

Boletim n. 06

DIREITOS NA PANDEMIA

**MAPEAMENTO E ANÁLISE DAS
NORMAS JURÍDICAS
DE RESPOSTA
À COVID-19 NO BRASIL**

SÃO PAULO • 30/09/2020

**2.259
NORMAS**
RELACIONADAS
À COVID-19*
FORAM EDITADAS
NO ÂMBITO DA UNIÃO
ENTRE 1º JANEIRO E
15 SETEMBRO DE 2020

Nessa edição:

Assembleia Geral da ONU
Realidade Paralela - Editorial

O que são medidas de saúde pública?
Isolamento, quarentena, distanciamento
físico e cordão sanitário

Poder de polícia
Conceito, atributos e limites

O que é imunidade de rebanho?

Lockdown à brasileira

População em situação de rua e pandemia
na cidade de São Paulo: entre invisibilidade
e barreiras de acesso



REALIDADE PARALELA

Desde abril de 2020 temos coletado e classificado a produção normativa brasileira de resposta à pandemia, reunindo e analisando dados empíricos sobre o que, de fato, as autoridades públicas estão fazendo para reduzir os impactos sanitários, econômicos e sociais da Covid-19.

Há um contraste enorme entre esta realidade e o discurso do Presidente Jair Bolsonaro na abertura da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, ONU, em 22 de setembro de 2020, que foi permeado de falsas informações e evidenciou o descaso do governo federal com o sofrimento e a morte de milhões de brasileiros.

Em seus cerca de 14 minutos de discurso, afirmou o Presidente que “por decisão judicial, todas as medidas de isolamento e restrições de liberdade foram delegadas a cada um dos 27 governadores das unidades da Federação. Ao presidente, coube o envio de recursos e meios a todo o país”. Essa afirmação não é verdadeira. A decisão do Supremo Tribunal Federal a que se refere o Presidente simplesmente reafirmou o disposto na Constituição Federal sobre a competência concorrente da União, dos Estados, do DF e dos Municípios para legislar sobre saúde. A competência da União permanece assegurada, devendo esta editar normas gerais sobre saúde no Brasil. Esperava-se que o governo federal assumisse seu dever de editar normas que harmonizem as ações dos diversos entes

federativos e coordenasse o Sistema Único de Saúde para o combate eficaz da epidemia, o que jamais ocorreu.

Em resposta ao discurso, o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS editou uma nota justamente para esclarecer a importância e as competências constitucionais da União no que se refere ao combate à pandemia:

“Longe de afastar a competência da União, o STF apenas decidiu que estados e municípios têm o direito de planejar e executar medidas de enfrentamento à grave pandemia de Covid-19 no Brasil. Infelizmente, o país ainda se ressentir de uma coordenação nacional para o enfrentamento da doença, o que obviamente não se dá apenas com o envio de insumos e recursos”¹.

Ainda em seu discurso, o Presidente afirmou que o Governo Federal “assistiu a mais de 200 mil famílias indígenas com produtos alimentícios e prevenção à Covid”. Essa afirmação destoa frontalmente do fato de que o Presidente da República chegou a vetar uma lei aprovada pelo Congresso Nacional que obrigava o Poder Executivo Federal a oferecer aos povos indígenas água potável, acesso à assistência médica e outras ações fundamentais para a garantia da vida e saúde desses povos originários. Felizmente o Congresso Nacional derrubou esse veto. Como indica nosso **Boletim n. 4**, o comportamento do Presidente em relação aos povos indígenas vem sendo cada vez mais associado ao crime de genocídio, inclusive internacionalmente.

Como se não bastasse, o Presidente ousou afirmar que “não faltaram, nos hospitais, os meios para atender aos pacientes de Covid”. Tais meios não apenas faltaram como ainda faltam. Apenas a título de exemplo, em março de 2020, 60% das cidades do país não possuíam respiradores, especialmente no Norte e Nordeste do país². Além disso, faltaram e faltam ainda, em diferentes volumes e dimensões pelo vasto território nacional, máscaras, medicamentos, profissionais de saúde, leitos de UTI, entre outras necessidades do SUS. Em Manaus, primeira cidade do Brasil onde ocorreu o colapso do SUS, estima-se que no mês de abril 30% dos óbitos tenham ocorrido em casa ou na rua, quando as pessoas buscavam socorro³. Vale ainda ressaltar que a quase totalidade do que foi feito em matéria de resposta à pandemia no Brasil deve ser atribuída, em primeiro lugar, ao SUS que, apesar dos cortes orçamentários e da brutal desvalorização sofrida, particularmente no ano passado, resiste bravamente a mais uma emergência; à solidariedade da sociedade civil brasileira e ao trabalho responsável dos governadores e prefeitos que não negaram a gravidade da crise, tudo isto apesar do Presidente da República, e não graças a ele.

APESAR DOS CORTES ORÇAMENTÁRIOS E DA BRUTAL DESVALORIZAÇÃO SOFRIDA NOS ÚLTIMOS ANOS



O SUS RESISTE BRAVAMENTE A MAIS UMA EMERGÊNCIA

O Brasil já ultrapassou as cifras de 140 mil mortos e 4,7 milhões de infectados. Esses números, por si só, demonstram que parte das autoridades públicas, em especial no âmbito federal, não respondeu à altura as necessidades do seu povo. Para efeitos de comparação, o Uruguai, país vizinho, totaliza até esse momento 46 mortos (equalizando as populações, seria como se o Brasil tivesse aproximadamente 3 mil mortos até o momento); a Argentina está próxima dos 14 mil mortos (equalizando, seria como se o Brasil tivesse 65 mil mortos); a Índia, país bastante pobre e sem um sistema público de saúde universal como o brasileiro, totaliza até o momento 90 mil mortes (equalizando, seria como se o Brasil tivesse em torno de 14 mil mortes). Em síntese, a resposta sanitária brasileira tem sido das piores do mundo, e esse resultado pode ser, em grande parte, tributado ao Presidente.

Mesmo no campo econômico, principal justificativa do Presidente para contrariar evidências científicas e autoridades sanitárias, o Brasil se saiu pior do que grande parte do mundo. Relatório recente da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), intitulado “*Coronavirus: Living with Uncertainty*” (“Coronavírus: Vivendo com a Incerteza”)⁴, estima

que o Brasil vai fechar 2020 com uma redução de 6,5% no PIB, enquanto o mundo, na média, enfrentará uma queda de 4,5%. Na comparação com a média dos países do G20, o Brasil também perde: a estimativa para o grupo que reúne as oito maiores economias do mundo, a União Europeia e onze nações emergentes é de queda de 4,1% no PIB. Uma análise de outros aspectos do discurso presidencial pode ser encontrada no site da Conectas Direitos Humanos⁵.

Espera-se que, com a descoberta, a produção e a circulação equânime da vacina, a pandemia possa caminhar para um controle no médio prazo. Restará para o futuro, no entanto, o dever de prestar contas pelas vidas perdidas em vão. Neste sentido, o presente boletim traz dados

quantitativos dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, e começa a explorar um campo conceitual que será decisivo para a análise das normas relacionadas à Covid-19 no Brasil: as medidas de saúde pública e o poder de polícia sanitária. Oferece também artigos sobre duas expressões muito usadas no Brasil: lockdown e imunidade de rebanho, com esclarecimentos fundamentais para que este debate possa ser travado com responsabilidade. Por fim, traz análise do impacto da Covid-19 sobre a população em situação de rua na cidade de São Paulo, elaborada por membros da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama ●

(Editores, 27/09/2020).

[1] <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/09/22/profissionais-e-orgaos-ligados-a-saude-reagem-as-declaracoes-de-bolsonaro-sobre-acoes-de-combate-a-pandemia.ghtml> [2] <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/20/coronavirus-60-das-cidades-nao-tem-respiradores-para-enfrentar-epidemia.htm> [3] <https://oglobo.globo.com/sociedade/durante-crise-da-covid-19-mais-de-30-dos-obitos-ocorrem-em-casa-em-manaus-24408767> [4] <https://oecdscope.blog/2020/09/16/coronavirus-living-with-uncertainty/> [5] <https://www.conectas.org/noticias/em-discurso-na-onu-bolsonaro-minimiza-crise-ambiental-e-fere-laicidade>

A coleta de dados desta edição refere-se ao período entre 1º de janeiro e 15 de setembro de 2020.

Expediente

O Boletim **DIREITOS NA PANDEMIA** é uma publicação de difusão científica da Conectas Direitos Humanos e do Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), com periodicidade quinzenal e duração limitada, que apresenta resultados preliminares do projeto “Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil”. Reunindo uma equipe multidisciplinar, o projeto compreende pesquisa documental para constituição de um banco de normas, com produção de dados para análise qualitativa de impacto potencial sobre direitos humanos, além de produção de dados para desagregação e análise quantitativa, em especial cruzamento de dados sobre as normas com indicadores epidemiológicos.

Editores deste número

Camila Lissa Asano • Deisy de Freitas Lima Ventura • Fernando Mussa Abujamra Aith
• Rossana Rocha Reis • Tatiane Bomfim Ribeiro

Pesquisadores

Alexia Viana da Rosa • Alexsander Silva Farias • André Bastos Ferreira
• Giovanna Dutra Silva Valentim • Lucas Bertola Herzog

Diagramação e projeto gráfico

Joana Resek

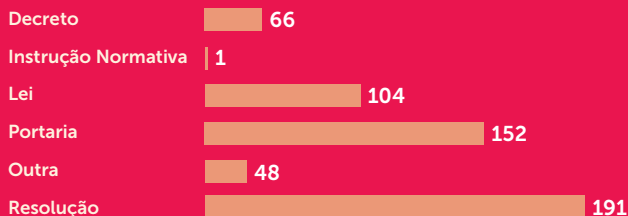
A realização desta publicação foi possível devido ao apoio de Laudes Foundation.

contato@conectas.com

NORMAS ESTADUAIS (POR TIPO)

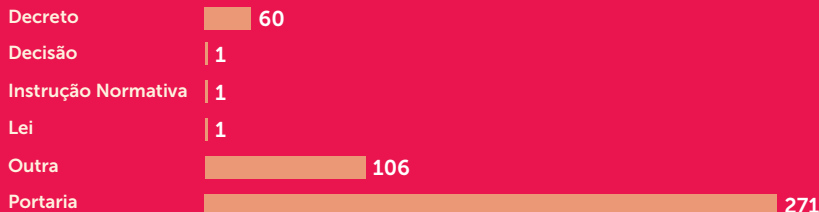
562

**Estado do
Rio de Janeiro**

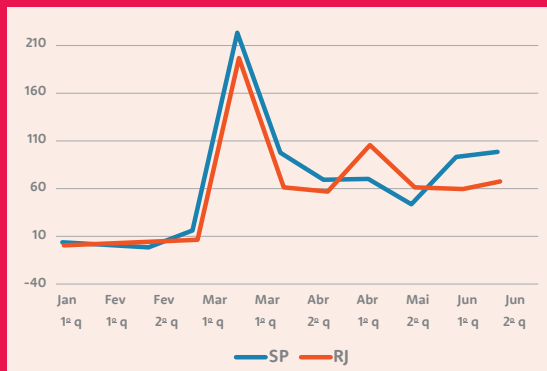


653

**Estado de
São Paulo**



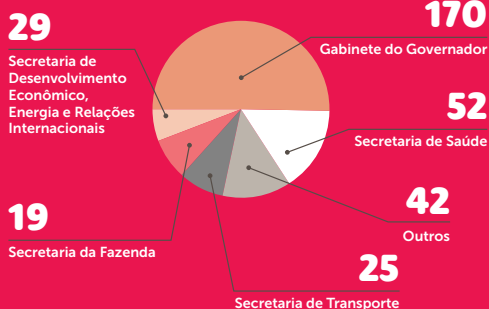
LINHA DO TEMPO (POR QUINZENA)



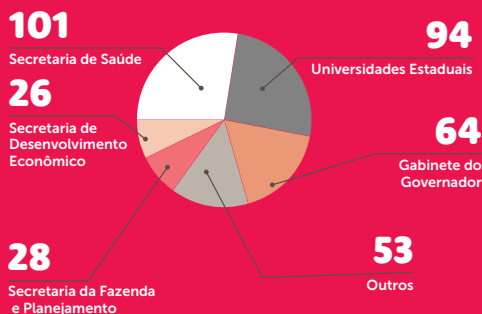
	SP	RJ
Jan	3	0
Fev 1º q	0	0
Fev 2º q	1	0
Mar 1º q	14	5
Mar 2º q	205	181
Abr 1º q	88	55
Abr 2º q	62	51
Mai 1º q	65	98
Mai 2º q	39	56
Jun 1º q	85	54
Jun 2º q	91	62

ÓRGÃO EMISSOR

Estado do Rio de Janeiro



Estado de São Paulo



COVID-19 E MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA

relativas a pessoas, também chamadas de medidas não-farmacológicas



QUARENTENA

restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus¹.



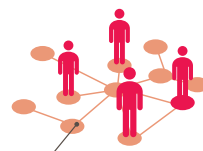
ISOLAMENTO

separação de pessoas doentes ou contaminadas, de maneira a evitar a contaminação de outras pessoas e a propagação do coronavírus¹. A expressão Isolamento Social, embora muito difundida, é duplamente equivocada. Primeiro, porque ela se refere à restrição da circulação de pessoas que, em sua maior parte, não estão infectadas. Esta restrição pode decorrer tanto de uma medida quarentenária adotada por uma autoridade como, na ausência desta medida, de uma decisão de autoproteção. Em segundo lugar, tal expressão deve ser evitada porque o distanciamento físico não impede a interação social que deve ser encorajada por diversos meios, desde que sejam seguros.



CORDÃO SANITÁRIO

em geral designa a demarcação de uma área geográfica (que pode ir de um edifício ou quadra, até uma cidade ou região) na qual as pessoas não devem entrar nem sair. Na epidemiologia, em geral significa a barreira erigida em torno do foco de uma infecção para isolar casos suspeitos ou confirmados e pessoas que tiveram contato com eles, portanto mais próximo de uma ação de vigilância do que de uma barreira física³.



DISTANCIAMENTO FÍSICO

manutenção de um afastamento entre indivíduos, prescrito em geral entre 1 ou 2 metros, também evitando permanecer em locais onde há aglomeração de pessoas, a fim reduzir a transmissão de um vírus. Para que seja efetivo, o distanciamento físico deve fazer parte de uma estratégia mais ampla que inclua a higiene das mãos, a circulação de ar no espaço em que as pessoas se encontram e o uso equipamentos de proteção apropriados, entre eles a máscara apropriada².

[1] Lei Nº 13.979 de 06/02/2020: Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. A lei aplica ao novo coronavírus as definições previstas pelo Regulamento Sanitário Internacional, adotado no âmbito da OMS em 2005 e vigente no Brasil desde 2007. [2] Jones Nicholas et al. Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in Covid-19? BMJ 2020; 370:m3223 [3] Miguel Porta (Ed.). A Dictionary of Epidemiology. 6 ed. Oxford University, 2014, p.60.

PODER DE POLÍCIA¹

CONCEITO

Em sentido amplo, é a atividade estatal destinada a ajustar o exercício da liberdade e da propriedade aos interesses coletivos. Em sentido estrito, é a própria atuação da Administração Pública em seu dever de fazer cumprir as leis vigentes (polícia administrativa). Quem tem poder de polícia é o legislador, e a polícia administrativa é exercida pelos gestores públicos.

ATRIBUTOS

Discrecionariiedade

é a margem de decisão que a lei deixa ao gestor público para que a partir dos critérios de oportunidade e conveniência possa escolher a alternativa mais adequada à solução do caso concreto. Atos discricionários não devem ser confundidos com arbitrários (que não respeitam a lei), nem com os chamados atos vinculados (que correspondem ao mero cumprimento da lei).

Autoexecutoriedade

prerrogativa da Administração Pública de, por seus próprios meios, executar suas decisões, sem precisar recorrer previamente ao Judiciário, quando há previsão legal ou urgência em prol do interesse público, caso em que motivar o ato diante da omissão legal.

Coercibilidade

é a imposição coativa de medidas pela Administração Pública diante da resistência do particular, sendo cabível até o uso da força.

LIMITES

Necessidade

medidas devem evitar ameaças reais ou prováveis ao interesse público. Proteção da saúde pública é interesse coletivo que deve primar sobre interesses individuais.

Proporcionalidade

meios utilizados devem ser proporcionais aos fins visados, caso contrário há abuso de poder.

Eficácia

medida utilizada deve ser potencialmente capaz de impedir o dano ao interesse público.

[1] Adaptação de Fernando Aith. Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde / Fernando Mussa Abujamra Aith. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102469/manual-de-direito-sanitario-1.pdf>

O QUE É IMUNIDADE DE REBANHO?

Muito se tem discutido sobre a Imunidade de Rebanho que levaria ao fim da pandemia de Covid-19 no Brasil. Este fenômeno representa a resistência de uma comunidade à disseminação do vírus devido a uma elevada proporção de pessoas imunes. Isso levaria a uma progressiva redução da incidência e, portanto, um controle da epidemia. No entanto, é importante mencionar que a estabilização das tendências de números de novos casos e mortes não é sinônimo de imunidade de rebanho, pois a aparição de novos casos depende de diversos fatores, como a taxa de contatos, a probabilidade de transmissão em cada contato, além da condição de imunidade das pessoas.

A imunidade de rebanho (ou como seria mais correto chamar, imunidade coletiva ou populacional¹) implica em uma barreira de pessoas imunizadas que impediria a cadeia de transmissão do vírus². Em consequência, uma pessoa recém-infectada geraria, em média, menos de um caso secundário, o que em Epidemiologia se descreveria como um número efetivo de reprodução (*conhecido como "R"*) menor que um^{2 3}. Desta forma, uma grande proporção de pessoas deveria estar imune e, segundo algumas estimações para o caso da SARS-CoV-2, essa proporção deveria ser de pelo menos 67%².

No Brasil, o estudo EPICOVID liderado pela Universidade Federal de Pelotas referiu que a soroprevalência (proporção de pessoas com anticorpos contra SARS-CoV-2) no Brasil no mês de junho estaria em torno de 4%⁴. Porém parece que há uma grande diferença entre regiões e cidades. Um estudo publicado na plataforma de *preprint* medRxiv estimou que aproximadamente 66% da cidade de Manaus, no estado do Amazonas, poderia já ter sido infectada, o que sugeriria que essa população poderia estar próxima à imunidade de

**ESTABILIZAÇÃO
DAS TENDÊNCIAS
DE NÚMEROS DE
NOVOS CASOS
E MORTES**

**NÃO É sinônimo de
IMUNIDADE DE REBANHO,
pois a aparição
de novos casos depende
de diversos fatores
entre eles:**

TAXA DE CONTATOS

**PROBABILIDADE
DE TRANSMISSÃO EM
CADA CONTATO**

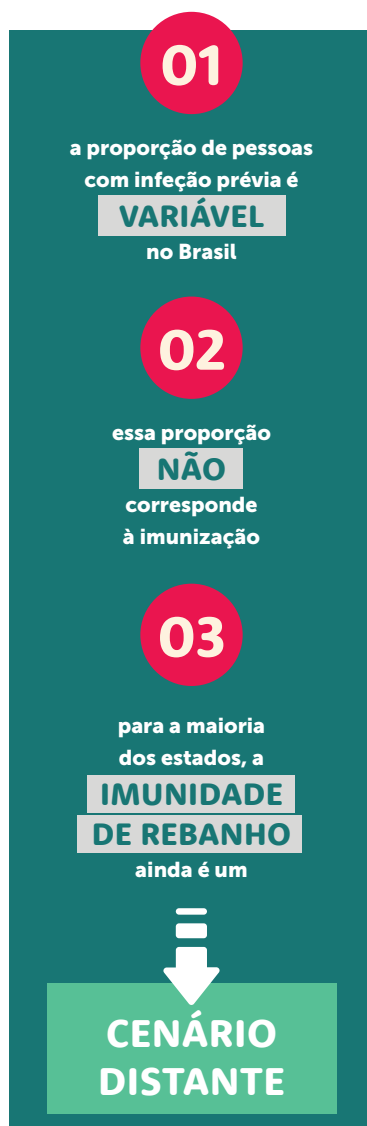
**CONDIÇÃO DE IMUNIDADE
DAS PESSOAS**

rebanho⁵. No entanto, isto teria sido alcançado a custas de uma elevada incidência e mortalidade evidenciada desde fases precoces da epidemia. Em contraste, na cidade de São Paulo essa frequência de infecção pelo vírus Sars-Cov-2 estaria em torno de 22% até setembro.

Se essas projeções representassem proporção de pessoas imunes poderíamos interpretar que, para alcançar um nível de imunidade similar à de Manaus, São Paulo teria que ter sofrido três vezes a carga de doença registrada até agora. No entanto, para agravar o panorama, parece que essas estimativas poderiam ser “otimistas” demais. Tomando como exemplo Manaus, na prática, ainda estamos observando aumentos no número de casos, internações e excesso de mortes nessa cidade. Essa situação levou o governo do estado do Amazonas, nos últimos dias, voltasse a decretar o fechamento de bares e balneários na capital⁶. Tudo isto deve motivar cautela na interpretação das pesquisas epidemiológicas, toda vez que medidas de frequência de infecção não necessariamente refletem a aquisição de uma imunidade efetiva. De fato, estudos sugerem que muitas pessoas podem perder o nível de anticorpos após algum tempo de recuperação da infecção⁷. Por tudo o anterior, podemos inferir que:

1) a proporção de pessoas com infecção prévia é variável no Brasil; 2) essa proporção não necessariamente corresponde à imunização; e, 3) para a maioria dos estados, a imunidade de rebanho ainda é um cenário distante.

Em São Paulo como em outros estados, há entretanto uma estabilização da velocidade de aparição de novos casos em diversas regiões. Isto poderia ser explicado pelas medidas preventivas que levam a uma redução das taxas de contato e probabilidade de transmissão, tais como o distanciamento físico e o uso de máscaras⁸. As normas que visam flexibilizar as ações contra a Covid-19 devem ser vistas com cautela, pois a retomada de algumas atividades poderia eventualmente levar a um aumento dos casos em decorrência da frágil estabilização das



tendências. São necessárias a conscientização e educação da população para esta retomada gradual, assim como um monitoramento cuidadoso e avaliação em tempo real do impacto de qualquer decisão que possa impactar diretamente no controle da pandemia.

Uma vacinação efetiva e abrangente seria a melhor e mais segura forma de alcançar o cenário da imunidade de rebanho. Porém, no momento, na maioria das cidades brasileiras, a estabilização da incidência e da mortalidade não deve levar uma falsa sensação de segurança. As medidas preventivas devem ser mantidas sempre que possível até não haja uma estratégia segura de imunização que permita o controle da pandemia no Brasil. ●

(Fredri Alexander Diaz Quijano, Professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP; Tatiane Bomfim Ribeiro, Doutoranda do PPG em Epidemiologia da FSP/USP)

NORMAS QUE VISAM FLEXIBILIZAR AÇÕES CONTRA A COVID-19

**DEVEM SER
VISTAS COM
CAUTELA**

**POIS A RETOMADA DE
ALGUMAS ATIVIDADES
PODERIA EVENTUALMENTE
LEVAR A UM AUMENTO
DOS CASOS.**

**São necessárias
conscientização
e educação
da população
para retomada
gradual, além de
monitoramento
cuidadoso e avaliação
em tempo real do
impacto de qualquer
decisão**

[1] Jones e Helmreich. A history of herd immunity. The Lancet. 396 (10254), 810 - 811. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31924-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31924-3) [2] Fontanet, A., Cauchemez, S. COVID-19 herd immunity: where are we?. Nat Rev Immunol (2020). <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00451-5>. [3] Diaz-Quijano, Fredri Alexander, Rodriguez-Morales, Alfonso Javier, & Waldman, Eliseu Alves. (2020). Translating transmissibility measures into recommendations for coronavirus prevention. Revista de Saúde Pública, 54, 43. Epub April 09, 2020. <https://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002471> [4] Globo.com. EPICOVID - <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/07/02/prevalencia-da-covid-19-dobra-entre-maio-e-junho-distanciamento-social-cai-no-periodo-aponta-pesquisa.ghtml> [5] Buss et al., 2020. COVID-19 herd immunity in the Brazilian Amazon.medRxiv. [acesso em 23 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.16.20194787v1>. [6] UOL.com.br. Manaus volta a fechar bares. [acesso em 27 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/09/24/governo-do-amazonas-ordena-fechamento-de-bares-por-30-dias-para-frear-covid.htm> [7] Seow et al. Longitudinal evaluation and decline of antibody responses in SARS-CoV-2 infection.medRxiv. [acesso em 27 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.07.09.20148429> [8] CHU, Derek K. et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 2020.



LOCKDOWN À BRASILEIRA

A pandemia de Covid-19 disseminou em grande escala o uso da expressão lockdown, com significados ainda variados, que vão da simples suspensão de atividades não essenciais até o bloqueio completo (interdição de entrar e sair) de uma área ou região. Até então ausente de importantes dicionários de epidemiologia, o termo lockdown, em seu idioma original, significa o confinamento de prisioneiros em suas celas, geralmente a fim de recuperar o controle de uma prisão durante um motim, segundo o Dicionário Oxford. Ainda pode ser uma medida de emergência que impede temporariamente as pessoas de entrar ou sair de uma área ou prédio restrito (por exemplo, uma escola) durante uma ameaça, conforme o Dicionário Merriam-Webster.

Do ponto de vista jurídico, um dos mais importantes especialistas do direito da saúde global, Lawrence Gostin, da Universidade de Georgetown, dá a entender que o uso desta palavra no contexto da Covid-19 é uma extensão de origem popular. Ainda em março

de 2020, Gostin escreve que “as autoridades estão até mesmo implementando cordões sanitários (áreas vigiadas em as pessoas não podem entrar ou sair), popularmente descritos como ‘lockdowns’ ou quarentenas em massa. Por exemplo, São Francisco recentemente ordenou um bloqueio, enquanto outras cidades e estados têm fechado locais de reunião (como bares, restaurantes e cinemas) e aconselhado seus habitantes a ficar em casa”¹.

A expressão foi então definitivamente associada à Covid-19 no mundo inteiro. A imprecisão conceitual não impede sua presença na literatura acadêmica sobre medidas de saúde pública adotadas em resposta à pandemia, quase sempre sem oferecer uma definição precisa. No caso de Wuhan, na China, primeiro epicentro da pandemia, houve de fato um bloqueio completo de algumas das comunidades consideradas de alto risco, nas quais foi impedido o acesso de veículos e a entrada de pessoas².

O que houve no Brasil foi a adoção de medidas quarentenárias com diferentes graus de restrição, entre elas a recomendação de distanciamento físico e a suspensão de atividades não essenciais, erroneamente chamados de isolamento social.

No Brasil, no âmbito federal, a expressão não aparece na Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, principal instrumento legal de resposta à pandemia. A pesquisa no Diário Oficial da União indica o escasso aparecimento da expressão nas normas federais, com apenas três delas esboçando uma definição do termo, das quais duas associam lockdown ao “isolamento social rígido” ou “isolamento social de toda a população”³. Esta definição confunde isolamento, quarentena e cordão sanitário, pois o isolamento é destinado a separar pessoas doentes ou contaminadas; a quarentena é a restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação, que inclui a recomendação de permanência em casa quando a circulação não é essencial; e o cordão sanitário é a implementação de barreiras físicas em áreas ou regiões. Isolamento social é, portanto, uma expressão equivocada por levar a crer que todas as pessoas de uma comunidade estejam doentes.

Quanto à terceira norma referida, que é uma portaria do Conselho Regional dos Técnicos Industriais do Estado do Rio de Janeiro, faz referência a um projeto de lockdown como bloqueio de todas as entradas estaduais e intermunicipais; proibição expressa da circulação de pessoas e veículos particulares nas cidades, exceto para as atividades de segurança, de manutenção da vida e da saúde, compras de gêneros alimentícios e serviços essenciais de entrega em domicílio com o intuito de impedir malefícios incalculáveis à saúde de toda a população”⁴. Como se sabe, isto jamais ocorreu, mas a descrição parece de fato corresponder ao lockdown.

Já as normas estaduais e municipais que referem esta expressão são mais numerosas, mas estão longe de adotar uma aceção mais restrita da medida, eis que as listas de serviços considerados essenciais são demasiado amplas para que se possa falar de um “bloqueio total” de atividades. Em alguns Estados, o seu uso não aparece nas normas, mas sim na judicialização da resposta à pandemia, como é o caso do Amazonas.

Sendo as medidas
quarentenárias alvos de

INTENSA DISPUTA POLÍTICA

por seus impactos econômicos,
o Brasil parece estar dividido
entre dois times:

UM FAVORÁVEL



OUTRO CONTRÁRIO A ELAS



Basta, porém,
um conhecimento mínimo
sobre a evolução da doença
para avaliar a irracionalidade
desta polarização

APRESENTAR COMO
LOCKDOWN
AQUILO QUE NÃO O É



pode aumentar a sensação
de que há rigor excessivo
no combate à pandemia,
quando vivemos e
ainda estamos vivendo
justamente o contrário

Em 16/03/20, o governo estadual decretou situação de emergência de saúde pública suspendendo as aulas no âmbito da rede pública de ensino, os eventos organizados pelo setor público estadual, as visitas a presídios e centros de detenção e as viagens de servidores⁵. Em 23 de março de 2020, declarou estado de calamidade pública⁶ e decretou a suspensão das atividades não essenciais, inclusive o comércio⁷. Diversos Municípios decretaram medidas mais rígidas, com bloqueio de circulação de pessoas⁸. O Ministério Público Estadual (MPE/AM) requereu, sem êxito, a decretação de lockdown em todo o Estado⁹. Segundo o pedido do MPE/AM, o lockdown compreenderia o fechamento de estabelecimentos que exerçam atividades não essenciais, o controle de pessoas em estabelecimentos privados que fornecem serviços essenciais, a proibição de acesso a equipamentos públicos de lazer e a autorização para uso da força pública. O MPE/AM requereu, ainda, a decretação de lockdown em diversos Municípios, entre eles Manaus¹⁰, tendo êxito, por exemplo, no caso do Município de Tefé¹¹.

Preocupar-se com o vocabulário não é preciosismo. Apresentar como lockdown aquilo que não o é pode aumentar a sensação de que há rigor excessivo no combate à pandemia, quando vivemos e ainda estamos vivendo justamente o contrário. Logo, não há “isolamento social rígido ou total” no Brasil, e sim a adoção de medidas quarentenárias com diferentes graus de restrição, entre elas a recomendação de distanciamento físico e a suspensão de atividades não essenciais, erroneamente chamados de isolamento social.

Sendo as medidas quarentenárias alvos de intensa disputa política por seus impactos econômicos, o Brasil parece estar dividido entre dois times, um favorável e outro contrário a elas. Basta, porém, um conhecimento mínimo sobre a evolução da doença para avaliar a irracionalidade desta polarização. Em um país continental como o Brasil, jamais poderá haver solução única. Há necessidade de medidas

NO LOCKDOWN À BRASILEIRA,



com idas e voltas
irresponsáveis, sob o fogo
cruzado de negacionismo,
ameaças e fake news,
a polarização eleitoral
e ideológica



EMERGE COMO UM SINAL
DE SUBDESENVOLVIMENTO
QUE TEM ENXOVALHADO
A IMAGEM DO BRASIL
NO EXTERIOR E CUSTADO
MILHARES DE MORTES
EVITÁVEIS

mais rígidas em algumas regiões ou cidades, e em outras não, por períodos variáveis, inclusive intercalados, com base em dados objetivos como a evolução do número de casos e a capacidade de resposta do sistema de saúde em cada local. As medidas quarentenárias são altamente antipáticas, implicam sacrifícios pessoais, custos políticos e econômicos elevadíssimos, entre eles a necessidade de uso do poder de polícia para garantia de sua implementação. Do ponto de vista dos direitos humanos, representam uma ameaça às liberdades fundamentais que só pode se concretizar diante do imperativo de proteção da saúde pública, com base em evidências científicas, de forma associada a uma estratégia de comunicação de risco que garanta a adesão esclarecida da população para que tais medidas sejam eficientes. Não obstante, governadores e prefeitos pertencentes ao mais vasto espectro partidário e ideológico têm sido acusados de totalitarismo e até tirania no

combate à Covid-19. Alguns deles, como o Prefeito de Belo Horizonte¹², ou até mesmo o juiz que determinou o lockdown na zona metropolitana de São Luís (Maranhão), foram ameaçados de morte¹³.

No lockdown à brasileira, com idas e voltas irresponsáveis, sob o fogo cruzado de negacionismo científico, ameaças e fake news, a polarização eleitoral e ideológica emerge como um sinal de subdesenvolvimento que tem enxovalhado a imagem do Brasil no exterior, e nos custará a perda de influência e de investimentos internacionais. Mas é sobretudo uma infâmia que tem custado milhares de mortes evitáveis e, ao desautorizar cientistas e autoridades sanitárias, promovido um retrocesso de décadas na saúde pública brasileira.

[1] Lockdown está em aspas no texto original. Gostin, Lawrence O., Friedman, Eric A., and Wetter, Sarah A., "Responding to Covid-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically", Hastings Center Report 50, n. 2 (2020):8-12. [2] Yujun Wei, Zhonghua Ye, Meng Cui, Xiaokun Wei, COVID-19 prevention and control in China: grid governance, Journal of Public Health, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa175> [3] [Ministério Público da União/Atos do Procurador-Geral Eleitoral, Portaria nº 1, de 14/09/2020, publicada em 17/04/2020; e Ministério da Economia/Secretaria Especial de Comércio Exterior e Assuntos Internacionais/Secretaria de Comércio Exterior, Circular nº 24 de 16/04/2020, publicada em 13/05/2020. [4] Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/ Conselho Regional dos Técnicos Industriais do Estado do Rio de Janeiro, CRT-RJ, Portaria nº 1, de 8/5/2020, publicada em 14/05/2020. [5] Decreto Nº 42061 de 16/03/2020 [6] Decreto Nº 42.100, de 23/03/2020 [7] Decreto Nº 42101 de 23/03/2020 e Decreto Nº 42.106, de 24/03/2020 [8] Por exemplo, Barreirinha, São Gabriel da Cachoeira, Silves e Tefé durante parte do mês de maio. [9] <https://www.conjur.com.br/2020-mai-06/juiz-nega-pedido-adocao-lockdown-amazonas> [10] <https://www.mpam.mp.br/noticias-mpam/13010-covid-19-ministerio-publico-ajuiza-agravo-e-pede-em-segunda-instancia-o-lockdown-para-a-cidade-de-manaus-X2pp2hKIUK> [11] <https://www.tjam.jus.br/index.php/menu/sala-de-imprensa/2772-em-tefe-justica-determina-que-municipio-adote-medidas-para-evitar-proliferacao-do-novo-coronavirus> [12] <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-17/alexandre-kalil-politizou-a-coisa-fica-parecendo-que-quem-nao-quer-morrer-e-comunista.html> [13] <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2020/05/04/juiz-que-determinou-lockdown-na-grande-sao-luis-relata-ameacas-de-morte.ghtml>

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E PANDEMIA NA CIDADE DE SÃO PAULO:

entre invisibilidade e barreiras de acesso

Com a crise econômica e sanitária causada pela pandemia do novo coronavírus, a população em situação de rua tem enfrentado obstáculos ainda maiores para acessar seus direitos. As principais medidas de controle do vírus estão relacionadas à prevenção do contágio, através de medidas de distanciamento social e de higiene. Nesse sentido, o avanço da pandemia tem reiterado, com mais urgência, reivindicações históricas dessa população, em especial pelas condições precárias de acesso à habitação, higiene e a equipamentos de saúde, presença de comorbidades, de questões de saúde mental e de outras demandas associadas a gênero, raça e sexualidade.

Historicamente, o foco das políticas para esse público é o acolhimento temporário, vinculado à assistência social. A provisão de vagas de acolhimento no início da pandemia era de 13.075, cobrindo apenas metade da demanda na cidade, com déficit maior na região central. Devido à pandemia, a sociedade civil requisitou a ampliação desse número e a abertura de outros espaços, que respeitassem as recomendações de distanciamento. Como resposta, a Prefeitura abriu dois Centros de Acolhida Emergenciais, com um total de 1080 vagas. Houve também a publicação das Notas Técnicas 01/202041 e 02/202042 da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), que preveem medidas de segurança para evitar a propagação do vírus, reforçando as estruturas de ventilação e ampliação do distanciamento entre os leitos, medidas cuja implementação não é obrigatória e fica a cargo da gerência dos espaços. Diante da insuficiência dessa política, algumas alternativas foram apresentadas, tais como convênios com

**HOUVE REDUÇÃO
DRÁSTICA NAS FONTES
DE OBTENÇÃO DE
RENDA E ALIMENTO,**



em virtude do fechamento de restaurantes e pontos de fornecimento de água potável, além da redução de doações e circulação de pessoas nas ruas

**ESPECIFICIDADES DA
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA, COMO AUSÊNCIA
DE CPF E DE NÚMERO
DE CELULAR,**



tornam-se obstáculos para acesso ao auxílio emergencial

redes hoteleiras e campings. Sobre os hotéis, a despeito dos três editais abertos, apenas 200 vagas foram oferecidas para idosos já acolhidos¹. Em resumo, nenhum desses modelos se mostrou suficiente para proteger efetivamente essa população dos riscos de contaminação pelo vírus.

As questões relacionadas à higiene são também bastante sensíveis. Trata-se de uma demanda antiga da população em situação de rua que se encontra desacolhida e, no contexto da pandemia, torna-se indispensável. Nesse tema, destaca-se a Ação Vidas no Centro, coordenada pela Secretaria Municipal de Turismo (SMT) e pela SMADS. Por meio do projeto foram implantados equipamentos de higiene no centro de São Paulo (banheiros com chuveiros, pias em containers e máquinas de lavar e secar roupas). Além disso, foram fornecidos kits de higiene aos usuários do serviço. Do início de abril até o final de junho a Ação Vidas no Centro realizou mais de 350.000 atendimentos². Em pesquisa realizada entre 26 e 29 de junho³, pelo Observatório de Turismo e Eventos (OTE), 1202 usuários da Ação Vidas no Centro avaliaram positivamente o serviço.

Também houve uma redução drástica nas fontes de obtenção de renda e alimento desse segmento, em virtude do fechamento de restaurantes e pontos de fornecimento de água potável, além da redução de doações e circulação de pessoas nas ruas. Quanto às medidas adotadas pelo poder público, destaca-se a Resolução SEDS-15⁴, de 26 de maio de 2020, que instituiu a gratuidade do Bom Prato para aqueles usuários da PopRua devidamente cadastrados pelo Município, até o dia 30 de

outubro. O programa foi estendido aos fins de semana e passou a oferecer café da manhã e jantar, além do almoço. Ademais, a Prefeitura de São Paulo, por meio de uma articulação entre a SMDHC, a SMADS e a sociedade civil, implementou o projeto Rede Cozinha Cidadã⁵. O programa credenciou 60 restaurantes para o oferecimento diário de 7.500 refeições, utilizando-se de pontos de distribuição já existentes e em rotas de maior concentração da população em situação de rua.

Com relação à renda, o auxílio emergencial oferecido pelo Governo Federal deveria atenuar essa questão, no entanto, várias das especificidades da população em situação de rua, como ausência de CPF e de número de celular, tornam-se obstáculos no acesso ao benefício. Diante dessa situação, alguns setores da sociedade civil, como a Pastoral do Povo da Rua, e do poder público, como a Polícia Civil e a GCM, organizaram iniciativas para viabilizar o cadastramento dos interessados e sua identificação. A Prefeitura de São Paulo, por sua vez, criou um auxílio para catadores de materiais recicláveis, porém, baseando-se no Censo PopRua 2019, essa medida contempla menos de 20% das pessoas em situação de rua da cidade. De forma geral, pode-se observar que esse grupo teve acesso desigual a programas de acesso à renda, mesmo sendo público prioritário para o recebimento.

Por fim, sobre o plano de testagem e identificação de casos de Covid-19 na população em situação de rua, os profissionais do Consultório na Rua (CnR) e do programa Redenção na Rua são responsáveis pela avaliação e identificação de sintomas e encaminhamento de casos suspeitos, conforme orientação do

Ministério da Saúde. Os Serviços de Assistência Social, por sua vez, devem informar às UBS de referência possíveis casos de Covid-19 nessa comunidade e a Coordenação de Saúde Básica se encarrega de divulgá-los semanalmente às demais secretarias. Os casos confirmados e grupos sintomáticos são encaminhados para Centros de Acolhimento específicos⁶. A testagem deve ser feita pelas equipes de saúde, que monitoram o registro do contágio. Entretanto, os dados⁷ referentes ao contágio e óbito da PopRua são controversos, na medida em que a testagem é insuficiente, restrita apenas aos sintomáticos e aplicada de forma desigual, o que revela um prejuízo no monitoramento da dispersão do vírus na rua. Além disso, a ficha epidemiológica para notificação de casos de Covid-19 não apresenta campo padronizado para identificação de pessoas em situação de rua, de modo que esses casos só são computados caso cheguem através dos serviços especializados⁸.

O que o atual contexto explicita é a urgência das demandas de atenção a esse público, bem como a invisibilidade histórica que o circunda, na medida em que tem seu acesso aos serviços restrito e sequer é computado nas estatísticas oficiais. Assim, as iniciativas específicas para a população em situação de rua desempenham um papel central para mitigar suas vulnerabilidades, mas a pandemia evidencia que não é possível avançar sem discutir os gargalos do modelo atual, que discrimina e afasta essas pessoas do acesso a direitos ●

(Beatriz Calheta, Beatriz Fontes, Daniel Biagio, Italo Rodrigues, Kelseny Medeiros, Laura Salatino, Maria Clara Fialho e Mirella Paixão, da Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama).



[1] <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/25/prefeitura-de-sp-abre-mais-50-vagas-em-hoteis-do-centro-para-receber-sem-teto.ghtml> [2] BRASIL. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Ofício nº23/2020/Comitê PopRua/2020/SMDHC. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, 16 jul. 2020. [3] Relatório de pesquisa Estações Vidas no Centro. Observatório de Turismo e Eventos. São Paulo.2020. [4] Resolução SEDS-15 de 26-05-2020. Diário Oficial do Estado 28/05/2020. [5] BRASIL, Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Edital de Credenciamento nº001/SDMHC/2020. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, 16 jul. 2020. [6] São centros específicos para atendimento ao Covid: a Casa de Passagem Dr. Bacelar (para diagnosticados, oferecendo 38 vagas) e Peleção (para sintomáticos, oferecendo 106 vagas). https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=12wVfUV_y7NjB8WzSstuHa0Hn77XldF7D&ll=-23.52760919999997%2C-46.71945879999998&z=14 [7] Dados da situação de saúde da população em situação de rua da cidade de São Paulo, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde no mailing do Comitê PopRua: número acumulado de suspeitos (767); número acumulado de pessoas diagnosticadas por COVID (286); número acumulado de óbitos por COVID (28). *Dados acumulados desde o início da pandemia até 31 de julho. Não há o fechamento de agosto. [8] “Brasil não sabe quantas pessoas em situação de rua foram contaminadas pela covid-19”, Rede Brasil Atual. <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/09/pessoas-situacao-de-rua-contaminadas-covid-19>

INICIATIVAS ESPECÍFICAS

PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

DESEMPENHAM

PAPEL CENTRAL

PARA MITIGAR SUAS VULNERABILIDADES

mas a pandemia evidencia que não é possível avançar sem discutir os gargalos do modelo atual

