um meio de transporte que utilize esse ponto de entrada, devem estar de posse de um certificado válido de vacinação contra a febre amarela.
- (h) Um Estado Parte em cujo território exista o vetor da febre amarela pode exigir que um viajante proveniente de uma área na qual a Organização determinou haver risco de transmissão de febre amarela e que não apresente um certificado válido de vacinação contra a febre amarela, fique em quarentena até que o certificado se torne válido ou por um período de até seis dias, contados a partir da data da última exposição possível à infecção, o que for mais curto.
- (i) Viajantes que possuem uma dispensa de vacinação contra a febre amarela, assinada por uma autoridade médica autorizada ou um profissional de saúde autorizado, podem, apesar disso, receber permissão de entrada, sujeita às disposições do parágrafo anterior do presente Anexo e ao recebimento de informações referentes à proteção contra os vetores da febre amarela. Caso os viajantes não sejam colocados em quarentena, pode-se exigir que os mesmos notifiquem qualquer sintoma, febril ou de outra ordem, às autoridades competentes e que sejam colocados sob vigilância.

## ANEXO 8

## MODELO DA DECLARAÇÃO MARÍTIMA DE SAÚDE

A ser preenchida e apresentada às autoridades competentes pelos capitães de navios procedentes de portos estrangeiros.

Apresentada no porto de.....Data .....

Nome do navio ou barco de navegação interior.....

Matrícula/Nº OMI.....Procedência .....

Destino .....

(Nacionalidade) (Bandeira do navio) .....

Nome do capitão .....

Tonelagem bruta (embarcação marítima) .....

Tonelagem (embarcação de navegação interior).....

Certificado de Dispensa de Controle Sanitário/Certificado de Controle Sanitário válido presente a bordo? sim.....não.....Emitido em.....Data .....

Há necessidade de reinspeção? sim.....não.....

A embarcação esteve em alguma área identificada como afetada pela Organização Mundial da Saúde? sim.....não.....

Porto e data da estadia .....

Liste os portos onde fez escalas desde o início da viagem, com as datas de partida, ou nos últimos 30 dias, o período mais curto .....

Caso solicitado pelas autoridades competentes no porto de chegada, liste os tripulantes, passageiros ou outras pessoas que tenham embarcado desde o início da viagem internacional ou nos últimos trinta dias, o período mais curto, incluindo todos os portos/países visitados nesse período (se necessário, acrescente mais nomes à lista em anexo):

(1) Nome.....embarcado desde: (1).....(2).....(3).....

(2) Nome.....embarcado desde: (1).....(2).....(3).....

(3) Nome.....embarcado desde: (1).....(2).....(3).....

Número de tripulantes a bordo.....

Número de passageiros a bordo .....



### Questionário de saúde

(1) Houve algum óbito de pessoa a bordo durante a viagem, que não em decorrência de um acidente? sim .... não .....

Em caso afirmativo, informe os detalhes no formulário em anexo. Número total de óbitos .....

(2) Durante a viagem internacional, há ou houve a bordo algum caso de doença que você suspeite ser de natureza infecciosa? sim..... não..... Em caso afirmativo, informe os detalhes no formulário em anexo.

(3) O número total de passageiros doentes durante a viagem foi maior do que o normal/esperado? sim.... não.... Quantas pessoas doentes? .....

(4) Há alguma pessoa doente a bordo neste momento? sim..... não..... Em caso afirmativo, informe os detalhes no formulário em anexo.

(5) Foi consultado um médico? sim..... não..... Em caso afirmativo, informe os detalhes das orientações ou tratamento médico prestado no formulário em anexo.

(6) Você está ciente de qualquer condição a bordo que possa levar à infecção ou à propagação de doenças? sim..... não..... Em caso afirmativo, informe os detalhes no formulário em anexo.

(7) Foi aplicada alguma medida sanitária a bordo (por exemplo, quarentena, isolamento, desinfecção ou descontaminação)? sim ..... não.....

Em caso afirmativo, especifique o tipo, local e data .....

(8) Foi encontrado algum clandestino a bordo? sim ..... não..... Em caso afirmativo, em que local entrou no navio (se conhecido)? .....

(9) Há algum animal/animal de estimação doente a bordo? sim ..... não.....

Nota: Na ausência de um médico, o capitão deverá considerar os seguintes sintomas como motivos para suspeitar da presença de uma doença de natureza infecciosa:

(a) febre persistente por vários dias ou acompanhada de (i) prostração; (ii) diminuição de consciência; (iii) aumento de gânglios; (iv) icterícia; (v) tosse ou dispnéia; (vi) sangramento incomum; ou (vii) paralisia.

(b) com ou sem febre: (i) qualquer exantema ou erupção cutânea aguda; (ii) vômitos severos (que não enjoô marítimo); (iii) diarreia severa; ou (iv) convulsões recorrentes.

Declaro que os detalhes e respostas às perguntas dessa Declaração de Saúde (incluindo o formulário em anexo) são verdadeiros e corretos, no meu sincero conhecimento e opinião.

Assinado .....

Capitão

Confirmado .....

Médico de bordo (se houver)

Data.....

### ANEXO AO MODELO DE DECLARAÇÃO MARÍTIMA DE SAÚDE

Nome	Classe ou posto	Idade	Sexo	Nacionalidade	Porte e data de embarque	Natureza da doença	Data do início dos sintomas	Autoridade médica portuária notificada?	Defeito do caso*	Droga, medicamento ou outro tratamento administrado ao paciente	Comentários

\* Declare: (1) se a pessoa se recuperou, continua doente ou foi a óbito; e (2) se a pessoa continua a bordo, foi evacuada (incluindo o nome do porto ou aeroporto), ou foi enterrada no mar.

## ANEXO 9

### ESTE DOCUMENTO É PARTE INTEGRANTE DA DECLARAÇÃO GERAL DE AERONAVE, PROMULGADA PELA ORGANIZAÇÃO DA AVIAÇÃO CIVIL INTERNACIONAL<sup>3</sup>

#### PARTE DE SAÚDE DA DECLARAÇÃO GERAL DE AERONAVE

##### Declaração de Saúde

Pessoas a bordo com doenças outras que não enjoô ou resultados de acidentes (incluindo pessoas com sinais ou sintomas de doenças, tais como exantema, febre, calafrios, diarreia), bem como os casos de doentes desembarcados durante o vôo:

.....  
 .....

Qualquer outra condição a bordo que possa levar à propagação de doenças:

.....

Detalhes de cada desinsetização ou tratamento sanitário durante o vôo (local, data, hora, método). Caso não tenha sido realizada nenhuma desinsetização durante o vôo, forneça detalhes da desinsetização mais recente.

.....  
 .....

Assinatura, se necessária:.....

Membro da tripulação responsável

<sup>3</sup> Um grupo de trabalho informal reuniu-se durante a segunda sessão do Grupo de Trabalho Intergovernamental e recomendou alterações neste documento, que a OMS submeterá à consideração apropriada da Organização Internacional de Aviação Civil.