

## NESTA EDIÇÃO

Editorial

Direitos Humanos e Saúde Global:  
BRICS em tempos de Covid-19

O direito à saúde como um direito de  
relevância pública:  
Prioridade na efetivação  
constitucional do SUS

Política nacional de saúde integral da  
população negra: iniquidades raciais  
em saúde

Covid-19 e doenças tropicais  
negligenciadas: impactos da  
pandemia no direito à saúde de  
populações vulneráveis

Migrações internacionais e o direito  
humano de acesso à saúde: entre a  
crise sanitária e a crise humanitária

Novidades da Rede

Notícias em saúde

Jurisprudência

Cultura na Rede

## Fale conosco

Para envio de artigos,  
comentários à jurisprudência e  
divulgação de eventos, envie um  
email para  
[boletimdarede@gmail.com](mailto:boletimdarede@gmail.com)



# BOLETIM DA REDE

---

## Quem Somos

A Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário é uma estratégia de articulação e cooperação entre pessoas e instituições do âmbito do Direito Sanitário nos países membros da comunidade ibero-americana, que permita ampliar o debate acerca do efetivo exercício do direito à saúde. A Rede foi constituída na Reunião celebrada na Faculdade de Direito da Universidade de Buenos Aires, organizada pelo Observatório da Saúde nos dias 27 e 28 de abril de 2011.

A Rede tem os seguintes objetivos:

- Compartilhar informação e conhecimentos relacionados com a área do Direito Sanitário;
- Identificar problemas, necessidades e interesses comuns relativos às questões jurídicas relacionadas com a área da saúde, buscando alternativas que possam ser compartilhadas;
- Promover a articulação entre seus membros para ampliar e fortalecer suas atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica em Direito Sanitário;
- Potencializar o desenvolvimento de pesquisas em cooperação entre seus membros;
- Divulgar e promover a discussão em torno do Direito Sanitário, facilitando a identificação de tendências e necessidades educativas;
- Compartilhar metodologias e recursos tecnológicos destinados às atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica relacionadas com a educação em Direito Sanitário;
- Propiciar o intercâmbio de docentes, pesquisadores e alunos entre os membros com vista à ampliação e ao fortalecimento do processo educativo em Direito Sanitário.

Em sua estrutura, a Rede conta com um Conselho Diretor, e uma Secretaria Executiva, com sede no Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário-Cepedisa

## Corpo editorial

**Fernando Aith (Editor-Chefe)**

**Ana Luisa Romão (Editora Executiva)**

Matheus Falcão

Marina Borba

---

## Política editorial

O conteúdo dos artigos é de estrita responsabilidade dos autores e não reflete necessariamente a opinião da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário ou do Boletim da Rede.

---

## Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário

### Conselho diretor

**Joaquín Cayón**

Coordenador do Conselho Diretor

**Claudia Zalazar**

Conselheira

**Janaína Sturza**

Conselheira

**Fernando Rovira**

Conselheiro

**Karen Vargas**

Conselheira

---

### Secretaria executiva

**Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário - Cepedisa**

Fernando Aith

(Secretário Executivo)

E-mail: [cepedisa@usp.br](mailto:cepedisa@usp.br)





*Fernando Aith*

Diretor Geral do Centro de Pesquisa de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (Cepedisa USP)

*Ana Luisa Romão*

Pesquisadora do Centro de Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa USP)

Desde a sua decretação, a Pandemia de Covid-19 representou um desafio especialmente duro à América Latina. Em nosso editorial da edição de abril, chamamos atenção para a atuação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que tão logo reconheceu a situação emergencial emitiu a Resolução 01/20, alertando os países sobre o impacto potencial da crise sanitária sobre os direitos humanos, em especial os direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, tendo em vista a grande desigualdade encontrada na região. O apelo foi reforçado pela Resolução 04/2020, que clamava aos Estados o fortalecimento dos sistemas de saúde e políticas públicas que promovessem a assistência igualitária e efetiva.

Até o fechamento desta edição, a América Latina concentra cerca de 32% do total de mortes por Covid-19, sendo que a região representa apenas 8,4% da população mundial. O Brasil concentra o segundo maior número de mortes no mundo, com 559.607 óbitos. O país ainda possui o maior número de casos confirmados, cerca de 20 milhões. (1)

Além das baixas e das sequelas apresentadas

por muitos pacientes, a crise sanitária gerou um efeito cascata afetando severamente outros direitos humanos do continente. Oito milhões de pessoas passaram à situação de pobreza extrema, enquanto 22 milhões desceram à situação de pobreza. A insegurança alimentar, fenômeno decorrente do empobrecimento populacional, aumentou vertiginosamente, passando a atingir 40,4% da população. 21 milhões de latino-americanos não conseguem acesso diário à alimentação. Enquanto isso, a classe média sofre crescente vulnerabilidade pela baixa capacidade dos sistemas de proteção social, havendo grande dependência de programas de transferência direta de renda como, o *Ingresso Familiar de Emergência* (Argentina) e o *Auxílio Emergencial* (Brasil) (2). No Brasil, a crise sanitária, política e financeira levou a um recorde histórico de desemprego, com mais de 14,8 milhões de pessoas procurando trabalho (3).

As Resoluções da CIDH priorizam medidas em relação aos grupos vulneráveis, considerando a maior propensão desses à violação de direitos humanos. De fato, não apenas esses grupos sofreram com o contá-

gio, como também foi possível observar a precarização da proteção de seus direitos. No caso das mulheres, o isolamento social forçou muitas vítimas a conviver continuamente com seus agressores, potencializando os casos de violência doméstica. Em Porto Rico, a situação levou à decretação de estado de emergência devido à violência de gênero em janeiro de 2021 (4). No Brasil, estima-se que uma mulher é vítima de feminicídio a cada seis horas e meia (5).

Em outra ponta, em janeiro de 2021, a CIDH concedeu a Medida Cautelar nº 754-20, dos Membros dos Povos Indígenas Guajajara e Awá contra o Brasil, reconhecendo sua posição de especial vulnerabilidade e a deliberada inércia das autoridades brasileiras para controle do fluxo de terceiros em suas terras, em especial pela prática de extração ilegal de madeira, determinando que o Estado Brasileiro adotasse medidas efetivas para proteger e prevenir a contaminação no território indígena, proporcionando-lhes um atendimento médico adequado (6).

Ainda que a chegada da vacina no começo do ano tenha trazido ao mundo uma luz de esperança para o fim da crise, no continente os Estados ainda patinam no desafio político e logístico de distribuição das doses e imunização de suas populações. Quase sete meses depois da primeira aplicação na região, menos de um em cada cinco latino-americanos já foi imunizado com as duas doses ou com vacina de dose única (7). Chile e Uruguai lideram a campanha, com cerca de 65% da população imunizada. Brasil, Colômbia e México seguem seus esforços com cerca de 25% de cobertura. Contudo, em países como Paraguai, Venezuela e Costa Rica os números não chegam a 5%.

A alta desigualdade social ainda aparece como

agravante, sendo as populações de baixa renda as com o menor índice de cobertura vacinal. Além das dificuldades de estrutura e recursos, grupos com menor escolaridade mostraram-se mais propensos a desconfiar dos imunizantes, sua eficácia e efeitos colaterais (8).

Dessa forma, além do comprometimento da saúde dos indivíduos e das perdas irreversíveis, a crise sanitária afeta sistematicamente todos os direitos humanos, acentuando as gritantes desigualdades sociais e produzindo prejuízos de longa e difícil superação. É preciso investir em políticas públicas para aceleração da vacinação e conscientização da população sobre a sua importância, sem abandonar ainda as medidas para redução do contágio. Uma resposta que se proponha minimamente viável deve integrar sistemas sociais, econômicos e políticos, engajando a população e as autoridades públicas para buscar resultados em uma corrida pela vida. Cabe a nós decidir por quanto tempo mais vamos derrapar na chegada.



---

## NOTAS E REFERÊNCIAS

---

- 1) Our World in Data. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em 05/08/2021.
- 2) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad. Informe Especial Covid-19 nº 11. Nações Unidas. 2021.
- 3) Desemprego no país mantém recorde de 14,7% e atinge 14,8 milhões, diz IBGE. Uol [online]. 30/06/2021. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/empregos-e-carreiras/noticias/redacao/2021/06/30/desemprego-pnad-ibge.htm?cmpid=copiaecola> Acesso em 05/08/2021.
- 4) Porto Rico decreta estado de emergência contra violência de gênero. Folha de São Paulo [site] 26/01/2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2021/01/porto-rico-decreta-estado-de-emergencia-devido-a-violencia-de-genero.shtml>. Acesso em 05/08/2021.
- 5) RESK, Felipe. Com isolamento social, Brasil registra um feminicídio a cada 6 horas e meia. CNN Brasil [site] Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2021/07/15/com-isolamento-social-brasil-registra-um-feminicidio-a-cada-6-horas-e-meia>. Acesso em 05/08/2021.
- 6) Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Resolução 01/2021, Medida Cautelar 754/20. Janeiro de 2021.
- 7) GALINDO, José. Uma dose para muitos ou duas doses para poucos: o dilema que divide a América Latina na luta contra a pandemia. El país [site].19/07/2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedad/2021-07-19/uma-dose-para-muitos-ou-duas-doses-para-poucos-o-dilema-que-divide-a-america-latina-na-luta-contr-a-pandemia.html>. Acesso em: 05/08/2021.
- 8) GALINDO, José. Medo ou polarização? As razões que alimentam o sentimento antivacina na pandemia da América Latina país [site]. 26/07/2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedad/2021-07-26/medo-ou-polarizacao-as-razoes-que-alimentam-o-sentimento-antivacina-na-pandemia-da-america-latina.html> Acesso em: 05/08/2021.



## Direitos Humanos e Saúde Global: BRICS em tempos de Covid-19

*Anízia Aguiar Neta*

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – Instituto Leônidas e Maria Deane – ILM.D.

[aniziaaneta@usp.br](mailto:aniziaaneta@usp.br) e [anizia.neta@fiocruz.br](mailto:anizia.neta@fiocruz.br)

*Roberta de Freitas Campos*

Fundação Oswaldo Cruz – Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis/Fiocruz). [roberta.freitas@fiocruz.br](mailto:roberta.freitas@fiocruz.br).



Foto: Marcelo Camargo/Agência Brasil)

### Introdução

A pandemia de Covid-19 reforça a certeza de que a solidariedade é um ingrediente imprescindível para o suprimento de vacinas, de maneira irrestrita e equânime.

O bloco econômico formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul - BRICS tem o potencial de protagonizar a vacinação em massa, haja visto que os países que o compõem são responsáveis por quinze das vacinas já aprovadas contra a Covid-19.

O texto foi construído a partir da revisão de artigos científicos e jornalísticos, combinou os termos vacina, direitos humanos, saúde global e diplomacia da saúde, e procurou, à luz dos Direitos Humanos, abordar a atuação do BRICS no contexto da pandemia de Covid-19

e as expectativas de produção e distribuição solidária de vacinas por esse bloco.

O Brics também é reconhecido como potência econômica, o que pode ser uma oportunidade para “abraçar o papel que lhes cobra a história de promover a solidariedade e a equidade global na tarefa hercúlea contra a Covid-19” (Buss, Hoirisch e Alcazar, 2021).

Apesar das heterogeneidades entre os países do bloco, existem reiteradas afirmações, feitas pelos seus chefes de Estado, de que saúde e qualidade de vida é um direito de todos, o que significa que o bloco reconhece que também há, entre os países, similaridades no campo da saúde, as quais se apresentam como desafios e, ao mesmo tempo, revelam, em tese, uma visão de priorização dos interesses da saúde e dos direitos humanos

(Buss, Ferreira, Fonseca e Hoirisch, 2017).

Trata-se de propor uma reflexão sobre o potencial papel do bloco no contexto da Covid-19, ao mesmo tempo em que apresenta elementos que o colocam na posição de “devedor” de uma atuação mais assertiva na defesa dos Direitos Humanos e no cumprimento das obrigações de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, condizente com seu potencial econômico e experiência diplomática.

### O Brics e ações conjuntas para enfrentamento à Covid-19

Quando os líderes do mundo se reuniram em 2015 para estabelecer objetivos e metas que solucionassem, definitivamente, os maiores desafios globais, como a fome e a pobreza extrema, as doenças emergentes e reemergentes, ou aqueles relacionados ao meio ambiente em constante degradação, entre outros objetivos da Agenda 2030, não se podia imaginar que apenas cinco anos depois o mundo estaria vivendo uma crise sanitária que marcaria o Século XXI, antes mesmo de terem sido alcançados satisfatoriamente quaisquer dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS.

A primeira década do século XXI foi o período de maior crescimento econômico dos países do Brics, fase em que havia, por parte dos governos, um alinhamento político com a ideia do multilateralismo nas relações internacionais e com o reforço da cooperação sul-sul entre países e entre blocos regionais como modalidade preferencial de cooperação internacional para o desenvolvimento (Buss, Ferreira, Fonseca e Hoirisch, 2017: 534-35).

O Acordo Constitutivo do Novo Banco de Desenvolvimento do BRICS (2015), cujo interesse está em prover recursos para viabilizar projetos de infraestrutura e desenvolvimento sustentável no Brics está entre as mais importantes decisões negociadas pelo bloco, tanto

no âmbito global quanto na esfera intrabloco, e merece destaque a determinação de envidar recursos do Novo Banco de Desenvolvimento - NBD para suprir as crescentes demandas do contexto pandêmico, por parte dos países.

As consequências e os danos da pandemia COVID-19, nos países do BRICS, acontecem de maneira heterogênea, assim como são heterogêneas as características de cada um dos países desse bloco. São Considerados ‘potências médias emergentes’ pois apresentam, entre outros elementos, tamanho, população e produção que lhes permitem ostentar tal posição. A insígnia alimenta a esperança de que os Brics usem o seu potencial econômico para contribuir com a produção e distribuição de vacinas contra a Covid-19, a partir do conhecimento de suas práticas diplomáticas, de sua cooperação intra e extrabloco, bem como de sua concepção sobre a diplomacia da saúde, a saúde global e o direito à saúde. A expectativa é de uma atuação solidária, capaz de realizar a imunização das nações, de maneira ampla, irrestrita e equânime no contexto da pandemia declarada pela OMS em maio de 2020, mas que, após um ano e meio e milhares de mortos, ainda parece longe do fim.

Buss, Hoirisch e Alcazar (2021) afirmam que “os governantes do Brics devem transcender a retórica de declarações e assumir o papel histórico que lhes reserva a promoção da solidariedade e da equidade global na pandemia pela Covid-19”. Anteriormente, em 2017, Buss, Ferreira, Fonseca e Hoirisch, ao analisarem a ‘saúde e diplomacia da saúde no Brics’ já reclamavam uma postura mais proativa e veloz por parte do bloco no que se refere a questões fundamentais da saúde no ambiente intra e extrabloco:

Embora o Brics reconheça o direito de todos à saúde e à qualidade de vida, sua pauta principal de discussões para o campo da saúde pouco



trata dos elementos importantes para a questão da determinação social da saúde e enfoca categoricamente a promoção do acesso universal a medicamentos e a intensificação da transferência de tecnologia intra e extrabloco para ampliar sua influência no regime internacional de propriedade intelectual. Questões como o reforço dos sistemas de saúde, dos cuidados primários (...) entre outros, deixam de ser abordadas em prol dos temas da transferência de tecnologia, da produção local de medicamentos genéricos, do acesso universal aos serviços de saúde e do combate a doenças transmissíveis por meio de políticas de baixo custo, temas que colocam o Brics na ordem da discussão da saúde global em uma posição de enfrentamento com as forças produtivas internacionais dominantes (pág. 561).

Em outro ponto, os autores reconhecem que o Brics representa um importante espaço de diálogo e cooperação para promover o desenvolvimento dos países que compõem o bloco, inclusive em iniciativas específicas da saúde, como na produção de vacinas, por exemplo. Mas que se exige uma atuação efetivamente pautada nos princípios da transparência, solidariedade e assistência mútua, incluindo investimento público, para que as iniciativas do bloco superem os discursos. Em um 'Panorama sobre a Saúde no Brics', Buss, Ferreira, Fonseca e Hoirisch (2017) afirmam que:

nos encontros de ministros da saúde tem ficado claro que é vontade comum garantir vidas saudáveis aos cidadãos do Brics e se tem verificado que os cinco países têm diante de si um cenário futuro bastante parecido, o que reforça a necessidade de cooperação intrabloco. Esse cenário futuro inclui a insuficiente participação

de recursos públicos para a saúde e a necessidade de gerenciar sistemas mistos (público e privado) garantindo-se o acesso, mas também a qualidade e a equidade (pág. 551).

O grande desafio atual está na produção e distribuição de vacinas para pôr fim à pandemia e tirar o mundo do estado sanitário, econômico e social no contexto da Covid-19. Buss, Hoirisch e Alcazar, em seu artigo 'Vacinas, Pantagruel e a Diplomacia da Saúde de Brics', afirmam que:

Sem uma diplomacia da saúde eficaz para garantir acesso equitativo às vacinas não haverá recuperação econômica possível. Chegou a hora de Brics mostrar sua força agregadora e solidária ao mundo. É mais que hora de pôr a diplomacia da saúde no topo das prioridades dos Brics (*Le Monde Diplomatique*, 18/02/21).

A pandemia mostra a potencial capacidade de o BRICS realizar uma articulação para contribuir significativamente com a produção de vacinas e insumos farmacêuticos ativos (IFA), elementos que representam a dependência global do mundo na pandemia Covid-19.

Atualmente, das 21 vacinas já aprovadas/autorizadas em diferentes países e em produção no mundo, 12 são produzidas por algum país do BRICS, sendo 10 delas originárias na China, Índia ou Rússia. O quadro abaixo apresenta as vacinas autorizadas e aprovadas em produção em algum dos países do Brics:

Quadro: Vacinas autorizadas/aprovadas em produção nos BRICS

Nome da Vacina	Tipo	Desenvolvedores Primários	Origem/ Produzido*
AstraZeneca (AZD1222);	Vacina contra adenovírus	BARDA	Reino Unido (Em produção no Brasil)
Sputnik V	Vacina contra adenovírus recombinante (rAd26 e rAd5)	Instituto de Pesquisa Gamaleya, Acellena Contract Drug Research and Development	Rússia
CoronaVac	Vacina inativada (formalina com adjuvante de aluno)	Sinovac	China Em produção no Brasil*
BBIBP-CorV	Vacina inativada	Instituto de Produtos Biológicos de Pequim; Grupo Farmacêutico Nacional da China (Sinopharm)	China
EpiVacCorona	Vacina contra peptídeos	Centro Estadual de Pesquisa Em Virologia e Biotecnologia	Rússia
Convidicea (PakVac, Ad5-nCoV)	Vacina recombinante (vetor tipo adenovírus tipo 5)	CanSino Biologics	China
Covaxina (BBV152)	Vacina inativada	Bharat Biotech, ICMR; Ocugen; ViroVax	Índia
WIBP-CorV	Vacina inativada	Instituto wuhan de produtos biológicos; Grupo Farmacêutico Nacional da China (Sinopharm)	China
CoviVac	Vacina inativada	Centro Científico Federal chumakov para pesquisa e desenvolvimento de produtos imunológicos e biológicos	Rússia
ZF2001 (ZIFIVAX)	Vacina recombinante	Anhui Zhifei Longcom Biofarmacêutica, Instituto de Microbiologia da Academia Chinesa de Ciências	China
Candidato à vacina sem nome	Vacina inativada	Minhai Biotechnology Co.; Kangtai Biological Products Co. Ltd.	China
Candidato à vacina sem nome	Vacina inativada	Academia Chinesa de Ciências Médicas, Instituto de Biologia Médica	China

Organizado pelas autoras com base nos dados de RAAPS – *Regulatory Affairs Professionals Society* em agosto de 2021.

Os números referentes à produção de vacinas pelos países do Brics mostram que os países, especialmente Brasil, Rússia, Índia e China, possuem as competências humanas, técnicas e as tecnologias necessárias, o que sugere que os mesmos assumam o protagonismo que lhes cabe, dando ao mundo uma resposta positiva a este desafio global.

Compartilhamos do apelo por um maior comprometimento do Brics com ações globais efetivas e cooperativas no enfrentamento da Covid-19, sabendo que o bloco possui um peso político e econômico, em nível global, e que o conjunto dos países detêm 42% da população mundial e, impulsionado pela China e pela Índia, em 2020 o PIB dos cinco países totalizou cerca de 25% do PIB mundial (US\$ 21 trilhões) e a participação dos Brics no comércio internacional girou em 20% (US\$ 6,7 trilhões)

Além da grande capacidade de produção e distribuição de vacinas para pôr fim à pandemia, os Brics possuem grande capacidade diplomática para contribuir com as demandas gerais do campo da saúde, como as experiências de iniciativas globais de cooperação internacional descritas por Buss, Ferreira, Fonseca e Hoirisch (2017, p.561):

A GPEI – Iniciativa Global para a Erradicação da Pólio, uma parceria que, em 2016, contou com o apoio da Índia e da Rússia;

A colaboração entre Brasil (Bio-Manguinhos/Fiocruz) e Cuba (Instituto Finlay), na distribuição de vacinas e medicamentos de baixo custo quando comparados com os preços praticados; neste caso, os dois países compartilharam a experiência e a capacidade de produção de vacinas que vem sendo construída ao longo de décadas;

Índia (Lupin Medicamentos) e Brasil (Fiocruz/Farmanguinhos) também realizaram, em 2012,

uma cooperação para produzir medicamentos para tratar tuberculose e HIV/Aids.

Além dessas iniciativas com a participação do Brasil, destaca-se a China, cuja produção de vacinas, medicamentos, ingredientes farmacêuticos ativos e também de medicamentos antineoplásicos tem conferido ao país um importante papel como produtor para o mercado internacional, com destaque para a necessidade de se aprimorar a regulação e o controle dos produtos disponibilizados.

### O Brasil no combate à Covid-19

Dentre os países membros o Brasil é o que apresenta os piores indicadores no enfrentamento da Covid-19 (Ungaretti, 2021). Apesar da bem-sucedida história de mais de setenta anos na pesquisa e produção de vacinas e medicamentos desde Oswaldo Cruz, o país registra a lamentável marca de mais de meio milhão de mortes de brasileiros por Covid-19 (junho/2021) e é avaliado no cenário mundial como incompetente para lidar com os desafios da doença. De fato, o Brasil não adotou políticas eficazes para lidar com a pandemia, nem promoveu ações no sentido de proteger a vida ou os direitos humanos frente à catástrofe.

A incapacidade do Estado brasileiro na coordenação de ações a serem implementadas pelas instituições e pelos governos estaduais e municipais transformou o país num grande cemitério, e é direito da sociedade a explicitação de tais fatos.

Uma pesquisa realizada pela Rede de Pesquisa Solidária da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e da Universidade de São Paulo – USP (1), mostrou que a ausência de uma política nacional de saúde pública contribui para que o Brasil se mostre inapto para controlar a doença.

Além das mortes (mais de meio milhão de brasileiros entre março de 2020 e maio de 2021; sem contar as subnotificações), a tardia e insuficiente aquisição e distribuição de vacinas para fazer frente à Covid-19 afetou



profundamente a saúde e a vida da população, em diferentes áreas e níveis, e a atuação do Estado passa longe do que estabelece o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (2), ao não adotar medidas capazes de garantir, em tempo de se evitarem mais mortes, a imunização da população brasileira.

A condução da pandemia pelo governo federal, que favoreceu a disseminação incontida do vírus SARS-CoV-2 e suas variantes, e a demora na disponibilização de vacinas, merece severas críticas de expoentes da área da saúde, gestores e políticos, nos cenários nacional e internacional. A atuação do governo brasileiro tem sido considerada por estudiosos dos campos da saúde, economia, direitos humanos, entre outros, como uma política genocida ou uma “necropolítica”.

O relatório de outro estudo, elaborado pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da USP (CEPEDISA) - "Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil" foi apresentado ao Senado Federal no âmbito da CPI da Covid-19, o qual confirma, através da linha do tempo elaborada, a hipótese de que está em curso no Brasil uma estratégia de disseminação da Covid-19, promovida de forma sistemática em âmbito federal. Uma atuação incoerente para um país membro de um bloco com o potencial do Brics:

(...) para que o papel e protagonismo do Brasil nos Brics não seja prejudicado é imprescindível maiores investimentos em todas as áreas da saúde, buscando agregar nossos ativos àqueles dos Brics. É importante que, com esses ativos, os Brics tomem a dianteira e, por meio da convergência política de alto nível entre os seus líderes, busquem articulação, coordenação e cooperação para produção em larga escala de vacinas e outros suprimentos médicos necessários (*Le Mond Diplomatique*, fev. 2021).

É importante resgatar os deveres e obrigações dos Estados frente aos Direitos Humanos. O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu Art. 12, reconhece o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental e afirma o dever dos Estados em adotar medidas para assegurar o direito à prevenção, o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, e a luta contra essas doenças, adicionalmente a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos reconhece o dever de solidariedade e cooperação e o compartilhamento dos benefícios qualquer pesquisa científica e suas aplicações entre a comunidade internacional (Arts. 13 e 15), ambos ratificados e internalizados pelo Estado brasileiro.

Ao descrever o conteúdo da Recomendação Geral nº 14 (3), Oliveira (2010) reitera o dever do Estado de adotar medidas visando ao cumprimento das obrigações de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, e ênfatisa que cabe à sociedade civil, ao próprio Estado e aos sistemas de proteção dos direitos humanos a tarefa de monitorar e avaliar o cumprimento dessa tarefa (*grifo nosso*).

Sendo assim, coexiste a responsabilidade dos demais Estados frente à situação no Brasil.

A atenção do mundo em relação ao comportamento dos países do Brics no contexto da Covid-19 deve ser debatida de maneira a reivindicar que o bloco tenha uma postura à altura dos danos sanitários, econômicos e sociais causados por essa “pandemia sindêmica” (Horton, 2020, b). Espera-se do Brics uma atuação diplomática que faça jus à posição que queria vir a ter no cenário mundial, compreendendo a vacina como um bem público global, de maneira a mostrar-se solidário com as necessidades de saúde e a garantia dos direitos humanos de todas as pessoas.

É consenso que só será possível colocar um ponto final na pandemia através da vacinação de todos, em to-

dos os lugares, devendo esta ser a prioridade das nações.

O BRICS detém uma importância intransferível e pode atuar de forma solidária e conjunta para garantir que vacinas sejam, de fato, um bem público global, desencorajando o monopólio por parte de alguns países ricos e investindo em mecanismos de cooperação mais equitativos como a *Covax Facility*, ciente de que cada pessoa dos 7,8 bilhões da população mundial necessita, com a máxima urgência, de duas doses da vacina.

---

## NOTAS E REFERÊNCIAS

---

### Notas

- (1) A rede de pesquisa solidária foi formada para aperfeiçoar a qualidade das políticas públicas do governo federal, dos governos estaduais e municipais que procuram atuar em meio à crise da COVID-19. O alvo é melhorar o debate e o trabalho de gestores públicos, autoridades, congressistas, imprensa, comunidade acadêmica, empresários e de qualquer interessado em debater as diretrizes e ações concretas que têm impacto na vida da população. Disponível em: <https://bit.ly/2IFZUxl>
- (2) O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 16.12.1966 e ratificado pelo Brasil em 24.01.1992.
- (3) Elaborado no ano 2000 pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, esta Recomendação trata do direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível de saúde física e mental.

### Bibliografia

ADELINOVIC, D. A cooperação para o desenvolvimento promovida pelos Brics no contexto de uma nova ordem internacional. ENCONTRO DA ABRI, 4, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em [www.encontronacional2013.abri.org.br/resources/anais/20/1368241745\\_ARQUIVO\\_ArtigoABRI.pdf](http://www.encontronacional2013.abri.org.br/resources/anais/20/1368241745_ARQUIVO_ArtigoABRI.pdf)

CEPEDISA. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. Disponível em: [https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021\\_v3.pdf](https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_v3.pdf)

OLIVEIRA, A. A. S. DIREITO À SAÚDE: conteúdo, essencialidade e monitoramento. Revista CEJ, Brasília, Ano XIV, n. 48, p. 92-100, jan./mar. 2010

BUSS, P. M. Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. Organizado por Paulo Buss e Sebastián Tobar. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 654 p.

BUSS, P. M. HOIRISCH, C. ALCAZAR, S. O Brics e a Barbárie Global das Vacinas. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=o-brics-e-barbarie-global-das-vacinas>. Acesso em 26/04/2021.

BUSS, P. M. HOIRISCH, C. ALCAZAR, S. Vacinas, Pantagruel e a diplomacia da saúde de Brics. *Le Mond Diplomatique*, 2021.

HORTON, R. *Offline: COVID-19 is not a pandemic*. In: *www.thelancet.com* Vol 396 September 26, 2020. Acesso em 26/04/2021.

ONU. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 1966. <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos.%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Disponível em: <https://>

---

## NOTAS E REFERÊNCIAS

---

[unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por)

ONU. COMITÊ dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observación general n. 14, 2000: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Produto Interno Bruto (PIB) dos países do BRIC de 2016 a 2026(em bilhões de dólares). Disponível em <https://www.statista.com/statistics/254281/gdp-of-the-birc-countries/> Acesso em 16.ago.2021.

UNGARETTI, C.R. O BRICS e a Covid-19: combate à pandemia e cooperação internacional. NEBRICS (UFRGS), 2021. Disponível em <https://www.ufrgs.br/nebrics/os-brics-e-a-covid-19-combate-a-pandemia>. Acesso em 20/04/2021.





## O DIREITO À SAÚDE COMO UM DIREITO DE RELEVÂNCIA PÚBLICA: PRIORIDADE NA EFETIVAÇÃO CONSTITUCIONAL DO SUS

*Jarbas Ricardo Almeida Cunha,*

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
(UFRGS). Núcleo de Saúde – DPU.

[jarbas.ricardo@yahoo.com.br](mailto:jarbas.ricardo@yahoo.com.br)



Foto: Gui Prímola/Arte Metrôpoles

O direito à saúde no Brasil, ratificado e sistematizado como política pública normatizada pela nossa Constituição Federal, está consolidado como oferta de um programa de ações e serviços muito mais do que público, mas de relevância pública, conforme preconizado pelo art. 197 da Carta Política em vigor:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (grifo nosso).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei nº 8.080, de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” –, em sua Seção I do Capítulo IV, a qual descreve as atribuições comuns dos entes públicos de nos-

sa federação, retrata a relevância pública das ações e serviços de saúde do seguinte modo:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública (Lei 8.080/1990, art. 15, inc. XI, grifo nosso).

Dessa forma, *a priori*, o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) – tanto por mandamento constitucional, quanto por lei federal regulamentadora – insere o direito à saúde em nosso país como único direito fundamental que possui caráter de relevância pública, obtendo importância hermenêutica quando comparado a outros direitos fundamentais traçados por nossa Carta Constitucional.

Mas qual seria a compreensão jurídica, tanto da doutrina quanto da jurisprudência, sobre o conceito de relevância pública, especificamente em relação às ações e serviços de saúde? Esse qualificativo ou, como prefere Grau (2004), predicado axiológico, estabeleceria o direito à saúde em um patamar superior comparado a outros direitos constitucionais?

Para responder a essa questão, utilizaremos como material de referência o debate publicado na Revista de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (USP), extraído da coletânea “O Conceito de Relevância Pública”, que ainda permanece como um trabalho atualizado e de grande esmero analítico. Delimitaremos o sentido da expressão “Relevância Pública” e sua relação com o direito à saúde a partir de Ferraz e Benjamin (2004), Araújo (2004) e Grau (2004), os primeiros, membros ativos do Ministério Público e, o último, ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) à época.

Para além da sistematização do estudo supracitado, também avaliaremos o atual entendimento da mais alta corte do país (STF) sobre esse qualificativo de relevância pública pertencente às ações e serviços da saúde em nossa Constituição, por meio de sua jurisprudência. Além disso, nos deteremos mais criteriosamente na atuação do Ministério Público sobre a questão suscitada, pois cabe a este órgão a fiscalização e controle dos serviços de relevância pública.

Na compreensão de Ferraz e Benjamin (2004), tendo como lastro interpretativo a Constituição Federal, a saúde pública classificada como direito público subjetivo não se diferencia em relação a outros direitos fundamentais sociais, como os elencados no art. 6º da CF/88, tais como a educação, o trabalho, a moradia, o transporte e a assistência aos desamparados. O que a diferencia é o fato de suas “ações e serviços” estarem expressamente categorizadas como de relevância pública, conforme art. 197, *pars mane*.

Para Ferraz e Benjamin (2004), são cinco os pontos que caracterizam o conceito de relevância pública da saúde:

*a. A qualidade de ‘função pública’, como verdadeiro dever-poder, que rege a garantia da saúde pelo Estado;*

*b. A natureza jurídica de direito público subjetivo da saúde, criando uma série de interesses na sua realização – públicos, difusos, coletivos e individuais homogêneos;*

*c. O limite da indisponibilidade, tanto pelo prisma do Estado como do próprio indivíduo, do direito à saúde; relevância pública;*

*d. A ideia de que, em sede do art. 197, o interesse primário do Estado corresponde à garantia plena do direito à saúde e as suas ações e serviços, sempre secundários só serão legítimas quando imbuídas de tal espírito;*

*e. E o traço de essencialidade que marca as ações e serviços de saúde (FERRAZ; BENJAMIN, 2004, p. 85).*

Dessa maneira, para os autores supracitados, a saúde pública brasileira – o que denominamos de SUS Constitucional, incluído entre os arts. 196 a 200 de nossa Carta – destaca-se frente a outros direitos sociais constitucionais “não porque, como direito, seja mais importante que outros, mas simplesmente porque a sua implementação, mesmo quando praticada por particulares, é de ‘relevância pública’” (FERRAZ; BENJAMIN, 2004, p. 85).

Conforme Ferraz e Benjamin (2004), ainda, o elemento diferenciador que caracteriza as ações e serviços de saúde como de relevância pública não está na natureza de quem o disponibiliza, sejam estes entes públicos ou privados, mas no objeto de suas ações e serviços, que, no caso específico do direito à saúde,

corresponde à sobrevivência dos cidadãos, exigindo, portanto, maior capacidade de regulamentação, fiscalização e controle por parte do Estado.

Por fim, esses autores destacam o papel institucional do Ministério Público, de fiscalizar a prestação efetiva dos serviços de relevância pública, em consonância com o art. 129, inc. II, da Constituição Federal:

Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público:

II - zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia (CF/88, art. 129, inc. II, grifo nosso).

Destarte, para os autores mencionados acima, o Ministério Público, por dever constitucional, deveria sempre zelar pelo controle dos atos da Administração Pública, respeitando os direitos assegurados pela Constituição Federal. Observa-se, assim, que o direito à saúde, o qual deve ser prestado de forma direta ou indireta por meio de parcerias público-privadas via Organizações Sociais (OS's) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's), também se encontra amparado pela salvaguarda legal daquela instituição.

Expandindo o conceito, Araújo (2004) compreende que a relevância pública abarcaria os objetivos e fundamentos que dão lastro à aplicação das políticas públicas no Brasil. Tais aspectos estão consolidados no Título I – “Dos Princípios Fundamentais”, representados pelos arts. 1º e 3º de nossa Constituição Federal, como, por exemplo, a dignidade da pessoa humana, a construção de uma sociedade justa, livre e solidária, a promoção do bem comum e a erradicação da pobreza.

Dessa forma, a efetivação do direito à saúde, principalmente no contexto brasileiro, é uma luta cons-

tante para garantir e avançar nos objetivos e fundamentos da República, portanto, para Araújo (2004), não haveria dúvida quanto ao fato de que o direito à saúde se caracterizaria como um direito de relevância pública (art.197/CF).

Assim, conforme entendimento de Araújo (2004), se os serviços públicos são aquelas ações que se destinam a assegurar o bem público e a eliminar as carências individuais e regionais – o que também reflete o comprometimento com a concretização da dignidade da pessoa humana e do Estado Democrático de Direito –, os serviços e ações de saúde foram constitucionalmente erigidos a serviços muito mais do que públicos, mas de relevância pública, seguindo os mandamentos constitucionais ditados pelos arts. 1º e 3º, inseridos no Título “Dos Princípios Fundamentais”.

Do mesmo modo que Ferraz e Benjamin (2004), Araújo também destaca o art. 129, inc. II, da Constituição Federal, que trata da fiscalização de serviços de relevância pública pelo Ministério Público e sua direta relação com a fiscalização da prestação de saúde pelos entes públicos, por via direta (Estado) ou indireta (setor privado).

A fiscalização das ações e serviços de saúde de relevância pública, segundo Araújo (2004), deve ser realizada interpretando a totalidade da cadeia normativa sistematizadora, que vai das normas infraconstitucionais de saúde – resolução, decreto, portaria, lei – até a norma superior constitucional enunciativa da criação e formação do SUS (arts. 196 a 200). Como relata o autor, “há necessidade de controlar, além da legalidade, a observância ou não das ações governamentais em relação aos programas constitucionais” (ARAÚJO, 2004, p. 96).

Por fim, Araújo (2004) defende uma maior integração entre os gestores da área de saúde pública e os operadores de Direito que atuam no Ministério Público, para que possam formular conjuntamente soluções e alternativas de controle e fiscalização da política pública de saúde,



respeitando a característica de relevância pública tanto das ações e serviços de saúde quanto da atuação institucional pelo parquet.

Por fim, baseando-se em Eros Grau (2004), inicialmente há uma diferença bem demarcada entre serviços públicos e serviços de relevância pública. Para ele os serviços públicos seriam eminentemente ou diretamente prestados pelo setor público enquanto os serviços de relevância pública seriam prestados pela atividade econômica privada por meio de instrumentos de concessão e permissão. Nossa Constituição Federal diferencia serviços prestados pela atividade econômica – predominantemente exercidos pelo setor privado – dos serviços públicos – predominantemente exercidos pelo setor público.

Diferentemente do entendimento expresso por Ferraz e Benjamin (2004) e também Araújo (2004), a primeira conclusão sistematizada por Grau (2004) em relação ao conceito de relevância pública é que, apesar de haver diferença sobre o sujeito prestador de tais ações e serviços, não haveria superposição hierárquica para definir quais critérios balizadores seriam necessários para a classificação de um serviço se apenas público ou de relevância pública; não significando, dessa forma, que a saúde pública estaria em condição especial frente a outros direitos fundamentais sociais.

Por outro lado, Grau (2004) acata o entendimento de que o direito à saúde é o único direito reconhecido pela Constituição como um direito provido de ações e serviços de relevância pública, consoante art. 197; e que, para que haja um maior número de direitos de relevância pública – tal qual sustenta o art. 129, inc. II –, estes devem ser criados e ordenados por normatização infraconstitucional, sempre respeitando a lógica explicitada pela Constituição.

Mesmo assim, para o ex-ministro do STF, o reconhecimento do direito à saúde como um direito de relevância pública torna-se vazio no campo prático, não resultando em

nada de especial quando de sua interpretação, pois ausente qualquer regulamentação normativa sobre os critérios de aplicação do conceito de relevância pública. Dessa forma, restaria apenas um “frutuoso discurso retórico a respeito da importância da saúde” (GRAU, 2004, p. 76).

Para além de um debate doutrinário, relataremos também jurisprudência da mais alta corte do país – STF – que ratifica a importância da classificação constitucional das ações e serviços de saúde como de relevância pública, conforme sublinha nossa Constituição Federal.

As pesquisas os descritores “relevância adj pública” no sítio eletrônico do Supremo Tribunal Federal (1), encontramos 11 acórdãos, sendo que, destes, somente 2 continham relação direta entre relevância pública e saúde, demonstrando que esse conceito ou “predicado axiológico”, como prefere Grau (2004), ainda se encontra em fase incipiente de desenvolvimento no debate da corte.

O primeiro julgamento refere-se a um Recurso Ordinário em Habeas Corpus – RHC/90523-ES, que foi negado em 19 de abril de 2011 (2), em temática de crime de concussão, pois profissional médico de hospital privado conveniado ao SUS exigiu de paciente pagamento para realização de cirurgia de urgência, o que conflagraria crime tipificado pelo Código Penal.

A Ementa desse RHC descreve que hospital privado em convênio com o SUS e, que, portanto, usufrui de financiamento público, tem o dever de prestar ações e serviços de relevância pública, conforme mandamento da Constituição Federal. Como demonstramos abaixo:

1. A saúde é constitucionalmente definida como atividade mistamente pública e privada. Se pres-

tada pela iniciativa privada, é atividade privada, porém sob o timbre da relevância pública.

2. O hospital privado que, mediante convênio, se credencia para exercer atividade de relevância pública, recebendo, em contrapartida, remuneração dos cofres públicos, passa a desempenhar o múnus público. O mesmo acontecendo com o profissional da medicina que, diretamente, se obriga com o SUS (STF- RHC 90523-ES, Rel. Min. Ayres Britto. DJ. 19/04/2011. DJe. 18/10/2011, grifo nosso).

No segundo julgamento, redação de inteiro teor do acórdão, publicado em 09 de abril de 2013, do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 724.292 – Rio Grande do Sul (3), que apresentou como relator o Ministro Luiz Fux e que tratava da imprescindibilidade do fornecimento de fraldas descartáveis geriátricas pelo estado do Rio Grande do Sul à paciente idosa e de agravado quadro clínico, o voto vitorioso do relator argumentava que “os serviços de saúde são de relevância pública e de responsabilidade do Poder Público. Necessidade de preservar-se o bem jurídico maior que está em jogo: a própria vida” (grifo nosso).

Portanto, podemos considerar que a jurisprudência do STF, em relação ao debate em torno do conceito de relevância pública das ações e serviços de saúde, coincide com a maioria da argumentação suscitada pelo debate realizado pela Revista de Direito Sanitário aqui demonstrado, principalmente em relação a autores como Ferraz e Benjamin (2004) e Araújo (2004).

Destaca-se que mesmo em uma fase inicial e lacônica de decisões em torno da questão em análise, o STF já pontuou entendimento tanto em relação ao prestador de ações e serviços de saúde diretamente estatal, caso do Ag. Reg. no Recurso Extraordinário 724.292/RS, quanto em relação ao julgamento de concessão ou permissão de atividade econômica em convênio com o SUS, no caso de profissional médico atuante em hospital privado – RHC

90523/ES.

Além da doutrina e da jurisprudência aqui destacadas, também salientamos a atuação institucional do órgão que por dever constitucional de ofício deve “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia” (art. 129, II, CF/88), o Ministério Público. Conforme Recomendação nº 68/2018 do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), há a ratificação da necessidade de atuação e interpretação em relação ao direito à saúde no Brasil como único referido constitucionalmente de relevância pública, implicando na prestação de ações e serviços de saúde como de máxima eficácia em prol da sociedade.

Dessa forma, tentamos sistematizar as principais doutrinas, jurisprudências e posicionamentos institucionais sobre o importante conceito de relevância pública da saúde, concluindo que este debate já se transmutou da esfera abstrata para a concretude das ações judiciais, tendo substancial impacto no sistema prestacional de saúde no Brasil.

# NOTAS E REFERÊNCIAS

## Notas

- (1) Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- (2) RHC/90523 – Recurso Ordinário em Habeas Corpus. Disponível em: <http://stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=201&dataPublicacaoDj=19/10/2011&incidente=2486722&codCapitulo=5&numMateria=158&codMateria=3>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- (3) Ag. Reg. no Recurso Extraordinário 724.292/ RS. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=135899534&ext=.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

## Bibliografia

ARAÚJO, Luís Alberto David. O Conceito de Relevância Pública na Constituição Federal de 1988. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, Vol. 5 n. 2. jul. 2004. pp. 90-97. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80686/84338>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/586185/CF88\\_EC109\\_separata.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/586185/CF88_EC109_separata.pdf). Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STF – Recurso Ordinário em Habeas Corpus – RHC: 90523/ES, Relator: Min. Ayres Britto. Disponível em: <http://stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=201&dataPublicacaoDj=19/10/2011&incidente=2486722&codCapitulo=5&numMateria=158&codMateria=3>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STF - Ag. Reg. no Recurso Extraordinário 724.292/ RS. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=135899534&ext=.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FERRAZ, Antônio Augusto Mello de Camargo; BENJAMIN, Antônio Herman de Vasconcellos e. O Conceito de “Relevância Pública” na Constituição Federal. Revista de Direito Sanitário. Vol. 5, n. 2, São Paulo, jul. 2004. pp. 77-89. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80685/84337>. Acesso em: 14 jul. 2021.

GRAU, Eros Roberto. O Conceito de “Relevância Pública” na Constituição de 1988. Revista de Direito Sanitário. Vol. 5, n. 2, São Paulo, jul./2004. pp. 68-76. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80683/84335>. Acesso em: 14 jul. 2021.

## POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: INIQUIDADES RACIAIS EM SAÚDE

*Roudom Ferreira Moura*

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSPUSP

roudom@usp.br



Foto: Agência Câmara de notícias

### Resumo

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra do Brasil foi criada com base na percepção de condições de saúde desfavoráveis da população negra e nos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), visando tanto à eliminação das iniquidades raciais em saúde quanto à redução dos agravos que incidem nas altas e desproporcionais taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional. Além disso, concentra esforços das três esferas de governo e da sociedade civil na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS. Em função da necessidade de aprofundar o conhecimento dos aspectos relacionados às temáticas em discussão, haja vista a inexpressiva produção do conhecimento científico nessa

área, o presente estudo buscou, através da literatura nacional e internacional, refletir sobre cor da pele / raça e condições de saúde. As desigualdades raciais nas condições de saúde da população brasileira permanecem sendo um grande problema de saúde pública como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação racial.

**Palavras-Chave:** Cor; Desigualdades em Saúde; Origem Étnica e Saúde; Racismo; Raça e Saúde.

A preocupação com as iniquidades raciais em saúde tem aumentado nos últimos anos e vem ganhando espaço. Elas são expressas pelos diferenciais nos riscos de adoecer e de morrer, originados de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços entre os grupos raciais. Ressalta-se que as diferenças são consideradas iníquas se ocorrem porque as pessoas dispõem de escolhas limitadas, acesso restrito a recursos de saúde e exposição a fatores prejudiciais (SOUZA et. al., 2012).

No tangente às relações entre cor da pele / raça e saúde, recentemente esse objeto vem sendo alvo de um campo de reflexões e de intervenção política denominada saúde integral da população negra. Inserindo discussões sobre a forma de enfrentar o racismo à medida que parcelas significativas da sociedade reconhecem as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos pardos e pretos. Essas desvantagens tornam a variável cor da pele / raça um dos fatores determinantes sociais de iniquidades em saúde (MAIO et al., 2005). Entende-se que raça não é um conceito biológico aplicável aos seres humanos. É uma construção sociocultural e ideologicamente comprometida, usado para hierarquizar pessoas e justificar tratamento diferenciado (FORD e AIRHIHENUWA, 2010). No Brasil, raça é definida pelo fenótipo cor da pele, traços faciais, tipo de cabelo, mas, nos Estados Unidos e Europa, é definida pela ancestralidade (CARVALHO, WOOD E ANDRADE, 2003).

Ainda sobre raça, atualmente, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza o critério racial por uma característica biológica: a cor da pele. A autodeclaração da pele é uma das formas mais recomendadas para se definir o pertencimento de um indivíduo dentro das cinco categorias estabelecidas pelo IBGE: branca (raça branca), parda e preta (raça negra) amarela (raça amarela) e indígena (raça

indígena) (OSÓRIO, 2003).

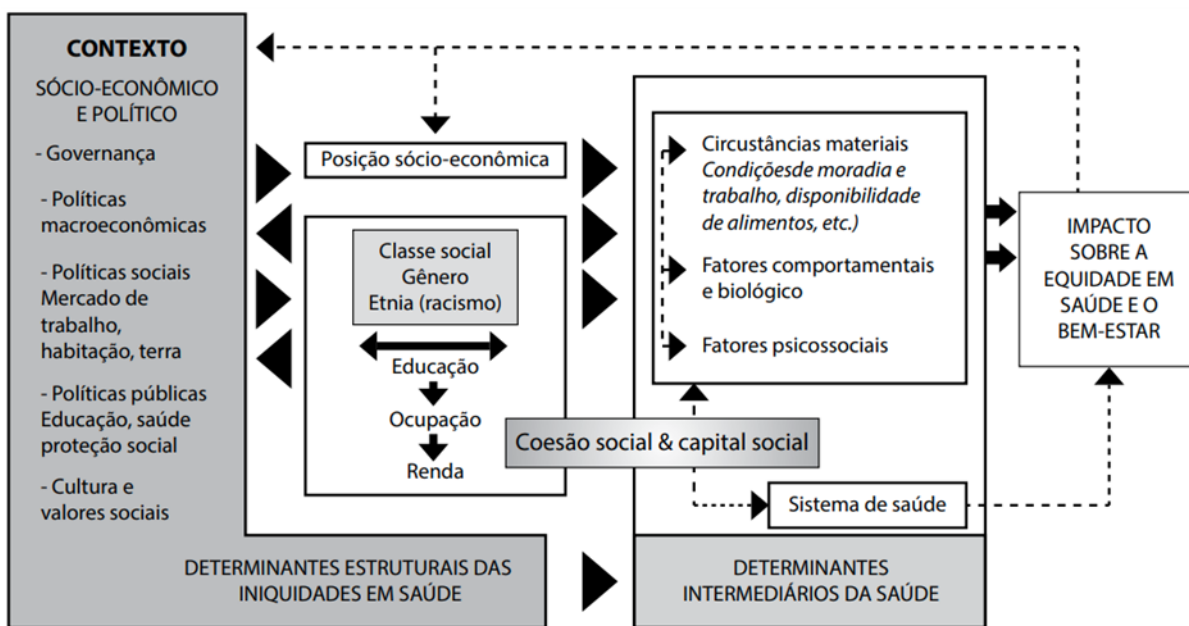
A Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 2005 e 2007, por intermédio da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, definiu um modelo de determinantes sociais da saúde no qual se criou dois blocos de fatores relacionados à presença ou não da equidade em saúde. Um bloco primário chamado de determinantes estruturais e outro secundário de determinantes intermediários (Figura 1). Destaca-se neste modelo a posição socioeconômica, classe social, gênero e racismo que instigados pelo contexto político e socioeconômico impactam na equidade em saúde e no bem-estar (SOLAR e IRWIN, 2010). Nesse sentido, a saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto socioeconômico e político, que geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Esses determinantes sociais da saúde interferem no bem-estar, independência funcional e qualidade de vida da população, principalmente entre os negros. No entanto, geralmente, esses determinantes são desconsiderados nas intervenções sociais e políticas públicas.

MAIO et al. (2005), GOES e NASCIMENTO (2013) ressaltaram que a desigualdade não deriva da diferença individual, mas do modo como as pessoas estão organizadas socialmente, em uma estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais produzida pelas variadas relações sociais e que tem como consequência a repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens. As desigualdades sociais são, portanto, resultado de processos sociais, políticos, econômicos, demográficos e culturais desenvolvidos em contextos determinados social e historicamente.

A discussão sobre igualdade ou desigualdade deve se situar além da simples comparação de situações, atribuindo-se juízo de valor ao que é igual ou desigual. Sendo assim, as desigualdades sociais se referem às situações injustas, porque estão associadas a características



Figura 1 – Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: SOLAR e IRWIN, 2010.

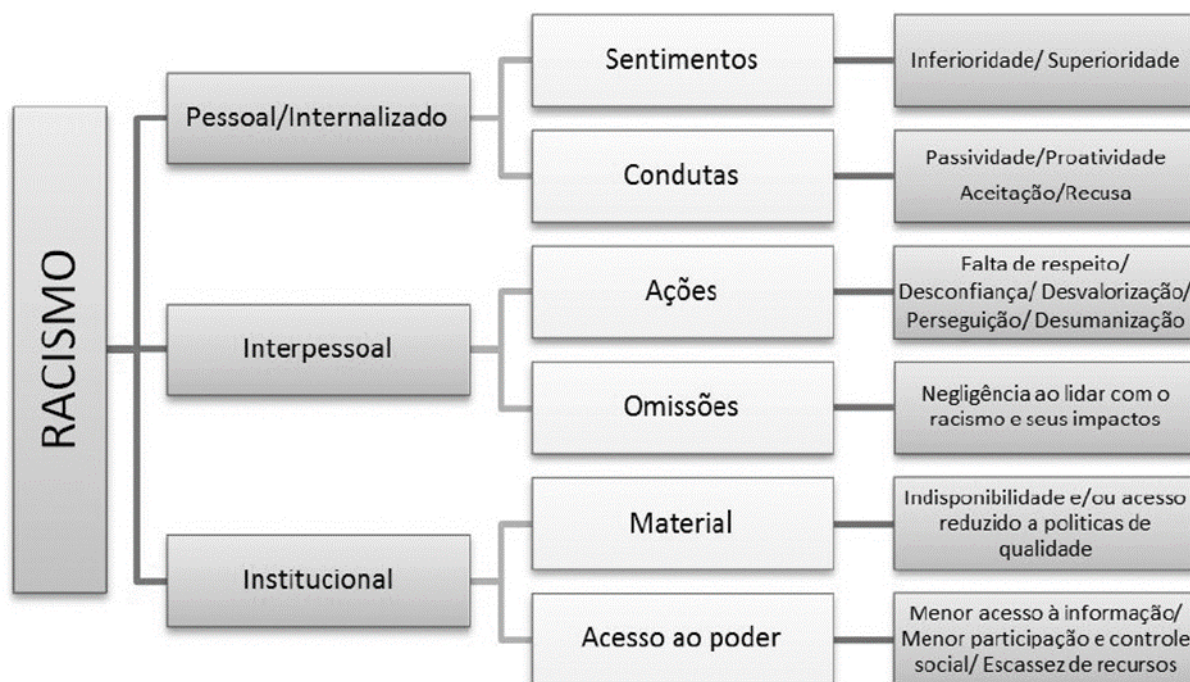
sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem em relação a outros quanto a oportunidades e acesso aos bens e serviços (BARATA, 2009).

Nessa perspectiva, as desigualdades levam ao prejuízo do acesso à renda e aos direitos definidos como fundamentais: educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais para grupos sociais historicamente excluídos. No Brasil, as desigualdades raciais, estruturadas pelo racismo institucionalizado, impactam o acesso aos bens e serviços, tratando as pessoas de forma desigual por causa da sua cor da pele e / ou raça / etnia e / ou religião. Fruto da colonização, o racismo é reconhecido como princípio ativo desse processo, pois, desde o século XVI, as desigualdades impostas pelo regime escravagista do Brasil se mantiveram com o desenvolvimento de um sistema fundamentado no capitalismo, que conservou o racismo como legitimador da exclusão social (GOES e NASCIMENTO, 2013).

O racismo refere-se a um sistema de dominação, poder e privilégio baseado em designações de grupos raciais; enraizado na opressão histórica de um grupo definido ou percebido pelos membros do grupo dominante como inferior, desviante ou indesejável; e ocorrendo em circunstâncias em que os membros do grupo dominante criam ou aceitam seu privilégio social ao manter estruturas, ideologia, valores e comportamento que têm a intenção ou efeito de deixar os membros do grupo não dominante relativamente excluídos de poder, estima, status e / ou acesso igual aos recursos da sociedade (HARRELL, 2000).

Existem vários conceitos e tipologias de racismo. No entanto, ALMEIDA (2019) destaca esse fenômeno como fundamento estruturador das relações sociais, ou seja, não existe racismo que não seja estrutural. Assim, o racismo estrutural é dado pela formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais dentro de uma sociedade que frequentemente coloca um grupo social ou étnico em

Figura 2 – Dimensões do Racismo, 2013. Baseado no modelo proposto por JONES (2002).



Fonte: Racismo Institucional e Saúde da População Negra (WERNECK, 2016).

uma posição melhor em detrimento de outro. Nesse sentido, o racismo como estruturante social age nos sentimentos, condutas, ações e omissões das pessoas e no uso e acesso a políticas, bens e serviços (Figura 2).

Conceito muito utilizado no Brasil para explicar as desigualdades raciais no acesso aos serviços de saúde, o racismo institucional, que ocorre de forma implícita, é descrito como: o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor da pele, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultados do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios

gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006).

O racismo perpassa as instituições e modela o modo como o Estado e a sociedade se organizam para lidar com os negros. Na saúde, o racismo opera não reconhecendo as necessidades particulares dessas pessoas nas ações de promoção à saúde, prevenção, assistência e reabilitação de doenças e agravos, conformando a vulnerabilidade programática. Concretiza-se como acessibilidade diferenciada e dificultada a equipamentos sociais e tratamento iníquo segundo cor da pele / raça, comprometendo a equidade em saúde e reproduzindo desigualdades (SILVA, 2005; VOLOCHKO, 2003).

A realidade é muito concreta com relação à disparidade entre raça e saúde, corroborada por pesquisas em nível nacional e internacional que atestam desigualdades sofridas pelos negros em relação a desfechos de saúde. A prevalência de doenças crônicas au-

torreferidas foi significativamente maior nas pessoas negras quando comparadas às brancas (BARROS et al., 2009).

Os dados do IBGE / Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015 (PNAD Contínua 2015) indicam que entre os brasileiros, os dados epidemiológicos de morbidade e de estilo de vida mostraram o pior gradiente de diabetes, hipertensão arterial e atividade física para os negros na maioria das regiões (IPEA et al., 2015).

A média da idade ao morrer e anos potenciais de vida perdidos para a população residente da capital paulista em 2013 mostra que exceto os indígenas, a população negra, em média, morre mais cedo e, consequentemente, tem mais anos potenciais de vida perdidos (SÃO PAULO, 2015).

No tangente as taxas de mortalidade (por 100.000 habitantes) por hipertensão arterial sistêmica, doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e diabetes mellitus da população residente do município de São Paulo em 2017 as piores magnitudes foram para os pretos e pardos menores de 60 anos de idade. Ressalta-se que o mesmo acontece com a população idosa (SÃO PAULO, 2020).

Esses dados indicam que provavelmente esses resultados estão ligados às diferenças de condições de vida e acesso aos cuidados de saúde, bem como a participação desigual na distribuição de renda e racismo.

Ao afetarem a capacidade de inserção das pessoas pardas e pretas na sociedade brasileira, as desigualdades comprometem o projeto da construção de um país democrático, com oportunidades iguais para todas as pessoas, limitando, dessa forma, a capacidade de inclusão da população negra, tendo em vista que as relações raciais estão enraizadas na vida social dos grupos e classes sociais, afetando os indivíduos. (HERINGER, 2002;

IANNI, 2004). O racismo é um determinante social da saúde, pois, expõe a população negra a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte (GOES, RAMOS e FERREIRA, 2020).

A garantia do acesso universal, integral e equitativo à saúde está diretamente associada ao acesso e utilização dos serviços que, muitas vezes, são violados por multifatores, tais como eixos estruturantes que funcionam de forma articulada, racismo, sexismo e condições socioeconômicas e culturais. O acesso (utilização dos serviços e insumos de saúde) é condição importante para a manutenção de bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, embora não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade (GOES e NASCIMENTO, 2013).

---

## NOTAS E REFERÊNCIAS

---

Almeida, S. Racismo estrutural. São Paulo: Polen Livros, 2019.

Barata, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

Barros, M. B. A.; Zanchetta, L. M.; Moura, E.C.; Malta, D. C. Auto-avaliação de saúde e fatores associados, Brasil 2006. Revista de Saúde Pública. 2009; 43(Supl. 2):S27-37.

Carvalho, J. B. M.; Wood, C. H.; Andrade, F. C. D. Notas acerca das categorias de cor dos censos e sobre a classificação subjetiva de cor no Brasil: 1980/90. Rev Brasileira de Estudos de População. 2003;20(1):29-42.

CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucio-

---

# NOTAS E REFERÊNCIAS

---

nal. Brasília: CRI, 2006.

Ford, C. L.; Airhihenbuwa, C. O. Teoria crítica da raça, equidade racial e saúde pública: rumo à práxis anti-racismo. *American Journal of Public Health*. 2010;100:S30-35.

Goes, E. F.; Nascimento, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate*. 2013;37(99):571-9.

Goes, E. F.; Ramos, D. O.; Ferreira, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(3):e00278110.

Harrell, S. P. A multidimensional conceptualization of racism-related stress: implications for the well-being of people of color. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000;70:42-57.

Heringer, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18 supl:57-65.

Ianni, O. Dialética das relações raciais. *Estudos avançados*. 2004;18(50).

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_pt.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf). Acesso em: 15/12/2020.

Maio, M. C.; Monteiro, S.; Chor, D.; Faerstein, E.; Lopes, C. S. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de auto-classificação no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):171-80.

Osório, R. G. O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE. IPEA. Brasília; 2003.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo. *Boletim CEInfo Análise*. Ano X, nº12/2015.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Raça/cor: Olhar da Saúde da População Negra. *Boletim CEInfo Análise*. Ano XV, nº 18, 2020.

Silva, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: Batista, L. E.; Kalckmann, S. organizadores. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde. 2005:129-32.

Solar, O.; Irwin, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization. Geneva. 2010.

Souza, E. H. A.; Oliveira, P. A. P.; Paegle, A. C.; Goes, P. S. A. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2063-70.

Volochko, A. Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades sociais na saúde. *Bol Inst Saúde*. 2003;(31):21-2.



## COVID-19 E DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS: IMPACTOS DA PANDEMIA NO DIREITO À SAÚDE DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

*Aline Sayuri Cawamura*

Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

[aline.cawamura@usp.br](mailto:aline.cawamura@usp.br)



Foto: AFP/Arquivos

### Resumo

A proatividade aplicada por governos e laboratórios no combate à pandemia de COVID-19 é muito diferente daquela dedicada às DTNs (Doenças Tropicais Negligenciadas). Por atingirem principalmente países em desenvolvimento, essas enfermidades não contam com os mesmos recursos e atenção que as doenças que afetam o norte global. Considerando-se que o novo coronavírus afetou países ricos e pobres de maneira desigual, infere-se que as mais de 1,7 bilhão de pessoas já afligidas pelas DTNs tenham seu direito à saúde ainda mais prejudicado pelas consequências da pandemia. Nesse sentido, a partir de revisão bibliográfica de artigos, documentos oficiais e notícias verificadas, o presente artigo apresenta um breve panorama desses impactos e uma reflexão sobre perspectivas para o futuro pós-pandêmico.

**Palavras-Chave:** doenças tropicais negligenciadas, pan-

demia, direito à saúde, populações vulneráveis.

### Introdução

A emergência sanitária instalada pela pandemia de COVID-19 catalisou o desenvolvimento de vacinas e estudos científicos dedicados à mitigação dessa enfermidade. De fato, os números são impressionantes: de acordo com a Policy Cures Research, uma *think tank* dedicada à coleta de dados sobre assuntos de saúde global, em junho de 2021 (15 meses após o início oficial da crise sanitária), mais de US\$9 bilhões já haviam sido empenhados em pesquisas referentes ao novo coronavírus e 1052 produtos (terapias, vacinas ou testes diagnósticos) se encontravam em diferentes fases de pesquisa (1). Essa eficiência de governos e empresas em buscar soluções para a COVID-19 contrasta intensamente com o cenário no qual as DTNs



(Doenças Tropicais Negligenciadas) estão inseridas. Em termos de investimento, entre 2018 e 2019, uma quantia 28 vezes inferior (2) foi destinada aos estudos das 20 DTNs-alvo da OMS (Organização Mundial de Saúde).

Apesar das disparidades relatadas, pode-se apontar como semelhança entre a COVID-19 e as DTNs o fato de ambas afetarem países ricos e pobres de maneiras desiguais, isto é, seus efeitos sobre as populações vulneráveis são mais graves. Se antes do início da pandemia doenças como leishmaniose, esquistossomose e dengue já eram subfinanciadas, a emergência associada ao novo coronavírus as privaram ainda mais de investimentos, aprofundando a vulnerabilidade de minorias sociais. Nesse sentido, considerando que as DTNs afligem mais de 1,7 bilhão de pessoas ao redor do mundo, é relevante analisar os impactos resultantes da crise do SARS-CoV-2 sobre tais patologias, objetivo do presente artigo. Assim, por meio de levantamento bibliográfico de artigos científicos, documentos oficiais da OMS e notícias verificadas, este estudo apresenta um breve panorama a respeito tanto das repercussões da pandemia sobre as DTNs, informações necessárias para possibilitar a elaboração de estratégias que assegurem o direito à saúde das populações comprometidas, quanto das perspectivas futuras.

### Doenças Tropicais Negligenciadas

De acordo com a OMS, as doenças tropicais negligenciadas são um grupo de patologias causadas por bactérias, vírus, parasitas ou de origens diversas, muitas vezes decorrentes de consumo de água imprópria, condições inadequadas de moradia ou condições sanitárias precárias. Elas possuem um contexto geográfico e social comum: afetam predominantemente populações vulneráveis de países em desenvolvimento de regiões de clima tropical ou subtropical. A epidemiologia das DTNs é complexa e muito dependente das condições ambientais, uma vez que várias são zoono-

ses ou são transmitidas por vetores, o que torna seu combate um desafio para as políticas públicas.

As populações atingidas não possuem voz política e, por isso, tais enfermidades não são tratadas como prioridade pela saúde pública ou na condução de pesquisas. Portanto, é em virtude desse “descaso” com essas minorias sociais afetadas que essas doenças são denominadas “negligenciadas”. De fato, a correlação dessas enfermidades com a pobreza é tão intrínseca que muitas vezes são referenciadas como “doenças das populações negligenciadas”. No plano “Eliminando a negligência para atingir os objetivos de desenvolvimento sustentável: uma abordagem de sustentabilidade contra as doenças tropicais negligenciadas 2021-2030” (3), lançado pela ONU em janeiro de 2021, a OMS destaca 20 patologias-alvo: úlcera de buruli; doença de Chagas; dengue e chikungunya; dracunculíase; equinococose; trematodíase de origem alimentar; tripanossomíase africana humana; leishmaniose; hanseníase; filariose linfática (elefantíase); micetoma, cromoblastomicose e outras micoses profundas; oncocercose (cegueira dos rios); raiva; sarna e outras ectoparasitoses; esquistossomose; picadas de cobras peçonhentas; helmintíases transmitidas pelo solo; teníase e cisticercose; tracoma e boubas. Apesar de serem responsáveis por mais de 500 mil mortes por ano, muitas DTNs poderiam ser prevenidas ou até mesmo erradicadas se o acesso à saúde dessas populações fosse minimamente garantido, com a disponibilização de saneamento básico e atendimento primário.

### Direito à saúde e pobreza

De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos da ONU (Organização das Nações Unidas), o direito à saúde é concebido como uma parte fundamental dos direitos humanos e do entendimento de uma vida digna. O “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de

saúde física e mental” (4) não é um conceito novo. Deveras, a Constituição da OMS de 1946 já trazia, em seu preâmbulo, a definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Esse mesmo documento reconhece que “o gozo do mais alto padrão de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social.” Ainda nesse âmbito, o Comentário Geral nº14 do CESCR (Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) estabelece que o direito à saúde possui os seguintes elementos essenciais e inter-relacionados: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. A despeito de todos esses preceitos definidos pela ONU, no que diz respeito às DTNs, é notável a violação desse direito humano.

A relação entre acesso à saúde e pobreza é evidente ao se analisar onde há maior incidência de DTNs: de acordo com a OMS, mais de 70% dos países e territórios que relatam a presença dessas enfermidades são classificados como economias de baixa renda ou de renda média-baixa. Nesse sentido, Delmas-Marty relaciona esses dois elementos:

“(…) Os dois mundos, o da economia e o dos direitos do homem, descobrem-se mutuamente e começam a se comunicar entre si. No entanto, as tensões não desapareceram; pode-se até acreditar que elas estejam mais fortes do que nunca, na medida em que se percebe a inconveniência da pobreza e se espalha a inquietude da precariedade.”(DELMAS-MARTY, 2003, tradução nossa) (5)

Paul Hunt, ex-Relator Especial da ONU, ainda observa que a falta de saúde é, ao mesmo tempo, causa e consequência da pobreza: pessoas doentes são mais propensas a empobrecer e os pobres são mais suscetíveis a doenças e deficiências.” (6) Por conseguinte, a vulnerabilidade socioeconômica é o denominador comum

que agrava as consequências da emergência sanitária do novo coronavírus em populações já atingidas por outros tipos de crises. Dessa forma, o fato de a COVID-19 afetar desproporcionalmente as economias de nações onde há DTNs endêmicas é um assunto preocupante, uma vez que a pandemia se torna capaz de desacelerar e reverter os esforços despendidos no controle e erradicação dessas doenças (HOTEZ et. al. 2021).

### A pandemia de COVID-19 e as DTNs

A elevação dos níveis de pobreza em países em desenvolvimento em decorrência da crise sanitária do novo coronavírus vai de encontro às frentes de intervenção estratégicas para DTNs estabelecidas pela OMS, a saber: quimioterapia preventiva; gestão de casos individuais; controle de vetores; água, saneamento e higiene (WASH) e saúde veterinária pública. Em virtude da pandemia, medidas como políticas de distanciamento social e *lockdowns* foram decretadas, interferindo na cadeia de abastecimento e administração de medicamentos e atendimento à população. Há também os efeitos associados à insegurança alimentar e, conseqüentemente, à saúde integral da população carente. Ainda que precauções como o incentivo à higiene e lavagem adequada das mãos possam contribuir para a diminuição de casos tanto de COVID-19 quanto de DTNs, trata-se de uma providência inerente à disponibilidade de saneamento básico, cuja manutenção é limitada devido ao contexto de crise.

### Impactos no enfrentamento às DTNs

No dia 1º de abril de 2020, a OMS divulgou um comunicado geral recomendando que os programas de combate às DTNs fossem adiados. No mês seguinte, a entidade reafirmou sua posição emitindo outro guia a respeito (7) e, em julho de 2020, foi publicado um quadro de tomada de decisão para a implementação de

ações no contexto pandêmico (8). Acredita-se que tais orientações impactaram negativamente os planejamentos de combate a essas doenças e que muitas conquistas realizadas por meio dos investimentos em programas de controle foram prejudicadas. (HOTEZ et al., 2021)

A emergência sanitária e seus desdobramentos afetaram as estratégias focais de combate às DTNs, dentre elas a disponibilização de quimioterapia preventiva e o atendimento de pacientes. No que diz respeito às cadeias de suprimentos, a COVID-19 apresentou um desafio em questão de abastecimento e logística. Ademais, tanto a fabricação de medicamentos quanto a de produtos para a saúde foram afetadas, posto que a pandemia exigiu que as fábricas adaptassem seus planos de produção para atender às demandas da emergência global.

Embora muitas indústrias químicas e farmacêuticas tenham mantido suas atividades (ou suspenso apenas temporariamente), *lockdowns* em diversos territórios e medidas de restrição impostas em cruzamentos de fronteiras afetaram o transporte e a logística desses materiais. Como resultados, os preços de frete encareceram e muitas populações afetadas por DTNs tiveram seu direito à saúde violado, seja pela interrupção e atraso de tratamentos, seja pela indisponibilidade de pessoal para atendê-los.

Além disso, a redução de estoques e dificuldades logísticas trouxeram um problema relacionado à validade dos medicamentos. Com a suspensão temporária dos programas de enfrentamento às DTNs no início da pandemia, muitos lotes foram armazenados para serem utilizados após a normalização da situação. Entretanto, após mais de um ano do começo da crise, há alto risco de medicamentos de curta estabilidade terem sua data de validade expirada antes de serem distribuídos.

Para além dos suprimentos de materiais, a disponibilidade de serviços e profissionais de saúde também

foram enfraquecidos. Muitas equipes foram realocadas para atividades de combate à pandemia de COVID-19, impossibilitando o seguimento de tratamentos e a aderência adequada às medidas de prevenção, além de privar muitos indivíduos de diagnósticos e terapias necessárias. Tal ruptura com os atendimentos às populações vulneráveis representou uma queda no monitoramento dos casos, o que implica a indisponibilidade de dados de extrema importância para avaliação do andamento dos programas e futuras intervenções.

Em abril de 2021, um ano após o primeiro comunicado da OMS acerca da recomendação de paralisar os programas de enfrentamento às DTNs, uma pesquisa conduzida em 135 países demonstrou que a pandemia de SARS-CoV-2 continuava prejudicando o fornecimento de serviços de saúde para DTNs em 44% dos países analisados.

Quanto ao aspecto clínico, o coronavírus também gera efeitos preocupantes no prognóstico das pessoas acometidas cronicamente por DTNs, cuja saúde tende a ser mais debilitada. Assim, em indivíduos que desenvolveram complicações cardíacas em face da doença de Chagas, a co-infecção por SARS-CoV-2 possui maior propensão a ser fatal. De forma semelhante, verminoses podem causar anemia, tornando esses pacientes ainda mais suscetíveis a complicações graves de COVID-19. No que se refere à dengue, a semelhança entre seus sintomas e aqueles causados pelo novo coronavírus pode levar a diagnósticos e tratamentos equivocados, agravando o quadro de saúde dos pacientes.

### Impactos em pesquisas científicas

Sob o aspecto histórico, as Doenças Tropicais Negligenciadas nunca foram alvo de interesse das indústrias farmacêuticas nem de cobertura de sistemas de saúde. Isso se deve ao fato de que a maioria das pessoas infectadas por essas doenças não têm alto poder aquisitivo ou influência política. Assim, há pouco empe-

nho na pesquisa por medicamentos cujo retorno financeiro não compensará os interesses econômicos das empresas. Como resultado dessa lógica, poucos fármacos para essas patologias têm sido desenvolvidos nos últimos anos. De fato, entre 2000 e 2011, apesar do lançamento de 850 novos produtos terapêuticos no mercado, apenas 5 deles eram indicados para DTNs, sendo que nenhum trazia novas moléculas, apenas alterações de formulação ou novas indicações de uso (WENG, 2018). De janeiro de 2012 a setembro de 2018, 157 novas moléculas chegaram ao mercado, nenhuma dedicada ao tratamento de DTNs (FERREIRA et. al, 2019).

Se em um contexto habitual as pesquisas científicas destinadas às DTNs já são subfinanciadas, a pandemia impôs ainda mais limitações a esses estudos. Desafios financeiros e redirecionamento de investimentos para controle da crise do novo coronavírus levaram ao cancelamento de verbas que seriam empregadas em projetos científicos (DE SOUZA et. al, 2020). As medidas de segurança fixadas pela pandemia também interromperam e atrasaram muitas pesquisas, como aquelas desenvolvidas pela DNDi (Iniciativa Desenvolvimento para Doenças Negligenciadas) em parceria com universidades. Em virtude da pandemia, os laboratórios de desenvolvimento foram ou fechados ou operaram abaixo de sua capacidade máxima.

### Considerações Finais

Diante do exposto, é evidente a dependência das populações vulneráveis em relação a programas de enfrentamento às DTNs. Nesse sentido, a ruptura de serviços de saúde e de abastecimento de medicamentos por conta da pandemia de COVID-19 significou um retrocesso e um recrudescimento no controle e tratamento dessas enfermidades. Isso significa que mais de 1,7 bilhão de pessoas tiveram seu direito à saúde, um dos direitos humanos, violado em decorrência do novo

coronavírus, que expôs o quão grave é a negligência atribuída a essas minorias. Nesse contexto, a máxima da expressão “fazer viver e deixar morrer”, que sintetiza o conceito de necropolítica de Achille Mbembe, descreve a invisibilidade daqueles que não possuem relevância econômica ou política.

Devido a esse cenário preocupante, o novo roteiro de metas para as DTNs emitido pela OMS é pautado em ações integradas e melhorias na gestão de políticas públicas. Ainda que a garantia da concretização do direito à saúde seja, sem dúvida, um dever dos Estados, considerando-se a atual conjuntura de multinacionalização, ganha vida a discussão sobre responsabilidade global compartilhada, o que alcançaria não apenas agentes estatais, mas também organizações não governamentais e empresas privadas (CAMPOS, 2012). Dessa forma, cabe também ressaltar a importância de *stakeholders* e laboratórios farmacêuticos no combate às DTNs, uma vez que a pesquisa e o desenvolvimento de novos fármacos é uma estratégia subfinanciada, cujo potencial ainda não foi devidamente explorado.

Para além das consequências negativas que a pandemia trouxe às populações vulneráveis, considera-se que o advento de imunizantes em tempo recorde agregou muito à ciência. A mobilização política e os investimentos bilionários no combate à COVID-19 geram uma reflexão sobre o que poderia ser realizado em prol da mitigação das DTNs se essas doenças recebessem atenção semelhante. Por fim, reitera-se o caráter econômico intrínseco à saúde, evidenciando-se que as metas estabelecidas pela OMS, a fim de serem minimamente executadas, precisam ser realizadas de forma conjunta com programas de minoração da pobreza.

---

# NOTAS E REFERÊNCIAS

---

## Notas

- (1) Em 24/06/2021, a página COVID 19 R&D Tracker da Policy Cure Research registrava a quantia de USD 9.177.159.308 e 1052 produtos em desenvolvimento . Disponível em <https://www.policycuresresearch.org/covid-19-r-d-tracker/> Acesso em 24/06/2021
- (2) De acordo com relatório G-Finder de 2020, USD 328 milhões foram investidos para pesquisas de DTNs entre os anos de 2018 e 2019. (Disponível em <https://www.policycuresresearch.org/analysis>. Acesso em 24 junho 2021). Os investimentos em HIV/AIDS, malária e tuberculose, por não fazerem parte das doenças-foco do programa de DTNs da OMS, não foram consideradas nesse cálculo.
- (3) Título original: “Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a sustainability framework for action against neglected tropical diseases 2021-2030”
- (4) O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais contém o artigo mais abrangente do direito internacional dos direitos humanos sobre o direito à saúde.
- (5) Tradução livre do trecho original: “(...) les deux mondes de l'économie et des droits de l'homme se découvrent mutuellement et commencent à communiquer entre eux. Les tensions n'ont pas disparu pour autant ; on peut même les croire plus fortes que jamais, à mesure que se creuse l'écart de la pauvreté et que se répand l'inquiétude de la précarité.” DELMAS-MARTY, M. Trois défis pour un droit mondial. Seuil. 1998.
- (6) Tradução livre do trecho original: “In other words, ill health is both a cause and a consequence of poverty: sick people are more likely to become poor and the poor are more vulnerable to disease and disability.” ONU. Conselho Econômico e Social. Comissão de Direitos Humanos. ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS - The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, submitted in accordance with Commission resolution 2002/31. Doc. E/CN.4/2003/58. Disponível em <https://www.un.org/womenwatch/ods/E-CN.4-2003-58-E.pdf> . Acessado em 26 junho 202
- (7) O comunicado oficial emitido em maio de 2020 está disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm\\_health\\_care-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1)
- (8) O guia contendo o quadro para tomada de decisão emitido em julho de 2020 está disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1289077/retrieve>



# NOTAS E REFERÊNCIAS

## Bibliografia

ADEPOJU, P. NTDs in the time of COVID-19. The Lancet Microbe, Volume 1, Issue 6, 2020. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(20\)30153-1](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(20)30153-1). Acesso em 25 junho 2021

CAMPOS, T. C. Empresas transnacionais e direitos humanos: as empresas farmacêuticas como objeto de estudo. Belo Horizonte: Fórum, 2012. Coleção Fórum Direitos Humanos v.5.

DE SOUZA D. K.; PICADO, A.; BIÉLER S.; NOGARO S.; NDUNG'U J.M. Diagnosis of neglected tropical diseases during and after the COVID-19 pandemic. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008587>. Acesso em 24 junho 2021..

DELMAS-MARTY, M. Trois défis pour un droit mondial. Seuil. 1998

DNDi. Pandemia de Covid-19 agrava o panorama das doenças negligenciadas no Brasil. DNDi Clipping. Disponível em: <https://www.dndial.org/category/comunicacao-e-informacao/dndi-na-imprensa/> Acesso em 30 junho 2021.

FEREIRA, L. L. G.; ANDRICOPULO, A. D. Drugs and vaccines in the 21st century for neglected diseases. The Lancet Infectious Diseases. Volume 19, Issue 2, 125 - 127

Disponível em [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30005-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30005-2). Acesso em 24 junho 2021.

HOTEZ, P.J.; FENWICK, A.; MOLYNEUX, D. The new COVID-19 poor and the neglected tropical diseases resurgence. Infectious Diseases of Poverty 10(1), 10. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00784-2> Acesso em 26 junho 2021.

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). New York, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 30 junho 2021.

OMS .Control of Neglected Tropical Diseases. Neglected tropical diseases: impact of COVID-19 and WHO's response. Weekly epidemiological record. No 39, 2020, 95, 461–468. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9539-461-468>. Acesso em 24 junho 2021

OMS. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030. 2021. Disponível em <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/ending-ntds-together-towards-2030>. Acessado em 27 junho 2021

MOLOO, A. NTDs: pulse survey shows COVID-19 continues to disrupt health services. OMS Department News. Geneva. April, 2021. Disponível em:

<https://www.who.int/news/item/29-04-2021-ntds-pulse-survey-shows-covid-19-continues-to-disrupt-health->

---

## NOTAS E REFERÊNCIAS

---

[services](#). Acesso em 24 junho 2021.

ONU. Conselho Econômico e Social. Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. General Comment No. 14. Doc. N. E/C 12/2000/4. Geneva, 2000. Disponível em <https://undocs.org/E/C.12/2000/4>. Acessado em 26 junho 2021

ONU. Conselho Econômico e Social. Comissão de Direitos Humanos. ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS - The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, submitted in accordance with Commission resolution 2002/31. Doc. E/ CN.4/2003/58. Disponível em <https://www.un.org/womenwatch/ods/E-CN.4-2003-58-E.pdf> . Acessado em 26 junho 2021

WENG, H.B.; CHEN, H. X.; WANG, M. W. Innovation in neglected tropical disease drug discovery and development. Infectious Diseases of Poverty. 7, 67. 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s40249-018-0444-1>. Acesso em 24 junho 2021

## MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E O DIREITO HUMANO DE ACESSO À SAÚDE: ENTRE A CRISE SANITÁRIA E A CRISE HUMANITÁRIA

*Flávia Faraco Sobrado*

Pós-graduanda em Direito à Saúde pela Escola Superior de Advocacia da Ordem dos Advogados do Brasil



Foto: OIM/Muse Mohammed . ONU NEWS.

Em se tratando de segurança e saúde, a defesa de princípios de proteção e prevenção de interesses de certos grupos populacionais tem o potencial de fomentar narrativas contrárias aos direitos humanos e que resultam na adoção de medidas restritivas à mobilidade de pessoas, por vezes discriminatórias. Tal contexto se intensifica em situações de crise e de emergência sanitária, nas quais as reações dos países oportunizam violações de direitos de migrantes e os estigmatizam, associando aquele que vem de fora com a respectiva crise ou doença.

Evidencia-se que, ao longo da história humana, o que usualmente seria considerado inaceitável, nas situações de risco e emergência, em que a sociedade se vê ameaçada, passa a ser visto como tolerável e encontra ambiente para se propagar. A esse respeito,

Hannah Arendt e Kroh ressaltam a capacidade da civilização moderna de aceitar o inaceitável diante de tais ameaças, sejam elas de magnitude real ou imaginária (ARENDR; KROH, 1964).

Nas situações de emergências sanitárias em nível internacional, que envolvem riscos que transpassam fronteiras, medidas restritivas adotadas individualmente pelos Estados, separando regiões e suas populações, tornam-se ainda mais usuais e têm o potencial de impactar os fluxos migratórios internacionais, bem como as condições de vida dos imigrantes e refugiados no interior dos países de destino.

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que a epidemia de Ebola que atingiu principalmente os países da África Ocidental caracterizaria uma Emergência de Saúde Pública de Importância Inter-

nacional (ESPII). Em seguida, observou-se globalmente a propagação de boatos e notícias alarmistas pela mídia internacional e a tomada de medidas de restrição à circulação de pessoas, contrariando a recomendação da própria OMS, que orientava pela não restrição, uma vez que poderia limitar a mobilização de profissionais de saúde e auxílio entre os Estados e a região afetada, além de a imposição de restrições desnecessárias poder levar à estigmatização da população de migrantes oriundos das regiões de transmissão (KOSER, 2015).

Na época, países como Austrália e Canadá, importantes na consolidação de normativas e recomendações da OMS, modificaram sua legislação migratória de modo a inviabilizar o fluxo de pessoas provenientes das regiões afetadas pelo vírus Ebola. Nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, profissionais que atuaram na África Ocidental alegam ter sofrido, quando de seu repatriamento, restrições abusivas de direitos e discriminação. No Brasil, houve atentados à privacidade e ao sigilo médico de migrantes negros que sequer eram provenientes de países com circulação do vírus, como o Haiti. (VENTURA, 2016)

Em escala internacional, a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) reconhece o direito de todo ser humano a deixar o seu país e circular livremente dentro das fronteiras de cada Estado, sem qualquer tipo de discriminação, garantindo ao migrante o direito à proteção do Estado independentemente de sua nacionalidade (artigo 2º e artigo 22) (1). O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) faz menção direta à saúde e o seu acesso, detalhando o direito à saúde, as responsabilidades dos Estados a esse respeito, incluindo a determinação de que a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade são elementos essenciais e inter-relacionados do direito à saúde (2).

Além dessas normativas, outros tratados e instrumentos jurídicos internacionais têm implicações no

direito à saúde em âmbito global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) é o principal ator da saúde no cenário internacional e define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (3). Em 1978, a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, promovida pela OMS e pela United Nations Children’s Fund (Unicef), resultou na Declaração de Alma-Ata, marco internacional sobre o tema da saúde.

A Declaração de Alma-Ata organizou os princípios dos sistemas de saúde a partir de uma visão dos direitos humanos, reconheceu o direito à autodeterminação dos povos, a necessidade da participação popular na elaboração das políticas e construção dos sistemas nacionais e locais de saúde e reconheceu a relevância aos determinantes sociais da saúde, ampliando tal conceito para além da mera ausência de doença ou pontual cuidado (4).

O reconhecimento dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença evidenciou como sendo essencial para a promoção e proteção da saúde, o engajamento dos diferentes atores nacionais e internacionais, almejando a redução das desigualdades entre os povos. Anos depois, a Declaração de Astana (2018) reafirmou o conteúdo da Declaração de Alma-Ata e obrigou os 194 países signatários a reconhecerem a saúde pública e a atenção primária de saúde como passo essencial para alcançar a cobertura universal de saúde.

A agenda clássica e decorrente do processo de globalização, incorpora temas como a desnutrição infantil, a saúde reprodutiva, o saneamento básico, as doenças crônicas não transmissíveis, as alterações ambientais e climáticas causadas pela intervenção humana, a erradicação da varíola e o fenômeno das migrações. Em emergências de saúde pública de relevância internacional, nas quais há riscos para os sistemas de saúde nacionais, que correm o risco de ficar sobre-

carregados, impõe-se a discussão de uma ação internacional coordenada, sendo a sua efetiva concretização objeto de disputa e resistência pelos Estados.

A recente crise de coronavírus (declarada pela OMS como “pandemia” em 11 de março de 2020) é a sexta EPSII a ser reconhecida pela Organização. Em 2009, houve o reconhecimento da epidemia de gripe A (H1N1), propagada a partir do México, seguida da crise do poliovírus, em países da Ásia, da África e do Oriente Médio, e do surto de Ebola na África Ocidental, em 2014. A quarta EPSII foi a disseminação do vírus zika, cujo epicentro foi o Brasil, em 2016, e a quinta foi o surto de Ebola na República Democrática do Congo, no mesmo ano. A classificação de um evento como EPSII compete ao diretor-geral da OMS, leva em conta o potencial alcance internacional da patologia, a necessidade de resposta coordenada dos Estados e requer a convocação de um comitê de especialistas – chamado de Comitê de Emergências do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), independente do consentimento dos Estados. Uma vez que um evento é reconhecido como EPSII, uma série de recomendações são emitidas pela OMS aos Estados, aos viajantes e aos setores de transportes.

Os Estados são obrigados, pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a manterem um sistema de vigilância em saúde e agravos que possam ter propagação internacional, devendo informar à OMS os eventuais casos (5). O RSI trata de medidas de saúde pública que dispõem sobre a chegada ou a saída de viajantes, apresentando de forma geral as definições sobre o papel dos Estados na prevenção de propagação de doenças. Também prevê que os Estados podem requerer, para fins de saúde pública, algumas informações sobre viajantes e objetos que adentrem ou deixem o país, com respeito aos princípios de respeito pleno à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais (6).

Segundo o RSI, as intervenções para restringir o risco à saúde não devem comprometer desnecessariamente o tráfego e o comércio internacional. No entanto,

não é raro que países modifiquem suas legislações migratórias durante epidemias inviabilizando o fluxo migratório de pessoas provenientes de regiões afetadas pelas respectivas doenças. Determina, ainda, que sejam levados em consideração os aspectos religiosos, socioculturais, étnicos e de gênero relativos ao viajante, fornecidos ou providenciados elementos que garantam a preservação de suas necessidades humanas básicas (alimentação, repouso, segurança, liberdade para usufruir de recursos tecnológicos e comunicação eficaz de acordo com seu idioma), em casos de viajantes postos em condição de avaliação clínica do risco à saúde pública, isolamento ou regime de quarentena (7).

Não raro, os governos encontram dificuldades para identificar, de imediato, as necessidades específicas da população migrante nas situações de crise. Além disso, respostas humanitárias tradicionais precisam desenvolver ferramentas para assegurar às pessoas migrantes, em vista de suas peculiaridades, o acesso efetivo à ajuda. Há diversas condições sociais, econômicas e legais que se impõem ao migrante, como barreiras linguísticas, exigências documentais difíceis de serem providas, a dificuldade de compreensão de procedimentos locais, a falta de veiculação pública e acessível das informações e o medo de buscar auxílio devido a eventual status migratório irregular (OIM, 2020).

Experiências anteriores demonstram que migrantes raramente são alcançados nas fases de preparação, ajuda e recuperação dos contextos de crise. (OIM, 2020). No caso de uma pandemia, o acirramento das restrições à circulação de pessoas, o medo e a desinformação tornam mais propensa a ocorrência de episódios de intolerância contra migrantes. Os países são ao mesmo tempo lugares de acolhida, partida e trânsito, não havendo na contemporaneidade uma divisão tão clara entre as categorias. Contudo, enquanto o direito de saída é amplamente reconhecido, o direito de entrada encontra diversas limitações (8). Segundo dados de 2020, a população migrante chega a 3,5% da população mundial, muitos saem de seus países originários



em busca de trabalho e condições de vida melhores (OIM, 2020) (9). Antes da pandemia de coronavírus (2020), havia 26 milhões de refugiados no mundo e 4,2 milhões de solicitantes de asilo (10).

Em que pese haver um consenso de que há responsabilidade coletiva da comunidade internacional nas crises sanitárias, há distintos e conflitantes interesses políticos e econômicos dos atores estatais (Biehl & Peetryna, 2013). O acirramento das restrições à circulação de pessoas deixa evidente que o espaço para indivíduos em contexto de migração internacional não é possível de ser garantido sem o manuseio de instrumentos jurídicos internacionais e o enfrentamento das causas estruturais das emergências sanitárias, vinculadas aos determinantes sociais da saúde (VENTURA, 2015). O multilateralismo e o RSI, como instrumento normativo de enfrentamento às crises, ponderam os interesses da comunidade internacional, para além dos interesses individuais dos Estados.

Sob o manto da proteção e segurança, corre-se o risco de legitimar preconceitos e ampliar desigualdades, gerando implicações éticas e jurídicas aos que estão fora desse manto, e que, por sua vez, são alvo de discursos de ódio e xenofobia. Olhar a agenda da saúde internacional, sob o prisma dos direitos humanos e buscando o fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais, é pensar a saúde como um direito de todos, inclusive migrantes e refugiados. Inspirando-se nas reflexões de Arendt (ARENDR, H. 2003), o mal e a intolerância encontram espaço propício para se disseminarem na sociedade a partir da ausência de reflexão crítica dos fatos e da falta de educação para a valorização do outro como sujeito de direitos, estabelecendo-se patamares mínimos comuns e compartilhados entre os povos, resistentes às incertezas da vida. A leitura ampla da realidade, baseada em evidências sobre a interface entre mobilidade humana e saúde, questão definidora do tempo atual, é urgente.

## NOTAS E REFERÊNCIAS

### Notas

(1) A Declaração também dispõe que todo ser humano tem direito à saúde, considerando o conceito mais amplo do processo saúde-doença, incluindo, assim, determinantes de saúde como acesso à seguridade social, à proteção da velhice, ao emprego e a outras formas de subsistência (Art. 2, a 1). A saúde é abordada diretamente no art. 25, mas também está presente indiretamente nos arts. 22 se entendermos a saúde como um direito social do indivíduo, ela também está implícita nos art. 22 e art. 23, como direito social. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf> Acesso em 24 de agosto de 2021.

(2) Comentário Geral no 14 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Compilação de instrumentos internacionais de direitos humanos. Provedoria dos Direitos Humanos e Justiça. 1. Ed. Disponível em: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2011/06/Compilation-of-HR-instruments-and-general-comments-2009-PDHJTimor-Leste-portugues.pdf>. Acesso em 24 de agosto de 2021.

(3) Constituição da OMS em 1948. WHO (World Health Organization). 1946. Constitution of the World Health Organization. Disponível em: [http://policy.who.int/cgi-bin/on\\_isapi.dll?hitsper-heading=on&infobase=basicdoc&redord{C88}&softpage=Document42](http://policy.who.int/cgi-bin/on_isapi.dll?hitsper-heading=on&infobase=basicdoc&redord{C88}&softpage=Document42)>. Acesso em 24 de agosto de 2021.

(4) Na Declaração, a saúde é descrita como “direito humano fundamental”, sendo a meta social mais importante e cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do

---

# NOTAS E REFERÊNCIAS

---

setor saúde, propriamente. Disponível em: < <https://sudan.iom.int/migration-health>> Acesso em 24 de agosto de 2021.

(5) O Brasil aprovou o RSI em 2009, por meio do Decreto Legislativo nº 395/2009, instrumentalizado por diversas normativas. A internalização do RSI se deu por instrumentos como o Decreto no 7.616/2011 (2011), que “Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)”; a Portaria SVS/MS nº 104/2011 que “Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI, 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde”; a Portaria MS nº 1.865/2006 que “Estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde como Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (2005) junto à Organização Mundial da Saúde”; o Decreto nº 10.212/2020 que promulga o texto revisado do RSI, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005 (BRASIL, 2020). (LIMA; COSTA, 2015)

(6) O RSI fala em acolhimento com respeito e cortesia; levar em consideração os aspectos espirituais, socioculturais, étnicos e de gênero; e fornecer ou providenciar elementos que garantam as suas necessidades humanas básicas preservadas (alimentação, repouso, segurança, liberdade para usufruir de recursos tecnológicos e comunicação eficaz de acordo com seu idioma), em casos de viajantes postos em condição de avaliação clínica do risco à saúde pública, isolamento ou regime de quarentena. Cumpre ressaltar que o risco à saúde pública não deve fazer com que viajantes tenham suas viagens interrompidas, mas colocados em observação pelas autoridades do local e tendo de fornecer informações de suas viagens ou estado de saúde. Apenas em caso de verificação de risco iminente à saúde pública que os Estados podem exigir avaliação clínica e aplicar medidas de saúde gerais (vacinação, exames clínicos, medidas profiláticas e preventivas) para aferir o risco, caso o viajante requeira residência temporária ou permanente, e não somente trânsito pelo território. Se constatado risco à saúde da população, o Estado poderá ordenar que a obediência às medidas de segurança, objetivando a não propagação de doenças. E havendo recusa do viajante a atender as medidas de saúde requeridas pelas autoridades, o Estado poderá recusar a sua entrada no país. Importante ressaltar que o RSI está fundamentado na preservação da integridade da pessoa humana, dos direitos fundamentais, da liberdade e da dignidade e deverá minimizar qualquer tipo de angústia ou incômodo ao viajante.

(7) Artigo 32 do RSI. “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 socioculturais, 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 neces-

# NOTAS E REFERÊNCIAS

sários, 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.”

(8) A Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951, o Protocolo de 1967, a Convenção de 1954 relativa ao status das pessoas apátridas e a Convenção de 1961 concedem aos indivíduos nessas condições direitos nos países de asilo, sendo que os Estados são proibidos de enviar determinado indivíduo para um território onde este possa sofrer perseguição ou risco de vida. Apesar da proteção das normativas, nos casos em que a solicitação de asilo tem seus prazos prorrogados, os indivíduos têm seus direitos severamente restringidos. De tal modo que esses grupos de migrantes solicitantes se somam aos apátridas, pessoas a quem nenhum país concede nacionalidade e que, consequentemente, não têm acesso aos direitos básicos como educação, saúde, emprego e liberdade plena de movimento.

(9) No Brasil, a Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) revogou o antigo Estatuto do Estrangeiro e trouxe uma série de conceitos. Segundo a lei, o imigrante é pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no território brasileiro, como o nacional de outro país ou apátrida. Nos termos do Estatuto dos Apátridas de 1954 (tratado internalizado pelo Brasil em 2002), o apátrida é o indivíduo que não é considerado nacional por nenhum Estado, segundo sua respectiva legislação. O refúgio está previsto na Lei nº 9.474/1997 e, em âmbito nacional, existe o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), órgão responsável por analisar tais situações.

(10) A guerra da Síria em 2015, disparou o número de refugiados no mundo. Síria, Venezuela, Afeganistão, Sudão do Sul, Myanmar, são países de onde 68% dos refugiados proveem. Entre os destinos que recebem esses refugiados, Turquia, Colômbia, Paquistão, Uganda e Alemanha são países onde 73% deles se instalam.

## Bibliografia

ARENDR H; KROH, J. Eichmann in Jerusalem. New York: Viking Press, 1964.

ARENDR, H. Pensamento e considerações morais, in: A dignidade da política, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 2009. Regulamento Sanitário Internacional- RSI 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file>- Acesso em 24 de agosto de 2021

AGÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA MIGRAÇÕES (BRASIL). Visões do contexto migratório no Brasil. Disponível em: [http://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes/visoes\\_do\\_contexto\\_migratorio\\_no\\_brasil\\_VOLUME1.pdf](http://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes/visoes_do_contexto_migratorio_no_brasil_VOLUME1.pdf)>. Acesso em 24 de agosto de 2021.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Presidência da República, 2020a.

BRASIL. Portaria nº 120, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no

# NOTAS E REFERÊNCIAS

País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Brasília, DF: Presidência da República/Casa Civil, 2020b.

BRASIL. Portaria nº 478, de 14 de outubro de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Brasília, DF: Presidência da República/Casa Civil, 2020c.

BRASIL. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Brasília, DF: Presidência da República, 1980.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2007. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF: Presidência da República, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009. Brasília, Anvisa, 2009.

BRASIL. Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 abr. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12608.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12608.htm)>.

BRASIL. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.html)>. Acesso em 24 de agosto de 2021.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. "Critical Global Health", in J. Biehl & A. Petryna (orgs.). When People Come First. Princeton, Princeton University Press, 2013. pp. 2-20.. "Peopling Global Health", in Saúde e Sociedade, 23(2), 2014, pp. 376-89.

CAIXETA, M.B. A Cooperação Sul-Sul como nova tendência da cooperação internacional: o discurso e a prática da cooperação técnica do Brasil com São Tomé e Príncipe para o combate à tuberculose. 2014. 193 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional) - Estudos Avançados Multidisciplinares CEAM, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M., Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, W. F. Os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a imigração e o refúgio no Brasil: uma primeira aproximação a partir dos registros administrativos.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; FURTADO, A.; DICK, P.; QUINTINO, F.; MACEDO, M Acompanhamento de fluxo e empregabilidade dos imigrantes no Brasil: Relatório Mensal do OBMigra Ano 1, Número 3, março de 2020/ Observatório das Mi-

---

# NOTAS E REFERÊNCIAS

---

grações Internacionais; Brasília, DF: OBMigra, 2020. Disponível em: < <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-mensais> > Acesso em 24 de agosto de 2021.

CONFERENCIA NACIONAL SOBRE MIGRACIÓN, 1., 2017, Costa Rica. La protección de los nacionales en el exterior afectados por situaciones de crisis. San José, 2017.

FERNANDES, D; BAENINGER, R. (Coords.). Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil - Resultados de Pesquisa Campinas, SP: NEPO/UNICAMP, 2020, Disponível em: [https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/impactos\\_pandemia/COVID%20NAS%20MIGRA%C3%87%C3%95ES%20INTERNACIONAIS.pdf](https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/impactos_pandemia/COVID%20NAS%20MIGRA%C3%87%C3%95ES%20INTERNACIONAIS.pdf) Acesso em 24 de agosto de 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>>. Acesso em: 24 de agosto de 2021.

KOSER, K. International migration and global health security: five lessons from the Ebola crisis. The Lancet, London, v. 385, n. 9980, p. 1884-1901, 2015.

LIMA, Y. O. R.; COSTA, E. A. Implementing International Health Regulation (2005) in the Brazilian legal-administrative system. Ciência Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, jun. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.06552014>>.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n. 3, maio/jun. 2004.

MIGRATION DATA PORTAL. Disponível em: <[https://migrationdataportal.org/?i=stock\\_abs\\_&t=2019&cm49=76](https://migrationdataportal.org/?i=stock_abs_&t=2019&cm49=76)> Acesso em 24 de agosto de 2021.

MIGRANTS IN COUNTRIES IN CRISIS. Background. Disponível em: <<https://micicinitiative.iom.int/about-micic/background>>. Acesso em 24 de agosto de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 158, de 4 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Brasília, DF, 2016.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL. Proteção e defesa civil. Disponível em: <<https://www.mdr.gov.br/protecao-e-defesa-civil/apresentacao>>.

VILLAS-BÔAS, M. E. Mobilidade humana e saúde global. Revista USP, n. 107, pp. 55-64. 2015. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. Revista Bioética, v. 23, n. 3, pp. 513-23.

OIM. World Migration Report 2020. Disponível em: <<https://www.iom.int/wmr/>>. Acesso em 24 de agosto de 2021.

OMS – Organização Mundial de Saúde. 2002. WHO. Global Crises – Global Solutions: Managing public health emergencies of international concern through the revised International Health Regulations, Geneva: OMS.



# NOTAS E REFERÊNCIAS

OMS – Organização Mundial de Saúde. 2009. Regulamento Sanitário Internacional (2005). Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 395/2009. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 2020. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Países das Américas abordam necessidades de saúde dos migrantes. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5258:países-das-americas-abordam-necessidades-de-saude-dos-Migrantes&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5258:países-das-americas-abordam-necessidades-de-saude-dos-Migrantes&Itemid=843)>. Acesso em 24 de agosto de 2021.

OLIVEIRA, A. T. R. A transição na legislação migratória: o período 1980-2019. In: Cavalcanti, L; Oliveira, T.; Macedo, M., Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

Revista Consultor Jurídico, MPF pede transparência e controle das normas de imigração editadas na epidemia, 24 de abril de 2021. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2021-abr-24/acp-controle-normas-imigracao-editadas-epidemia>>. Acesso em 24 de agosto de 2021.

ROSA, M. Sociologias do Sul: ensaio bibliográfico sobre limites e perspectivas de um campo emergente. Civitas: Revista das Ciências Sociais, vol. 14, n. 1. p. 40-65. Porto Alegre: EDIPUCRS, jan/abril, 2014.

SACRAMENTO, I.; MACHADO, I. B. 2015. A imigração como risco para a saúde: uma análise das representações do imigrante africano na cobertura da Folha de S.Paulo sobre o Ebola. Comunicação e Sociedade, n. 28, pp. 25-47

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

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

VENTURA, D. Direito e Saúde Global: O caso da pandemia de gripe A(H1N1). São Paulo: Dobra Editorial/Expressão Popular, 2013.

VENTURA, D. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Vol, 32(4), abril 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/6pxxTsCbXR68xJps5f54BJp/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 24 de agosto de 2021.

VENTURA, D. Mobilidade humana e saúde global. Revista USP, [S. l.], n. 107, p. 55-64, 2015. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115113>> Acesso em: 24 de julho de 2021.



## X Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario El Derecho de la Salud frente a la pandemia del COVID 19

Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica (en línea)  
San José, 28, 29 y 30 de setiembre de 2021

En diciembre del año 2019, a raíz de una serie de neumonías que presentaban habitantes de la ciudad de Wuhan en China, se dieron hallazgos de una nueva cepa de Coronavirus asociada a síndrome de distrés respiratorio del adulto, (SARS-CoV-2), cuya propagación mundial resultó en una pandemia, así definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la declaratoria de esa instancia.

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) afecta en la actualidad gravemente a la población mundial, siendo que sus repercusiones trascienden negativamente en distintos ámbitos del quehacer de las personas, en especial, a nivel social, económico y laboral, entre otros; siendo que ello tiene a su vez especial impacto en los sistemas de salud de todos los países. Ello ha generado la necesidad de un replanteamiento de aspectos que, aunque estén normados, no responden a la realidad producto de la pandemia. Resulta entonces necesario considerar nuevos enfoques que permitan la necesaria evolución de diversos aspectos jurídicos, éticos, de salud pública y de gestión sobre la atención sanitaria; de forma tal que sea posible encontrar soluciones a los problemas actuales que dicha enfermedad ha generado aspectos, en los que el

Derecho Sanitario como una rama especial del Derecho, puede brindar importantes insumos para la solución de situaciones donde convergen el Derecho y la Salud..

Es por ello que, la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario, en coordinación con la Comisión de Derecho a la Salud del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica, invitan al X Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario: El Derecho de la Salud frente a la Pandemia de COVID-19, que se realizará los días 28, 29 y 30 de setiembre, de las 8:00 horas a las 12:30 md, hora de Costa Rica; con transmisión desde las páginas de Facebook y Youtube del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica.

Expertos de Iberoamérica participarán de charlas sobre los siguientes ejes temáticos: Bioderecho y Pandemia COVID-19; Seguridad y Calidad de la Atención en el contexto de la crisis sanitaria; Salud Global como respuesta a la Pandemia.

La actividad está dirigida a la comunidad jurídica, de profesionales de las ciencias de la salud, académicos, estudiantes y la población en general; tratándose de una actividad gratuita.



El Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica,  
su Comisión de Derecho a la Salud  
y la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario  
le invitan al



Día: **28, 29 y 30 de setiembre**



Hora: de **8:00 a.m. a 12:30 md. CRT**

La actividad contará con expositores nacionales e internacionales que desarrollarán charlas sobre los siguientes tres ejes temáticos:



**Bioderecho y  
Pandemia  
COVID-19**

**Calidad y  
Seguridad de la  
atención en el  
contexto de la  
crisis sanitaria  
por la Pandemia  
COVID-19**



**Salud Global  
como  
respuesta a la  
Pandemia**

**ACTIVIDAD**

**VIRTUAL**

**GRATUITA**





La videoconferencia será transmitida a través de las páginas de **Facebook** y **YouTube**: @colegiodeabogadoscr

**200 años  
de Independencia**



**140 años  
en defensa del  
Estado de Derecho**



**PRESENTACIÓN ONLINE** 

## Nuevas perspectivas de vulnerabilidad en el derecho a la salud

**PARTICIPANTES:**  
Mariana Mureddu  
Gonzalo Gabriel Carranza  
Claudia Elizabeth Zalazar  
María Goerlich

**FECHA:**  
14 de septiembre

**Hora:**  
11 Hrs (CDMX)  
15 Hrs (ARG)  
18 Hrs (ESP)

Estimadas y Estimados Integrantes de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario,

Os informamos, con profunda alegría, que ya se ha publicado el libro "Nuevas perspectivas de vulnerabilidad en el derecho a la salud", que recoge el resultado de muchas de las investigaciones presentadas en el IX Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario, celebrado en Córdoba, República Argentina, en octubre de 2019.

El libro, dirigido por la Prof. Dra. Claudia E. Zalazar y un servidor, ha sido publicado por la Editorial Tirant Lo Blanch de México. Podéis adquirirlo, en formato electrónico o en papel, a través de los siguientes enlaces:

\* Tirant México <<https://editorial.tirant.com/mex/libro/nuevas-perspectivas-de-vulnerabilidad-en-el-derecho-a-la-salud-gonzalo-gabriel-carranza-9788413787879>>

\* Tirant España <<https://editorial.tirant.com/es/ebook/nuevas-perspectivas-de-vulnerabilidad-en-el-derecho-a-la-salud-gonzalo-gabriel-carranza-9788413787879>>

\* Tirant Colombia <<https://editorial.tirant.com/co/libro/nuevas-perspectivas-de-vulnerabilidad-en-el-derecho-a-la-salud-gonzalo-gabriel-carranza-9788413787879>>

Aprovechamos la ocasión para invitaros a su presentación, que se realizará a través del canal de YouTube de la Editorial y que tendrá lugar el próximo martes 14 de septiembre a las 11.00 h (CDMX), 15.00 h (ARG) o 18.00 h. (ESP). Os invitamos a participar del evento ingresando en el siguiente link <[https://www.youtube.com/watch?v=3\\_ugJD9LnDo&ab\\_channel=CanalTirant](https://www.youtube.com/watch?v=3_ugJD9LnDo&ab_channel=CanalTirant)>





## Colômbia

---

### Vacinar-se durante o expediente é direito do trabalhador

O Ministério do Trabalho Colombiano publicou a Circular 047/2021, estabelecendo que o trabalhador tem o direito de se vacinar durante o expediente. A medida, elaborada em conjunto com o Ministério da Saúde tem como objetivo incentivar a vacinação dos trabalhadores e o comparecimento aos postos de saúde, como forma de impulsionar o Plano Nacional de Vacinação.

*Disponível em: El Espectador. "Trabajadores pueden vacunarse en horario laboral": Minsalud. 15/08/2021. <https://www.elespectador.com/salud/trabajadores-pueden-vacunarse-en-horario-laboral-recuerda-el-ministerio-de-salud/>*

## América Latina

---

### Países Latino-Americanos iniciam aplicação da 3ª dose de vacina de Covid-19

República Dominicana, Chile e Uruguai anunciaram que passarão a administrar uma dose de reforço da vacina à sua população. A decisão é polêmica e muitas nações têm justificado a medida em virtude do surgimento da variante Delta, com índice de contágio mais elevado. A estratégia não é endossada pela OMS, que sustenta a disparidade entre países com a maior parte da população vacinada e países mais vulneráveis que permanecem descobertos.

*Disponível em: BBC Mundo Vacuna contra la covid-19: los países de América Latina que administran una tercera dosis de refuerzo. 12/08/2021. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-58152738>*



# Argentina

## Pandemia afeta saúde da comunidade trans e não binária

Estudo realizado pela Fundación Hupedes e publicado no International Journal of Transgender Health constatou que a pandemia e as medidas de isolamento adotadas tiveram um impacto negativo na saúde de pessoas trans e não binárias. Metade teve que interromper ou adiar tratamento hormonal e 25% relatou dificuldade de acesso a alimentos e produtos de higiene pessoal e limpeza. 10% das mulheres trans e pessoas não binárias relataram dificuldade de acesso ao tratamento antiretroviral. 60% das pessoas não binárias relataram altos níveis de preocupação, solidão e tristeza e quase metade relatou ideação suicida. A Fundación Hupedes em conjunto com ATTTA Red Nacional e Asociación Civil Gondolin elaborou uma série de recomendações para fortalecer as políticas públicas voltadas para a comunidade trans e não binária.

*Disponível em: Clarín. Así afectó la pandemia la salud de la comunidad trans. 17/08/2021. [https://www.clarin.com/buenavida/afecto-pandemia-salud-comunidad-trans\\_0\\_ZwQswesFk.html](https://www.clarin.com/buenavida/afecto-pandemia-salud-comunidad-trans_0_ZwQswesFk.html)*

# Brasil

## ANS abre processo contra cooperativas que exigiam autorização do marido para inserção de DIU

A Agência Nacional de Saúde Suplementar abriu processo administrativo para apurar as denúncias de cooperativas de saúde de Divinópolis (Minas Gerais) e Ourinhos (São Paulo) que exigiam a assinatura do marido para a inserção do método contraceptivo em mulheres casadas. Juntas as coo ex-ministro da Saúde e deputado federal Alexandre Padilha (PT-SP), as cooperativas cobriam cerca de 50 municípios. A investigação foi iniciada após recebimento de ofício assinado pelo ex-ministro da Saúde e deputado federal Alexandre Padilha (PT-SP). A Defensoria Pública de São Paulo e o Procon já haviam requerido explicações sobre o tema às operadoras.

*Disponível em: Folha de São Paulo. ANS abre processo administrativo contra cooperativas que exigiam assinatura do marido para inserção de DIU. 16/08/2021. <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/ans-abre-processo-administrativo-contra-cooperativas-que-exigiam-assinatura-do-marido-para-insercao-de-diu.shtml>*



## Colombia

Boletín No. 078  
Bogotá, 30 de julio de 2021  
Sentencia T-021/21

La Corte Constitucional recordó que la falta de diligencia o cuidado de los padres por no gestionar oportunamente los trámites para legalizar su condición migratoria y adelantar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de sus hijos, no puede tener como consecuencia la falta de atención en salud de los menores que necesitan los servicios.

El pronunciamiento fue hecho al conceder una tutela a la madre de una niña de siete años, de nacionalidad venezolana y en condición migratoria irregular, a quien la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda le negó la autorización para que su hija fuera atendida por las especialidades de oftalmología, optometría, ortopedia y fisioterapia, debido a que presenta problemas visuales y de movilidad.

El principal argumento de la Secretaría de Salud de Risaralda para negar las autorizaciones fue que la menor no se encontraba afiliada al Sistema de Salud, puesto que la madre no había regularizado su estadía en el país.

La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional, con ponencia de la magistrada Cristina Pardo Schlesinger, consideró que la entidad desconoció el derecho a la salud de la menor al negarse a autorizar los servicios que los médicos prescribieron y que resultan necesarios para atender las patologías que padece la niña y que pueden tener consecuencias negativas en su normal desarrollo en la vida.

“El argumento que invocó la Secretaría Departamental accionada para omitir la autorización de tales servicios (...) deja ver un claro desconocimiento de la jurisprudencia constitucional en la materia. Ciertamente, como ha sido definido por la Corte, el Estado está en la obligación de prestar los servicios de salud a los menores de edad que sufren de algún tipo de afección física y mental y de garantizarles un tratamiento integral, adecuado y especializado conforme a la enfermedad padecida, incluyendo a los niños, niñas y adolescentes migrantes, a pesar de que no se encuentren regularizados en el país y, en consecuencia, no estén vinculados al SGSSS”, explicó la Corte.

El fallo le dio 48 horas a la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda para que autorice las citas por las especialidades que requiere la menor en cualquiera de sus instituciones prestadoras de salud de segundo y tercer nivel, así no cuente con un documento de identificación válido que le permita pertenecer al SGSSS.

También le dio un mes a la madre de la niña para que, si aún no lo ha hecho, acuda al Centro Regional de Servicios Migratorios de la ciudad de Pereira, con el fin de regularizar el estatus migratorio de su hija y lograr la afiliación al régimen subsidiado en salud.

# España

viernes, 20 de agosto de 2021

El TSXG rechaza la obligación del certificado COVID para acceder a la hostelería porque considera que la medida “no es idónea ni necesaria”

*La Sala considera que este requisito no impide el contagio y que su aplicación en Galicia no ha demostrado ser eficaz.*

Autor

Comunicación Poder Judicial

La Sala de Vacaciones del Tribunal Superior de Xustiza de Galicia ha notificado hoy el auto en el que argumenta el fallo adelantado el pasado sábado, por el que se rechazó la petición de la Xunta de autorizar judicialmente que ciertos establecimientos tuviesen la obligación de pedir a los clientes el certificado COVID. La Sala concluye que medida no es idónea, ya que no impide el contagio, ni necesaria, al menos, “en el grado que resultaría exigible”.

Sobre la idoneidad de la medida, afirman los magistrados que “si las personas que han sido vacunadas o han padecido la enfermedad, a pesar de haber desarrollado inmunidad frente al virus, pueden ser potenciales transmisores del mismo”, por parte de la Xunta “no se ha explicado cómo se evitará el posible contagio de quienes hayan accedido al local amparados en la presentación de un justificante por la realización de una PCR o un test de antígeno, que solo acredita que en el momento de su realización no eran portadores del virus activo, pero no que gocen de inmunización alguna frente a este”.

Recuerda asimismo la Sala que conforme a los datos del Ministerio de Sanidad sobre las distintas comunidades autónomas, “en la evolución de los últimos catorce días no hay datos significativos que indiquen una eficacia de la medida adoptada en Galicia, única comunidad en la que se ha venido exigiendo el denominado pasaporte COVID”.

Además, los magistrados hacen suyo un argumento para el juicio de idoneidad ya expuesto por el TSJ de Andalucía/Granada: “la medida controvertida establece un deber exclusivamente a cargo del cliente, consumidor o usuario, pero no pesa en la misma medida sobre quienes se encuentren desarrollando su prestación laboral en esos mismos establecimientos, de manera que la medida no permite alcanzar el objetivo de preservar del virus determinados espacios, pues podría darse el caso de que cumpliendo todos los clientes de un local con la exigencia, sin embargo ninguno de los empleados estuviera en condiciones de cumplirla, de manera que la restricción de derechos de la clientela habría sido en vano”.

Sobre la necesidad de la medida, indica la Sala que si se parte de la premisa de que, según las previsiones de vacunación, su avance supondrá un importante freno a la expansión del virus, “no tiene mucha justificación que se implante una medida como la que se examina”, y concluye que por parte de la Consellería de Sanidade se “debería haber acreditado con rotundidad que el mayor número de contagios de la llamada quinta ola tiene su origen, precisamente, en los establecimientos de hostelería y restauración, en bares, cafeterías y restaurantes”.

Resaltan los magistrados en su resolución que no les parece “ecuánime demonizar al sector de servicios de hostelería estableciendo agravios comparativos con otras actividades mercantiles que se desarrollan en lugares cerrados, como son los establecimientos comerciales o grandes superficies en los que, pese a su uso masificado, no se exige para su acceso la exhibición de ningún documento de carácter médico”.

En relación a la postura de la Administración, que defiende que la medida no afecta a los derechos fundamentales relacionados con la intimidad y la protección de datos de carácter reservado, porque la exigencia del pasaporte se impone para el ejercicio de actividades que son voluntarias y porque los datos no quedan registrados, ni se archivan, sino que únicamente se exhibe un documento ante otra persona, el tribunal esgrime que “precisamente el ejercicio voluntario es lo propio de todo derecho”. “También deambular por la vía pública durante la noche es una actividad voluntaria y no por ello se ha aceptado que los toques de queda nocturnos no afecten al derecho fundamental a la libertad”, añaden. En cuanto a la no afectación del derecho a la protección de datos reservados, porque no se prevé

que una determinada información concerniente a la salud sea ni registrada, ni archivada, sino que solo se exija la exhibición de un documento, “este argumento en ningún caso evitaría -defiende la Sala- el riesgo de afección al derecho de la intimidad, que es más amplio que el de protección de datos personales, pues lo cierto es que se tome o no se tome nota de ello, el cliente ha tenido que desvelar a un tercero una información concerniente a su salud que tenía derecho a mantener reservada para sí y su círculo íntimo”.

Contra esta resolución se puede presentar recurso ante la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo.

Disponível em: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Noticias-Judiciales/El-TSXG-rechaza-la-obligacion-del-certificado-COVID-para-acceder-a-la-hosteleria-porque-considera-que-la-medida-no-es-idonea-ni-necesaria>

## México

No. 187/2021

Ciudad de México, a 28 de junio de 2021

SCJN INVALIDA, CON EFECTOS GENERALES, LA PROHIBICIÓN ABSOLUTA CONTENIDA EN LA LEY GENERAL DE SALUD PARA REALIZAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL AUTOCONSUMO LÚDICO O RECREATIVO DE CANNABIS Y THC

En sesión del Tribunal Pleno, la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió la declaratoria general de inconstitucionalidad 1/2018 mediante la cual se eliminó la prohibición absoluta al consumo lúdico o recreativo de cannabis y THC (en conjunto conocidos como marihuana) que establecía la Ley General de Salud.

En noviembre de 2015, en una decisión histórica, la Primera Sala resolvió un juicio de amparo en el que declaró la inconstitucionalidad del sistema de prohibiciones administrativas al consumo lúdico de marihuana previsto en la Ley General de Salud, pues consideró que el modelo de prohibición absoluta entraña una restricción desproporcionada al derecho al libre desarrollo de la personalidad de los consumidores.

Esta decisión fue reiterada en cuatro ocasiones sin ninguna decisión en contrario, por lo que, al conformarse jurisprudencia obligatoria, se dio inicio al procedimiento de declaratoria general de inconstitucionalidad previsto en el artículo 107, fracción II, párrafo tercero, de la Constitución General, a fin de que el Congreso de la Unión hiciera las modificaciones correspondientes en un plazo de 90 días.

Así, al haber transcurrido dicho plazo sin que el problema de constitucionalidad fuera superado, el Pleno determinó que debían invalidarse con efectos generales los artículos 235, último párrafo y 247, último párrafo, de la Ley General de Salud, en las porciones que establecían que la Secretaría de Salud sólo podría autorizar la realización de actividades relacionadas con el autoconsumo del estupefaciente cannabis y el psicotrópico THC “para fines médicos y científicos”.

La Corte explicó que con esta declaratoria se remueve el obstáculo jurídico para que la Secretaría de Salud, a través del órgano competente, autorice las actividades relacionadas con el autoconsumo de cannabis y THC —como sembrar, cultivar, cosechar, preparar, poseer y transportar—, con fines recreativos, respetando de esta manera el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

Además, al fijar los efectos de la sentencia, la Corte precisó que la Secretaría de Salud deberá emitir esas autorizaciones sólo a personas adultas y para el autoconsumo de cannabis y THC, pero no de otras sustancias. Asimismo, precisó que la COFEPRIS deberá establecer los lineamientos y modalidades para la adquisición de la semilla, en el entendido de que la autorización no podrá incluir en ningún caso la permisión de importar, comerciar, suministrar o cualquier otro acto de enajenación y/o distribución de tales sustancias.

También se indicó que, al emitir las autorizaciones, la COFEPRIS deberá precisar que el ejercicio del derecho de autoconsumo de cannabis y THC con fines lúdicos y recreativos en ningún caso podrá hacerse afectando a terceros, por lo que no deberá ser ejercido frente a menores de edad ni en lugares públicos donde se encuentren personas que no hubieran brindado su autorización. Asimismo, se deberá precisar que no está permitido conducir vehículos u operar máquinas peligrosas bajo los efectos de esas sustancias, ni realizar, en general, cualquier otra actividad bajo los efectos de esas sustancias que pueda poner en riesgo o dañar a terceros.

Finalmente, la Suprema Corte exhortó al Congreso de la Unión a legislar respecto al autoconsumo recreativo de cannabis y THC, a fin de generar seguridad jurídica a los usuarios y a terceros, así como a generar las condiciones necesarias para que este derecho pueda ser ejercido responsablemente.

Al finalizar la sesión, el Ministro Presidente destacó que se trata de una decisión histórica para las libertades, pues con ella se consolida el derecho al libre desarrollo de la personalidad y se confirma, una vez más, que la Suprema Corte de Justicia de la Nación actúa con plena independencia y autonomía.

Declaratoria general de inconstitucionalidad 1/2018, derivada de la solicitud formulada por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación con motivo de la jurisprudencia fijada en los amparos en revisión 237/2014, 1115/2017, 623/2017, 548/2018 y 547/2018.

Documento con fines de divulgación. La sentencia es la única versión oficial.

Disponível em: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6495>



Vida Adulta em:  
MONSTROS



INFÂNCIA



ADOLESCÊNCIA

Vida Adulta



@CAROLFP1E