

# TEMPUS

Actas de Saúde Coletiva

Volume 17 Número 4

**Direito e Saúde:  
35 anos de uma  
relação democrática**



SA  
C  
P  
M  
E  
T

# TEMPIUS

## ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Volume 17 Número 4

# TEMPIUS

ISSN 1982-8829

2023



2007 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

## REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

### Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça  
Elmira L. M. S. Simeão  
Maria Fátima de Sousa

### Coordenação Institucional

Unidade de Tecnologia da Informação e  
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos  
em Saúde Pública – UTICS/NESP/UnB

### Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva  
Júlio César Cabral

### Revisão

Sandra Mara Campos Alves  
José Rafael Cutrim Costa

### Projeto gráfico e diagramação

Mônica Peres  
José Rafael Cutrim Costa

### Editores Científicos

Maria Fátima de Sousa  
Sandra Mara Campos Alves

### Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão  
Mônica Peres  
Maria Célia Delduque  
Jarbas Ricardo Almeida Cunha  
Marcelo Lamy  
Remédios Mendes

### Pareceristas *ad hoc*

Alethele Oliveira Santos  
Amanda Nunes Lopes Espineira Lemos  
Amanda Silva Madureira  
Ivan Pricken de Bem  
Jarbas Ricardo Almeida Cunha  
Marcelo Lamy  
Maria Célia Delduque  
Maria dos Remédios  
Martinho Silva  
Mary Anne Fontenele Martins  
Mayara Garcia Martins  
Miguel Ângelo Montagner

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:  
Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública  
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil  
CEP 70847-510  
Tel.: (55++61) 3340-6863 / Fax: (55++61) 3349-9884  
E-mail: [uticsnosp@unb.br](mailto:uticsnosp@unb.br)

---

### Ficha Catalográfica – Mônica R. Peres – CRB-1339

---

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, Sandra Mara Campos Alves - v. 17, n. 4. – Brasília : Editora Ecos, 2023.

Trimestral

ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Direito Sanitário. I. Fiocruz II. Título

CDU: 614(051)(817.4)

---

## **CONSELHO EDITORIAL EDITORA ECOS**

### **Coordenação Editorial**

Ana Valéria M. Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

### **Editores Científicos**

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

### **Conselho Consultivo**

Jairnilson Silva Paim, Instituto Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

### **Comissão Científica - Editores Associados**

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)

Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madri (UCM)

Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)

Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)

José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)

Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal (Canadá)

Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal

Rackynelly Alves Sarmiento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)

Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

# Sumário

<b>Direito e Saúde: 35 anos de uma relação democrática</b>	<b>6</b>
Sandra Mara Campos Alves, Maria Célia Delduque, Jarbas Ricardo Almeida Cunha, Marcelo Lamy, Remédios Mendes	
<b>La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Ley de Reproducción Medicamente Asistida en Argentina: ¿Es constitucional su coexistencia?</b>	<b>8</b>
Agustín Carignani, Silvana Scarpino	
<b>A Democracia Participativa e a Democracia Representativa: a VIII Conferência de Saúde e a produção legislativa da saúde nos últimos 30 anos</b>	<b>22</b>
Maria Célia Delduque, Alethele de Oliveira Santos, Sandra Mara Campos Alves	
<b>Experiências para a ‘desjudicialização’ da saúde no Brasil: uma revisão integrativa</b>	<b>43</b>
Ludmilla Diniz Silva, Keli Bahia Felicíssimo Zocratto, Iara Veloso Oliveira Figueiredo, Wanessa Debôrtoli de Miranda	
<b>A Problematização da Convergência dos Campos do Direito e da Saúde Coletiva</b>	<b>68</b>
Jemerson de Lima Silva, Roseli Joseli da Silva, Carolayne Barbosa de Oliveira, Anderson Diego Araújo de Lira, Wendel Johnson da Silva, José Ronaldo Vasconcelos Nunes	
<b>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): uma análise ex post da implementação normativa no contexto do Distrito Federal</b>	<b>92</b>
Tiago Rosa Nogueira, Maria Célia Delduque, João René de Mattos Rodrigues Filho, Sandra Mara Campos Alves	
<b>Análise da Predisposição ao Sedentarismo nos estudantes de uma Universidade Pública do Brasil</b>	<b>111</b>
Eduardo Fernando Hortêncio Clemente, Miguel Ângelo Montagner	
<b>Incerteza científica e autonomia médica: controvérsias acerca da prescrição off-label na emergência sanitária da covid-19</b>	<b>134</b>
Maria Goretti Tôrres Bezerra, Miriam Ventura da Silva	
<b>O efeito da pandemia de COVID-19 na coleta de material do colo do útero para exame citopatológico no Brasil</b>	<b>169</b>
Laci Marcos Dias, Maria Inez Montagner	
<b>As narrativas da imprensa escrita sobre a atuação da Vigilância dos Portos, Aeroportos e Fronteiras durante a pandemia de Covid-19</b>	<b>190</b>
Lucas Guimarães Arruda	
<b>Autonomia Relacional e Autonomia Individual em relação à Vacinação</b>	

<b>Obrigatória Da Covid-19: uma revisão nas decisões do Supremo Tribunal Federal</b>	<b>210</b>
Manoel Messias Santana do Carmo Filho, Maria Inez Montagner	
<b>Judicialização da Saúde e conflitos entre entes federados: uma nova face da judicialização da política no curso da pandemia covid-19?</b>	<b>228</b>
Thaís Araújo Dias, Francisco José Leal de Vasconcelos, José Clauber Matos Brayner, Thales Araújo Dias, Maria Socorro de Araújo Dias	
<b>A atuação da Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil</b>	<b>260</b>
Alexandre Varela, Maria Célia Delduque	
<b>‘Saúde é direito de todos e dever do Estado’: reflexões conceituais sobre a primeira parte do artigo 196 da Constituição do Brasil</b>	<b>280</b>
Pablo Rodrigues Rosa	
<b>Existem bases jurídico-sanitárias para a comercialização de testes genéticos de venda direta ao consumidor no Brasil?</b>	<b>300</b>
Isabella Maria Leite e Silva, Oswaldo José Barbosa Silva	

## Direito e Saúde: 35 anos de uma relação democrática

Neste ano, em que celebramos os 35 anos da promulgação da Carta Política brasileira, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a relação constitucional entre a Saúde e o Direito é que publicamos este número especial da Revista *Tempus Actas* de Saúde Coletiva.

Isso porque foi a Constituição da República de 1988 que deu ensejo ao surgimento da disciplina Direito Sanitário, posto que forjada a partir da interseção entre as Ciências Jurídicas e as Ciências da Saúde, no texto do artigo 196 e seguintes da CF/88. Em um Estado Democrático de Direito, para tornar reais os direitos, como o direito à saúde para todos, necessário se faz um arco jurídico-normativo que lhe dê materialidade e institucionalidade.

Assim é que promover a publicação deste número especial na *Tempus Actas*, demonstra como ganhou relevo interdisciplinar este jovem campo do conhecimento: o Direito Sanitário.

Forçoso recordar que o Direito Sanitário é um amplo espaço do conhecimento que abarca não apenas o direito público na formulação das políticas públicas de saúde amparadas no arcabouço do Direito e que é alicerce para o desenvolvimento do país, como também não descuida das relações privadas entre os atores sociais da Saúde Suplementar e Complementar, em sua relação com os consumidores, para que a saúde seja, de fato, **um direito de todos**, como garante a Constituição brasileira.

Temos um agradecimento muito especial ao Corpo Editorial da Revista *Tempus Actas* de Saúde Coletiva por abrir este espaço para a publicação da produção intelectual daqueles que estão diretamente ligados aos estudos do Direito Sanitário, ao tempo em que reforçamos os laços do Programa de Direito Sanitário-Prodisa, da Fundação Oswaldo Cruz, com a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-UnB, na crença de que é no compartilhamento de ideias e estudos que avançamos na Ciência e no bem-estar da população do Brasil.

Compõem este número especial 12 artigos originais e 2 ensaios no campo do Direito Sanitário.

O primeiro, de autoria de *Agustin Carignani*, aborda a aparente contradição entre a norma que autoriza a interrupção voluntária da gravidez e a lei que estabelece a reprodução assistida na Argentina.

Segue na apresentação do número, artigo da lavra de *Alethele Santos, Maria Célia Delduque* e *Sandra Mara Campos Alves* que analisa a produção legislativa federal brasileira em saúde nas últimas três décadas, tendo como marco comparativo o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Apresente-se ainda uma revisão integrativa sobre o fenômeno da judicialização da saúde com a perspectiva de destacar as experiências exitosas voltadas ao enfrentamento do tema. O artigo tem como autores: *Ludmilla Diniz Silva, Iara Veloso Oliveira Figueiredo, Keli Bahia Felicíssimo Zocratto* e *Wanessa Debôrtoli de Miranda*.

A convergência dos campos do Direito e da Saúde coletiva e seus eventuais (des) encontros são apresentados em artigo de autoria de *José Ronaldo Vasconcelos*

*Nunes, Jemerson de Lima Silva, Roseli Joseli da Silva, Carolayne Barbosa de Oliveira, Wendel Johnson da Silva e Anderson Diego Araújo de Lira.*

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no contexto geográfico do Distrito Federal, também foi objeto de análise no artigo produzido por *Tiago Rosa Nogueira, Maria Célia Delduque, João Renné Mattos filho e Sandra Mara Campos Alves.*

O sedentarismo dos estudantes universitários e as estratégias utilizadas para combatê-lo foi abordado em artigo de *Eduardo Fernando Hortêncio Clemente, Maria Inez Montagner e Miguel Ângelo Montagner.*

O fascículo apresenta ainda um conjunto de seis artigos que analisam, em perspectivas diversas, temas relacionados à pandemia de covid-19, demonstrando que esse é um assunto ainda pulsante e objeto de um olhar apurado do pesquisador de Direito Sanitário. São eles: (i) 'Incerteza científica e autonomia médica: controvérsias acerca da prescrição *off-label* na emergência sanitária da covid-19', de *Maria Goretti Tôrres Bezerra e Miriam Ventura da Silva*; (ii) 'O efeito da pandemia de covid-19 na coleta de material do colo do útero para exame citopatológico no Brasil', de *Laci Marcos Dias e Maria Inez Montagner*; (iii) 'As narrativas da imprensa escrita sobre a atuação da Vigilância dos Portos, Aeroportos e Fronteiras durante a pandemia de Covid-19', de *Lucas Guimarães Arruda*; (iv) 'Autonomia relacional e autonomia individual em relação à vacinação obrigatória da covid-19: uma revisão nas decisões do Supremo Tribunal Federal' de *Manoel Messias Santana do Carmo Filho e Maria Inez Montagner*; (v) 'Judicialização da saúde e conflitos entre entes federados: uma nova face da judicialização da política no curso da pandemia Covid-19?' de *Thaís Araújo Dias, Francisco José Leal de Vasconcelos, José Cláuber Matos Brayner, Thales Araújo Dias e Maria Socorro de Araujo Dias* e (vi) 'A atuação da Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil' de *Alexandre Varela e Mara Célia Delduque.*

Por fim, o leitor da *Tempus Actas* de Saúde Coletiva poderá ainda conferir dois ensaios. O primeiro, de autoria de *Pablo Rodrigues Rosa*, apresenta reflexões conceituais sobre a disposição constitucional que reconhece ser 'Saúde é direito de todos e dever do Estado'. O segundo ensaio, de autoria de *Isabella Maria Leite e Silva e Oswaldo José Barbosa Silva*, aborda o vazio normativo sobre a comercialização de testes genéticos de venda direta ao consumidor no Brasil.'

Essa diversidade de temas apresentados neste número especial da *Tempus Actas* é apenas uma amostra da amplitude de espectros que compõem o campo do Direito Sanitário além de marcar seu aspecto multi e interdisciplinar.

Assim é que desejamos a todos uma boa leitura ao tempo que almejamos que os trabalhos aqui publicados inspirem a realização de novas pesquisas.

*Sandra Mara Campos Alves*

*Maria Célia Delduque*

*Jarbas Ricardo Almeida Cunha*

*Marcelo Lamy*

*Remédios Mendes*



---

## La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Ley de Reproducción Medicamente Asistida en Argentina: ¿Es constitucional su coexistencia?

*The Law of Voluntary Interruption of Pregnancy and the Law of Medically Assisted Reproduction in Argentina: is their coexistence constitutional?*

*A Lei de Interrupção Voluntária da Gravidez e a Lei de Reprodução Medicamente Assistida na Argentina: sua coexistência é constitucional?*

Agustín Carignani<sup>1</sup>  
Silvana Scarpino<sup>2</sup>

### RESUMEN:

**Objetivo:** el artículo propone analizar dos normas aparentemente contradictorias sobre la interrupción voluntaria del embarazo y la ley que establece la reproducción asistida en Argentina. **Metodología:** fue un estudio de caso, en el que se rescataron las discusiones parlamentarias con motivo de la aprobación de las leyes, así como una comparación textual de las leyes objeto del estudio. **Resultados:** Las leyes más importantes en el tema son las leyes que consideran el punto de partida de la vida; la ley de conservación de embriones criopreservados y la ley IVE. **Conclusión:** Del análisis realizado se advierte que entre las normas analizadas existe falta de armonía constitucional y convencional entre las leyes tratadas debido a tratar temas análogos de diverso modo, contrariando incluso el sistema convencional de derecho.

**Palabras clave:** Derecho a la Salud; Aborto Inducido; Embarazo.

---

<sup>1</sup> Magister em Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. Profesor experto, Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina. E-mail: agustincarignani@gmail.com - ORCID: 0000-0002-7126-9328

<sup>2</sup> Abogada y Directora de Diplomatura, Universidad Católica de Córdoba, Argentina. E-mail: silvanascarpino@hotmail.com - ORCID:0000-0003-3788-6143

**ABSTRACT:**

**Objective:** the article proposes to analyze two apparently contradictory norms on the voluntary interruption of pregnancy and the law that establishes assisted reproduction in Argentina. **Methodology:** it was a case study, in which the parliamentary discussions on the occasion of the approval of the laws were rescued, as well as a textual comparison of the laws under study. **Results:** The most important laws on the subject are the laws that consider the starting point of life; the law on the conservation of cryopreserved embryos and the IVE law. **Conclusion** - From the analysis carried out, it is noted that among the norms analyzed there is a lack of constitutional and conventional harmony between the laws treated due to treating similar issues in a different way, even contrary to the conventional system of law.

**Keywords:** Health Law; Induced Abortion; Pregnancy.

**RESUMO:**

**Objetivo:** o artigo se propõe analisar duas normas aparentemente contraditórias sobre a interrupção voluntária da gravidez e a lei que estabelece a reprodução assistida na Argentina. **Metodologia:** tratou-se de um estudo de caso, no qual foram resgatadas as discussões parlamentares por ocasião da aprovação das leis, bem como uma comparação textual das leis em estudo. **Resultados:** As leis mais importantes sobre o assunto são as leis que consideram o ponto de partida da vida; a lei sobre a conservação de embriões crio-preservados e a lei do IVE. **Conclusão** - A partir da análise realizada, nota-se que entre as normas analisadas há uma falta de harmonia constitucional e convencional entre as leis tratadas devido ao tratamento de questões semelhantes de forma diferente, até mesmo contrária ao sistema convencional de direito.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde; Aborto induzido; Gravidez.

**INTRODUCCIÓN**

En el mes de marzo del año 2012, la Corte Suprema de Justicia de Argentina dictó un fallo que buscó terminar con las discusiones en el ámbito académico, social y judicial. Dicha acción judicial se conoció como el 'caso F.A.L.', en el cual resolvió sobre un pedido de aborto en una persona menor de edad tras el embarazo producto de un abuso

sexual con acceso carnal. Además, y pese a que en el caso el aborto ya se había practicado, en aras de evitar una eventual sentencia inocua y para adelantarse a casos análogos futuros, La Corte Suprema de Justicia resolvió la causa con el dictado de una sentencia exhortativa.

Entre las cuestiones que abordó aquel fallo y frente al debate social sobre el derecho al aborto, fue por ejemplo el exhorto a las autoridades nacionales y provinciales para que realicen protocolos médicos a fin de identificar situaciones de salud como la del caso, en aras de planificar y llevar a cabo los cuidados necesarios. También hizo una nueva interpretación del Código Penal diciendo que no resultaba punible la interrupción del embarazo proveniente de toda clase de violación y que cualquier caso de aborto no punible no está supeditado a trámite judicial<sup>1</sup>.

En el mes de junio del año 2013, se sancionó la Ley 26.862 de Reproducción Medicamente Asistida<sup>2</sup> por medio de la cual se busca garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Producto de esta ley, las parejas pueden criopreservar embriones hasta el momento de elegir implantarlos. Sin embargo, para disponer el descarte de un embrión criopreservado es necesario acudir a la justicia ya que dicha posibilidad no está contemplada en la ley. Y así lo han hecho parejas que necesitan resolver la situación de los embriones criopreservados cuando no van a ser implantados y que otrora representaban la voluntad procreacional.

Ejemplo de ello fue el fallo CNCiv., sala G, R. G. A. y otros/ autorización (AR/JUR/8973/2021), del año 2021. En primera instancia el Tribunal entendió que la situación del embrión criopreservado se asemejaba al de una persona que necesitaba sustento artificial para poder continuar con su vida, y que entonces, de no disponer ese sustento mecánico no existía vida.

Sin embargo, la Cámara Nacional Civil no compartió el criterio por entender que la situación de una persona que se encontraba al final de su existencia física y que lo único que mantiene con vida es el soporte vital mecánico, difería mucho con el caso planteado en el cual se trata de un embrión con todas las potencialidades de desarrollarse y nacer. Es decir, afirmó que existe diferencia entre el embrión criogenizado y la persona cuya vida se sostiene mecánicamente.

El 1 de octubre del año 2014, se sancionó la Ley 26.994<sup>3</sup> por medio de la cual se modificó el Código Civil introduciendo una redacción diferente para establecer que comienza la persona humana con la concepción. La nueva redacción no queda duda alguna que el embrión concebido fuera del cuerpo del ser humano es también persona, gozando de igual tutela jurídica que aquellos formados intrauterinamente.

Es a partir de estas divergencias jurídicas que este trabajo busca interpretar la situación que plantean las leyes aprobadas sobre la interrupción voluntaria del embarazo – aborto - y el descarte de los embriones criopreservados.

## **METODOLOGÍA**

Es un estudio de caso - también llamado *Case* - en que la investigación es sistemática. El método de estudio de caso es ecléctico porque incluye observación, análisis de documentos o incluso entrevistas. El caso es un sistema delimitado cuya característica principal es la interpretación en un contexto determinado<sup>4</sup>.

El método ha sido utilizado regularmente en Sociología, Antropología, pero también en Derecho, buscando desarrollar procedimientos que adecuen el abordaje a sus respectivos fines.

Según Rauen<sup>5</sup> el estudio de caso se realiza como un estudio de caso situacional, ya que se relaciona con fenómenos específicos que

pueden ocurrir en una situación social.

Para ello se utilizaron textos normativos obtenidos de sitios web de bases de datos normativas y se realizó un análisis interpretativo de los textos referidos.

Los hallazgos fueron sistematizados en tablas y posteriormente analizados bajo las mejores normas legales.

## RESULTADOS

Las discusiones para las sanciones de las leyes de Reproducción Asistida e Interrupción Voluntaria del Embarazo están a seguir comparadas.

**Tabla 1 – Leyes relativas a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y Reproducción Asistida**

Número	Fecha	Resumen del contenido	Posición
Ley 26.862	5 junio de 2013	Busca garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.	Busca proteger al embrión criopreservado.
Ley 26.994	1 octubre de 2014	Modifica el código civil y determina que la existencia de la persona humana comienza con la concepción.	Establece el comienzo de la persona humana.
Ley 27.610	30 diciembre de 2020	Establece la posibilidad de que personas con capacidad de gestar, decidan y accedan a la interrupción del embarazo.	Regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto.

Fuente: Hecho por los autores.

Desde el mes de enero de 2021, la Ley 27.610<sup>6</sup> – la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE - que establece la posibilidad de las mujeres y personas con capacidad de gestar, de decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana 14 (catorce) inclusive, del proceso gestacional fue sancionada<sup>3</sup> y está en plena vigencia en Argentina.

<sup>3</sup> El Parlamento discute y aprueba la ley y el Poder Ejecutivo sanciona la ley, dándola a conocer a la población.

Durante debates en el parlamento argentino sobre la ley de reproducción médicamente asistida de 2012, los distintos partidos políticos reconocieron la importancia de incorporar la infertilidad como una enfermedad en el programa médico obligatorio. En los debates parlamentarios, una de las diputadas alineada en uno de los partidos llamados de derecha<sup>4</sup> propuso una modificación en la ley de mención, a fin de reemplazar la palabra fertilización por la palabra implantación, con la explicación de que ampliando el concepto, puede interrumpirse el procedimiento en cualquier momento.

Existieron diversas razones económico-sociales para incluir prestaciones de reproducción asistida dentro del programa médico obligatorio, pues la división social en Argentina es muy grande, yendo desde personas que tienen doble o triple cobertura social a personas que no tienen ninguna cobertura en atención de la salud.

El dictamen de la minoría<sup>5</sup> comprende también el hecho de que un embrión es considerado vida humana, ya sea que se encuentre dentro o fuera del útero, y se establece como máximo la posibilidad de implantación de tres embriones por tratamiento. El proyecto de la minoría además, prohíbe la criopreservación, su uso para investigación y su donación, destrucción o comercialización. Se buscó también regular sobre los embriones criopreservados proponiendo para el caso, el régimen de la adopción. De esta manera, lo que se lograba con esta regulación, era acabar con la laguna legal existente y que ha provocado diferentes acciones judiciales.

Por otro lado, nótese que durante debates sobre la Ley de Reproducción Medicamente Asistida, en la inmensa mayoría de los proyectos de ley presentados al Parlamento, se buscó siempre proteger al embrión, con la prohibición de su comercialización, de uso para

---

<sup>4</sup> Silvia Majdalani perteneciente a la coalición de Propuesta Republicana (PRO).

<sup>5</sup> Minoría parlamentaria hace referencia a los votos en oposición al proyecto de ley presentado a votación en el Congreso.

estudios científicos, la destrucción de embriones, estableciéndose métodos de identificación filiatoria, sistema de sanciones integrales tanto para los centros de reproducción, como para cualquiera que busque con su acción u omisión transgredir la naturaleza de la ley propugnada. en definitiva, un sinnúmero de canales para garantizar la protección del embrión.

Con todo, el mismo Parlamento al hacer el debate para la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE tuvo una posición diametralmente diferente al momento de debatir esta otra ley.

Gargarella<sup>7</sup> explica el constitucionalismo Madisoniano y su naturaleza contra mayoritaria para luego avocarse a la protección de las minorías, ya sean estas minorías en razón de su vulnerabilidad o por su cantidad. es decir que la ley buscó proteger a una minoría de mujeres frente a una situación autogenerada y desconociendo a la misma minoría de mujeres que está en desacuerdo del dictado de la ley como se propuso. Sí existe un gran número de mujeres afines a la ley, también existe un gran número de mujeres que entienden que la ley es disruptiva.

Se trata de una ley que entre sus fundamentos enarbola supuestos derechos femeninos tales cuales el derecho sobre el propio cuerpo, libertad de decisión etc.

A pesar de que se desarrollaron nuevos debates en torno a la sanción de esta nueva ley, el parlamento reconoció el antecedente legislativo en el año 2018, cuando se debatió ampliamente la ley con más de 800 oradores, pero además de estas cuestiones legislativas, también se tuvieron en cuenta las disputas y polémicas que, desde hacía décadas, marcaron a la sociedad argentina. Así las cosas y aprobada la ley IVE (interrupción voluntaria del embarazo), los distintos informes y estadísticas relativas, lograron establecer que, en el primer aniversario de la sanción de la ley, se practicaron 32.758 interrupciones de embarazos<sup>8</sup>. Ahora se trató de un debate exprés y no tuvo pocas

objecciones. Incluso hasta el pedido de aplazamiento<sup>6</sup>. Al aplazamiento le siguió el pedido de consulta popular.

Las razones que respaldan la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE son variadas como también lo son los argumentos que buscan derribar dicha Ley:

Cabe afirmar que entre las diferentes líneas que abonan estas razones para aprobar o para rechazar la Ley, existieron posturas extremas y otras más equilibradas entre lo que establece el sistema constitucional argentino y el sentido final de alguna manera protectorio de la vida de la gestante. Incluso posiciones que, si bien piden la no sanción de la Ley, aseguran que nadie debería ser penalizada por realizarse un aborto, entendiendo que el método que establece la nueva ley no es el adecuado.

Por el contrario, existieron otras posiciones que afirmaron que no estaban a favor del aborto, y aseguraron que en el caso de alguien que no ha elegido ser madre, que le ha llegado en un momento inoportuno y que además de modificar su cuerpo, le modifica la vida, entonces el aborto sí debe ser contemplado, según un Diputado del partido Juntos somos Rio Negro.

La historia, por ejemplo, ha demostrado que la no legalización del aborto implica la muerte de la gestante o la complicación del procedimiento, en muchas ocasiones por practicarse en el marco de la clandestinidad. Contracara a este embarazo no querido, estuvieron los planteos de reclamo al Estado por mayor educación sexual, incluyendo el uso de anticonceptivos como alternativa al embarazo, es decir, parándose en el estadio de no embarazo y llevando la discusión a la arista de la falta de educación de la población.

Los planteos en pro y en contra del proyecto revisten los más amplios matices y oscilan entre aquellos que privilegian la defensa de la

---

<sup>6</sup> Pedido el aplazamiento del partido de la Coalición Cívica de representación cristiana.



vida de la madre, hasta la defensa de la vida del embarazada y del nasciturus.

Considerar la vida en sus múltiples dimensiones ayuda a comprender y asumir responsablemente su cuidado y defensa. La vida y la salud son valores igualmente fundamentales para todos, basados en la dignidad inalienable de la persona humana. Pero si esta afirmación no va seguida de un compromiso apropiado para superar las desigualdades, estamos aceptando de hecho, la dolorosa realidad de que no todas las vidas son iguales y la salud no está protegida para todos de la misma manera.

Ante la polémica discusión sobre el caso planteado, resta analizar las decisiones judiciales que se dictaron en relación a la aplicación de las normas de mención. así las cosas, en el mes de abril de 2021, la Exma. Cámara Nacional en lo Civil – Sala ‘G’, en autos ‘R. G. A. y otro s/ autorización’, resolvió el caso que fuera traído a conocimiento de ese tribunal, integrado por los Dres. Carlos Alfredo Bellucci (con ampliación de fundamentos) - Carlos Carranza Casares - Gastón Matías Polo Olivera (según su voto).

En la causa se resuelve rechazar la autorización requerida por una pareja para disponer el cese de la crioconservación de los embriones originados con técnicas de reproducción asistida, puesto que si bien en la instancia anterior el *ad quem* asimiló el caso a la situación de los progenitores que deben decidir si retiran las medidas de soporte vital a que está sometido los embriones para prolongar en el tiempo un estado irreversible y que como representantes legales están plenamente facultados para disponer el cese en la crioconservación de los embriones en los que participaron, resulta inexacto que los embriones se encuentren en una situación de enfermedad irreversible, incurable, o en un estado terminal, desde que no se ha diagnosticado enfermedad alguna y tampoco se hallan en una situación terminal sino, en todo caso,

en una inicial.

El ordenamiento jurídico de Argentina, reconoce que comienza la existencia de la persona humana desde su concepción<sup>3,9,10,11</sup>. De igual modo, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sostenido en diversos fallos, que el comienzo de la existencia humana se encuentra desde la concepción. El art. 19 del Código Civil y Comercial de la Nación, titulado precisamente 'Comienzo de la existencia', no diferencia la condición jurídica del embrión implantado del no implantado.

Conforme se desprende claramente de la normativa mencionada, existe una protección legal de la voluntad procreacional manifestada por los padres, no autorizándose en la ley, tomar decisiones tendientes a quitar la vida a los embriones concebidos por una técnica de procreación.

Es por ello, que estas consideraciones pueden servir para analizar las disposiciones de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo - Ley IVE - cuya regulación hace aparecer una confrontación de derechos: la embarazada que no quiere continuar su embarazo.

En la misma línea, resultan muy interesantes las ideas que surgen como alternativas a estas situaciones contrarias al derecho a la vida. Así, la posibilidad de dar al embrión en adopción para que sea implantado en otro seno materno y con ello, además de dar cumplimiento a las máximas jurídicas que fueron sindicadas antes a efectos de preservar adecuadamente el derecho a vivir de los embriones crioconservados.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El primer principio clásico es el de la dignidad de la persona humana, que proporciona el fundamento para los derechos humanos. no se ha intentado enjuiciar ideas o posturas doctrinales sino demostrar que

mientras subsistan y coexistan estas dos normas (La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Ley de Reproducción Medicamente Asistida) en nuestro ordenamiento jurídico, la actividad judicial no cesará, pese a que este fue uno de los objetivos que tuvo la Corte Suprema de Justicia de la Nación al resolver –extemporáneamente- el caso F.A.L. Ello es así toda vez que si bien ambas leyes tienen bondades claramente delimitadas, lo cierto es que sea que se proteja al embrión o a la mujer, uno de los dos sufrirá necesariamente. Y es que, si la Ley protege al embrión criopreservado, resulta muy difícil explicar cómo justificar una interrupción del embarazo en los términos que propone la Ley IVE, sin afectar los cimientos constitucionales y convencionales sobre los que se sustenta nuestro ordenamiento. Pero, además, sin recaer sobre una contradicción entre dichas normas.

Parecerían leales, adecuadas y concordantes a lo dicho por la Corte Suprema en el mencionado caso F.A.L., disponer de diferentes herramientas para proteger a la mujer víctima del delito más aberrante contra la integridad corporal y espiritual de una persona. Incluso, prever una interrupción del embarazo -tal como se practica en países europeos- en aquellos casos en los cuales la vida luego del nacimiento se encuentra claramente delimitada por las condiciones del *nasciturus*. Pero el acceso a dicha interrupción conforme está reglado, parecería no sólo contradictoria con la mencionada ley de reproducción médicamente asistida del año 2013.

Es que en el marco de nuestro sistema constitucional y convencional de derecho, en el cual partimos de que la vida humana constituye el eje cardinal de todo nuestro ordenamiento jurídico, resulta muy difícil encontrar armonía constitucional en estas leyes como han sido concebidas, pues no sólo que no muestran consenso en sus articulados, sino que además, son contradictorias en el tratamiento de la persona humana conforme la define el actual Código Civil y Comercial

de la Nación.

Ante lo expuesto, ¿será acaso que el propio Parlamento argentino realizará adaptaciones para volver la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo a aquellos preceptos que tuvo en vistas las Corte Suprema de Justicia cuando dictó el caso F.A.L.?; ¿será que las Cortes deberán fallar en incontable cantidad de casos, de tal manera que cuando nuevamente lleguen al Máximo Tribunal dicte un nuevo fallo exhortante conciliador de estas normas?

Nuevamente estamos ante un caso difícil al decir de Ronald Dworkin<sup>12</sup>, donde nuestros tribunales deberán echar mano no sólo a aquel bagaje personal inescindible de toda persona humana, sino a los principios que rigen nuestro ordenamiento jurídico y que han de ser observados, no porque favorezcan o aseguren una situación social determinada, sino porque son una exigencia de justicia.

## REFERENCIAS

- 1- Argentina. Corte Suprema. Aborto no punible no deben ser judicializados. Disponible em: <https://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html> [Aceso em 2.feb.2022].
- 2- Argentina. Ley 26.862 de 5.06.2013. Garantiza el acceso integral a los procedimientos y tecnicas medico-asistenciales de reproduccion medicamente asistida. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700/texto>. [Aceso em 2.feb.2022].
- 3- Argentina. Ley 26.994 de 1 octubre de 2014. Codigo Civil y Comercial de la Nación. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>. [Aceso em 2. feb.2022].
- 4- André M. Estudo de Caso, seu potencial na Educação. Caderno de Pesquisa (49): 51-54, maio, 1984.
- 5- Rauen FJ. Roteiros de investigação científica. Tubarão: Editora

Unisul, 2002.

- 6- Argentina. Ley 27.610 de 30 de diciembre de 2020. Dispone que los servicios públicos de salud, las obras sociales nacionales y provinciales y las empresas y entidades de medicina prepaga incorporen la cobertura integral y gratuita de la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en esta ley, en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>. [Aceso en 2.feb.2022].
- 7- Gargarella R. El derecho como una conversación entre iguales. 1ra edición. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2021, p. 21.
- 8- La Nación. Aborto legal: las cifras de la Argentina a un año de la sanción de la Ley IVE. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/aborto-legal-las-cifras-de-la-argentina-a-un-ano-de-la-sancion-de-la-ley-ive-nid30122021/>. [Aceso en 26.feb.2022].
- 9- Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>. [Aceso en 26.feb.2022].
- 10- Argentina. Ley 94.901. Institúyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24901-47677/actualizacion#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20tendr%C3%A1n,su%20rehabilitaci%C3%B3n%20e%20inserci%C3%B3n%20social>. [Aceso en 26.feb.2022].
- 11- Argentina. Ley 24.714 de 18 de octubre de 1996. Se instituye con alcance nacional y obligatorio, y sujeto a las disposiciones de la presente ley, un Régimen de Asignaciones Familiares. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24714-39880/actualizacion>. [Aceso en 26.feb.2022].
- 12- Dworkin R. Los Derechos en Serio. Ariel Editores, 1989.

7

---

<sup>7</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

---

**A Democracia Participativa e a Democracia  
Representativa: a VIII Conferência de Saúde e a  
produção legislativa da saúde nos últimos 30 anos**

*Participatory Democracy and Representative Democracy: the  
VIII Health Conference and the legislative production of  
health in the last 30 years*

*Democracia participativa y democracia representativa: la VIII  
Conferencia de Salud y la producción legislativa en salud en  
los últimos 30 años*

Maria Célia Delduque<sup>1</sup>  
Alethele de Oliveira Santos<sup>2</sup>  
Sandra Mara Campos Alves<sup>3</sup>

**RESUMO:**

O estudo teve como **objetivo** comparar o determinado no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde e a produção legislativa federal posterior, com o intuito de saber se o Congresso Nacional observou as diretrizes da conferência. **Metodologia:** tratou-se de um estudo qualitativo em base de dados legislativos oficiais, em que se buscou documentos legais sobre o Direito à Saúde. O período levantado foi entre 1986 e 2016. Os textos normativos foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo. **Resultados:** os achados demonstraram haver pelo menos cinco subcategorias relacionadas ao Direito à Saúde, leis produzidas em cada subcategoria. A produção legislativa sobre datas

---

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Professora, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. E-mail: mcdelduque@gmail.com - ORCID:0000-0002-5351-3534

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Assessora Parlamentar, Senado Federal, Brasília, DF, Brasil. E-mail: alethele.santos@gmail.com - ORCID: 0000-0001-7952-6408

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Pesquisadora e docente, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil: E-mail: smcalves@gmail.com - ORCID: 0000-0001-6171-4558

comemorativas foi a de maior número. **Conclusão:** O poder legiferante do Estado, durante as décadas estudadas não correspondeu às diretrizes do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde; Sistema Único de Saúde; Participação Social.

#### **ABSTRACT:**

The study aimed to compare what was determined in the final report of the VIII National Health Conference and the subsequent federal legislative production, in order to know if the Congress observed the guidelines of the conference. **Methodology:** it was a qualitative study based on official legislative databases, in which legal documents on the Right to Health were sought. The period surveyed was between 1986 and 2016. The normative texts were analyzed using the Content Analysis method. **Results:** the findings showed that there were at least five subcategories related to the Right to Health, with laws produced in each subcategory. Legislative production on commemorative dates was the one with the highest number. **Conclusion:** The Legislative, during the decades studied, did not correspond to the guidelines of the final report of the VIII National Health Conference.

**Keywords:** Right to Health; Unified Health System; Social Participation.

#### **RESUMEN:**

El estudio tuvo como objetivo comparar lo determinado en el informe final de la VIII Conferencia Nacional de Salud y la posterior producción legislativa federal, con el fin de averiguar si el Congreso Nacional observó las directrices de la conferencia. **Metodología:** este fue un estudio cualitativo basado en datos legislativos oficiales, en el que se buscaron documentos legales sobre el Derecho a la Salud. El período relevado fue entre 1986 y 2016. Los textos normativos fueron analizados mediante el método de Análisis de Contenido. **Resultados:** los hallazgos mostraron que existen al menos cinco subcategorías relacionadas con el Derecho a la Salud, leyes producidas en cada subcategoría. La producción legislativa en fechas conmemorativas fue la más alta. **Conclusión:** La potestad legislativa del Estado, durante las décadas estudiadas, no se correspondió con los lineamientos del informe final de la VIII Conferencia Nacional de Salud.

**Palabras clave:** Derecho a la Salud; Sistema Único de Salud; Participación social.



## INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88)<sup>1</sup> que reconheceu a saúde como um direito fundamental e social, ampla profusão legislativa foi observada com a finalidade de conferir contorno e pavimentar o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para guardar compatibilidade com o desejo social, a Constituição - documento político e jurídico - que desvela os princípios que regem uma nação, garantiu em seu texto o direito à saúde para todos, valendo-se de parte dos fundamentos e princípios expressos no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>2</sup>.

A VIII CNS, em 1986, foi reconhecida como um marco para o processo de redemocratização do país, a partir de debate que contou com a participação de cerca de 50 mil pessoas, sobre a conformação do Estado Brasileiro. “Funcionou como *input* para as alterações legislativas em saúde no Brasil, ocorridas a partir de 1988”<sup>2</sup>. Neste sentido, é que se afirma que constituições têm força propulsora para os processos políticos e não podem ser consideradas mero formalismo estrutural para a atuação jurídica<sup>3</sup>.

São notáveis as relações entre a democracia participativa expressa no relatório da VIII CNS e a democracia representativa que legisla em prol de determinar a atuação dos poderes, em relação à saúde.

Levantamento publicado no final do ano 2018, sobre normas editadas no Brasil, afirmou que ‘a legislação é complexa, confusa e de difícil interpretação’ e reverbera tal posicionamento nos números que apresenta: a contar de 5.10.1988, data da promulgação da CF/88, até 30.09.2018 foram editadas 5.876.143 (cinco milhões, oitocentos e setenta e seis mil, cento e quarenta e três) normas, sendo 536 editadas,

em média, por dia ou 774, se considerados os dias úteis. Cada norma possui cerca de três mil palavras e as palavras ‘saúde’, ‘educação’, ‘segurança’, ‘trabalho’, ‘salário’ ou ‘tributação’ ocupam cerca de 45% da legislação; e cerca de 4,13% das normas editadas no período não sofreram nenhuma atualização<sup>4</sup> – torna inconteste admitir que o Brasil padece de inflação legislativa.

De outro lado, faz-se necessário compreender a lei como intervenção no campo da saúde<sup>5</sup>, o que encontra fundamento na própria Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>6</sup>, que admite a relação entre direito e lei: “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.

Assim, a inquietação que provocou o estudo, cujos resultados parciais são apresentados neste artigo, pretendeu relacionar a legislação pátria sobre o direito à saúde e a pretensão social descrita no relatório da VIII CNS para responder à pergunta: em matéria de saúde, a democracia representativa respondeu convenientemente aos ditames da democracia participativa relatados no relatório final da VIII CNS? Tal análise revela o encontro das duas vertentes: a democracia participativa ocorrida na VIII CNS e a democracia representativa, representada pela produção normativa constitucional e infraconstitucional, em âmbito federal.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, no âmbito do Direito Sanitário, em que técnicas de pesquisa<sup>8,9,10</sup> foram associadas para responder questões próprias da saúde coletiva, bem como aquelas

que são de interesse às formas clássicas do direito para levantamento de dados jurídico-legais.

O primeiro passo foi identificar as leis (constituição, leis complementares e ordinárias federais) que exararam determinação direta ou indireta ao sistema de saúde. Para isso, foi pesquisado o conjunto normativo disponível em sítios e/ou portais eletrônicos de acesso público, como o da Presidência da República, acessível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>, e o LexML Brasil, acessível em <https://www.lexml.gov.br>. Não foi considerado, para o objeto do estudo, o arcabouço infralegal da saúde.

A seleção, por não terem sido utilizados descritores, deu-se a partir da leitura individual de todas as ementas da produção legislativa complementar e ordinária do período compreendido entre 1986 e 2016, com a identificação de conteúdo que referisse o tema 'saúde', buscando a maior quantidade de informações com a mais apropriada pertinência temática. Ainda que divididas em três categorias de análise: (i) Direito à saúde; (ii) Reformulação do Sistema de Saúde e (iii) Financiamento; para fins deste artigo, foi considerado o conteúdo pertencente à primeira categoria e seu respectivo desdobramento em subcategorias de análise.

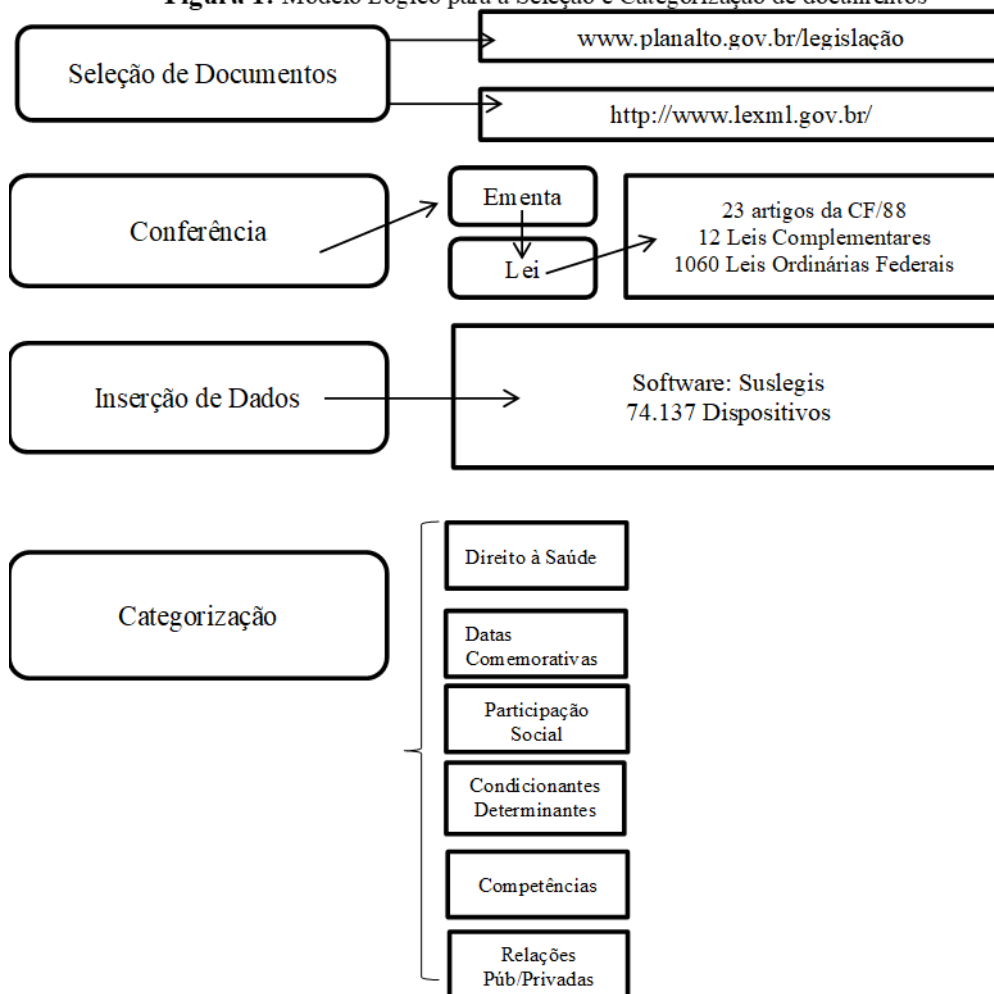
Para a análise do inteiro teor dos documentos legais, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (AC)<sup>5</sup>. Conforme as lições de Bardin, a análise de conteúdo consiste em várias técnicas de análise, em especial relacionadas à comunicação, que procuram atingir resultados sistemáticos que colaborem com a produção de inferências, que podem ter foco quantitativo, nos casos em que a abordagem se dá pela frequência das palavras, ou qualitativa, quando da análise de determinadas categorias analíticas. Para a análise, Bardin<sup>5</sup> sugere três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, que foram seguidas. Nesse mesmo esforço, foi utilizado o *software* NVivo<sup>12</sup> que suporta métodos qualitativos e contribuiu para a organização,

encontro de informações em dados não estruturados, a identificação de palavras-chave, evidenciadas no arcabouço legislativo, e sua respectiva frequência.

O segundo passo foi a identificação dos elementos do relatório da VIII CNS<sup>2</sup>, que passaram a constituir legislação federal. O documento foi dividido em três eixos: Direito à saúde, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor – cujas categorias de análise guardam compatibilidade - importando a este artigo o primeiro eixo.

O terceiro passo foi apontar se as pretensões contidas no relatório da VIII CNS foram ou não convertidas em lei federal. Para essa etapa, foi utilizado o *software* auxiliar do projeto SUS-Legis<sup>11</sup>, estratégia desenvolvida no Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz), aplicável a aglutinar normativas por similaridade temática, por dispositivos.

**Figura 1:** Modelo Lógico para a Seleção e Categorização de documentos



Tal como o relatório final da VIII CNS, a legislação estudada foi dividida em três categorias, compatíveis aos eixos do mencionado documento. Entretanto, o excesso de dados não permitiu análise apenas pela categorização, exigindo que fossem divididos os dados em subcategorias.

## RESULTADOS

Foram identificados 23 artigos da CF/88, 12 leis complementares e 1060 leis ordinárias, que corresponderam a mais de 18 mil artigos e

mais de 70 mil dispositivos legais (incisos, parágrafos e alíneas), no total. A categoria eleita para a análise – Direito à Saúde – neste artigo foi formada pelo conjunto descrito na tabela que segue:

**Tabela 1 – Categoria ‘Direito à Saúde’: Quantidade de leis ordinárias e dispositivos *versus* subcategoria selecionada**

<b>Categoria Direito à Saúde</b>		
<b>Subcategorias</b>	<b>Qtd. de Leis</b>	<b>Qtd. de Dispositivos</b>
Participação Social	1	29
Datas Comemorativas	69	193
Competências dos Entes	10	1.047
Relação Público-Privada	22	2.503
Determinantes e Condicionantes	47	4.231
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>8.003</b>

Pelo que se verifica, comparada ao conjunto analisado, a produção legislativa que compõe a categoria ‘Direito à Saúde’ não teve conteúdos tão relevantes, especialmente se for considerada a temporalidade da análise (30 anos) e a necessidade de estruturação de arcabouço jurídico-normativo fundado num paradigma de saúde pública e universalista. Ainda assim, a apreciação realizada a partir do quantitativo de dispositivos demonstra elevado número e extensão textual da categoria sob análise.

O relatório final da VIII CNS<sup>2</sup> tratou especificamente sobre a Constituinte e a Constituição como elemento jurídico-político imprescindível a garantia da saúde como direito, considerando ainda condicionantes sociais e econômicas, entre outros: “Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível: (i) garantir uma Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; (ii) assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como direito à organização e o direito de

greve; [...] (v) estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado; [...] (vii) estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de Saúde”<sup>2</sup>.

Porém, a defesa dos interesses privados esteve na arena de lutas, de forma a opor-se aos interesses por um sistema de saúde totalmente público e universal. Rodriguez Neto<sup>12</sup>, para compreender o trajeto do direito à saúde na Constituinte originária, aponta que na área da saúde, a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente desempenhou um papel de auscultação da sociedade, cujo relatório serviria como anteprojeto. Sem dúvidas, as considerações transcritas no relatório final da VIII CNS expressaram os ideais do movimento sanitário naquela ocasião da instalação da Comissão da Ordem Social, responsável pela redação final do texto do Título VIII – da Ordem Social.

A legislação estruturante do SUS - com destaque para a Constituição Cidadã e a Lei Orgânica da Saúde - assumiu a pretensão da VIII CNS de que saúde tivesse seu conceito ampliado, tal como pretendeu a OMS, e que o Estado, como é próprio em sistemas universais, ofertasse acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde: “A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal, igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”.<sup>2</sup>

O relatório final da VIII CNS, portanto, apresenta formulações que denotam ‘Estado de bem-estar social’, contempladas

transformações nos perfis demográfico e epidemiológico da população, assim como debates em prol da redemocratização que atenta-se para a prestação positiva de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, e não somente o tratamento de doenças.<sup>13</sup> Mais ainda, confirma que o cidadão, isoladamente, não consegue preencher todos os requisitos necessários ao alcance do conceito ampliado de saúde, sendo necessário a intervenção do Estado na sua concretização e garantia.

Contudo, o estudo também observou uma quantidade de legislação federal em matéria de saúde que pouca efetividade trouxe à efetivação desse direito. Lucchese<sup>14</sup> trata o tema da ‘proliferação legislativa’ a partir do binômio impasse – conquista, demonstrando que o excesso de legislação sanitária pode acarretar “um emaranhado de leis específicas, muitas delas sem função jurídica, que tendem a caducar tendo em vista o detalhamento de caráter técnico ou administrativo que elas trazem”<sup>14</sup>.

A organização e análise dos dados agrupados na categoria ‘Saúde como Direito’ foi subdividida em cinco subcategorias: (i) datas comemorativas; (ii) participação social; (iii) condicionantes e determinantes; (iv) relações público-privadas; e, (v) competências, conforme passa a expor.

### **Subcategoria ‘Datas Comemorativas’**

As datas comemorativas denotam legislação simbólica, sem impacto expressivo na concretização de direitos. No campo da saúde, tiveram alta produção legislativa, com o pico entre 2007 e 2010, incorrendo em redução quantitativa após o advento da Lei n. 12.345, de 9 de dezembro de 2010, que determinou critérios para a proposição/aprovação de legislação simbólica, em que pese seu trâmite ainda seja bastante facilitado no Congresso Nacional.



Este tipo de legislação não possui movimentos de oposição e nem debate ideológico, não gera impacto na ordem orçamentária e financeira do país, e pode indicar meramente termos quantitativos de produção legislativa para os parlamentares autores.

Ao considerar que a métrica de avaliação da atividade parlamentar é pautada na quantidade<sup>16</sup> em detrimento da qualidade e dos reais benefícios que as proposições podem trazer à sociedade, as leis simbólicas em saúde oportunizam publicidade e *marketing*, inclusive nas mídias institucionais, para parlamentares e/ou grupos de pressão.

Mesmo que algumas datas comemorativas tenham o condão de despertar na sociedade o ‘estado de alerta’ para ações promocionais ou preventivas em saúde, conferindo utilidade pública para este tipo de legislação, tal pleito não veio expresso no relatório final da VIII CNS. A não ser que sejam efetivamente capazes de atuar como meios para a efetivação de direitos, seu *quantum* é capaz de revelar inequívoco descolamento entre as necessidades sociais e a atuação parlamentar.

Ainda que a inferência permita arriscar na afirmativa do baixo ou nenhum impacto desse tipo de legislação, entender os reais motivos pelos quais o Poder Legislativo federal ocupou-se com as 69 leis simbólicas - com 193 dispositivos - identificadas entre 1986 e 2016, exigiria um estudo específico com matrizes avaliativas capazes de revelar as influências diretas e indiretas entre grupos de pressão e os parlamentares, bem como eventual relação com a concretização de direitos.

### **Subcategoria Participação Social**

A Constituição Cidadã, em seu art. 198, III, dispôs sobre a participação da comunidade como diretriz constitucional que informa as

ações e serviços públicos de saúde e, em 1990, a Lei n. 8.142 veio dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Enquanto o relatório da VIII CNS<sup>7</sup> pretendia mobilização social qualificada e contínua em prol da saúde individual e coletiva, em todos os níveis de atenção e para todos os habitantes do território nacional, dos serviços de saúde públicos e essenciais e tais interesses somente foram abarcados, primeiramente pela CF/88 e, depois disso, pela legislação regulamentadora.

Nos 31 anos de produção legislativa federal analisados e que impactou na política pública de saúde, a Lei n. 8.142/1990 não sofreu alteração. Neste sentido a análise resultou em considerar os elementos para tal ocorrência.

Mesmo tendo havido legislação que considerasse diferentes estratégias de participação social - tais como as audiências, consultas públicas, *compliance*, *accountability* - nem o Legislativo, nem o Executivo, nem os próprios conselheiros de saúde buscaram atuar junto ao Congresso Nacional em prol de modernização, nem em prol da transparência, nem pela ampliação das estratégias legalmente estabelecidas (Conferência e Conselho).

Ao considerar que enquanto a legislação simbólica teve aumentos expressivos na quantidade e na diversificação representativa, a participação social no SUS não foi considerada nos interesses dos congressistas, revelando a existência incontestável de fragmentação na luta de interesses, legitimando os pleitos daqueles com maior grau de articulação.

O que se tem é que a participação na política de saúde não deve ser exclusivamente de sanitaristas ou entendidos, e sim, compreendida como bandeira social, em prol da cidadania. Tal entendimento faz de conselhos e conferências *locus* de resistência à redução de direitos com debates mais plurais, formulações mais densas, a luta pela garantia da

efetivação de direitos e, em especial, as proposições avaliativas e não meramente fiscalizatórias - o que se traduz em contínua qualificação dessa diretriz constitucional <sup>13</sup>

### **Subcategoria Condicionantes e Determinantes**

As relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças foram consideradas na VIII CNS e em seu relatório final: “Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: (i) trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente do trabalho; (ii) alimentação para todos, segundo as suas necessidades; (iii) moradia higiênica e digna; (iv) educação e informação plena; (v) qualidade adequada do meio-ambiente; (vi) transporte seguro e acessível; (vii) repouso, lazer e segurança; (viii) participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; (ix) direito à liberdade, à livre organização e expressão; (x) acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.”<sup>2</sup>

Observada a produção legislativa, mais de 4000 dispositivos distribuídos em 47 leis apresentaram conteúdo referente à direitos sociais com impacto no campo da saúde.

A pretensão do relatório de que saúde fosse vista em seu aspecto ampliado foi garantida no teor constitucional. A saúde inovou pela articulação sistêmica dos entes federados e propiciou melhoria dos indicadores sanitários, enquanto houve o envolvimento político e social da população com a pauta da saúde. Ainda assim é preciso reconhecer que à política pública de saúde é dado, por vezes, assumir vicissitudes

do vagar das demais, seja pela imposição dos agravos, seja pelas transições demográfica, epidemiológica e tecnológica <sup>13</sup>

A compreensão sobre os avanços da política de saúde, nas três décadas estudadas, está relacionada à: (i) o *input* constitucional; (ii) inovação do modelo de governança que prima pela articulação sistêmica dos entes federados; (iii) alcance de resultados demonstrado pela melhoria dos indicadores sanitários; (iv) envolvimento político e social da população com a pauta da saúde.

No último item incluiu-se o fenômeno da judicialização da saúde, que, em alguma medida, pode significar a assunção do direito à saúde pelas diferentes camadas sociais inclusive por meio do judiciário, que por sua vez, foi levado a conhecer o sistema público de saúde.

A produção legislativa elencada na categoria 'Saúde como Direito' indicou crescimento do tema 'Determinantes e Condicionantes', especialmente, nos períodos entre 1999 e 2002 e entre 2003 e 2006, ainda assim, não se percebem, atualmente, movimentos que pautem determinantes e condicionantes sociais com a força que pretendeu o relatório final da VIII CNS.

### **Subcategoria Competências dos Entes**

Destaca-se que tanto a lei máxima, quanto a legislação ordinária acolheram os princípios indicados pela VIII CNS: "O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: I-referente à organização dos serviços: a) descentralização na gestão dos serviços; b) integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; c) unidade na condução de políticas setoriais; d) regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; e) participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das

ações de saúde; f) fortalecimento do papel do Município; g) introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.”<sup>2</sup>

O conjunto normativo que compõe a subcategoria ‘competências dos entes’ diz respeito, em especial, à designação de atribuições aos entes federados, às comissões intergestores e aos conselhos representativos dos entes.

As pretensões da VIII CNS acerca das competências dos entes vieram expressas na descrição do eixo ‘Reformulação do Sistema de Saúde’, quando da leitura do relatório final.<sup>2</sup> Cumpre destacar que a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93) fez o percurso pretendido pela VIII CNS ao reconhecer a existência de condições diferenciadas de gestão em que cada ente se autodeclarava e recebia financiamento compatível ao exercício das atribuições que havia assumido.

Os movimentos redemocratizantes dos anos 1980 acabaram por conferir mais autonomia aos entes subnacionais, o que exigiu legislação com novas regras administrativas e financeiras. Assim, a interpretação sistemática entre a CF/88 e o expresso pelos art. 15 ao 19 da Lei n. 8.080/90 presta-se às noções gerais sobre a responsabilidades dos entes, indicando a União em um papel dirigente e definidor de políticas. Já ao Estado deu funções de coordenação, e ao município, este sim, um prestador das ações e serviços de saúde.

Nessa seara, o conteúdo legal identificado no estudo, que refere 10 leis (cerca de 1040 dispositivos) ainda não é considerado suficientemente preciso para dar conta de tal demanda, sem que sobre ele parem dúvidas e não haja comprometimento acerca do comando único em saúde, para cada esfera de governo. Esse debate, conforme demonstrado no estudo, deve levar em conta elementos importantes:

pacto federativo e a repartição tributária; imprecisão legislativa; e, atuação subsidiária das comissões intergestores.<sup>13</sup>

Cabe realçar a inovadora estrutura de governança do SUS, que estabeleceu comissões intergestores nos níveis estadual e federal, cujo processo decisório prioriza a assunção de responsabilidades e o consenso a partir de representatividade instituída<sup>15</sup>.

Portanto, é na esfera de atuação das comissões intergestores que reside a diversidade de características estruturais e sanitárias no território nacional e, conseqüentemente, os conceitos e a implementação da 'regionalização em saúde'. Sem a consolidação e a análise dessas normas infralegais não se é possível qualificar a compreensão de competências entre entes<sup>17</sup>.

### **Subcategoria Relações Público-Privadas**

Neste conjunto legislativo composto por 22 leis (e cerca de 2500 dispositivos) estão, desde a admissibilidade constitucional, até relações de mercado e saúde suplementar para o campo da saúde.

A narrativa comparativa entre o que pretendeu o relatório final da VIII CNS<sup>2</sup> e o cenário legislativo analisado verificou que a lei permitiu primeiramente a atuação concorrencial da oferta privada ao SUS. Posteriormente, passou a permitir modelos de gerenciamento privados, afastando o sistema público da atuação direta e colocando-o, em alguma medida, como regulador.

As relações público-privadas no SUS ensejam análises bastante complexas. O primeiro degrau deve ser, portanto, o que foi exposto por ocasião da VIII CNS: " Este quadro decorre basicamente do seguinte: (i) não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como, por exemplo, o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa; (ii) vigência de uma política

de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde; (iii) debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde; (iv) modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor; (v) falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população; (vi) inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho; (vii) controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais; (viii) privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programa de saneamento e habitação; (ix) interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal; (x) excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.”<sup>2</sup>

Para além da expressão da lei e da pretensão da VIII CNS é preciso reconhecer que os componentes público e privado são interconectados no Brasil: “Contudo, o que se pode dizer e já foi exaustivamente publicado, é que a legislação brasileira fez permitir a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais, a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância)”<sup>18</sup>.

Há que se constatar que, mesmo passadas três décadas, a arena de lutas entre os interesses do mercado e as políticas sociais permaneceu estabelecendo um cenário de contraposição constante entre políticas de austeridade e o *welfare state*, agregados elementos associados ao desempenho econômico dos países e do mundo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Da apresentação da categoria ‘Direito à Saúde’ importa alguns destaques. O primeiro deles é que ao relacionar as subcategorias ‘datas comemorativas’ e ‘participação social’ infere-se que o poder legislativo ‘ocupou-se’ com as leis simbólicas - de pouca efetividade – em detrimento de leis sobre a estruturação e sustentabilidade do sistema público de saúde. Enquanto o pretendido para a participação social no SUS, por ocasião da VIII CNS, requeria intensa ‘politização’ do usuário do sistema de saúde, no sentido do reconhecimento do Estado de bem-estar social e luta em prol da sua manutenção da política pública de saúde, o legislativo deu primazia às leis centralizadoras e de controle burocrático, nem sempre fundamentadas pelas necessidades sanitárias da população.

Ainda que o relatório final da VIII CNS tenha indicado a necessária atuação do Estado para agir em diferentes frentes sociais ‘condicionantes e determinantes’, os achados do estudo indicaram que a política de saúde é mais bem preparada, entre as políticas públicas brasileiras, para contribuir com o desenvolvimento. Conclui-se que as ações estatais interagem e imputam consequências umas às outras.

Já as subcategorias ‘competências dos entes’ e ‘relações público-privadas’, requerem movimentos que confirmam ‘precisão’ ao conjunto legislativo, seja para modernizar a atuação da administração pública, seja para conferir adequação e estabilidade às competências



dos entes subnacionais no campo da saúde, seja para minimizar - o mais possível - a desordem entre o público e o privado é que se alcançará. Somente com esse tipo de atuação é que se alcança o pretendido pela VIII CNS.

É surpreendente a quantidade de leis federais que alcançam o campo da saúde, entretanto, interessam sobremaneira ao SUS, a própria CF/88, as Leis n. 8.080/90 e 8.142/90, a Emenda Constitucional - EC. 29/00 e a Lei Complementar - LC 141/12, pois as demais entrecortaram as categorias estudadas.

O debate que não pode mais ser adiado é a consideração da lei como intervenção do campo da saúde, sua importância e as respectivas avaliações de impacto.

## REFERÊNCIAS

- 1- Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil). [Internet]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
- 2- Ministério da Saúde (Brasil). Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. [Internet]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf).
- 3- Wolkmer AC, Fagundes LM. Tendências contemporâneas do constitucionalismo latino-americano: estado plurinacional e pluralismo jurídico. [Internet]; Available from <http://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/2158/1759>.
- 4- Amaral GL, Olenike JE, Amaral LM, Yasbek FS. Quantidade de Normas editadas no Brasil: 30 anos da constituição federal de 1988. Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação. 2018.
- 5- Santos AO, Hartz Z, Delduque MC. Pensar a Lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde. [Internet]; Available from: <https://goo.gl/nXnBHj>.
- 6- World Health Organization. 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva.

- 7- Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.
- 8- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.
- 9- Maingueneau D. Novas tendências em análise do discurso. 3 ed. Campinas: Pontes - Editora da UNICAMP; 1997.
- 10- Maingueneau D. Doze conceitos em Análise do Discurso. 1 ed. Sousa-e-Silva MCPd, Possenti S, editors. São Paulo: Parábola Editorial; 2010.
- 11- Lima JA. Projeto SusLegis: consolidação das normas do Sistema Único de Saúde-SUS. Revista de Direito Setorial e Regulatório, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 289-306, Available from: <http://www.ndsr.org/SEER/index.php?journal=rdsr&page=article&op=view&path%5B%5D=353>.
- 12- Rodriguez EN. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- 13- Santos AO. Teses da saúde no relatório final da VII Conferência Nacional de saúde e na Legislação Federal no período compreendido entre 1986 e 2016: uma análise comparada. 2019. 205 f., il. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
- 14- Lucchese G. Proliferação Legislativa no setor Saúde: conquista ou impasse? Cad. Ibero Am. Direito Sanit [Internet]. 2013, 2(1):1-21. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/27>.
- 15- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet: Online. Séries [Internet]. Available from: [http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf).
- 16- Paula A. Confira o desempenho dos deputados e senadores eleitos pelo DF [Internet]. Correio Braziliense. 21 jun 2019; Cidades:1. Available from: [https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2019/06/21/interna\\_cidadesdf,764561/confira-o-desempenho-dos-deputados-e-senadores-eleitos-pelo-df.shtml](https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2019/06/21/interna_cidadesdf,764561/confira-o-desempenho-dos-deputados-e-senadores-eleitos-pelo-df.shtml).

- 17- Santos AO, Lima JA. Project 'Suslegis': Consolidation of Rules of the Unified Health System (SUS). *Journal of Law and Regulation / Revista de Direito Setorial e Regulatório*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 289-306, may 2018. ISSN 2446-5259. [Internet]. [cited 2019 Fev 5].
- 18- Santos AO, Delduque MC, Alves SM. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016;32(1):e00194815. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194815>.

4

---

<sup>4</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

## Experiências para a ‘desjudicialização’ da saúde no Brasil: uma revisão integrativa

*Experiences for the ‘dejudicialization’ of health in Brazil: an integrative review*

*Experiencias para la ‘desjudicialización’ de la salud en Brasil: una revisión integradora*

Ludmilla Diniz Silva<sup>1</sup>  
Keli Bahia Felicíssimo Zocratto<sup>2</sup>  
Iara Veloso Oliveira Figueiredo<sup>3</sup>  
Wanessa Debôrtoli de Miranda<sup>4</sup>

### RESUMO:

**Objetivos:** Descrever experiências para a ‘desjudicialização’ da saúde no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa em que foram realizadas buscas nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), e Google acadêmico. **Resultados e discussão:** Os artigos analisados são unânimes em apresentar experiências exitosas que estabelecem arranjos institucionais dialógicos. Algumas experiências se destacam: Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS) da Defensoria Pública do Distrito Federal; espaços de mediação e resolução de conflitos instituído pelo Ministério Público de Minas Gerais; Câmara de

<sup>1</sup> Enfermeira, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: ludmillads@hotmail.com – ORCID: 0000-0003-3268-5502

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Professora Adjunta, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: kelibahia@yahoo.com.br - ORCID: 0000-0002-5742-0570

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Fiocruz Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: iaravof@gmail.com - ORCID: 0000-0002-0927-859X

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Fiocruz Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Professora Adjunta, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: wanessa.debortoli@hotmail.com - ORCID: 0000-0002-0838-9861

Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), no Rio de Janeiro; e “SUS Mediado”, câmara de conciliação no estado do Rio Grande do Norte. Em contrapartida, a única experiência não exitosa identificada, não contou com participação plural dos setores interessados na temática. Os achados apontam que a ‘desjudicialização’ é um caminho promissor e viável. **Conclusões:** Há necessidade de consenso como estratégia pré-processual, destacando os canais de comunicação entre os profissionais de saúde, executivo e o judiciário, o estabelecimento de câmaras de mediação e conciliação que tem um baixo custo, são céleres e visam suprimir conflitos e reduzir as demandas judiciais desnecessárias dos litígios em saúde.

**Palavras-chave:** Judicialização da saúde; Direito Sanitário; Brasil.

#### **ABSTRACT:**

**Objectives:** To describe the experiences for the ‘dejudicialization’ of health in Brazil. This is an integrative review. **Methodology:** This is an integrative review in which searches were carried out in the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (Scielo), and Google Scholar databases. **Results and discussion:** The analyzed articles are unanimous in presenting successful experiences that establish dialogic institutional arrangements. Some experiences stand out: Permanent District Chamber of Mediation in Health (CAMEDIS) of the Public Defender's Office of the Federal District; spaces for mediation and conflict resolution established by the Public Ministry of Minas Gerais; Health Dispute Resolution Chamber (CRLS), in Rio de Janeiro; and “SUS Mediado”, conciliation chamber in the state of Rio Grande do Norte. On the other hand, the only unsuccessful experience identified did not have the plural participation of sectors interested in the theme. The findings indicate that ‘dejudicialization’ is a promising and viable path. **Conclusions:** There is a need for consensus as a pre-procedural strategy, highlighting the communication channels between health professionals, the executive and the judiciary, the establishment of mediation and conciliation chambers that have a low cost, are quick and aim to suppress conflicts and reduce unnecessary lawsuits in health litigation.

**Keywords:** Judicialization of health; Health Law; Brazil.

#### **RESUMEN:**

**Objetivos:** Describir las experiencias para la desjudicialización de la salud en Brasil. Esta es una revisión integradora. **Metodología:** Se trata de una revisión integradora en la que se realizaron búsquedas en las

bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), la Biblioteca Electrónica Científica en Línea (SciELO) y Google Scholar. **Resultados y discusión:** Los artículos analizados son unánimes en presentar experiencias exitosas que establecen arreglos institucionales dialógicos. Se destacan algunas experiencias: Cámara Distrital Permanente de Mediación en Salud (CAMEDIS) de la Defensoría Pública del Distrito Federal; espacios de mediación y resolución de conflictos establecidos por el Ministerio Público de Minas Gerais; Cámara de Resolución de Conflictos en Salud (CRLS), en Río de Janeiro; y “SUS Mediado”, cámara de conciliación en el estado de Rio Grande do Norte. Por otro lado, la única experiencia fallida identificada no contó con la participación plural de sectores interesados en el tema. Los hallazgos indican que la desjudicialización es un camino promisorio y viable. **Conclusiones:** Existe la necesidad del consenso como estrategia preprocesal, destacándose los canales de comunicación entre los profesionales de la salud, el ejecutivo y el judicial, el establecimiento de salas de mediación y conciliación que tengan un bajo costo, sean rápidas y tengan como objetivo la supresión de conflictos y reducir demandas innecesarias en litigios de salud.

**Palabras clave:** Judicialización de la salud; Ley de Salud; Brasil.

## INTRODUÇÃO

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconheceu a saúde como direito inalienável para todos e como ideal comum a atingir por toda a humanidade<sup>1</sup>. A partir de então, diversos Estados passaram a incluir esse e outros direitos humanos em suas constituições, convertendo-os em direitos fundamentais derivados do pacto social estabelecido em cada país<sup>2</sup>. No Brasil, este direito social e fundamental foi previsto na Constituição Federal de 1988 que definiu também os princípios norteadores da política pública sanitária, positivando a saúde como elemento de cidadania e tornando o direito à saúde um direito humano essencial<sup>3</sup>. Devido a este reconhecimento pela Constituição Federal, o Brasil avançou de forma bastante significativa na regulação das ações e serviços de interesse à saúde<sup>2</sup>.

Tendo em vista os aspectos genéricos, abrangentes e

heterogêneos do direito à saúde, há dificuldades, teóricas e práticas, no momento de sua efetivação, de diversas ordens: filosóficas, políticas, jurídicas, sociais, econômicas, culturais e técnico-científicas. Isto se converte na dificuldade de se estabelecer a coerência entre o direito vigente e o direito vivido. Enquanto o direito vigente reconhece o direito à saúde de forma universal, integral e gratuita, como uma lei justa, o direito vivido aponta violações diárias decorrentes das profundas desigualdades sociais e pessoais, combinadas com as deficiências dos sistemas públicos de saúde que espelham o subfinanciamento e a incapacidade do Estado de atender às necessidades dos cidadãos<sup>4</sup>. O fato de a Constituição Federal afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado e, ter garantido aos cidadãos brasileiros a possibilidade para reivindicar, via judicial, seus direitos constitucionalmente assegurados, em caso de lesão ou ameaça, gerou o que hoje conhecemos como judicialização da saúde<sup>5</sup>.

Esse fenômeno ganhou força na década de 1990 devido aos processos judiciais, individuais e coletivos, fundamentados no direito à saúde, contra o Poder Executivo, reivindicando o fornecimento de medicamentos e procedimentos médicos para as pessoas vivendo com Human Immunodeficiency Vírus (HIV) e Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)<sup>5</sup>. Neste caso, uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde pôde ser estabelecida, tendo em vista a jurisprudência favorável à responsabilização do Poder Executivo no cumprimento imediato desta prestação em saúde, e a atuação do Poder Legislativo ao elaborar a Lei 9.313/96<sup>6</sup>, resultando em avanços nas políticas públicas de saúde às pessoas com HIV/AIDS, em especial o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais<sup>4,6</sup>. O sucesso das ações judiciais com pedidos de tratamentos e medicamentos para os portadores de HIV/AIDS e os avanços das políticas públicas que resultaram de tal movimento

parecem ter fomentado alguns movimentos sociais organizados e a população, visto que, nas últimas décadas, esse tipo de demanda passou a ser amplamente utilizada como mecanismo para assegurar direitos e ampliar as políticas públicas de saúde<sup>7</sup>.

A partir de 2009, com a Audiência Pública da Saúde n.4, no Supremo Tribunal Federal (STF), houve como entendimento interinstitucional que a judicialização da saúde estava excessiva e com algumas problemáticas. Esse evento ocorreu no contexto em que o Judiciário se mobilizou para encontrar critérios mais técnicos e racionais para suas decisões em matéria de saúde. A partir desse marco, surgiram as primeiras recomendações para a interligação dos poderes em prol da racionalização da judicialização da saúde e realização das assessorias técnicas em saúde para o judiciário<sup>8</sup>.

Compreender e, principalmente, gerir um sistema público de saúde que atende a aproximadamente 200 milhões de brasileiros, apresenta tarefas desafiadoras que exigem comprometimento e determinação, seja no âmbito federal, estadual ou municipal<sup>10</sup>. O crescimento exponencial das demandas relacionadas à saúde vem ocasionando o aumento desordenado dos gastos do poder público, bem como tem gerado dificuldades de gestão para o cumprimento das ordens judiciais, já que simultaneamente necessita atender à demanda ordinária da saúde<sup>11</sup>. O crescimento da judicialização da saúde apresenta desafios para os setores público e privado. No período entre 2008 e 2017, houve um aumento de aproximadamente 130% no número de demandas anuais relativas ao direito à saúde, conforme estudo encomendado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>9</sup>. Nessa pesquisa, o principal assunto em primeira instância foi 'plano de saúde' acompanhado de 'cobertura', indicando como a saúde suplementar é relevante dentro da judicialização da saúde. Para o setor público, os temas mais frequentes foram o tratamento médico-hospitalar e o



fornecimento de medicamentos, refletidos no orçamento do Ministério da Saúde, que registrou um crescimento, em sete anos, de aproximadamente 13 vezes nos gastos com demandas judiciais, alcançando R\$ 1,6 bilhão em 2016<sup>9</sup>.

Para Pottumati e Meirelles<sup>7</sup>, a participação do judiciário foi se tornando tão frequente que, caso continue no mesmo ritmo, o controle judicial de políticas públicas de saúde pode vir a ocasionar um verdadeiro colapso do sistema de saúde, pois, os recursos para políticas públicas de saúde são finitos, enquanto as necessidades dos usuários são infinitas.

No setor privado, o crescimento da judicialização tem levado ao diálogo os diversos setores da justiça e da saúde, porém se restringindo a contemplar os direitos individualmente pretendidos, sem contribuir para melhorias sistêmicas no setor. As medidas legislativas e políticas regulatórias até então adotadas não foram suficientes para reduzir a judicialização e, ainda, em função das demandas judiciais, as operadoras cumprem demandas que fogem do planejado e o consumidor recebe prestação insuficiente do serviço<sup>12</sup>.

Se por um lado, a judicialização é considerada positiva quando fomenta a implantação de políticas públicas e garante o acesso da população aos serviços de saúde<sup>13</sup>, por outro lado, compromete a previsibilidade de recursos destinados àquelas previamente instituídas e planejadas com o objetivo de atender toda a coletividade. O seu excesso sobrecarrega os tribunais, prejudicando o andamento dos demais processos que necessitam de análise judicial<sup>14</sup>. Dessa forma, faz-se necessário buscar alternativas à judicialização exacerbada a partir de soluções para reestruturação do atual modelo de gestão da saúde, o qual precisa passar a ter aptidão e credibilidade para evitar e mediar os conflitos entre cidadãos e autoridades e, em consequência, desestimular as demandas judiciais excessivas. Se não ocorrerem mudanças

sensíveis e eficazes, possivelmente o sistema atual não terá condições de se manter e de funcionar<sup>7</sup>.

Assim, a ‘desjudicialização’ da saúde é uma solução com grande potencial. Neste contexto, a mediação sanitária desponta como instrumento de resolução de conflitos extrajudicial em resposta ao cidadão que almeja, de forma célere, a efetivação do seu direito à saúde. Por meio do diálogo as partes conhecem as razões, os limites e buscam encontrar a solução de suas demandas no próprio sistema, buscando assim a ‘desjudicialização’ da saúde. Este trabalho tem por objetivo descrever experiências para a ‘desjudicialização’ da saúde no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite a identificação, avaliação e síntese sobre as evidências de um determinado tema a ser investigado. Seu rigor metodológico engloba seis passos: formulação da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão, exclusão e base de dados a ser utilizada; categorização que compreende a organização e sumarização das informações; avaliação dos estudos incluídos por meio de análise crítica e detalhada; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento<sup>32</sup>.

A pergunta norteadora desta investigação foi: “Como são as experiências para a ‘desjudicialização’ da saúde no Brasil?”. Considerando que a discussão da temática ainda é recente no país, e, conseqüentemente, conta com uma quantidade incipiente de publicações, foi necessário definir uma estratégia de busca mais sensível, em diferentes fontes. Realizou-se busca ampla em: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Google Acadêmico. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECs): judicialização da saúde, política de saúde, colaboração

intersetorial e negociação. Além dos termos: diálogo intersetorial, diálogo interinstitucional, extrajudicial, colaboração interinstitucional, câmara de conciliação e mediação, todos combinados com o termo 'judicialização da saúde', por meio do operador booleano "AND". O termo 'desjudicialização' da saúde não foi combinado com outros descritores e foi o único utilizado na busca realizada no Google Acadêmico.

Como critério de inclusão, foram considerados artigos publicados no período de 2010 a 2021; nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, e que abordaram o contexto brasileiro. Em contrapartida, foram excluídas publicações como teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, documentos em duplicidade e textos não disponíveis na íntegra.

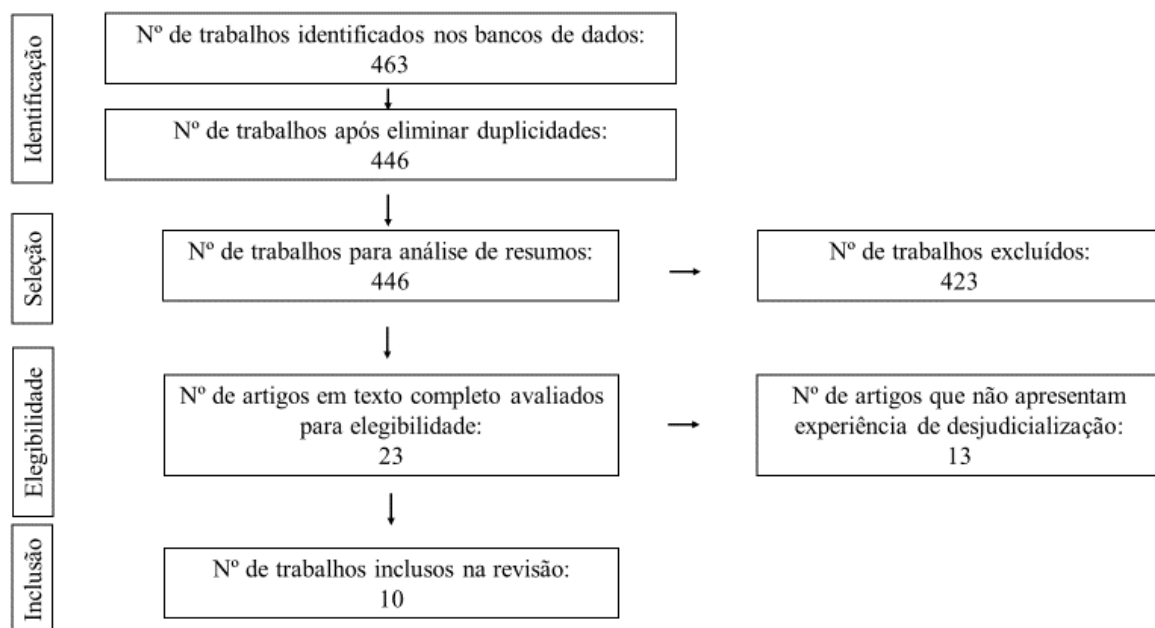
Na primeira seleção, os títulos e resumos foram lidos e foi realizada a exclusão das publicações que não estavam relacionadas à pergunta norteadora. Já na segunda seleção, foi realizada a leitura integral dos trabalhos e, novamente, aqueles que não estavam relacionadas à questão norteadora foram excluídas. A terceira etapa se destinou à análise crítica dos estudos incluídos, após a identificação das experiências de 'desjudicialização' da saúde e seus resultados para o sistema de saúde. A discussão e interpretação dos resultados, etapa quatro, foi elaborada descrevendo as ações sobre a temática com a finalidade de atingir o objetivo proposto. A quinta etapa compreendeu a apresentação da revisão integrativa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram identificados 463 artigos dos quais 17 estavam duplicados. Após a análise dos resumos restaram 23 estudos relacionados à pergunta norteadora. Por fim, realizada a leitura integral

dos textos, foram selecionados 10 artigos que apresentam experiências para a ‘desjudicialização’ da saúde no Brasil.

**Figura 1 - Fluxograma representativo de busca e seleção de artigos**



Fonte: Elaboração própria.

Dentre as publicações selecionadas, a maior parte foi publicada no ano de 2021, com 5 publicações. Na sequência, no ano de 2018, foram duas publicações, e nos de 2015, 2016 e 2017 foi encontrado um artigo em cada ano. Os artigos foram organizados por título e autores, periódico e ano de publicação, objetivo do estudo e a experiência relatada (Quadro 1).

**Quadro 1 - Síntese da amostra final dos estudos selecionados.  
Belo Horizonte (MG), 2022**

Título e autores	Autores	Objetivo do estudo	Experiência relatada
A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. <sup>30</sup>	Maria Célia Delduque; Eduardo Vazquez de Castro.	Discutir como a mediação pode amenizar as controvérsias que geram a judicialização.	1) Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), da Defensoria Pública do Distrito Federal. 2) Reuniões de conciliação realizadas pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. Minas Gerais.
Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (Santa Catarina). <sup>40</sup>	Felipe Asensi; Roseli Pinheiro.	Analisar a interação entre o Judiciário, os profissionais de saúde e a gestão na efetivação do direito à saúde.	Núcleo de Conciliação de Medicamentos, Lages, Santa Catarina.
(Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. <sup>31</sup>	Alexandre Barbosa da Silva; Gabriel Schulman.	Repensar a judicialização partindo de mecanismos não judiciais de solução de conflitos.	1) Projeto "SUS Mediado", 2012. Rio Grande do Norte. 2) Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), da Defensoria Pública do Distrito Federal.
Separação de poderes e diálogos institucionais nos litígios envolvendo o direito à saúde <sup>37</sup>	Ana Paula Oliveira Ávila; Karen Cristina Correa de Melo.	Analisar a judicialização do direito à saúde pela perspectiva do necessário diálogo institucional.	1) Constituição de uma equipe multidisciplinar por meio de convênio entre prefeitura, poder judiciário, ouvidoria, secretaria de saúde e Núcleo de Apoio Técnico (NAT), Araguaína, Tocantins
Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na	Natalia Pires de Vasconcelos.	Descrever as respostas organizadas à judicialização com	1) ACESSA SUS. Município de São Paulo 2) Ser saúde. Rio Grande do Sul, 2020.

judicialização da saúde <sup>36</sup>		base em padrões de colaboração interinstitucional entre atores do sistema de justiça e profissionais da gestão da saúde em 4 estados brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.	3) Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), no Rio de Janeiro. 2012.
A mediação como meio de resolução de conflitos na área de saúde. <sup>39</sup>	Wesllay Carlos Ribeiro.	Averiguar a existência no Brasil de iniciativas institucionais de aplicação da mediação como meio para resolução de conflitos na área de saúde	<p>1) Reuniões de conciliação realizadas pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. Minas Gerais.</p> <p>2) Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), da Defensoria Pública do Distrito Federal.</p> <p>3) Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (Cirads), Procuradoria da União no Rio Grande do Norte, a Defensoria Pública da União, procuradores estaduais e municipais e secretarias estaduais e municipais de saúde.</p>
Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça <sup>44</sup>	Miriam Ventura; Luciana Simas.	Discute-se a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), no Rio de Janeiro	Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), no Rio de Janeiro. 2012

<p>Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional e intersetorial<sup>33</sup></p>	<p>Elisângela César dos Santos Anjos; Danilo da Costa Ribeiro; Leonardo Vieira Morais.</p>	<p>Levantar as iniciativas de diálogo institucional intersetorial no escopo da judicialização da saúde, estabelecidas desde a criação do Fórum da Saúde pelo Conselho Nacional de Justiça, em 2010</p>	<p>1) Estudo de caso sobre a judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages 2) Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), da Defensoria Pública do Distrito Federal. 3) Reuniões de conciliação realizadas pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. Minas Gerais. 4) Convênio entre prefeitura, magistrado, ouvidoria e secretaria de saúde, 2011. Tocantins.</p>
<p>A desjudicialização como alternativa à crise da jurisdição na área da saúde<sup>38</sup></p>	<p>José Laurindo de Souza Netto; Anderson Ricardo Fogaça; Adriane Garcel.</p>	<p>Abordar o acesso à Justiça, debruçando-se, especialmente, sobre como o número exacerbado de demandas individuais envolvendo o direito à saúde afeta a efetividade e celeridade do trâmite de ações no poder Judiciário, mostrando-se urgente o fomento de meios pré-processuais de resolução de conflitos para se obter um desempenho melhor na solução de litígios para a sociedade.</p>	<p>1) Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), da Defensoria Pública do Distrito Federal. 2) Reuniões de conciliação realizadas pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. Minas Gerais.</p>
<p>Estratégias de enfrentamento da judicialização da saúde utilizadas pelos gestores do sistema público de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo<sup>43</sup></p>	<p>Márcio Correia Vasconcelos.</p>	<p>Descrever o fenômeno de judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto - SP, identificar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos gestores e conhecer as decisões judiciais.</p>	<p>Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE).</p>

Algumas experiências são citadas em mais de um trabalho. A Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), da

Defensoria Pública do Distrito Federal, foi relatada em cinco artigos; os espaços de mediação e resolução de conflitos instituído pelo Ministério Público de Minas Gerais foram citadas em quatro textos. A Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), no Rio de Janeiro, foi mencionada em dois trabalhos.

Os resultados desta investigação reforçam a complexidade do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, sendo esse multifacetado e institucionalmente conflitante, porque envolve diversos órgãos e instituições que lidam com a temática<sup>33</sup>. Isto demonstra que não há a possibilidade de escolha de apenas uma via para lidar com as questões provenientes do fenômeno complexo que é a judicialização<sup>34</sup>, o que demanda foco na consolidação de novas estratégias para se chegar ao estágio da ‘desjudicialização’, na busca para que os processos judiciais sejam um instrumento excepcional, e não regra do sistema<sup>35</sup>.

Os artigos analisados são unânimes em apresentar experiências que estabelecem arranjos institucionais dialógicos. Os estudos de Vasconcelos<sup>36</sup>, Anjos, Ribeiro e Moraes<sup>33</sup>, Ávila e Melo<sup>37</sup> e Silva e Schulman<sup>31</sup> apresentaram dados quantitativos dos impactos das experiências. A CRLS, no Rio de Janeiro, em 2013, em seu primeiro ano de atuação solucionou administrativamente 38% dos casos recebidos e, em 2016, 54%<sup>36</sup>. O convênio do município de Araguaína, em Tocantis, teve seus resultados apresentados em dois estudos que apontaram a resolutividade pela via administrativa, em 2013, de 72% das demandas em saúde por meio da Ouvidoria da Prefeitura e da atuação do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) em parceria com o Ministério Público e a defensoria pública, sendo que somente 28% dos casos seguiram a via judicial. Em 2014, apesar de quase o dobro de casos demandando o direito à saúde junto à Ouvidoria, 80% dos casos foram resolvidos administrativamente<sup>33,37</sup>. O “SUS Mediado” que consiste em uma



câmara de conciliação no estado do Rio Grande do Norte obteve resolatividade de 55,8%, e no município de Natal a resolatividade foi de 78,5% pela via administrativa. Os espaços foram criados com a participação do executivo, judiciário e controle social, além de profissionais da área da saúde para apoiar com o conhecimento específico sobre o tema<sup>31</sup>.

Outras ações de mediação sanitária foram promovidas pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça e Defesa da Saúde (CAO Saúde) em Minas Gerais. Tais ações consistem em encontros entre o poder judiciário, o ministério público, a defensoria pública, gestores de saúde e conselheiros municipais, entidades do terceiro setor e pessoas da comunidade a fim de discutir questões relacionadas à saúde individual ou coletiva. Nota-se que a composição dos participantes vai de encontro ao consenso de que o caminho é por meio do diálogo e cooperação institucional, mas não se trata de uma ação permanente o que pode dificultar a mensuração dos resultados<sup>30,33,38,39</sup>.

O Núcleo de Conciliação de Medicamentos em Lages, no estado de Santa Catarina, é uma estratégia resultante de uma relação informal entre o judiciário local e a gestão municipal, na busca de maior agilidade, flexibilidade e adequação na efetivação da saúde. Com isso, a experiência consistiu em aprendizado compartilhado e bidirecional entre os atores, denominada “mútua capacitação”, na busca da superação da lógica competitiva e com a ampliação dos espaços de diálogo e construção de consensos. Essa experiência contribuiu de forma relevante para a redução da litigiosidade na matéria da saúde e sobre a melhoria do sistema de saúde público local<sup>33,40</sup>. Dal Moro *et al.*<sup>41</sup> também afirmam que o diálogo institucional entre os atores envolvidos na judicialização da saúde é uma recomendação consolidada e diferentes abordagens são possíveis para promover a capacitação

mútua. Iniciativas locais para mobilizar os setores implicados como as instituições políticas, jurídicas, sociais e dos profissionais da saúde, também são esperadas, pois, não há solução única, mas a necessidade de um contínuo processo de integração entre esses setores.

A CAMEDIS foi criada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e a Defensoria Pública do Distrito Federal, sendo coordenada pela primeira e tem como missão institucional a busca da solução às demandas por ações e serviços de saúde com o objetivo de se evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em curso. Para os casos em que o item demandado não é ofertado pelo SUS, é oferecida alternativa terapêutica, permitindo ao cidadão participação ativa no processo decisório, possibilitando o distanciamento da litigiosidade. Trata-se de uma ação promissora, pois, fortaleceu espaço de diálogo institucional, constituiu estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde e empoderou cidadãos a partir de soluções consensuais<sup>30,31,33,38,39</sup>.

O projeto SER Saúde - Soluções Extrajudiciais Resolutivas em Saúde, é resultado de parceria entre o governo do Estado do Rio Grande do Sul, a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS) e a Defensoria Pública do Estado. As instituições uniram esforços para reduzir o número de ações judiciais contra o Estado ao executar novas práticas extrajudiciais de obtenção de medicamentos. Consiste em realizar contato com as secretarias estadual e municipais de saúde cada vez que receber um assistido que solicite medicamentos indisponíveis na rede pública. A prática permite o diálogo entre as partes antes do ingresso de ação ou da solicitação de bloqueio de recursos. Além disso, a Secretaria da Saúde do Estado é encarregada de emitir notas técnicas para medicamentos mais demandados judicialmente, indicando alternativas terapêuticas e

orientações que servirão de base para a defensoria pública na busca por solução administrativa ao pedido de medicamento<sup>36</sup>.

O ACESSA SUS, implantado em 2017, na grande São Paulo, tem como objetivo principal realizar orientação farmacêutica e nutricional, buscando o fornecimento racional e a diminuição das ações judiciais para obtenção de medicamentos. Parte de um convênio entre o poder judiciário, Ministério Público, defensoria pública e Secretaria da Saúde do estado de São Paulo. O ACESSA SUS atende tanto pacientes do sistema público quanto do sistema privado de saúde que buscam no SUS ações e serviços de saúde. A equipe verifica a disponibilidade do tratamento prescrito ou alternativa terapêutica no SUS, procedendo com o encaminhamento para aquisição. Quando isto não acontece, o caso é encaminhado para solução administrativa na qual a Secretaria da Saúde avalia conforme normativa própria. No ano de sua implantação, reduziu em 3% as ações judiciais no âmbito do território de atuação<sup>36,42</sup>.

Diferente dos artigos discutidos, o estudo de Vasconcelos<sup>43</sup> não apresentou experiência exitosa para a redução da judicialização. Trata-se da Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE) formada por médicos, farmacêuticos e nutricionistas da secretaria estadual e municipal de saúde e de profissionais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no município de Ribeirão Preto. A experiência relatada consistiu na emissão de pareceres para auxiliar o magistrado na tomada de decisões, mas não há espaço dialógico entre as partes. Apesar da experiência ser tratada como uma forma de 'desjudicialização' da saúde, notou-se que a atuação do CASE está restrita aos processos, não sendo portanto extrajudicial nem apresentando resultados favoráveis a diminuição dos litígios, reforçando o entendimento do autor que a comunicação e o diálogo institucional devem ter laços mais estreitos, para que as não cheguem aos tribunais desnecessariamente<sup>43</sup>.

As experiências identificadas demonstraram uma pluralidade de atores envolvidos para a ‘desjudicialização’ da saúde, tendo os gestores municipais e estaduais de saúde, a defensoria pública e o poder judiciário participações mais frequentes. Vasconcelos<sup>36</sup> aponta que quanto mais atores numa iniciativa, mais colaborativa é aquela estratégia, refletindo a própria natureza do problema da judicialização na saúde. Ressalta, ainda, que para a maioria dos atores do sistema de justiça a participação nessas estratégias não altera de forma importante o desempenho de suas atividades, mas pode resultar numa redução relevante de trabalho. Para Ávila e Melo<sup>37</sup> a interação entre diversos órgãos, cada um dentro de sua capacidade institucional, coopera para a otimização dos recursos que promovem o direito à saúde, não se tratando de responder qual a instituição mais capaz para decidir sobre a questão, mas de integrar e potencializar as diversas instituições encarregadas das diversas facetas do problema, na medida de suas capacidades.

Esta pesquisa não identificou experiências de ‘desjudicialização’ na saúde suplementar, apesar dos números expressivos de ações judiciais neste âmbito de assistência à saúde<sup>9</sup>. Os achados apontaram, ainda, que a participação do usuário demandante nos espaços de mediação e diálogo tem resultados favoráveis na redução da judicialização, corroborando com o fato de que esta participação efetiva do usuário no processo decisório contribui para a escolha de afastar-se da litigiosidade<sup>31</sup>.

Giacometto<sup>44</sup> corrobora com o entendimento da necessidade de reduzir os impactos da imposição das decisões proferidas oriundas dessa massiva judicialização por meio do diálogo entre os Poderes Públicos, as operadoras de saúde suplementar, bem como da população. Ressalta, ainda, que o diálogo deve envolver não apenas aqueles que formam a relação jurídica contratual do caso concreto, mas

também outros interessados em discutir o tema, dentre eles, o Ministério Público, Defensoria Pública e outras instituições afins.

A judicialização tem pontos positivos e negativos, ela é solução, podendo atuar na garantia de direitos, mas também é problema. A forma de lidar com os problemas da judicialização evoluiu muito ao longo dos anos, mas problemas novos também surgiram. É um fenômeno muito discutido, mas que também coleciona lacunas<sup>34</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Tendo em vista o crescimento nos últimos anos da judicialização da saúde no país, e suas consequências negativas, torna-se necessária a atuação integrada de todos os setores da sociedade em seu enfrentamento. Uma das vertentes é o desenvolvimento de ações que tenham por objetivo intermediar os conflitos para se conhecer as razões, os limites e que busquem soluções para as demandas.

Se faz necessário instituir as soluções de consenso como estratégia pré-processual, destacando os canais de comunicação entre os profissionais de saúde, executivo e o judiciário, o estabelecimento de câmaras de mediação e conciliação que tem um baixo custo, são céleres e visam suprimir conflitos e reduzir as demandas judiciais desnecessárias dos litígios em saúde.

Este estudo apontou que medidas que contemplem o diálogo entre os envolvidos são essenciais para viabilizar a efetivação do direito à saúde, assim como controlar o crescimento excessivo de demandas judiciais e mitigar ações desnecessárias ou patrocinadas por interesses da indústria farmacêutica. O cidadão demandante tem papel importante nesses espaços, pois, sua presença ou de seus representantes pode resolver sua demanda de forma mais célere e reduzir a quantidade de conflitos que prosseguirão para a via judicial. A participação dos atores

da sociedade é diversa, não tendo somente um caminho para lidar com os efeitos da judicialização. É importante considerar que a cultura de litígio da população brasileira pode ser uma barreira para estabelecer as soluções consensuais.

A resolução por diálogo, quando ocorre, é positiva para todas as partes envolvidas: o judiciário que é desafogado das demandas, podendo se dedicar àquelas que não foram sanadas no âmbito extrajudicial; o executivo que costuma ser o réu nas ações e tem que se defender; e o usuário que não fica refém da morosidade da justiça, da sua condição ser deliberada por um terceiro, tendo sua demanda solucionada de forma mais rápida. Para o cidadão, caso não haja consenso, seu direito de litigar via judicial está preservado, sendo a judicialização um instrumento democrático e uma garantia muito importante, que deve ser utilizada somente quando necessária.

A pesquisa trouxe experiências positivas, porém pontuais, tornando-se necessária maior divulgação e popularização, para que outros espaços sejam criados a fim de facilitar o acesso a todos os usuários, tanto os assistidos pela defensoria, quanto os representados por advogados privados.

Como recomendações para investigações futuras, é necessário realizar a análise de dados que reflitam os impactos reais e os resultados da implantação destes espaços, bem como as dificuldades para sua implantação e manutenção. Espera-se que os achados desta investigação colaborem com o debate sobre o tema, que ainda é pouco explorado no contexto da saúde, fomentando o desenvolvimento e implantação de medidas para redução do excesso de judicialização para assim contribuir na promoção de maior equidade e utilização adequada de recursos para a saúde, por meio do diálogo e cooperação institucional.

## REFERÊNCIAS

- 1- Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948 [cited 2021 Fev 20]. Available from: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>.
- 2- Cunha JR. O mínimo existencial como retrocesso sanitário para a efetivação do direito à saúde no Brasil. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. Coletânea direito à saúde: institucionalização. Brasília: CONASS; 2018. p.12-21.
- 3- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
- 4- Ventura M, Simas L, Pepe VL, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010 [cited 2021 Jan 30];20(1); 77-100. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-773312010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-773312010000100006&lng=en&nrm=iso).
- 5- Bittencourt GB. O “estado da arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário*. 2016 [cited 2021 Fev 11]; v. 5, n. 1, p. 102-121. Available from: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261>.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF; O Ministério; 1996.
- 7- Pottumati EC, Meirelles JM. A judicialização da saúde e seus desafios. *Rev. Opin. Jur.* 2014 [cited 2021 Fev 11]; 12(16):130-146. Available from: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/opiniaojuridica/article/viewFile/255/144>.
- 8- Bucci MP. Contribuição para a redução da Judicialização da Saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: Bucci MPD; Duarte CS. *Judicialização da saúde: a visão do poder executivo*. São Paulo: Saraiva; 2017.
- 9- INSPER Instituto de Ensino e Pesquisa. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*.

Conselho Nacional De Justiça. 2019. 174p.

- 10- Conselho Nacional de Secretarios de Saúde. Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos de gestão? [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://www.conass.org.br/consensus/desafios-sus-o-que-esperar-para-os-proximos-anos-de-gestao/#:~:text=Compreender%20e%2C%20principalmente%2C%20gerir%20um,as%20suas%20engrenagens%20e%20peculiaridades.>
- 11- Sant'ana RN. Saúde, desigualdade e judicialização: vamos ou não vamos dar instrumentos para a insurgência dos excluídos? In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Brasília: CONASS; 2018. p. 76-85.
- 12- Salgado PB. Judicialização da saúde suplementar no Brasil. [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2018. 64 p.
- 13- Gomes DF, Souza CF, Silva FL, et al. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá pra cá?. Saude debate. 2014; v. 38, n. 100, p. 139-156, jan./mar.
- 14- Neves HB, Lehfeld LD. Fórum de múltiplas portas: uma asserção para o aperfeiçoamento processual e combate à judicialização. In: Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania. 2019; 1297-1318.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: O Ministério; 1990.
- 16- Gandini JA, Barione SF, Souza AE. A Judicialização do direito à saúde: A obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via Judicial: critérios e experiências. BDJur. 2008 [cited 2021 Jan 4]. Available from: <http://idisa.org.br/img/File/judicializacao.pdf>.
- 17- Domingos LO, Rosa GF. O direito fundamental e coletivo à saúde no contexto da judicialização. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. 2019 [cited 2021 Jan 4];8(2):82-99. Available from:



<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/524>.

- 18- Mastrodi J, Fulfulle E. O problema da judicialização da saúde no Brasil: sugestão de novos rumos. *Quaestio Iuris*. 2017 [cited 2021 Dez 26];10(2):593-614. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/viewFile/22425/20474>.
- 19- Souza LD. Reserva do possível e o mínimo existencial: embate entre direitos humanos e limitações orçamentárias. *Rev. Facul. Direito Sul de Minas*. 2013; 29(1):205-226.
- 20- Caires GR. A reserva do possível como limite para efetivação dos direitos fundamentais sociais e o mínimo existencial. *Rev. de Artigos do 1º Simpósio sobre Constitucionalismo, Democracia e Estado de Direito*. 2017 [cited 2021 Jan 11]; v. 1, n. 1, p. 864- 877. Available from: <https://revista.univem.edu.br/1simposioconst/article/view/1215>.
- 21- Souza LD. Reserva do possível, o mínimo existencial e o poder judiciário. *Rev. Acad. Bras. Direito Const*. 2012; 4(7):528-546.
- 22- Silva JA. A Judicialização da Saúde e os Reflexos Orçamentários no Município de Anápolis – GO. [monografia]. Anápolis: Universidade de Brasília; 2019. 32 p. [cited 2021 Fev 2]. Available from: <https://bdm.unb.br/handle/10483/26031>.
- 23- Laranjeira FO, Petramale CA. A avaliação econômica em saúde na tomada de decisão: a experiência da CONITEC. *BIS Boletim do Instituto de Saúde*. 2013 [cited 2022 Jan 16];14:165-170. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047110>.
- 24- Campos Neto OH, Acurcio FA, Machado MA, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2012 [cited 2018 Jan 2]; v. 46, n. 5, p. 784-790. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004>.
- 25- Campos Neto OH. A indústria farmacêutica na judicialização da saúde: percepção dos atores sociais envolvidos [tese] Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2017. 213 p.

- 26- Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2012. 186 p.
- 27- Santana RS, Lupatini EO, Leite SN. Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22: 1417-1428.
- 28- Machado C, Martini SR. Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. *Rev. Estudos Institucionais.* 2018 [cited 2021 Jan 20]; v. 4.2: 774-796. Available from: <https://estudosinstitucionais.emnuvens.com.br/REI/article/view/190>.
- 29- Macedo MB. A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional como garantia de equidade social. In: CONPEDI. 2015 [cited 2021 Jan 16]. Available from: <https://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/4qiqydiv/ODP1RYOOq7KmFuzR.pdf>.
- 30- Delduque MC, Castro EV. A Mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saude debate.* 2015 [cited 2021 Fev 2]; v. 39, n. 105;506-513. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jP8XfqsPxNzZRz4c3mkX9qp/?lang=pt>.
- 31- Silva AB, Schulman G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Rev. Bioét.* 2017 [cited 2021 Fev 2]; 25(2):290-300. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422017000200290&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200290&lng=en&nrm=iso).
- 32- Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2008 [cited 2021 Jan 3];17(4): 758-764. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
- 33- Anjos EC, Ribeiro DC, Morais LV. Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersetorial. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* 2021 [cited 2021 Nov 29]; v. 10, n. 1, p. 113-128. Available from:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/zcLjsNSgKDsCD5rxBQNz3LD/?lang=pt>.

- 34- Miranda WD de, Figueiredo IV, Castro MS, et al. A encruzilhada da judicialização da saúde no Brasil sob a perspectiva do Direito Comparado. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* 2021 [cited 2022 Jan 19];10(4):197-223. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/736>.
- 35- Figueiredo IV. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2019. 107 p.
- 36- Vasconcelos NP. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. *Rev. Adm. Pública.* 2021 [cited 2021 Nov 30]; 55:923-949. Available from: <https://www.scielo.br/j/rap/a/9tTLBHPyj4ygN3pnwgQw4ng/abstract/?lang=pt>.
- 37- Avila AP, Melo KC. Separação de poderes e diálogos institucionais nos litígios envolvendo o direito à saúde. *Rev. de Investigações Constitucionais.* 2018 [cited 2021 Nov 30]; v. 5, p. 83-108. Available from: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/3QQNDv3pRDLMk3CD4NB3czB/?lang=pt>.
- 38- de Souza Netto JL, Fogaça AR, Garcel A. A desjudicialização como alternativa à crise da jurisdição na área da saúde. *Direitos Humanos e Democracia.* 2021 [cited 2021 Nov 30];9(17):91-104. Available from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/9760>.
- 39- Ribeiro WC. A mediação como meio de resolução de conflitos na área de saúde. *Rev. Direito Sanit.* 2018 [cited 2021 Nov 30]; 18(3); 62-76. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/144648>.
- 40- Asensi F, Pinheiro R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). *Rev. de Direito Sanit.* 2016 [cited 2021 Nov 30]; v. 17, n. 2, p. 48-65. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836089>.

- 41- Dal Moro CC, Fonseca LD, Randow R, Zocratto KB. Judicialização da saúde: propostas de racionalização. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. 2019 [cited 2022 Jan 3]; 8(1):119-40. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/505>.
- 42- Cirico PF. Análise dos resultados do programa ACESSA SUS na judicialização de medicamentos na grande São Paulo - SP. [dissertação]. São Paulo: Programa de Mestrado Profissional em Administração, Universidade Nove de Julho; 2019. 115 p.
- 43- Vasconcelos MC. Estratégias de enfrentamento da judicialização da saúde utilizadas pelos gestores do sistema público de saúde do município de Ribeirão Preto – SP. Rev. Conexão na Amazônia. 2021 [cited 2021 Nov 30]; 2(2):67-84. Available from: <https://periodicos.ifac.edu.br/index.php/revistarca/article/view/26>.
- 44- Giacometo CO. O fenômeno da judicialização da saúde suplementar no Brasil. [monografia]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia; 2018. 63 p.
- 45- Ventura M, Simas L. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça. Rev. Direito e Práxis. 2021 [cited 2021 Nov 30]; 12:1989-2014. Available from: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/wDNSWMTBCFnfNV7F5RF4kzy/?lang=pt>.

5

---

<sup>5</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

## **A Problematização da Convergência dos Campos do Direito e da Saúde Coletiva**

*The Problematization of the Convergence of the Fields of  
Law and Collective Health*

*La Problematización de la Convergencia de los Campos del  
Derecho y la Salud Colectiva*

Jemerson de Lima Silva<sup>1</sup>

Roseli Joseli da Silva<sup>2</sup>

Carolayne Barbosa de Oliveira<sup>3</sup>

Anderson Diego Araújo de Lira<sup>4</sup>

Wendel Johnson da Silva<sup>5</sup>

José Ronaldo Vasconcelos Nunes<sup>6</sup>

### **RESUMO:**

O presente artigo tem o objetivo de problematizar a aproximação entre os campos de conhecimento do Direito e da Saúde Coletiva. Utilizou-se

---

<sup>1</sup> Graduando em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: jemerson.silva@ufpe.br – [ORCID: 0009-0002-8212-0040](https://orcid.org/0009-0002-8212-0040)

<sup>2</sup> Graduanda em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: roseli.silva1916@gmail.com – [ORCID: 0000-0001-5988-4101](https://orcid.org/0000-0001-5988-4101)

<sup>3</sup> Graduanda em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: carolayne.barbosa@ufpe.br – [ORCID: 0009-0001-9526-7407](https://orcid.org/0009-0001-9526-7407)

<sup>4</sup> Graduando em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: anderson.lira@ufpe.br - [ORCID: 0000-0003-1564-2455](https://orcid.org/0000-0003-1564-2455)

<sup>5</sup> Graduando em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: anderson.lira@ufpe.br - [ORCID: 0009-0005-9179-0208](https://orcid.org/0009-0005-9179-0208)

<sup>6</sup> Doutor em Educação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE. Professor Adjunto, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: jose.rvnunes@ufpe.br - 0000-0001-5273-942X

de uma revisão narrativa da literatura que permitiu a análise do objeto a partir da emergência de duas categorias que se apresentam como dicotômicas, na convergência dos dois campos, no que diz respeito às perspectivas teórica e prática. As categorias analisadas foram o Direito Sanitário e a Judicialização das questões da Saúde. O aprofundamento do debate sobre essa relação que envolve características distintas dos campos, e que tem significativa repercussão na vida social dos brasileiros que demandam políticas públicas, requer utilização de estratégias de ação tanto a partir dos sanitaristas, quanto dos agentes do Direito. A abordagem interdisciplinar se apresenta como um caminho teórico para amenizar as consequências das diferenças existentes entre os campos.

**Palavras chaves:** Saúde Pública; Direito Sanitário; Judicialização da Saúde.

#### **ABSTRACT:**

The current article aims to problematize the approximation between the fields of knowledge of Law and Public Health. The method used was a narrative review of the literature which allowed the analysis of the object from the emerging of two dichotomous categories, in the convergence of both fields, with respect to theoretical and practical perspectives. The analyzed categories were Health Law and Judicialization of Health issues. The further debate about this relationship, which involves distinct characteristics of the fields, and has significant repercussions in the social life of Brazilians who demand public policies, require the use of action strategies both from the sanitarists and from the Law agents. The interdisciplinary approach shows itself as a theoretical path to mitigate the consequences of the existing differences between fields.

**Keywords:** Public Health; Health Law; Health's Judicialization.

#### **RESUMEN:**

Este artículo tienen como objetivo problematizar la aproximación entre los campos de conocimiento del Derecho y la Salud Colectiva. Se utilizo una revisión narrativa de la literatura, que permitió el análisis del objeto a partir del surgimiento de dos categorías que se presentan como dicotómicas, em la convergência de los dos campos, em lo que se refiere a las perspectivas teórica y práctica. Las categorías analizadas fueron Derecho Sanitario y Judicialización de la Salud. La profundización del debate sobre esa relación, que involucra distintas características de los campos, y que tiene repercusiones significativas em la vida social de los brasileños que demandan políticas públicas, exige el uso de estrategias

de acción tanto de los profesionales de la salud pública como de los agentes legales. El enfoque interdisciplinario se presenta como um caminho teórico para mitigar las consecuencias de las diferencias existentes entre campos.

**Palabras llave:** Salud Pública; Derecho Sanitario; Judicialización de la Salud.

## INTRODUÇÃO

Os tempos atuais remetem a consideráveis desafios que competem às nações de todo o mundo para a elaboração e execução de políticas públicas sociais, como as relacionadas à saúde pública. São contextos de ordem econômica, política, cultural e social que questionam o pleno exercício da cidadania, nos moldes que as teorias liberais e antiliberais conseguiram elaborar. As mudanças estruturais nas relações políticas e econômicas dos Estados remetem a um quadro complexo que exige soluções dos problemas sociais a partir de intervenções interdisciplinares de ordem teóricas e práticas.

Não obstante, observa-se de forma frequente a judicialização de políticas públicas em vários setores dos governos. Esse fenômeno demonstra a busca de soluções para os problemas advindos dessa complexidade, e a inevitável relação interdisciplinar entre diferentes setores e campos de conhecimento, como o Sistema Judiciário e as políticas sociais, ou o Direito e a Saúde Coletiva.

O estudo em pauta é teórico e delimita a relação entre Direito e Saúde Coletiva, compreendidos como campos de conhecimento distintos. A partir da necessidade de legitimação, o objeto de estudo é contextualizado no âmbito científico, fazendo a opção por complexificá-lo, através de “um processo de problematização da realidade”<sup>1</sup>.

A complexidade existente entre os campos de conhecimento do Direito e da Saúde Coletiva é passível de ser percebida, problematizada e constitui-se objeto de estudo, quando observado o cotidiano da

implementação de políticas públicas de saúde. Bem como, quando são considerados os desdobramentos advindos da característica de direito subjetivo que permeia a tutela da saúde no Brasil, do fluxo da elaboração do normativo referente ao setor, e do exercício jurisprudencial e doutrinário observado no Direito e nas instituições do Sistema Judiciário.

O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa de cunho teórico, que surge como desdobramento dos estudos desenvolvidos em um grupo acadêmico vinculado teoricamente ao campo da Saúde Coletiva. As características epistemológicas, peculiares ao campo, são os fomentadores da percepção crítica que estrutura a escrita do texto, ou seja, o debate teórico é conduzido através dos posicionamentos dos autores diante da relação entre o campo do Direito e da Saúde Coletiva, como se observa na crescente judicialização das questões de saúde, por exemplo. Portanto, fez-se necessária a contextualização de cunho histórico e político do desenvolvimento dos direitos de cidadania, concebendo a saúde como um direito social que se estabeleceu gradativamente; conforme é apresentado no tópico “O Estado positivo: do surgimento do Estado moderno à ideia de direito à saúde”.

O texto vai mostrar em seguida, que essa compreensão de direitos estabelecida conforma uma relação convergente entre o Direito e as políticas públicas. Sendo esta convergência a estrutura central do debate apresentado, que encontrou nas categorias *Direito Sanitário* e *Judicialização da Saúde* as possibilidades de explicação, a partir da realidade teórica e prática que envolve a relação entre os dois campos.

O artigo tem o objetivo de problematizar a aproximação entre os referidos campos. Considera-se para tanto, as vinculações conflituosas existentes tanto no campo do debate acadêmico quanto da prática cotidiana que são observadas no exercício jurídico e na gestão das políticas públicas de saúde. Ao final, enquanto desdobramento do estudo, descrevem-se estratégias que estão sendo adotadas para



minimizar efeitos indesejados dessa relação, que surgem a partir das demandas que a complexidade existente nas diferenças entre os campos tem exigido de instituições e agentes envolvidos.

## **METODOLOGIA**

O estudo tem uma abordagem qualitativa que utiliza o delineamento de pesquisa bibliográfica. Foi realizado um levantamento de informações relevantes para o tema, através da busca e análise de materiais bibliográficos como livros, cartilhas, artigos científicos, teses, dissertações, a partir de orientações teóricas relevantes<sup>2</sup>. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura; caracterizada pela interpretação e análise crítica dos autores que desenvolveram a capacidade de explorar e descrever sínteses narrativas a partir de publicações pré-existentes<sup>3</sup>.

A base de dados é composta pelo levantamento de artigos nos bancos de dados científicos digitais Biblioteca Eletrônica *Scientific Electronic Library* (Scielo) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); além do volume de textos (artigos, capítulos de livros e cartilhas) analisados, rotineiramente, nas reuniões semanais do grupo de estudo *Direito e Saúde: interdisciplinaridade no campo da Saúde Coletiva*, que desenvolve suas atividades no Núcleo de Saúde Coletiva, do Centro Acadêmico de Vitória (CAV), na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Essa experiência de estudo deu aos autores a apropriação crítica sobre o tema em discussão, inclusive, considerando a importância desse tipo de trabalho para a fundamentação teórica de estudantes da Saúde Coletiva e do Direito.

A análise dos textos científicos permitiu a identificação de duas categorias que representam a dicotomia expressa entre os exercícios teórico e prático, em torno da aproximação entre Direito e Saúde

Coletiva; que respectivamente são *Direito Sanitário e Judicialização em Saúde*.

Em relação às questões éticas, o estudo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de estudo bibliográfico, estando de acordo com a Resolução nº510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa não contou com financiamento externo.

## **1 Direito e Saúde Coletiva: dois campos em (des)encontro**

Nesta seção, apresenta-se no primeiro momento, uma breve abordagem sobre o surgimento do Estado moderno, que projetou a condição de cidadão credor de direitos. Descreve-se como esses direitos foram evoluindo, exigindo atitude ativa do Estado e construção de conjuntos normativos mais específicos. Em seguida, relata-se sobre a relação entre o Direito e a Saúde Coletiva e sua complexidade, através de abordagens que se referem às duas categorias de análise referidas anteriormente.

### **1.1 Primeiro momento, uma breve abordagem: do surgimento do estado moderno à ideia de direito à saúde**

O Estado moderno é uma forma de organização política que se consolidou na Europa Ocidental, nos séculos XVI e XVII. Representou o fim do feudalismo e da centralização do poder nas mãos dos monarcas, que caracterizava a estrutura do Estado absoluto eminente ao território e à população. Com o novo modelo vieram à tona os direitos da cidadania liberal, que se referem às liberdades individuais garantidas pelo Estado aos seus cidadãos: a liberdade de expressão e de

associação e o direito à propriedade; chamados de direitos de primeira geração<sup>4</sup>.

Os ideais políticos e filosóficos propagados através das revoluções burguesas sinalizaram para o argumento da proteção dos direitos humanos, como por exemplo, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, fruto da Revolução Francesa, de 1789. O Estado de direito se fundamenta na quebra da imposição do “príncipe”, e na consideração do ponto de vista dos cidadãos. No absolutismo os súditos possuíam uma relação de obrigação para com o soberano; no Estado de direito os indivíduos possuem direitos públicos e privados. O Estado de direito é o Estado dos cidadãos<sup>5</sup>.

Ao final do Século XIX, na Europa, surgiram movimentos de reivindicação de direitos sociais, na busca de condições dignas de vida. O Estado liberal, antes revolucionário, mostrou-se negligente e opressor em relação aos trabalhadores e as classes menos favorecidas. Entre as limitações, evidenciava-se a não oferta de saúde à população. Os direitos individuais favoreciam uma pequena parcela da população, a burguesia, ocasionando rompimentos sociais<sup>4</sup>.

A sociedade liberal seguiu na perspectiva de uma nova formatação, onde fatores como industrialização, urbanização, consolidação do corpo burocrático estatal e domínio de técnicas administrativas, associados à mobilização política dos trabalhadores, concorreram para a institucionalização de complexos de proteção social nos Estados-nação<sup>6</sup>. Surgiu o que Bobbio denominou de direitos de segunda geração<sup>5</sup>. Essa nova geração dos direitos dominou o século XX: “(...)”, do mesmo modo que os direitos da primeira geração dominaram o século anterior. Os direitos sociais, culturais e econômicos, bem como os direitos coletivos ou de coletividades, foram institucionalizados nas distintas formas de Estado, depois de germinarem por obra da ideologia e da reflexão antiliberal do Século XX.

Nasceram abraçados ao princípio da igualdade, do qual não se podem separar, pois fazê-lo equivaleria a desmembrá-los da razão de ser que os ampara e estimula”<sup>7</sup>.

Essa nova geração de direitos foi fruto da conjuntura alinhada à Revolução Industrial, através da luta do proletariado em defesa dos direitos sociais, caracterizada pela insatisfação com a atuação passiva do Estado. Ela pode ser compreendida como uma estrutura responsável pelo surgimento da prestação de políticas públicas como educação, trabalho, habitação, previdência, assistência social e saúde<sup>8</sup>.

A proteção social se consolidou, juridicamente, mediante os direitos conquistados através da condição ou *status* de cidadania plena; conforme a estruturação da garantia dos direitos civis, políticos e sociais transformadores do/pelo Estado, abrangendo as instituições e políticas públicas condicionadas à manutenção da justiça<sup>9</sup>. Os sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, com capacidade de ampliar o bem-estar da sociedade, fez desenvolver a proteção social, com a elaboração de normativos legais responsáveis por legitimá-los<sup>10</sup>. Progressivamente, estabeleceu-se uma relação de interdependência entre a demanda e oferta de direitos e o campo teórico jurídico. As vezes a aproximação entre campos e setores distintos, como a gestão pública e o Direito, os direitos sociais e os direitos civis, por exemplo, conformam uma dificuldade de interação de conhecimento e prática.

Em consideração ao amplo debate científico, embora se faça nesse estudo a opção de considerar a teoria das gerações dos direitos fundamentais, registra-se que a mesma não é unanimidade entre os teóricos. A teoria das gerações ou dimensões de direitos, desenvolvida por Karel Vasak (1979) e endossada por Norberto Bobbio, que divide os direitos humanos fundamentais em três categorias, a saber, os de primeira geração que são os direitos de liberdade, os de segunda que

são os direitos de igualdade, e os de terceira geração que são os direitos de fraternidade, seguindo a linha dos princípios da Revolução Francesa, têm por outro lado suas limitações de acordo com a literatura jurídica recente. Por exemplo, alguns autores criticam-na uma vez que, segundo eles, a teoria geracional pode transmitir o caráter de substituição de uma geração por outra; também apontam que a enumeração dos direitos em gerações pode dar a entender a antiguidade de uns em detrimento à de outros e que os direitos são apresentados de forma fragmentada em contraposição à indivisibilidade dos direitos humanos, o que consequentemente dificulta a interpretação dos novos direitos<sup>11,12</sup>.

A teoria das gerações, porém, pode ser considerada como uma evolução, como fica claro quando se relaciona o tema a teoria da cidadania de Thomas Marshal, onde por exemplo, os direitos sociais precedem de efetiva oferta de direitos civis e políticos para sua consolidação plena<sup>9</sup>.

## **1.2 A convergência forçada entre Direito e Saúde Coletiva**

A fonte do direito à saúde está em tratados internacionais e constituições nacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Constituição da República Federativa do Brasil, que garante em seu artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>13</sup>.

O conjunto normativo infraconstitucional implantado no Brasil, ao final do século XX, determina as ações e serviços que são ofertados no sentido de garantir o acesso à saúde como um direito fundamental para todos os brasileiros. São leis, decretos, portarias, resoluções e

instruções normativas que estabelecem determinações para as organizações do sistema de saúde e para a participação da sociedade na gestão e fiscalização das ações e serviços<sup>14</sup>.

A efetivação das conquistas sociais, expressas em conjunto normativo, dar-se através de políticas públicas de competência dos poderes Legislativo e Executivo, que repercutem para o Poder Judiciário<sup>15,16</sup>; ou seja, os contextos de elaboração textual de políticas públicas ocorrem no âmbito dos Poderes Executivo e Legislativo, mas, por se consolidarem mediante legislação, observa-se as vezes a necessidade da intervenção, mediante provocação, do Poder Judiciário. Essa interposição compõe a função do referido poder republicano de fiscalizar os demais poderes, a fim de que se cumpra a Constituição, aplicar e garantir o cumprimento das leis e respeitar os direitos coletivos e individuais. Porém, o direito à saúde no Brasil demanda um processo evolutivo fundamentado na concepção da garantia de aplicações condizentes com as necessidades da população, e capaz de produzir uma relação direta entre a evolução do direito e a característica humanitária pretendida para a sociedade<sup>4</sup>.

Na forma como essa relação acontece no cotidiano, os campos do conhecimento do Direito e da Saúde Coletiva, por suas características internas, divergem em todo esse percurso. O Direito advém de uma cultura individualista, evidenciando uma distorção em relação às políticas públicas de saúde, que em seu caráter preza pela coletividade. Neste sentido, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) se fragiliza quando referenciada apenas pela legitimação do direito objetivado no Estado Democrático de Direito. Ressalta-se que os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, ao longo do percurso de criação e implementação do SUS, demonstraram limitações no seguimento de melhorias enquanto política sistêmica de Estado<sup>17</sup>.

Outra característica da *convergência forçada* entre os campos em pauta é a cultura adversarial e competitiva demonstrada em suas gêneses. Observam-se em suas matrizes saberes tão distintos, com fundamentos epistemológicos tão divergentes, que fomenta uma incapacidade de diálogo entre Saúde Coletiva e Direito, configurando um abismo entre ambas as áreas<sup>18</sup>. Essas divergências são muito caras à resolução de problemas em saúde evidenciados tanto no debate teórico quanto na prática.

Nas seções que seguem, apresenta-se a complexidade das relações que envolve os dois campos, expressas em uma concepção teórica, através das questões que circundam a legitimidade do Direito Sanitário como ramo do Direito e sua capacidade de inferir nas políticas públicas de saúde; bem como, através dos questionamentos referentes às limitações dessa disciplina. Posteriormente, é exposta uma outra face da relação entre os campos, entendida como uma das dimensões empíricas, através do fenômeno da judicialização das questões de saúde, que nas últimas três décadas tem provocado incômodos e/ou reações, tanto no cotidiano do Sistema de Justiça brasileiro quanto na gestão das políticas públicas.

### **1.3 Direito Sanitário: disciplina e ramo do Direito**

O Direito Sanitário é um ramo do Direito ou uma disciplina que não apresenta consensos entre os teóricos dispostos ao estudo das Ciências Jurídicas. Tem como propriedade o disciplinamento das ações e serviços de saúde, tanto no setor público quanto no privado.

Toda e qualquer conceituação do Direito Sanitário requer uma análise cuidadosa da literatura científica. A mudança de paradigma na saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, revelou para o campo do Direito a importância de estruturar um ramo do conhecimento, a

despeito dos conflitos existentes tanto em relação a outras ciências, quanto internamente à própria Ciência Jurídica<sup>19</sup>. “O Direito Sanitário é assim um ramo autônomo e interdisciplinar do Direito Público, por excelência, destinado a orientar interesses sociais, individuais e gerais da sociedade, voltado a garantir e a controlar a distribuição do bem jurídico da saúde aos cidadãos, tendo regras, princípios constitucionais e diretrizes legais a serem observados nesta função imprescindível da manutenção do Estado Democrático de Direito”<sup>20</sup>.

É constituído como um ramo autônomo do Direito por ter se tornado amplo, o suficiente para determinar a necessidade de investigação que valorize todo o seu conjunto, com as devidas considerações das suas particularidades e o emprego de processos especiais para conhecimento das verdades que são objeto das suas investigações<sup>20</sup>. Essa amplitude, reivindicada como condição da autonomia do Direito Sanitário, possui três características peculiares, a saber, a horizontalidade, a pluritutela normativa e o princípio da relevância pública<sup>17</sup>.

A horizontalidade diz respeito à condição que o direito à saúde tem de transitar por outros ramos do Direito, como, por exemplo, o Administrativo, o Ambiental, do Trabalho, do Consumidor, entre outros. Quando se analisa os documentos legais que são fontes para esses ramos, observam-se garantias relacionadas à saúde dos detentores desses direitos, consolidando assim a pluritutela normativa<sup>17</sup>. Por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990, traz em seu artigo 4º que a família, a comunidade, a sociedade em geral e o poder público tem o dever de garantir às crianças e aos adolescentes, com prioridade, a efetivação do direito referente à saúde<sup>21</sup>. Em relação ao princípio-garantia da relevância pública, observa-se a reivindicação social da saúde, como valor indispensável,



no âmbito jurídico que pode permitir a efetivação da qualidade de vida de cada cidadão.

O Direito Sanitário possui uma condição interdisciplinar, pois se complementa com os princípios gerais de outros ramos do Direito, como o Direito Administrativo e o Constitucional; e com outras ciências, como é o caso da Administração, da Sociologia, e da própria Saúde<sup>20</sup>. Prescindindo das questões terminológicas, enquanto campo autônomo do Direito, o Direito Sanitário é coletivo, e pode demandar a partir dessa condição uma correspondência à complexidade proposta pelo campo da Saúde Coletiva<sup>19</sup>. O Direito Sanitário transcende a noção individualista do campo jurídico. Coletivamente, as reivindicações surgem de acordo com as necessidades e demandas que são ampliadas sob essa ótica. O Direito, através do exercício cotidiano dos seus agentes, encontra-se diante de problemas que não são apenas técnicos, e não tem solução apenas no direito objetivo ou em soluções tecnocráticas. “São também decisões ética e politicamente controversas, sobretudo porque elas têm consequências dramáticas sobre a vida de indivíduos”<sup>22</sup>.

O Direito Sanitário, portanto, deve se apresentar como uma mudança paradigmática no campo do Direito, na sua condição de um subcampo do conhecimento científico, expresso por leis próprias, condicionadas mediante os atores e instituições que se caracterizem para além de uma lógica individual<sup>23</sup>.

Vasconcellos e Oliveira sinalizam que o paradigma do Direito Sanitário, alinhado ao conservadorismo do campo do Direito, que apresenta limitadas oscilações nos seus postulados teóricos, ao longo do tempo, sem modificações na conformação técnica, política e institucional, determina uma lacuna diante do que representa legalmente a proposta do SUS<sup>17</sup>.

Esses autores propõem a configuração de um novo campo, o Direito e Saúde, que seja capaz de produzir conhecimentos e reflexões

inovadoras, “cujo objetivo trate de subverter a ordem conservadora da área do Direito”. A proposta é buscar, na interface com o campo da Saúde Coletiva, impactar, através de um sentido democratizante, no saber jurídico, na formação dos agentes do Direito e nas relações institucionais. Esse argumento teórico deve também ter a capacidade de introduzir elementos inéditos na área da saúde, promovendo “compreensão e formulação de objetos que deem conta de sua complexidade”<sup>17</sup>.

As divergências teóricas que circundam o Direito Sanitário precisam ser analisadas com maior profundidade, pela sua complexidade. Não é construtivo a redução do “Direito Sanitário à um sistema de juízes e normas”, pois, significa “concebê-lo numa estranha síntese entre uma concepção sanitária avançadíssima, construída pela via político-social como uma das mais ousadas e abrangentes políticas públicas de inclusão social do mundo atual e um pensamento jurídico obsoleto, calcado em pressupostos epistemológicos do século XIX”<sup>24</sup>.

As reivindicações do direito à saúde feitas ao Poder Judiciário demonstram não apenas a complexidade desse debate, mas também as consequências dele para a implementação de um sistema público de saúde universal.

#### **1.4 Judicialização das questões de saúde**

No contexto sócio-político-econômico do Brasil, a complexidade de ter um sistema público de saúde responsável por promover serviços e ações sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade, determina a existência de obstáculos para sua plena consolidação<sup>25</sup>. Dentre eles, pode-se aludir ao subfinanciamento, presente desde a sua implantação. As limitações desestruturam o SUS e a materialização de todos os seus objetivos<sup>26</sup>. Para Santos e Lopes, “as pressões dos

setores econômicos impedem (...) que o Estado preste serviços públicos de qualidade", o que leva à busca de soluções que extrapolam as possibilidades do Poder Executivo<sup>27</sup>.

As contestações sobre o direito à saúde são proeminentes pelo aumento de processos judiciais relacionados a demandas por ações e serviços no setor; a sociedade acaba buscando no Poder Judiciário a efetivação do direito à saúde. Por consequência, a judicialização traz consigo as dificuldades da tomada de decisão judicial, que muitas vezes desconsidera princípios e diretrizes do SUS, e resvalam no planejamento dos gerentes e gestores em saúde<sup>25</sup>.

Esse fenômeno está evidenciado nas ações judiciais que têm como demandado o SUS, e se baseiam no direito constitucional. As características da judicialização são multifacetadas e conflituosas, por alcançar diversos segmentos da saúde que possam ser responsabilizados pelo fornecimento de medicamentos, cobertura de tratamentos específicos, compra de próteses e órteses, entre outros<sup>18,22</sup>.

Muitas das deliberações dos magistrados mostram-se desprovidas de conhecimentos relativos à política de gestão em saúde, e configura uma centralidade na tomada das decisões judiciais<sup>20</sup>. Ao mesmo tempo que se evidencia fragilidades no diálogo entre os agentes do Direito e da Saúde Coletiva.

O desconhecimento referido tem sua origem na formação dos bacharéis em Direito, que demonstra insuficiência sobre conteúdos referentes às políticas públicas de saúde<sup>28</sup>. A fragilidade na formação dos referidos profissionais dificulta o entendimento das implicações teórico-práticas e culturais existentes nas desigualdades da judicialização e provoca efeitos negativos na organização do sistema de saúde. Para Delduque e Castro, o desconhecimento das políticas estruturadoras do SUS, por parte dos agentes do Direito, faz com que a

jurisdição não tenha capacidade de solucionar o problema de acesso aos bens e serviços de saúde<sup>29</sup>.

Os efeitos advindos da excessiva judicialização promovem uma lógica inversa do princípio da equidade. As ações individuais permitem o acesso à uma *porta de entrada* do sistema que não estaria disponível, habitualmente, através da organização e planejamento dos serviços. Um *furo* na fila de acesso que produz efeitos na dinâmica da regulação em saúde e no processo de trabalho dos reguladores. Esse contexto caracteriza-se como efetivação de discriminação e contribuição às desigualdades sociais, com respaldo legal, ao permitir acesso a tratamentos médicos que não estão disponíveis a outros na mesma situação<sup>22,30</sup>.

A condução dada ao trâmite das ações judiciais tanto por magistrados quanto por advogados, representantes das partes particular ou pública, utilizam princípios do Direito que são relevantes para a presente discussão. Os juízes e demais agentes do Direito fundamentam seus argumentos, geralmente, nos princípios da reserva do possível e/ou do mínimo existencial.

A teoria da reserva do possível se posiciona como *escudo* às aplicações dos direitos fundamentais, com a prerrogativa de que o Estado tem que garantir as prestações que consegue realizar e que se encaixam no seu orçamento. Caberia à essa interpretação uma crítica relativa à quantidade de recursos públicos que acabam sendo insuficientes para atender às necessidades da sociedade<sup>25</sup>; pois, o entendimento de que "é a escassez dos recursos financeiros e técnicos que dificultam, muitas vezes, encontrar-se a melhor resposta para os problemas" é extremamente pertinente<sup>29</sup>. O ato de não levar em conta as dificuldades financeiras está na característica da limitação da percepção e interpretação política dos fatos, que é peculiar à Justiça.

O princípio do mínimo existencial obriga o Estado à criação de condições materiais que sejam suficientes para garantir uma vida digna aos cidadãos. Fundamenta-se no princípio da dignidade humana, que deve ser garantida através de um mínimo de segurança social. Essa teoria encontra fundamento no direito à vida e à integridade física, não sendo esta última entendida apenas como “a proibição de sua violação”, mas também “uma postura ativa na sua proteção”<sup>31</sup>. O conceito de mínimo existencial é apresentado com frequência pelos advogados na intenção de recorrer das decisões judiciais, referindo-se às básicas condições dignas para a existência humana<sup>32</sup>. A partir da lógica da judicialização, tanto o conceito da reserva do possível quanto do mínimo existencial são comuns na literatura processual e no âmbito da saúde, configurando uma polarização do desfecho jurídico que têm repercussões judiciais, sanitárias e econômicas<sup>33</sup>.

Entre as disputas doutrinárias e jurisprudenciais, a saúde como direito fundamental de segunda geração requer interpretações fundamentadas em princípios que possam assegurar sua fonte legal, mas também filosófica e social. O princípio da proibição do retrocesso social é um argumento jurídico relevante, já que o mesmo “impede que, a pretexto de superar dificuldades econômicas, o Estado possa, sem uma contrapartida adequada, revogar ou anular o núcleo essencial dos direitos conquistados pelo povo”<sup>34</sup>.

A orientação sobre qual dos princípios utilizar como base de argumentação, inclusive para a salvaguarda do direito constitucional, caracteriza um Direito desafiado a conviver com um *novo direito*, a saúde. Qualquer uma dessas diretrizes que seja seguida por agentes do Direito traz consequências para o futuro, em relação ao que a judicialização pode provocar nas políticas públicas de saúde.

Os temas em discussão acima, a dinâmica política que envolve a gestão em saúde, o subfinanciamento do setor como limitante para a

efetivação do atendimento universal, as injustiças oriundas da judicialização excessiva, as limitações da formação dos agentes do Direito e os contrastes existente nos princípios basilares do argumento judicial, configuram-se como entraves ao diálogo produtivo entre os dois campos de conhecimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A convergência entre os campos do Direito e da Saúde Coletiva acontece a partir de demandas sociais e políticas que foram construídas historicamente, e puderam ser problematizadas nesse estudo. É preciso admitir que esses (des)encontros entre os campos representam desafios, por constituir uma mudança de paradigma, com consequências para a teoria científica, formação profissional, e efetivação do direito à saúde.

Foram apresentadas, ao longo do artigo, evidências sobre a dimensão do problema colocado como objeto de estudo. Deixando claro que as diferenças e aproximações entre o Direito e a Saúde Coletiva não estão restritas a questões financeiras, econômicas, científicas; mas, trata-se de consequências de várias ordens, como as que foram apresentadas, através do debate teórico acerca do Direito Sanitário e do fenômeno da judicialização das políticas de saúde.

As implicações advindas dessa relação dizem respeito ao coletivo, à sociedade brasileira, que anseia pela efetivação de direitos sociais. As explicações teóricas instam a solucionar problemas sociais; demandam responsabilidade epistemológica que tenha reflexo nas estruturas de cada campo e na prática profissional dos seus agentes.

A relação entre Direito e Saúde Coletiva anseia por se tornar democraticamente produtiva, no sentido de dar conta da oferta de serviços públicos que ainda levanta dúvidas entre os brasileiros, como,

por exemplo, as questões que se apresentam diante do entendimento de que a saúde é um direito absoluto. Como afirma Wang, nenhum sistema de saúde público, por mais organizado e bem financiado que seja, consegue oferecer tudo a todos; e essa realidade não dialoga com a divergência existente entre as expectativas dos usuários e os serviços ofertados pelo SUS. Determinados fatores trazem mais tensão à tal realidade, por aumentar essa expectativa, como o envelhecimento da população, o maior acesso à informação e o aparecimento de novas tecnologias que demandam elevação dos custos. Portanto, a judicialização das questões da saúde é um fenômeno que requer atenção específica, por parte do Estado, da sociedade e do mercado<sup>22</sup>.

A problematização apresentada nesse estudo tem relevância para o SUS por demonstrar as ineficiências pelo redirecionamento de recursos destinados a prioridades e necessidades de saúde que acontecem como desdobramentos da judicialização. Além do debate sobre as desigualdades existentes na criação de uma *porta de entrada* que permite acesso de usuários de forma não planejada, com consequências indesejadas para a gestão.

Ao mesmo tempo, não se pode negar que a *convergência forçada* entre os dois campos tem alguns efeitos positivos, como por exemplo, a legitimidade de demandas que nascem das falhas do sistema de saúde<sup>22</sup>. Portanto, O Direito e a Saúde coletiva, ao invés de combater o fenômeno da judicialização, precisam encontrar alternativas e ferramentas para não o transformar em fonte de iniquidade<sup>35</sup>.

As características individualistas do campo do Direito são empecilhos para as aproximações necessárias entre este e a Saúde Coletiva. Porém, devem ser perseguidas soluções, as mais adequadas possíveis para que os desfechos não sejam danosos para os que demandam, no seu exercício de cidadania, tanto do sistema de saúde quanto do Sistema Judiciário<sup>22</sup>.

Existem na atualidade, ações que são estratégias de ampliação do diálogo entre os campos, no sentido da busca de soluções para os problemas que circundam as dificuldades de aproximações entre o Direito e a Saúde Coletiva. Essas estratégias estão sendo desenvolvidas por distintas instituições; são exemplos: a criação de Núcleos de Assessoria Técnica (NAT), a criação de Comitês Estaduais e Fórum Nacional de Saúde, que tem permitido avanços na redução de iniquidades e estabelecimento de parâmetros para assessoria técnica. Observam-se ainda o aprimoramento regulatório sobre os insumos realizado pelo Ministério da Saúde e ANVISA, que podem funcionar como suporte aos magistrados<sup>18</sup>. Secretarias Estaduais de Saúde estão implantando Núcleos de Assessoria Judicial em suas estruturas administrativas, mudando a defesa jurídica dos governos, de uma postura tradicional vinculada aos modelos de procuradorias para um dinamismo sobre os processos judiciais, que buscam inclusive preveni-los.

Existe a necessidade de formulação de uma nova percepção sobre as questões relacionadas ao Direito e a Saúde Coletiva, tanto pelos agentes do Direito quanto pelos sanitaristas. Portanto, uma possível construção de um novo campo interdisciplinar, com capacidade de articulação, tendo como objetivo em comum o aprimoramento das relações entre o Estado e a sociedade. Nesse contexto, torna-se imprescindível a presença de grupos de pesquisa sobre Direito e Saúde, em instituições de ensino e pesquisa. Bem como, a construção de equipes capazes de assessorar as demandas judiciais na gestão do SUS, além da produção e fomentação de especializações nos tribunais de justiça para lidar com a complexidade da saúde<sup>17</sup>.

A compreensão sobre a convergência de campos tão díspares, mas intrinsecamente relacionados no que diz respeito aos interesses sociais, pode parecer uma barreira intransponível, seja da parte dos



agentes ou seja pela pouca disposição na resolução de problemas de forma realmente factível pelo Poder Judiciário. Em suma, a pura acomodação no contexto experienciado. Ambos devem convergir para a garantia do direito à saúde e, por conseguinte, a dignidade humana do cidadão<sup>22</sup>. Os interesses sociais, se apontados à luz do Direito e da Saúde Coletiva, na sua inteireza, em confluência, trazem desafios que urge resolução, abordando a complexidade que lhes corresponde enquanto campos que disputam e convergem.

## REFERÊNCIAS

- 1- Oliveira AP, Ferreira RA. A construção do problema na pesquisa sobre política educacional: contribuições para o debate. *Rev. Bras. Polít. Adm. Educ.* 2021; 37(1):243-265.
- 2- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
- 3- Batista LS, Kumada KM. Análise Metodológica sobre as diferentes configurações da pesquisa bibliográfica. *Rev. Bras. Iniciaç. Cient.* 2021; 8:1-17.
- 4- Aith FM. Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Universidade de São Paulo; 2006.
- 5- Bobbio N. A era dos direitos. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
- 6- Almeida AO, Freire MV. Direito à saúde no Brasil: reserva do possível e mínimo existencial nas decisões do Superior Tribunal de Justiça (2010-2016). *R. Dir. sanit.* 2018; 19(2):55-77.
- 7- Bonavides P. Curso de direito constitucional. 6. ed. São Paulo: Malheiro; 2004.
- 8- Diógenes Júnior JE. Gerações ou dimensões dos direitos fundamentais? *Âmbito Jurídico* 2012; 100: XV.
- 9- Carvalho JM. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 24. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.

- 10- Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [Internet]. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 23-64. [cited 2023 Abr 16]; Available from: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>.
- 11- Ramos AC. Curso de Direitos Humanos. 5.ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.
- 12- Mazzuoli VO. Direito internacional público: parte geral. 6.ed. rev. atual. amp. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.
- 13- Moraes A, organizador. Constituição da República Federativa do Brasil. Manuais de Legislação Atlas. 30. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A; 2009.
- 14- Flauzino JG, Angelini CF. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2022 [cited 2023 Abr 16]; 15(3) e9957. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e9957.2022>.
- 15- Andrade ZT. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. Âmbito Jurídico 2011; 86:2-27.
- 16- Bisol J. Desafios da sistematização do direito sanitário: da consolidação normativa ao desenvolvimento teórico e dogmático. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. 2019; 8(3):173-78.
- 17- Vasconcellos LCF, Oliveira MHB. Direito e Saúde: aproximações para a demarcação de um novo campo de conhecimento. In: Vasconcellos LCF, Oliveira MHB, organizadores. Direito e Saúde: um campo em construção. Rio de Janeiro: Ediouro; 2009.
- 18- Anjos EC, Ribeiro DC, Moraes LV. Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersetorial. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. 2021; 10(1)113-28.
- 19- Dorival Jr FC, Silva JP. Vigilância jurídica em saúde: A centralidade do direito sanitário para a materialização do direito constitucional à

- saúde. *Research, Society and Development* 2021; 10(6) e14410615483.
- 20- Elias AN. *Direito Sanitário: autonomia e princípios*. R. Dir. sanit. 2008; 9(2): 47-64.
- 21- Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
- 22- Wang DW. *Alocação de Recursos e o Direito à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASSEMS (Coleção Judicialização da Saúde nos Municípios: como responder e prevenir, vol.1); 2021.
- 23- Aith FM, Saturnino L, Monteiro TC, Diniz MG. *Direito Sanitário: Saúde e Direito, um Diálogo Possível*. 1. ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2010.
- 24- Bisol J. Um pensamento jurídico obsoleto para um sanitarismo de ponta. In: Oliveira NA (Org.). *Direito Sanitário: oportuna discussão via coleta de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e cidadania*. 1. ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS; 2012. [cited 2020 Mai 29]. Available from: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/515494454fb8c.pdf>.
- 25- Andrade NRN, Nunes CFO, Ferreira AF, Araújo CEL, Albuquerque FB, Silva JAM, et al. *Judicialização do direito à saúde com foco em doenças tropicais negligenciadas: dimensões e desafios no Estado do Piauí, Nordeste do Brasil, 2000-2020*. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2023 [cited 2023 Abr 17]; 28(1):7-22. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.06402022>.
- 26- Souza DO. *O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19*. *Physis* [Internet]. 2020 [cited 2023 Abr 25]; 30(e 300313). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300313>. Acesso em: 25 abr. 2023.
- 27- Santos AO, Lopes LT. *Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização*. Brasília: CONASS; 2018. [cited 2023 Abr 25]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/dilemas-do-fenomeno-da-judicializacao-da-saude/>.

- 28- Santana VJ, Nunes JR. Compreensão dos membros do Ministério Público do interior de Pernambuco sobre as políticas públicas de saúde. *R. Dir. sanit.* 2019; 20(1):244-262.
- 29- Delduque MC, Castro EV. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saúde debate* 2015; 39(105):506-513.
- 30- Ferreira RA. O ato injusto da justiça: percepção dos profissionais da saúde sobre a judicialização da saúde e seus efeitos no processo gerencial de regulação assistencial em saúde. Vitória de santo Antão. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharelado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Pernambuco; 2021.
- 31- Wang DW. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *R. Dir. sanit.* 2009; 10(1):308-318.
- 32- Bander R, Kalil G. Embate entre os princípios do mínimo existencial e da reserva do possível: a judicialização da saúde. *Revista Jurídica [Internet]*. 2020 [cited 2023 Mai 1º]. Available from: <https://revista.unifcv.edu.br/index.php/revistadireito/article/view/280>.
- 33- Carvalho EC, Soares SS, Farias SN, Andrade KB, Souza PH, Branco VN, Varella TC, Souza NV. Judicialização da saúde: reserva do possível e mínimo existencial. *Cogitare Enferm. [Internet]*. 2021 [cited 2023 Abr 22]; 26(e76406). Available from: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/xfSyPQkwp9LN9gQLJvWnzKS/>.
- 34- Lewandowski R. Proibição do retrocesso. *Folha de São Paulo* 2018 fevereiro 01. Opinião. [cited 2023 Abr 22]. Available from: <https://www.stf.jus.br/arquivo/biblioteca/PastasMinistros/RicardoLewandowski/ArtigosJornais/1117223.pdf>.
- 35- Fleury S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde debate* 2012; 36(93):159-162.

7

---

<sup>7</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das  
Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional  
(PNAISP): uma análise *ex post* da implementação  
normativa no contexto do Distrito Federal**

National Policy for Primary Health Care for  
Persons in the Prison System  
(PNAISP): an analysis of its implementation  
in Brazil's Capital

Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las  
Personas sin Libertad en el Sistema Penitenciario  
(PNAISP): un análisis de la implementación  
en la Capital del Brasil

Tiago Rosa Nogueira<sup>1</sup>  
Maria Célia Delduque<sup>2</sup>  
João René de Mattos Rodrigues Filho<sup>3</sup>  
Sandra Mara Campos Alves<sup>4</sup>

**RESUMO:**

**Objetivo:** a pesquisa, cujos resultados são neste artigo apresentados, buscou avaliar os efeitos obtidos e possíveis problemas decorrentes da aplicação e implementação dos atos normativos referente à Política

<sup>1</sup> Mestrando em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Advogado. Técnico do Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil. E-mail: tiagornogueira31@gmail.com - ORCID: 0000-0001-6576-7614

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Professora, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. E-mail: mcdelduque@gmail.com - ORCID:0000-0002-5351-3534

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Técnico do Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil. E-mail: joaorene@gmail.com - ORCID: 0000-0003-0642-7403

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Pesquisadora e docente, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil. E-mail: smcalves@gmail.com - ORCID: 0000-0001-6171-4558

Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), no Distrito Federal, Brasil. **Metodologia:** os dados sobre o atendimento de saúde à população presa, foram coletados em sítios oficiais de instituições públicas de saúde e de segurança pública, cotejando-os com o contido na normativa da PNAISP, em vigência. **Resultados:** o Distrito Federal conta com uma população de 15.111 presos, sendo que a Secretaria de Saúde disponibiliza um número razoável de profissionais de várias especialidades, porém é baixo o número de atendimentos médicos e odontológicos no universo dos indivíduos custodiados. Em termos de aplicação de imunizantes, os dados apresentam que toda a população carcerária foi vacinada no DF. **Conclusão:** o Distrito Federal, em que pese o cumprimento de alguns requisitos normativos, ainda está aquém do pleno cumprimento da política.

**Palavras-chave:** Política Pública de Saúde; Prisões; População Privada de Liberdade.

#### **ABSTRACT:**

**Purpose:** the research sought to evaluate the implementation of the normative acts that make up the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty - PNAISP, in the prison located in the Capital of Brazil. **Methodology:** data on health care for the prison population were collected from official websites of public health and public safety institutions, both federal and local, comparing them with the content of the regulations on the PNAISP. **Findings:** the prison has a population of 15,111 prisoners, and the Health Department provides a reasonable number of professionals from various specialties, but the number of medical and dental care in a large prison population like that is very low. In terms of the application of immunizations, the data show that all arrested individuals were vaccinated, at least with two doses against Covid-19. **Conclusion:** The health system, not that it refers to the Prison of the Brazilian Capital, despite the fulfillment of some normative requirements, is still short of full compliance with the policy.

**Keywords:** Public Health Policy; Prisons; Population Deprived of Liberty.

#### **INTRODUÇÃO**

A produção normativa do Poder Público brasileiro ocorre de forma desordenada, produzindo uma inflação de atos normativos – para

usar a expressão cunhada por Carnelutti<sup>1</sup>, gerando os efeitos negativos advindos de normas de difícil compreensão.

Estudo produzido pelo Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação<sup>2</sup>, evidencia que o Brasil edita, em média, 813 normas por dia útil. Só de normas infralegais foram 148.725, desde a promulgação da atual Constituição<sup>3</sup> até 30 de setembro de 2021.

No *ranking* que classifica a qualidade regulatória, segundo dados do Global Competitiveness Report 2019<sup>4</sup>, relatório anual que analisa vários indicadores, o país está na posição 141<sup>a</sup>, ou seja, última posição no universo de 141 países no quesito ônus da regulação governamental.

Assim sendo, há indícios que a Administração Pública brasileira, historicamente, normatiza de forma excessiva. O aumento desordenado do arcabouço normativo, incluído o da saúde é um fenômeno que impacta negativamente a harmonia e organicidade do Direito Sanitário, repercutindo no alcance dos princípios e conceitos básicos das políticas públicas<sup>5</sup>.

O Ministério da Saúde brasileiro foi precursor no aperfeiçoamento de sua base normativa em 2017, quando iniciou o 'Projeto de Revisão, Sistematização e Ordenação das Normas Infralegais da Política Pública de Saúde- Suslegis', para efetivar a triagem e a consolidação de mais de 27.000 portarias, abrindo caminho para o início da reorganização de seu arcabouço normativo.

Melhorar a forma de produzir normas no país é um objetivo perseguido pelo Estado brasileiro, que vem em um esforço de estabelecer uma política de melhoria regulatória como um dos princípios da governança pública.

Dentro deste esforço, o órgão federal responsável pela saúde pública vem revendo sua legislação nas mais diversas políticas públicas de saúde existente no Brasil, dentre elas, a Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), ou simplesmente 'Saúde Prisional'.

Para regulamentar a matéria, a regra jurídica - Portaria Interministerial n. 1/ 2014<sup>6</sup> - foi assinada por dois órgãos distintos: o Ministério da Saúde - MS órgão responsável pelas políticas públicas de saúde da população, e o Ministério da Justiça - MJ, responsável pela política penitenciária nacional.

O Brasil é um país de sistema federativo, em que no campo da saúde tem participação das três esferas de governo: União, Estados e Municípios. A Capital Brasília está situada no Distrito Federal, único ente federado a ter a competência dos estados e municípios. Tem governo próprio, denominado Governo do Distrito Federal, com competência de atuação em todo o território da capital brasileira.

No eixo da saúde, as ações e serviços governamentais estão organizadas no âmbito de um sistema público e gratuito, criado constitucionalmente com o nome de Sistema Único de Saúde - SUS, responsável por todas as políticas públicas de saúde para os brasileiros, incluída a saúde prisional.

Na Capital do Brasil funciona um dos maiores complexos penitenciários do país. A cidade de Brasília tem 63 anos de existência, sendo considerada uma das mais jovens capitais do mundo. Com sua arquitetura exuberante e urbanismo moderno, a Capital é exemplo para o restante do País.

Como toda cidade, foi preciso um espaço afastado para ser construído o que viria a ser o Complexo Penitenciário da Papuda, assim chamado porque antes de 1960, havia no local a Fazenda Papuda onde se criava gado leiteiro.

O nome 'papuda' vem do bócio<sup>7</sup> doença causada pela deficiência de iodo na alimentação, o que provoca um enorme papo no pescoço do enfermo. Foi uma doença comum no Brasil até os anos 1950 e



praticamente erradicada quando o governo tornou obrigatória a adição de iodo no sal de cozinha.

A estrutura carcerária do Complexo da Papuda conta com 7 estabelecimentos<sup>8</sup>:

- a) 2 Centros de Detenção Provisória – CDP I e CDP II
- b) 1 Centro de Internamento e Reeducação - CIR
- c) 1 Centro de Progressão Penitenciária – CPP
- d) 2 Penitenciária do Distrito Federal – PDF I e PDF II
- e) 1 Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF

Os Centros de Detenção Provisória - CDP I e II são destinados à custódia provisória de pessoas do sexo masculino. A rotina carcerária recebe, semanalmente os reeducandos provenientes da Divisão de Controle e Custódia de Presos - DCCP, da Polícia Civil do Distrito Federal- PCDF. Destina-se, fundamentalmente, ao recebimento dos presos provisórios.

O CDP II destina-se ao recebimento dos presos provisórios, sendo ainda o presídio de entrada e classificação para os demais estabelecimentos do sistema penitenciário. O CDP II possui Ala Especial para a custódia de ex-policiais e reeducandos com direito à prisão especial, nos termos da lei.

O Centro de Internamento e Reeducação - CIR é destinado aos reeducandos do sexo masculino em cumprimento de pena em regime semiaberto. O CIR possui oficinas de trabalho, marcenaria, lanternagem e funilaria de automóveis, serigrafia, panificação, bandeiras, abrigando ainda os internos com trabalho agrícola, possuindo, por isso mesmo, características assemelhadas às colônias agrícola e industrial penais. Também é a unidade em que são custodiados os presos idosos

O Centro de Progressão Penitenciária - CPP é um dos estabelecimentos prisionais destinado a reeducandos do sexo masculino em cumprimento de pena em regime semiaberto, que já tenham

efetivamente implementado os benefícios legais de trabalho externo e/ou saídas temporárias.

A Penitenciária do Distrito Federal I e II – PDF I e II são os pavilhões prisionais destinados a reeducandos do sexo masculino, em cumprimento de pena em regime fechado.

A Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF é um estabelecimento prisional de segurança média, destinada ao recolhimento de sentenciadas a cumprimento de pena privativa de liberdade em regime fechado e semiaberto, bem como de presas provisórias que aguardam julgamento. Possui uma unidade materno-infantil, com capacidade total para 24 detentas, dotada de berçário integrado, contando ainda com acompanhamento médico e psicológico, prestado por profissionais do próprio estabelecimento e da rede pública de saúde. A unidade conta também com uma ala destinada às mulheres transexuais.

**Figura I – Vista aérea do Complexo Penitenciário da Papuda – Brasília, Brasil**



Fonte: Anuário 2020-2021 da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária.

Avaliar os dados disponíveis sobre a situação de saúde e a implementação dos princípios e requisitos previstos na Portaria Interministerial é informação de grande interesse para a saúde coletiva e guarda íntima relação com os princípios do Direito Sanitário, porque quando alguém é julgado e condenado, perde seu direito à liberdade, mas mantém íntegro os demais direitos, especialmente o direito à saúde.

Por isso que o Código Penal brasileiro prevê: “O preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral”<sup>9</sup>.

Verificar na realidade da população carcerária do Complexo da Papuda a observância sobre as regras e normativas da garantia da saúde para os internalizados no sistema prisional da Capital do Brasil é o foco deste trabalho.

## **METODOLOGIA**

O estudo adotou a abordagem qualitativa, baseado em fonte documental de investigação<sup>10,11,12</sup>. Foi realizada pesquisa documental no *site* oficial Saúde Legis, do Ministério da Saúde, de onde foi feito o *download* do inteiro teor da Portaria Interministerial n. 1/ 2014<sup>6</sup>, que estabelece a política pública de saúde prisional, e o regulamento da política, disponível na Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, em seu artigo 4º, anexo XVIII<sup>13</sup>.

Após a leitura dos dispositivos da portaria, fez-se anotações sobre as principais exigências para a implementação da política no âmbito do SUS.

Após, consultou-se o Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde -SCNES<sup>14</sup>, do Ministério da Saúde, para obter a informação sobre as equipes de saúde e a estrutura para

atendimento de saúde implementada nos presídios, determinado na portaria.

Foi consultado o sítio do Ministério da Justiça, no Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional<sup>15</sup>, especificamente no que se refere aos dados de estrutura, equipes, doenças notificadas e dados de mortalidade, com o propósito de efetuar o cruzamento das informações, e verificar como a PNAISP está sendo implantada na Capital do Brasil. O Anuário da Diretoria de Inteligência Penitenciária<sup>16</sup> do Governo do Distrito Federal - GDF também foi consultado.

Todos os repositórios de dados citados estão livres e desembaraçados para consulta.

Não houve participação direta ou indireta de seres humanos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com os dados do SISDEPEN (2022), compreendendo o período entre julho e dezembro de 2021, a população carcerária no Distrito Federal foi de 15.111 presos, sendo que 7.082 em regime fechado, 5.285 em regime semiaberto, 6 em regime aberto, 2.650 presos de forma provisória e 88 cumprindo medidas de segurança<sup>5</sup>.

Este número difere dos dados da Diretoria de Inteligência Penitenciária que contabilizou 16.184 institucionalizados até maio de 2021<sup>16</sup>. Tal discordância de dados em período semelhante pode ser explicado pela intensa flutuação dessa população, vez que, há mudança de regime de cumprimento de pena de modo constante, pela Vara de Execuções Penais do Distrito Federal, além de novos ingressos no

---

<sup>5</sup> Medidas de Segurança consistem em formas de tratamento compulsório para pessoas que cometeram atos que configuram crimes, mas por possuírem doenças ou problemas em sua saúde mental cumprem a medida em espaço reservado.

sistema, diariamente, mas ainda assim demonstra falta de sincronia entre os sistemas.

A Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, em seu artigo 4º, anexo XVIII<sup>13</sup>, estabelece que as unidades prisionais precisam prestar os serviços de saúde por meio de equipes de Atenção Primária Prisional- eAPP e, para um presídio de grande porte, como o Complexo da Papuda é necessário ter no mínimo em cada unidade: 1 (um) médico; 1 (um) enfermeiro; 1 (um) cirurgião dentista; 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar em enfermagem e um profissional dentre enfermeiro, médico, psicólogo; assistente social; farmacêutico; nutricionista; fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.

Tanto o SCNES<sup>14</sup> como o SISDEPEN<sup>15</sup>, apresentam informações que estão adequadas em relação a equipe de profissionais estabelecida na portaria<sup>13</sup>. A equipe de profissionais de saúde prisional na Capital brasileira é composta de: 12 dentistas; 14 enfermeiros; 11 médicos clínicos gerais; 22 auxiliares e técnicos de enfermagem; 15 psicólogos; 5 psiquiatras; 12 técnicos odontológicos e 3 outros médicos especialistas, para a assistência à saúde da população institucionalizada no Presídio da Papuda.

O Distrito Federal alcançou 100% do exigido pela PNAISP, nos estabelecimentos penais que compõem o complexo. Ademais, segundo o SISDEPEN<sup>15</sup>, a estrutura física para a assistência dos presos somado às equipes de saúde permitiram atendimentos, conforme a tabela 1:

**Tabela I – Estrutura de saúde disponível aos presos – de julho a dezembro de 2021**

<i>Estrutura física</i>	<i>(CDP 1)</i>	<i>(CDP 2)</i>	<i>(CIR)</i>	<i>(CPP)</i>	<i>(PDF I)</i>	<i>(PDF II)</i>	<i>(PFDF)</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Consultório Médico</i>	2	1	2	2	2	2	2	13
<i>Consultório Odontológico</i>	1	1	1	2	2	2	2	11

<i>Sala de Atendimento Clínico Multiprofissional</i>	1	1	2	1	2	9	14	30
<i>Sala de Coleta de Material para Laboratório</i>	0	1	1	0	1	1	2	6
<i>Sala de Esterilização</i>	0	1	1	1	1	1	1	6
<i>Sala de Curativos, Suturas, Vacinas e Posto de enfermagem</i>	1	1	2	1	1	1	2	9
<i>Sala de Lavagem e Descontaminação</i>	1	0	0	0	1	1	2	5
<i>Sala de Raio X</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Sala de Procedimentos</i>	1	1	0	1	1	1	2	7
<i>Cela de Espera</i>	2	2	2	0	2	1	2	11
<i>Cela de Enfermaria com Solário</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Cela de Observação</i>	1	1	0	0	1	0	1	4
<i>Farmácia ou Sala de Estoque</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Central de Material Esterilizado</i>	1	1	0	1	1	1	2	7
<i>Depósito de Material de Limpeza</i>	1	1	0	0	1	1	2	6
<i>Laboratório de Diagnóstico</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Sanitário para Pacientes</i>	2	2	2	0	0	1	2	9
<i>Sanitários para Equipe de Saúde</i>	2	7	5	6	2	1	3	26
<i>Solário para Pacientes</i>	0	0	2	0	0	0	0	2

Fonte: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>, com adaptações.

Ao observar os sistemas disponibilizados ao público o SCNES<sup>14</sup>; o SISDEPEN<sup>15</sup> ou o Anuário da SEAPE/DF<sup>16</sup>, não foram verificados na estrutura física, a disponibilização de sala para raio-x e laboratório de

diagnóstico, em descumprimento ao determinado no art. 16, inciso I, alínea d, da Portaria Interministerial<sup>6</sup>, por não implantar instrumento de detecção precoce de agravos.

Em todo o país são 31 salas de raio x e 19 laboratórios de diagnósticos sendo o estado do Rio Grande do Sul o recordista, contendo 5 salas de raio x e 2 laboratórios de diagnóstico em unidades prisionais do estado<sup>15</sup>.

Em 2019, o Complexo Penitenciário de Santa Izabel, situado no Pará, instalou uma sala de raio-x, o que contribui para o melhor acompanhamento dos internos, obtendo-se um diagnóstico mais célere, principalmente nos casos de tuberculose, sem mencionar na viabilidade do atendimento direto ao preso, sem a necessidade do deslocamento para unidade externa<sup>17</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, o Brasil está entre os trinta países com maiores índices de tuberculose<sup>18</sup> e a radiografia de tórax ainda é considerada um dos meios diagnósticos mais importantes na investigação da doença sendo que o diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são importantes fatores no risco de transmissão<sup>19</sup>.

A indisponibilização desses espaços fere um dos princípios da PNAISP, conforme previsto no art. 3º, inciso II, da Portaria Interministerial nº 1, de 2014<sup>6</sup>, que é a integralidade da atenção à saúde da população prisional e estabelece, textualmente, que a execução deve ser nos diferentes níveis de atenção.

Sem a possibilidade de utilização desses espaços, o diagnóstico pode ser retardado ou até mesmo inviabilizado, não sendo possível constatar certas enfermidades ou se algum apenas deva ser encaminhado para a atenção especializada fora do ambiente prisional para tratar doença mais grave.

Ainda em relação a estrutura, é possível observar a ausência, em algumas unidades, de: sala de coleta de material para laboratório; sala de esterilização; sala de lavagem e descontaminação; sala de procedimentos; cela de espera; cela de observação; central de material de limpeza e sanitário para paciente.

As informações disponibilizadas pela Diretoria de Inteligência Penitenciária<sup>16</sup> apresentam que o número total de atendimentos na área da saúde, no ano de 2021, foi da ordem de 246.401 atendimentos, discriminados na tabela II:

**Tabela II – Números de atendimentos médico/odontológico/psicossocial/fisioterápico aos presos da Papuda, por modalidade – 2020-2021- SEAPE-DF**

<i>Tipo de Atendimento</i>	<i>Números absolutos</i>	<i>(média mês)</i>
<i>Consultas médicas</i>	27.961	2.330
<i>Atendimento odontológico</i>	11.624	968
<i>Atendimentos psicológicos</i>	6.228	519
<i>Atendimento psiquiátrico</i>	255	22
<i>Terapia ocupacional</i>	1.234	103
<i>Fisioterapia</i>	1.394	116
<i>Atendimento de enfermagem</i>	197.705	16.475
<b>TOTAL</b>	<b>246.401</b>	

Fonte: <https://seape.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Anua%CC%81rio-PDF-Teste-1.pdf>, com adaptações.

Nos dados do SISDEPEN<sup>15</sup>, não foram encontradas informações sobre a presença de terapeuta ocupacional, o que evidencia discrepância informacional em relação ao Anuário da Diretoria de Inteligência Penitenciária<sup>16</sup>, já que no documento há referência de 1.234 atendimentos em terapia ocupacional. Tal realidade demonstra não



haver formas unificadas de levantamento de dados, prejudicando a confiabilidade da informação.

**Tabela III – Números de atendimentos médicos/odontológicos/psicossociais aos presos da Papuda, - de julho a dezembro de 2021- SISDEPEN**

	(CDP I)	(CDP II)	(CIR)	(CP P)	(PDF I)	(PD F II)	(PFD F)	TOTAL	TOTAL %
<i>Intervenções Cirúrgicas</i>	0	0	0	6	0	0	0	6	0,006%
<i>Suturas, Curativos etc.</i>	16.503	108	12.804	2.635	7.160	1.488	15	40.713	38,962%
<i>Vacinas</i>	3.780	8.949	4.538	1.561	6.513	3.399	1.313	30.053	28,760%
<i>Exames e Testagem</i>	1.030	102	2.417	3.010	1.635	920	643	9.757	9,337%
<i>Consultas Psicológicas</i>	222	12	656	268	1.695	421	1.721	4.995	4,780%
<i>Consultas Odontológica</i>	629	152	259	105	2.177	532	820	4.674	4,473%
<i>Consultas Médicas Externas</i>	99	79	335	192	175	200	60	1.140	1,091%
<i>Consultas Médicas Internas</i>	676	1.399	1.664	727	5.741	1.462	1.488	13.157	12,591%
<i>Total de Procedimentos</i>	22.939	10.801	22.673	8.504	25.096	8.422	6.060	104.495	100,00%

Fonte: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>, com adaptações.

A quantidade de consultas externas, foram em um total de 1.140, no período de seis meses. Os deslocamentos para fora do sistema prisional geram enorme tensão por várias razões: (i) a saída de um preso do sistema implica em exposição a eventuais manobras para resgatá-lo, pondo em risco a equipe de agentes penitenciários que o acompanha;

(ii) ao deslocar agentes penitenciários para o acompanhamento de presos ao sistema de saúde externo, desfalca-se o contingente para o trabalho de vigilância interno, tais problemas poderiam ser minimizados com a existência de mais estruturas físicas de saúde dentro do complexo prisional.

A quantidade de vacinas administradas no período de 6 meses (jul-dez/2021), provavelmente é referente à larga vacinação contra a Covid-19 promovida pela Secretaria de Saúde, no período. O número de vacinas é o dobro da população custodiada na Papuda, indicando que os presos teriam sido imunizados com duas doses da vacina.

Os dados dos sistemas local e da União apresentam divergências quanto ao total de procedimentos realizados. Enquanto na tabela 2 constam os dados da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Governo do Distrito Federal, indicando 246.401 atendimentos; na tabela 3 apresenta um total de 104.495 procedimentos, ou seja, as informações da Diretoria de Inteligência Penitenciária<sup>16</sup> demonstram o dobro de atendimentos que os informados pelo SISDEPEN<sup>15</sup>, o que evidencia novamente a incompatibilidade dos dados em períodos semelhantes.

Por isso, não se vislumbra eficiente que duas instituições distintas façam levantamentos divergentes sobre a mesma realidade. Tal prática só gera problemas como o detectado, como a discrepância de números, o que leva à impossibilidade de formulação e execução adequada de políticas para o setor.

É baixo o número de atendimentos médicos e odontológicos para um período de seis meses, em um universo de quase 16.000 indivíduos. Embora a Secretaria de Saúde do Distrito Federal atenda plenamente o disposto na PNAISP, não se considera suficiente para o atendimento da população institucionalizada, já que as consultas odontológicas totalizaram 4.674, ou seja, menos de um terço da

população carcerária teve atendimento odontológico no período de seis meses. As consultas médicas totalizaram 13.157, que significa menos de uma consulta por detento no mesmo período.

Em comparação com outras unidades da federação no mesmo período, a falta de sala de raio-x e laboratório de diagnóstico contribuem para o reduzido número de consultas, já que, a maioria dos estados que possuem tais estruturas apresentam quantidade de consultas superiores à população de encarcerados da Papuda.

Com uma população de 24.216 o sistema prisional do estado de Santa Catarina registrou mais de 40.000 consultas<sup>15</sup>, nos presídios do Goiás foram apontados 23.358 presos e uma quantidade de mais de 38.000 consultas<sup>15</sup>. No estado do Espírito Santo, a população no período era de 23.358 com mais de 45.000 consultas<sup>15</sup>. Em todos esses estados a presença de salas de raio-x e laboratórios de diagnóstico contribuíram para o número expressivo de consultas realizadas.

Há propostas no sentido de que o monitoramento e avaliação do local de detenção sejam feitas por grupos independentes, com roteiro padronizado, instalados no contexto da Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, com visitas regulares e aleatórias, com representatividade dos estados da federação<sup>20</sup> o que auxiliaria para o aperfeiçoamento da política.

Com os dados disponíveis, a pesquisa se aproxima do que seria a avaliação executiva, aquela que traça um panorama geral da intervenção normativa, oferecendo importantes subsídios sobre o seu funcionamento atual e identificação de pontos de aperfeiçoamento de rápida identificação demonstrando a importância de se avaliar as normas que estabelecem políticas públicas em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora a Secretaria de Saúde do Distrito Federal cumpra integralmente com o disposto nas portarias da Política de Saúde Prisional, no que se refere ao número de profissionais de saúde, verificou-se que ainda há uma oferta de uma assistência que não contempla a totalidade dos indivíduos membros da população institucionalizada e inexistência de algumas estruturas importantes.

Há levantamentos sobre atendimentos médicos/odontológicos/psicossociais por parte do órgão da Saúde e pelo órgão da Justiça, porém com números que não são coincidentes.

O estudo evidenciou fragilidades quanto a adequada implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional- PNAISP, instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, já que as informações discrepantes atestam que os dados divulgados não utilizam a mesma metodologia, prejudicando o planejamento e implementação da política no âmbito do Distrito Federal. Ademais, enseja uma duplicidade de esforço para gerar resultados díspares, que nada auxiliam a melhoria da política pública em saúde do sistema penitenciário brasileiro.

Caberia ao setor da saúde, representado por suas unidades estaduais a realização de estatísticas de atendimentos para a assistência à saúde da população custodiada de modo correto, para auxiliar a tomada de decisões da autoridade sanitária.

## **REFERÊNCIAS**

- 1- Carnelutti Francesco. Como Nasce o Direito. Tradução de Hiltomar Martins Oliveira. Líder. Belo Horizonte; 2003.

- 2- Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação. Quantidade de normas editadas no Brasil: 33 anos da Constituição Federal de 1988. [Internet]. 2021 [cited 2022 Set 2]. Available from: <https://ibpt.com.br/estudo-do-ibpt-quantidade-de-normas-editadas-no-brasil-desde-1988/>.
- 3- Brasil. Brasil. 1988 [cited 2022 Out 9]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- 4- World Economic Forum, Schwab Klaus. The Global Competitiveness Report [Internet]. Suíça; 2019 [cited 2022 Set 2]. Available from: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf).
- 5- Bisol J. Desafios da sistematização do direito sanitário: da consolidação normativa ao desenvolvimento teórico e dogmático. CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO [Internet]. 24 de setembro de 2019 [cited 2022 Out 1º];8(3):173–7. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/580/611>.
- 6- Brasil. Portaria Interministerial nº, de 2 de janeiro de 2014 - Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014.
- 7- Cleveland Clinic. Bócio - o que é, causas, sintomas, diagnóstico e tratamento [Internet]. 2022 [cited 2022 Out 4]. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12625-goiter>.
- 8- Distrito Federal. Decreto nº 44247 - Atualiza os Decretos que tratam do sistema penitenciário e das políticas de segurança pública, em virtude da criação da Secretaria de Administração Penitenciária do Distrito Federal. 16 de fevereiro de 2023.
- 9- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848 - Código Penal [Internet]. 1940 [cited 2022 Ago 6]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm).
- 10- Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. Qualitative Research Journal. 2009;9(2):27–40.

- 11- Kripka RM, Scheller M, Bonotto D. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. 23 de julho de 2015 [cited 2022 Ago 6]; Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248>.
- 12- Brandão Lima Junior E, Saramago de Oliveira G, Cristina Omena dos Santos A, Fernando Schnekenberg G. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. 7 de abril de 2021 [cited 2022 Ago 6]; Available from: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356>.
- 13- Brasil. Portaria de Consolidação nº 2 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2017 [cited 2022 Set 30]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html).
- 14- Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. 2022 [cited 2022 Out 4]. Available from: <https://cnes.datasus.gov.br/>.
- 15- Brasil. SISDEPEN — Secretaria Nacional de Políticas Penais [Internet]. 2022 [cited 2022 Out 4]. Available from: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>.
- 16- Distrito Federal. Anuário do Sistema Penitenciário do Distrito Federal - Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Distrito Federal - 1ª Edição [Internet]. Brasília; 2021 dez [cited 2022 Out 9]. Available from: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/6dc7eabf7cf24e789330df4a3108fe15/exec\\_dec\\_44247\\_2023.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/6dc7eabf7cf24e789330df4a3108fe15/exec_dec_44247_2023.html).
- 17- Agência Pará. UBS de Santa Izabel recebe aparelho de raio-x para saúde prisional [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 15]. Available from: <https://agenciapara.com.br/noticia/12422/ubs-de-santa-izabel-recebe-aparelho-de-raio-x-para-saude-prisional#:~:text=A%20Unidade%20B%C3%A1sica%20de%20Sa%C3%BAde,cerca%20de%20seis%20mil%20presos>.
- 18- OPAS. Mortes e doenças por tuberculose aumentaram durante a pandemia da COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/27-10-2022->

[mortes-e-doencas-por-tuberculose-aumentaram-durante-pandemia-da-covid-19.](#)

- 19- Brasil. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil - Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2023 Nov 15]. p. 1–288. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html).
- 20- Silva M. Saúde Penitenciária no Brasil: Plano e Política. 1º ed. Brasília: Verbena Editora; 2015. 1–120 p.

6

---

<sup>6</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

## **Análise da Predisposição ao Sedentarismo nos estudantes de uma Universidade Pública do Brasil<sup>1</sup>**

*Analysis of Predisposition to Sedentary Lifestyles among students at a Brazilian Public University*

*Análisis de la Predisposición al Sedentarismo entre estudiantes de una Universidad Pública Brasileña*

Eduardo Fernando Hortêncio Clemente<sup>2</sup>

Miguel Ângelo Montagner<sup>3</sup>

### **RESUMO:**

O sedentarismo atinge aproximadamente metade da população brasileira, sendo associado a mais de 10% das mortes no Brasil. O objetivo desse estudo foi analisar a prática de Atividades Físicas -AF dos universitários da Universidade de Brasília UnB. Trata-se de um estudo quantitativo, realizado por meio do Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ, para estimar o sedentarismo e as variáveis relacionadas aos estudantes, como câmpus de origem, área do curso (saúde, exatas ou humanas) e turno (diurno ou noturno), gênero e assistência oferecida pela instituição (bolsas de apoio à graduação). A amostra de 431 estudantes foi estratificada por câmpus, período do curso e gênero. Os resultados revelaram que apenas 3% dos universitários em geral foram classificados como sedentários, 13,7% foram considerados irregularmente ativos, 45,7% como ativos, e 37,6% muito ativos. Na área da Saúde, 41% são ativos e 47% muito ativos, na área de Humanas 47% são ativos e 35% muito ativos. Na área de Exatas, 47% são ativos e 34% são muito ativos. Os participantes

<sup>1</sup> Este artigo é resultado de dissertação que contou com o financiamento de bolsa CAPES de mestrado via Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UnB

<sup>2</sup> Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. E-mail: edu\_unb@hotmail.com – ORCID: 0000-0002-6251-3114

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Professor Associado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. E-mail: montagner@hotmail.com – ORCID: 0000-0001-9901-0871



apresentam níveis satisfatórios de AF. As mulheres apresentam taxas mais elevadas de sedentarismo, bem como os alunos que não recebem bolsas de apoio. Não foi identificada diferença nos níveis de AF em relação à idade. Universitários dos dois turnos apresentam níveis de atividade física satisfatórios, mas o turno diurno (87%) tem índices superiores de AF ao noturno (77%) Considera-se que a UnB vem tendo êxito no combate ao sedentarismo acadêmico por alcançar níveis de AF acima da média nacional para esta faixa etária.

**Palavra-chave:** Exercício Físico; Sedentarismo; Doença Crônica; Prevenção de doenças; Monitores de Aptidão Física.

### **ABSTRACT:**

A sedentary lifestyle affects approximately half of the Brazilian population and is associated with more than 10% of deaths in Brazil. The aim of this study was to analyze the practice of Physical Activity (PA) among university students at the University of Brasilia (UnB). This was a quantitative study using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) to estimate sedentary lifestyles and variables related to the students, such as campus of origin, course area (health, exact sciences or humanities) and shift (day or night), gender and assistance offered by the institution (undergraduate scholarships). The sample of 431 students was stratified by campus, course period and gender. The results revealed that only 3% of university students in general were classified as sedentary, 13.7% were considered irregularly active, 45.7% as active, and 37.6% very active. In the area of Health, 41% were active and 47% very active, in the area of Humanities 47% were active and 35% very active. In the Exact Sciences, 47% are active and 34% are very active. Participants have satisfactory levels of PA. Women have higher rates of sedentary lifestyles, as do students who do not receive support grants. No difference was found in PA levels in relation to age. University students from both shifts had satisfactory levels of physical activity, but the day shift (87%) had higher levels of PA than the night shift (77%). It is considered that UnB has been successful in combating academic inactivity by achieving levels of PA above the national average for this age group.

**Keywords:** Exercise; Sedentary Behavior; Chronic disease; Prevention of diseases; Fitness Trackers.

### **RESUMEN:**

El sedentarismo afecta aproximadamente a la mitad de la población brasileña y está asociado a más del 10% de las muertes en Brasil. El

objetivo de este estudio fue analizar la actividad física (AF) de los estudiantes universitarios de la Universidad de Brasília (UnB). Se trató de un estudio cuantitativo que utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) para estimar los estilos de vida sedentarios y variables relacionadas con los estudiantes, como campus de origen, área del curso (salud, ciencias exactas o humanidades) y turno (diurno o nocturno), género y ayuda ofrecida por la institución (becas de pregrado). La muestra de 431 estudiantes se estratificó por campus, periodo del curso y género. Los resultados revelaron que, en general, sólo el 3% de los universitarios se clasificaban como sedentarios, el 13,7% se consideraban irregularmente activos, el 45,7% activos y el 37,6% muy activos. En el área de Salud, el 41% eran activos y el 47% muy activos, en el área de Humanidades el 47% eran activos y el 35% muy activos. En el área de Ciencias Exactas, el 47% son activos y el 34% muy activos... Los participantes tienen niveles satisfactorios de AF. Las mujeres presentan mayores índices de sedentarismo, al igual que los estudiantes que no reciben becas de apoyo. No se identificaron diferencias en los niveles de AF en relación con la edad. Los universitarios de ambos turnos tenían niveles satisfactorios de actividad física, pero el turno de día (87%) tenía mayores niveles de AF que el turno de noche (77%). Se considera que la UnB ha tenido éxito en la lucha contra la inactividad académica al conseguir niveles de AF superiores a la media nacional para este grupo de edad.

**Palabras clave:** Ejercicio físico; Sedentarismo; Enfermedades crónicas; Prevención de enfermedades; Monitores de condición física.

## INTRODUÇÃO

O nível insuficiente de atividade física culmina na redução da qualidade de vida<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em termos de custos mundiais, o sedentarismo acarreta custos da ordem de US\$ 54 bilhões no atendimento à saúde, dos quais 57% são registrados na rede pública de atendimento, demonstrando-se um problema de ordem global<sup>2</sup>. A promoção da prática de atividades físicas de lazer é vital para modificar o quadro. Incentivos públicos e privados são fatores determinantes que influenciam o interesse pela prática de atividades físicas.

“Define-se atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética – portanto voluntário, que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso. Este comportamento inclui as atividades ocupacionais (trabalho), atividades da vida diária (vestir-se, banhar-se, comer), o deslocamento (transporte), e as atividades de lazer, incluindo exercícios físicos, esportes, dança, artes marciais”<sup>3</sup>.

No Brasil, 40,3% foram classificados como sedentários na população de 18 anos ou mais de idade<sup>4</sup>, tornando-se uma das principais causas de perda de anos de vida saudáveis por conta das doenças crônicas não transmissíveis. As práticas de atividades físicas regulares reduzem o risco de doenças circulatórias, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão<sup>3</sup>.

Um estudo realizado pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e apresentado em um seminário da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência da Câmara dos Deputados (2021), pelo professor e pesquisador da UFF Marco Antônio Vargas, estima que, em 2019, doenças crônicas não transmissíveis ocasionaram um custo de cerca de R\$ 1,68 bilhão em internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e, desse total, R\$ 290 milhões seriam decorrentes de inatividade física<sup>5</sup>.

A prática de atividades físicas muitas vezes é limitada pela disponibilidade de estrutura física para sua execução. Academias de ginástica particulares são o principal local para prática dentre as pessoas com maior poder aquisitivo. Dentre as pessoas menos favorecidas, a prática de atividade física é limitada a ambientes públicos, tais como caminhada no bairro ou parques públicos e prática de jogos nas ruas ou praças públicas.

Nesse contexto, instituições de ensino (colégios e universidades) poderiam ser referências para promoção de atividades

físicas, uma vez que essas frequentemente apresentam a estrutura física necessária para realizar a prática<sup>6</sup>.

Entre os estudantes universitários, relata-se na literatura um comportamento que apresenta componentes considerados de risco à saúde. É comum que estudantes passem longos períodos estudando sentados (lendo ou usando computadores); por outro lado, o período de descanso das atividades de estudo é associado ao ambiente de lazer universitário, com consumo de bebida alcoólica e práticas sedentárias por conta dos novos lazeres virtuais.

Portanto, é necessário reverter esse cenário e promover ações de saúde na adoção de hábitos de vida saudáveis<sup>7</sup>.

O presente estudo apresenta relevância geral, ainda que voltado para os estudantes universitários, uma vez que a pandemia parece ter agravado essa situação, pois “o Brasil se tornou um dos epicentros da pandemia COVID-19 e as consequências do isolamento social sobre a atividade física e o comportamento sedentário foram mal abordadas”<sup>8</sup>.

Segundo a OMS<sup>2</sup>, a grande maioria dos adultos jovens não cumpre recomendações internacionais na prática de atividades físicas, o que a fez recomendar novas diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário. “Adultos devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica de vigorosa intensidade; ou uma combinação equivalente de atividade física de moderada e vigorosa intensidade ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde”<sup>9</sup>.

Uma vez que os jovens adultos na idade oportuna não são incentivados a praticar atividades físicas, essa cultura tende a permanecer inalterada ao longo da vida<sup>10</sup>. O que acaba sendo um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças<sup>11</sup>.

Nesse sentido, uma intervenção nessa fase da vida seria importante pois “a redução do comportamento sedentário entre universitários ativos pode ser uma estratégia de saúde pública para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas”<sup>12</sup>.

Na Universidade de Brasília (UnB), dados relativos especificamente ao sedentarismo dos estudantes universitários ainda são desconhecidos.

Isto posto, justifica-se a importância de investir em políticas institucionais no combate ao sedentarismo acadêmico. Na presente investigação buscou-se responder à seguinte pergunta “quais as variáveis relacionadas aos estudantes predisporiam ao sedentarismo na Universidade de Brasília?” e o objetivo geral foi analisar a prática de AF dos universitários da UnB.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se um estudo de cunho quantitativo, descritivo, para estimar o sedentarismo entre os estudantes.

Considerou-se, para estimar o sedentarismo, investigar as variáveis relacionadas aos estudantes como: câmpus de origem, área do curso (saúde, exatas ou humanas), turno do curso (diurno ou noturno), gênero e assistência oferecida pela instituição (bolsas de apoio à graduação).

A mostra foi composta por 431 graduandos da Universidade de Brasília, de uma população estimada total de 40.501, conforme dados da Instituição, distribuídos dentro dos quatro câmpus UnB no Distrito Federal: câmpus Darcy Ribeiro, câmpus Planaltina, câmpus Ceilândia e câmpus Gama.

Utilizamos como critérios de inclusão: Indivíduos de ambos os sexos, sendo estudantes de graduação da UnB e critérios de exclusão: estudantes com matrícula trancada ou não regular (aluno especial).

Essa amostra foi estratificada representativamente de acordo com o número de alunos dos cursos de saúde, humanas e exatas, população de cada câmpus e turno do curso, com base nos dados do anuário estatístico da UnB de 2021<sup>13</sup>. Uma amostra mínima foi calculada de acordo com o teorema do limite central levando em conta o nível de confiança de 95%, margem de erro de 5%. Por esse cálculo a amostra teria que ser no mínimo de 381 indivíduos divididos proporcionalmente entre os câmpus para uma maior confiabilidade da pesquisa.

Considerou-se, para estimar o sedentarismo, investigar as variáveis relacionadas aos estudantes como: câmpus de origem, área do curso (saúde, exatas ou humanas), turno do curso (diurno ou noturno), gênero e assistência oferecida pela instituição (bolsas de apoio a graduação).

Os graduandos foram convidados, no período de janeiro a maio de 2023, a participar em cada câmpus após prévia autorização, nas salas de aulas e com o docente responsável presente. Fez-se uma breve apresentação do projeto e de esclarecimentos prévios mediante apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do objetivo geral da pesquisa. A participação foi voluntária e assegurada a garantia total de anonimato. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Parecer N° 5683246.

O instrumento utilizado foi a forma curta do Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire- IPAQ)<sup>14</sup>. Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por oito itens, que versam sobre o tempo (semanal ou diário) gasto em atividades físicas vigorosas ou moderadas, considerando uma

semana habitual do respondente. Os itens são respondidos por meio de estimativas, de dias por semana ou de horas e minutos por dia, em que o respondente se engaja em diferentes tipos de atividades físicas. A versão curta do IPAQ produz escores de atividade física total, de atividade física intensa, de atividade física moderada e de tempo total sentado. Um estudo psicométrico indicou adequada fidedignidade teste-reteste dos escores do instrumento (rhôs de Spearman variaram entre 0,74 e 0,79; coeficiente de correlação intraclasse, ICC = 0,77)<sup>15</sup>.

Dentro do questionário IPAQ acrescentou-se questões sobre o participante da pesquisa e assim ter conclusões mais robustas sobre câmpus, horários, gêneros, idade e algumas outras informações específicas para serem avaliados.

A análise dos resultados do questionário IPAQ foi embasada na classificação por letras que se encontram entre parênteses representando o critério que o participante se enquadrou.

#### **Quadro 1 - Critérios de classificação dos resultados IPAQ**

<p>1. MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:</p> <p>(a) VIGOROSA: <math>\geq 5</math> dias/semana e <math>\geq 30</math> minutos por sessão;</p> <p>(b) VIGOROSA: <math>\geq 3</math> dias/semana e <math>\geq 20</math> minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: <math>\geq 5</math> dias semana e <math>\geq 30</math> minutos por sessão.</p>
<p>2. ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:</p> <p>(a) VIGOROSA: VIGOROSA: <math>\geq 3</math> dias/semana e <math>\geq 20</math> minutos por sessão; ou</p> <p>(b) MODERADA ou CAMINHADA: <math>\geq 5</math> dias/sem e <math>\geq 30</math> minutos por sessão; ou</p> <p>(c) Qualquer atividade somada: <math>\geq 5</math> dias/semana e <math>\geq 150</math> minutos/semana (caminhada + moderada + vigorosa).</p>

3. IRREGULARMENTE ATIVO: aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:

IRREGULARMENTE ATIVO A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:

(a) Frequência: 5 dias / semana ou

(b) Duração: 150 min / semana

IRREGULARMENTE ATIVO B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

4. SEDENTÁRIO: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Fonte: Adaptado de MIRANDA (2016).

O tratamento dos dados foi feito utilizando técnicas estatísticas descritivas com o uso do Microsoft Excel versão 2019, efetuou-se a distribuição de frequências simples, percentuais e valores máximos e mínimos.

## RESULTADOS

Conforme a Tabela 1, o estudo contou com a participação de 431 universitários, com idades compreendidas entre 17 e 62 anos. Do total, 42% (181) eram do gênero masculino, 55,7% (240) eram do gênero feminino e 2,3% (10) se identificaram como “outros”. A amostra incluiu universitários de diversos cursos de graduação da Universidade de Brasília (UnB), provenientes dos câmpus: Darcy Ribeiro (71,7%), Ceilândia (13,7%), Gama (9,5%) e Planaltina (5,1%).



**Tabela 1 - Caracterização da amostra entre os universitários da UnB, por câmpus e por gênero**

<b>Gênero</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Masculino	181	42%
Feminino	240	55,7%
Outros	10	2,3%
Total	431	---
<b>Câmpus</b>		
DARCY	309	71,7%
FCE	59	13,7
FGA	41	9,5%
FUP	22	5,1%
Total	431	---

Legenda: FCE – Câmpus Ceilândia; FGA – Câmpus Gama; FUP – Câmpus Planaltina; DARCY – Câmpus Darcy Ribeiro.

Após a aplicação dos questionários e classificação dos resultados, obteve-se a Tabela 2.

**Tabela 2 - Níveis de atividade física entre universitários da UnB**

Câmpus	Total	Sedentário	Irregularmente Ativo		Ativo	Muito Ativo
			B	A		
	59			4	27	25
FCE	(100%)	3 (5,1%)	0	(6,8%)	(45,7%)	(42,4%)
	309			31	137	114
DARCY	(100%)	9 (2,9%)	18 (5,8%)	(10%)	(44,3%)	(37%)
	41			4	21	14
FGA	(100%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)	(9,8%)	(51,2%)	(34,2%)
	22			0	12	9
FUP	(100%)	0	1 (4,5%)	0	(54,6%)	(40,9%)
	431			39	197	162
<b>TOTAL</b>	<b>(100%)</b>	<b>13 (3%)</b>	<b>20 (4,7%)</b>	<b>(9%)</b>	<b>(45,7%)</b>	<b>(37,6%)</b>

Legenda: FCE – Câmpus Ceilândia; FGA – Câmpus Gama; FUP – Câmpus Planaltina; DARCY – Câmpus Darcy Ribeiro.

1. MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de sua faixa

2. ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de sua faixa

3. IRREGULARMENTE ATIVO A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade.

IRREGULARMENTE ATIVO B: Aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

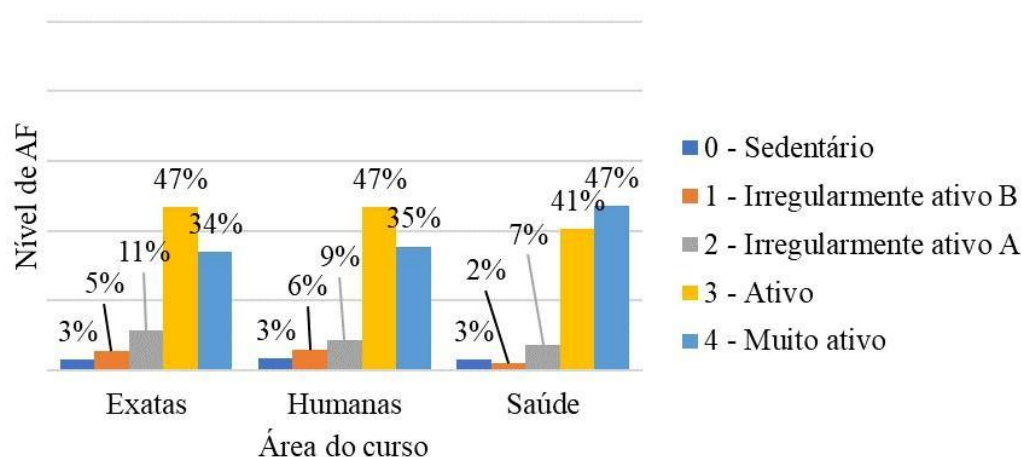
4. SEDENTÁRIO: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Fonte: elaboração do autor.

Ao analisar os níveis de atividade física, constatou-se que apenas 3% (13) dos universitários foram classificados como sedentários, indicando uma baixa frequência desse comportamento. Por outro lado, 13,7% (59) foram considerados irregularmente ativos, indicando uma frequência moderada de atividade física. Já 45,7% (197), foram classificados como ativos, enquanto 37,6% (162) foram categorizados como muito ativos (Tabela 3).

A análise do Gráfico 1 apresenta dados sobre os níveis de atividade física em três áreas de curso: saúde, humanas e exatas.

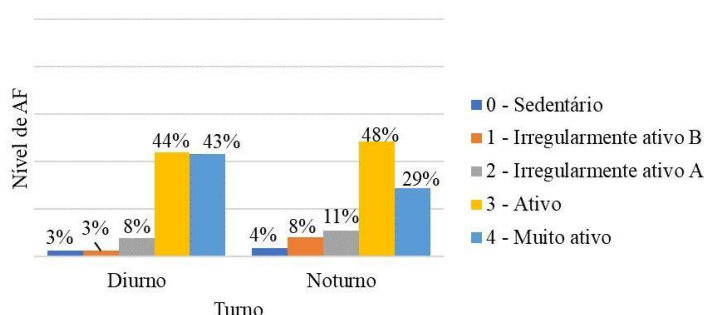
**Gráfico 1 - Comparação entre os níveis Atividade Física e o curso de graduação**



Na área de Saúde, observa-se que 88% dos universitários são Ativos (41%) ou Muito Ativo (47%). Em seguida, o Irregularmente Ativo A representa 7% dos universitários. Os Sedentários e Irregularmente Ativo B possuem as menores proporções, com 3% e 2%, respectivamente.

Na área de Humanas, 82% são classificadas como Ativo (47%) ou Muito Ativo (35%). Os níveis de sedentário (3%) e Irregularmente ativo A (9%) e B (6%) têm proporções relativamente baixas. Já na área de Exatas, o nível Ativo é o mais frequente, com 47% dos universitários, seguido pelo nível Muito Ativo com 34%. Os níveis de sedentário (3%) e irregularmente ativo B (5%) possuem as menores proporções, enquanto o nível de irregularmente ativo A representa 11% dos universitários (Gráfico 1).

**Gráfico 2 - Comparação entre os níveis Atividade Física e o turno do curso de graduação**



No gráfico 2, pode-se observar que os indivíduos de ambos os turnos apresentam níveis de atividade física considerados acima da média da população adulta brasileira, com 87% do turno diurno e 77% do turno noturno foram classificados como universitários ativos ou muito ativos. De acordo com o Ministério da Saúde<sup>11</sup>, com dados do sistema Vigitel, a frequência de adultos que praticam atividade física em seu tempo livre (> 150 minutos semana) no DF é de 40,3% em média, sendo

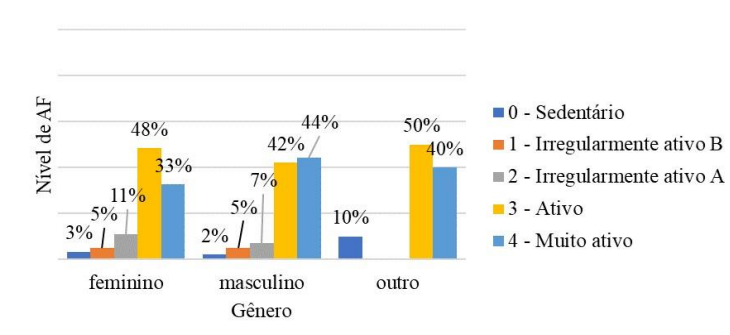
46,2% homens e 35,1% mulheres. As taxas variam de acordo com a capital do País, sexo, escolaridade e idade. Na faixa de 18 a 24 anos, a porcentagem da média nacional nas capitais é de 50,6%, de 25 a 34 é de 42,5%, de 35 a 44 é de 34,0%, 45 a 54 é 34,6%, de 55 a 64 é 31,6% e acima de 65 é 21,8%.

Essa é uma informação positiva, indicando que a maioria das pessoas analisadas está engajada em atividades físicas regulares. E há uma preocupação maior com o turno noturno, pois 23% desta amostra foram considerados sedentários (contra 14% do diurno), sendo sedentários (4%) ou irregularmente ativos (19%), com 8% do tipo A mais 11% do tipo B.

Ao comparar os níveis de AF e gênero, observa-se que a maioria dos participantes independente do gênero são muito ativos ou ativos. Foram considerados com o nível de AF ativo ou muito ativo, com resultado de 86% dentro do gênero masculino, 81% dentro do gênero feminino, e 90% dentro do gênero outros.

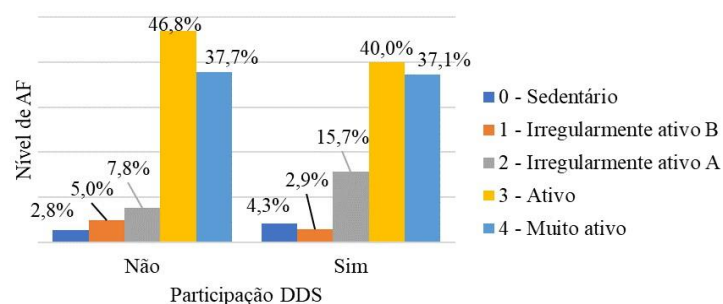
Observou-se um resultado para o nível de AF sedentário ou irregularmente ativo, preocupante para o gênero feminino, pois 19% se encontram nesse nível de AF, contra 11% do gênero masculino e 10% do gênero outros (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Comparação entre os níveis Atividade Física e gênero**



Os homens e mulheres estão envolvidos em diferentes níveis de atividade física. Embora os homens apresentem um melhor nível de AF na categoria “muito ativo (44%)” e nas categorias de nível de AF “irregularmente ativo (12%)” e “sedentário (2%)”, as mulheres apresentam um melhor resultado no nível de AF “ativo (48%)”, bem próximo do gênero outros com um nível de AF “ativo” de (50%).

**Gráfico 4 - Comparação entre os níveis de Atividade Física dos universitários que possuem assistência da Diretoria de Desenvolvimento Social**



Conforme o Gráfico 4, constatou-se que dentre os participantes da pesquisa, 16,2% recebem alguma assistência da Diretoria de Desenvolvimento Social (DDS). Os resultados demonstram uma correlação positiva, ainda que caiba estudos posteriores mais específicos. Essas evidências destacam a importância da DDS na promoção de estilos de vida ativos e a participação em atividades sociais como estratégias integradas para o bem-estar individual e coletivo.

## DISCUSSÃO

Os resultados indicam que a maioria dos universitários se enquadra nas categorias de atividade física ativa (45%) ou muito ativa (37%). A categoria sedentária apresenta a menor proporção de

participantes, apenas 3%. Esses achados sugerem que a população estudada adota uma cultura saudável de atividade física, com uma parcela significativa de universitários mantendo níveis adequados ou elevados de atividade física, mesmo considerando que 55,7% são do gênero feminino e apenas 19% são classificados como sedentários ou praticam atividade irregularmente.

A maioria dos universitários da área de Saúde (88%) está classificada como nível Ativo e Muito Ativo. Isso sugere que uma parte significativa desses universitários está engajada em atividades físicas regulares, o que é positivo para sua saúde geral.

Embora não seja possível determinar as razões subjacentes a esses padrões apenas com base nos dados fornecidos, alguns estudos<sup>16,17,18,19</sup> sugerem que fatores socioeconômicos, acesso a recursos e oportunidades, bem como preferências pessoais, podem influenciar os níveis de atividade física. Além disso, a relação entre o curso universitário e os níveis de atividade física também pode ser afetada por outros fatores, como o currículo e as demandas acadêmicas específicas de cada área.

Em suma, a maioria dos universitários, independente da área do curso, estão engajados em atividades físicas regulares, o que é positivo para sua saúde. No entanto, é necessário continuar incentivando e promovendo a prática de atividade física entre os universitários, especialmente aqueles classificados como sedentários ou irregularmente ativos. Essas ações podem contribuir para uma melhoria geral na saúde e bem-estar dos universitários.

No que diz respeito ao turno do curso de graduação, os fatores como o horário de trabalho podem influenciar significativamente os níveis de atividade física das pessoas, conforme apontou Khosravipour<sup>20</sup>. Os estudos de Loef e colaboradores<sup>21</sup>, bem como Xue e colaboradores<sup>22</sup>, sugere-se que os níveis de atividade física são

influenciados pelo turno de trabalho, com uma tendência de maior atividade física durante o turno diurno.

Não foi identificado um padrão de progressão dos níveis de AF em relação à idade. O que demonstra uma diversidade de hábitos em relação a AF, independentemente da idade, isso também é apontado por Nahas<sup>3</sup>, que a relação entre a idade e o nível de atividade física pode variar de pessoa para pessoa, mas geralmente há uma tendência de diminuição da atividade física à medida que as pessoas envelhecem. Existem vários fatores que podem influenciar essa relação, como mudanças nas capacidades físicas, comprometimento da saúde, responsabilidades familiares e profissionais.

Segundo Nahas<sup>3</sup>, na infância e adolescência, as pessoas tendem a serem naturalmente mais ativas, geralmente envolvendo-se em brincadeiras, esportes e atividades físicas regulares. À medida que entra na idade adulta, as demandas da vida cotidiana, como trabalho e responsabilidades familiares, podem afetar o tempo disponível para a prática de exercícios.

É possível constatar a existência de disparidades entre homens e mulheres em relação aos níveis de atividade física. Os homens exibem maior participação em atividades físicas, sobretudo nas categorias “muito ativo” (44%), “irregularmente ativo” (12%) e “sedentário” (2%). Em contrapartida, as mulheres apresentam um desempenho superior na categoria “ativo” (48%), que se aproxima dos níveis de atividade física do gênero não especificado, cujo percentual de participação é de (50%) ao nível “ativo”. Esses dados corroboram com Nahas<sup>3</sup> para quem a relação entre gênero e nível de atividade física é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, sociais e culturais. Embora seja importante reconhecer que existem variações individuais e diferenciadas, geralmente há diferenciação nas emoções e padrões de atividade física entre homens e mulheres. Em termos gerais, os homens

tendem a se envolver em atividades físicas mais intensas e vigorosas do que as mulheres. Isso pode ser atribuído a diferenças humanas, como maior massa muscular e níveis mais altos de testosterona nos homens, que podem facilitar o desempenho em esportes e exercícios intensos. O que pode justificar o resultado do gênero masculino ter o nível de AF “muito ativa” de 44%.

Além disso, Nahas<sup>3</sup> relata que fatores socioculturais desempenham um papel importante na relação entre gênero e atividade física. Normas de gênero, estereótipos e expectativas sociais podem influenciar as escolhas de atividades físicas. Por exemplo, esportes de equipe competitivos, como futebol ou basquete, muitas vezes são mais valorizados e encorajados para os meninos, enquanto atividades mais leves, como dança ou ioga, podem ser mais associadas às meninas, o que pode justificar o nível de AF “ativo” mais alto no gênero feminino e o nível de AF “muito ativo” mais alto no gênero masculino. No entanto, é importante ressaltar que essas diferenças não são absolutas e estão mudando ao longo do tempo. Cada vez mais, as barreiras e estereótipos de gênero estão sendo desafiados, e mais pessoas estão buscando e se envolvendo em uma ampla variedade de atividades físicas, independentemente de seu gênero.

Os participantes deste estudo apresentam níveis satisfatórios de atividade física. No entanto, é preocupante observar níveis de AF “sedentário” e “irregularmente ativo”, especialmente entre as mulheres. A baixa adesão à prática regular de exercícios físicos pode acarretar riscos à saúde, aumentando a suscetibilidade a doenças crônicas não transmissíveis. É fundamental incentivar a igualdade de oportunidades e acesso à atividade física para todas as pessoas, independentemente do gênero, e promover uma cultura inclusiva que encoraje e apoie a participação de todos, sem restrições em estereótipos de gênero.



Os resultados destacam a importância da implementação de intervenções e políticas de promoção da saúde, que incentivem a prática regular de atividades físicas e a participação em iniciativas sociais. É fundamental utilizar esses dados para desenvolver ações personalizadas, a fim de combater os níveis de atividade física sedentária e irregular entre os universitários. Essas ações devem ser direcionadas tanto para os universitários que fazem parte de programas assistenciais quanto para aqueles que não recebem assistência, uma vez que os índices de sedentário e irregularmente ativo de quem não recebe assistência é de (15,6%) e o de quem recebe assistência é de (22,9%), ambos preocupantes. Por isso, para alcançar melhores resultados, é necessário investir em estratégias abrangentes e eficazes que promovam um estilo de vida ativo e saudável entre os universitários.

Portanto, quanto às considerações de gênero para Whatnall<sup>16</sup> e Islam<sup>17</sup>, referem que é importante reconhecer as diferenças nos padrões de participação na atividade física entre homens e mulheres. Mulheres geralmente enfrentam desafios adicionais, como o cuidado com os filhos, tarefas domésticas e preocupações com a segurança. Por isso, políticas devem incluir medidas específicas para promover a participação feminina na atividade física, como horários flexíveis, atividades adequadas às preferências e necessidades das mulheres, além de campanhas de conscientização que desafiem estereótipos de gênero.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A UnB tem obtido sucesso no combate ao sedentarismo acadêmico, pois os níveis de atividade física dos universitários, classificados como ativos ou muito ativos, superam a média nacional para essa faixa etária. Os resultados parecem contrariar grande parte

dos poucos estudos sobre o tema na população universitária, que tendem a apontar o universitário como progressivamente mais sedentário em decorrência do avanço da tecnologia e estilo de vida cada vez mais voltado para atividades como estudar, trabalhar em frente ao computador e passar horas nas redes sociais, conjunto chamado de tempo de tela. Por esta razão seriam fundamentais estudos futuros mais pormenorizados.

Diante da problemática exposta sobre o sedentarismo, considerando que os dados relativos ao tema dos graduandos da UnB serem até então desconhecidos, foi possível tecer, ao longo dessa pesquisa, valiosas considerações sobre analisar a prática de AF dos universitários da UnB.

A importância dessa pesquisa no meio universitário é considerável, pois o sedentarismo tem se tornado um problema crescente na sociedade moderna.

Dentre os principais benefícios dessa pesquisa, destacam-se:

(1) Conscientização: Ao se realizar estudos sobre o sedentarismo no meio universitário, é possível aumentar a conscientização sobre os riscos à saúde associados a um estilo de vida sedentário. Isso pode incentivar os universitários a adotar comportamentos mais saudáveis e ativos.

(2) Saúde física: o sedentarismo está associado a uma série de problemas de saúde, como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes tipo 2, distúrbios musculoesqueléticos e fraqueza muscular. Estudar os hábitos sedentários dos universitários permite identificar estratégias para promover a AF e reduzir esses riscos.

(3) Saúde mental: a AF regular também desempenha um papel importante na saúde mental. Estudos têm mostrado que a prática regular de exercícios pode ajudar a reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão. Portanto, entender o impacto do sedentarismo no bem-estar

mental dos universitários é essencial para desenvolver estratégias de promoção da saúde mental.

(4) Desempenho acadêmico: o sedentarismo pode afetar o desempenho acadêmico dos universitários. Estudos têm mostrado que a prática regular de exercícios físicos pode melhorar a cognição, a concentração e a memória, aspectos essenciais para um bom rendimento nos estudos. Ao investigar os efeitos do sedentarismo nos resultados acadêmicos, é possível fornecer comprovação para promover a AF como parte integrante da vida estudantil.

(5) Recomenda-se realizar um estudo focado exclusivamente em estudantes universitários do gênero feminino, uma vez que se observou um resultado preocupante, evidenciando uma proporção significativamente maior de indivíduos classificados como “insuficientemente ativos” ou “sedentários” nesse grupo.

Essa pesquisa pode embasar políticas e programas de promoção da Atividade Física e de adoção de estilos de vida mais saudáveis, para a promoção do bem-estar geral dos universitários.

## REFERÊNCIAS

- 1- Couto DA, Martin DR, Molina GE, Fontana KE, Junqueira LF, Porto LG. Nível insuficiente de atividade física se associa a menor qualidade de vida e ao estudo noturno em universitários do Distrito Federal. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 16 de setembro de 2019;41:322–30.
- 2- Alves B/ O/ OM. OMS lança plano de ação global sobre atividade física para reduzir comportamento sedentário e promover a saúde | Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [cited 2023 Out 8]. Available from: <https://bvsmms.saude.gov.br/oms-lanca-plano-de-acao-global-sobre-atividade-fisica-para-reduzir-comportamento-sedentario-e-promover-a-saude/>.
- 3- Nahas MV. *Atividade Física, Saúde & Qualidade de Vida* Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo. Markus Vinicius Nahas; 2017.

- 4- Agência de Notícias - IBGE [Internet]. 2020 [cited 2023 Out 8]. PNS 2019: Cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica | Agência de Notícias. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29471-pns-2019-cai-o-consumo-de-tabaco-mas-aumenta-o-de-bebida-alcoolica>.
- 5- Seminário debate efeito da atividade física na saúde - 14/09/21 [Internet]. 2021 [cited 2023 Out 8]. Available from: [https://www.youtube.com/watch?v=K5aYwr\\_qM6Y](https://www.youtube.com/watch?v=K5aYwr_qM6Y).
- 6- Murphy MH, Carlin A, Woods C, Nevill A, MacDonncha C, Ferguson K, et al. Active Students Are Healthier and Happier Than Their Inactive Peers: The Results of a Large Representative Cross-Sectional Study of University Students in Ireland. *J Phys Act Health*. 1º de outubro de 2018;15(10):737–46.
- 7- Silva LD, Costa JC, Nunes FD, Azevedo PR. Health risk behaviors in college students of a public institution / Comportamentos de risco a saúde em universitários de uma instituição pública. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online*. 2020;12:544–50.
- 8- Botero JP, Farah BQ, Correia M de A, Lofrano-Prado MC, Cucato GG, Shumate G, et al. Impact of the COVID-19 pandemic stay at home order and social isolation on physical activity levels and sedentary behavior in Brazilian adults. *Einstein São Paulo*. 5 de março de 2021;19:eAE6156.
- 9- Diretrizes DA OMS para atividade física e comportamento sedentário - DIRETRIZES DA OMS PARA - Studocu [Internet]. [cited 2023 Out 8]. Available from: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-estadual-de-montes-claros/educacao-fisica-bacharelado/diretrizes-da-oms-para-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario/13523511>.
- 10- Guia de Atividade Física para População Brasileira — Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2023 Out 8]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view>.
- 11- Vigitel Brasil 2021 - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas — Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2023 Out 8].

Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>.

- 12- Vainshelboim B, Brennan GM, LoRusso S, Fitzgerald P, Wisniewski KS. Sedentary behavior and physiological health determinants in male and female college students. *Physiol Behav.* 15 de maio de 2019;204:277–82.
- 13- Institucional (DPO) D de A e IG (DAI) D de P Orçamento e Avaliação. ANUÁRIO ESTATÍSTICO 2021 ano-base 2020 | ANUÁRIO ESTATÍSTICO 2021 ano-base 2020 [Internet]. [cited 2023 Out 8]. Available from: <https://anuario2021.netlify.app/index.html>.
- 14- IPAQ - Score [Internet]. [cited 2023 Out 8]. Available from: <https://sites.google.com/view/ipaq/score>.
- 15- Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ): ESTUDO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. *Rev Bras Atividade Física Saúde.* 2001;6(2):5–18.
- 16- Whatnall MC, Patterson AJ, Chiu S, Oldmeadow C, Hutchesson MJ. Determinants of eating behaviours in Australian university students: A cross-sectional analysis. *Nutr Diet J Dietit Assoc Aust.* julho de 2020;77(3):331–43.
- 17- Islam S, Akter R, Sikder T, Griffiths MD. Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety Among First-Year University Students in Bangladesh: A Cross-Sectional Study. *Int J Ment Health Addict.* 1º de junho de 2022;20(3):1289–302.
- 18- Memon AR, Gupta CC, Crowther ME, Ferguson SA, Tuckwell GA, Vincent GE. Sleep and physical activity in university students: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* agosto de 2021;58:101482.
- 19- Wang F, Bíró É. Determinants of sleep quality in college students: A literature review. *Explore N Y N.* 2021;17(2):170–7.
- 20- Khosravipour M, Khanlari P, Khazaie S, Khosravipour H, Khazaie H. A systematic review and meta-analysis of the association

between shift work and metabolic syndrome: The roles of sleep, gender, and type of shift work. *Sleep Med Rev.* junho de 2021;57:101427.

- 21- Loef B, Baarle D van, Beek AJ van der, Beekhof PK, Kerkhof LW van, Proper KI. The association between exposure to different aspects of shift work and metabolic risk factors in health care workers, and the role of chronotype. *PLOS ONE.* 1º de fevereiro de 2019;14(2):e0211557.
- 22- Xue B, Head J, McMunn A. The Impact of Retirement on Cardiovascular Disease and Its Risk Factors: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *The Gerontologist.* 15 de julho de 2020;60(5):e367–77.

4

---

<sup>4</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

---

**Incerteza científica e autonomia médica: controvérsias acerca da prescrição *off-label* na emergência sanitária da covid-19**

*Scientific uncertainty and medical autonomy: controversies about off-label prescription in the health emergency of covid-19*

*Incertidumbre científica y autonomía médica: controversias sobre la prescripción off-label en la emergencia sanitaria de la covid-19*

Maria Goretti Tôrres Bezerra<sup>1</sup>

Miriam Ventura da Silva<sup>2</sup>

**RESUMO:**

**Objetivo:** analisar, à luz da Teoria Geral do Direito Sanitário, as tensões normativas acerca da prescrição médica *off-label* dos medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina, diante das incertezas científicas quanto a sua eficácia terapêutica para o tratamento da covid-19. **Metodologia:** trata-se de pesquisa documental e bibliográfica que examinou, no período de 2020 a 2022, nos sítios eletrônicos previamente selecionados, a literatura científica a respeito da problemática e as manifestações de atores governamentais, de sociedades e organizações médicas e de saúde. **Resultados:** a pesquisa realizou um levantamento de um total de 39 documentos, cujo conteúdo mostra que os conselhos profissionais de saúde não médicos, as sociedades e associações

---

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: mgoretitorres@gmail.com – ORCID: 0009-0005-9712-3959

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Professora Associada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: miriam.ventura@iesc.ufrj.br – ORCID: 0000-0001-8520-8844

médicas nacionais fizeram ressalvas à prescrição *off-label* dos medicamentos fora de ensaios clínicos e da regulamentação bioética e sanitária, devido à ausência de evidências científicas. O Ministério da Saúde (MS) brasileiro e o Conselho Federal de Medicina (CFM) sustentaram a ampla autonomia médica à prescrição *off-label* dos referidos medicamentos com o consentimento do paciente. **Conclusão:** as discussões acerca da indicação *off-label* como atividade privativa médica na emergência sanitária, desassociada de evidências científicas, normas bioéticas e sanitárias, demonstraram a necessidade de aperfeiçoamento da regulamentação dessa prática médica na perspectiva da saúde coletiva. Isso reduziria futuras controvérsias normativas acerca das regulamentações sanitárias e das políticas públicas de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) e seu alcance na regulamentação das práticas médicas pelos conselhos profissionais.

**Palavras-chave:** Direito Sanitário; Uso *off-label*; Cloroquina; Hidroxicloroquina; Covid-19.

#### **ABSTRACT:**

**Objective:** to analyze, in accordance with the General Theory of Health Law, the normative tensions regarding the off-label medical prescription of chloroquine and hydroxychloroquine drugs, given the scientific uncertainties regarding their therapeutic efficacy for the treatment of covid-19. **Methodology:** this is a documentary and bibliographic research that examined, in the period from 2020 to 2022, in the previously selected websites, the scientific literature on the problem and the manifestations of governmental actors, medical and health societies and organizations. **Results:** the research conducted a survey of a total of 39 documents, the content of which pointed out that non-medical professional health councils, national medical societies and associations made reservations to the off-label prescription of these drugs outside of clinical trials and bioethical and sanitary regulations, due to the absence of scientific evidence. The Brazilian Ministry of Health (MH) and the Federal Council of Medicine (CFM) supported the broad medical autonomy to the off-label prescription of these drugs with the patient's consent. **Conclusion:** the discussions about the off-label indication as a private medical activity in the health emergency, disassociated from scientific evidence, bioethical and sanitary norms, demonstrated the need to improve the regulation of this medical practice from the perspective of collective health. This would reduce future normative controversies about the health regulations and public policies of medicines in the SUS and the scope of these in the regulation of medical practices by the professionals council.



**Key words:** Health Law; Off-label us; Chloroquine; Hydroxychloroquine; Covid-19.

## RESUMEN:

**Objetivo:** analizar, según la Teoría General del Derecho Sanitario, las tensiones normativas respecto a la prescripción médica *off-label* de medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina, dadas las incertidumbres científicas sobre su eficacia terapéutica para el tratamiento del covid-19. **Metodología:** se trata de una investigación documental y bibliográfica que examinó, en el período de 2020 a 2022, en los sitios web previamente seleccionados, la literatura científica sobre el problema y las manifestaciones de actores gubernamentales, sociedades y organizaciones médicas y de salud. **Resultados:** la investigación realizó una encuesta de un total de 39 documentos, cuyo contenido señaló que los consejos de salud profesionales no médicos, las sociedades médicas nacionales y las asociaciones hicieron reservas a la prescripción *off-label* de estos medicamentos fuera de los ensayos clínicos y las regulaciones bioéticas y sanitarias, debido a la ausencia de evidencia científica. El Ministerio de Salud (MS) de Brasil y el Consejo Federal de Medicina (CFM) apoyaron la amplia autonomía médica para la prescripción *off-label* de estos medicamentos con el consentimiento del paciente. **Conclusión:** las discusiones sobre la indicación fuera de *off-label* como una actividad médica privada en la emergencia sanitaria, disociada de las evidencias científicas, las normas bioéticas y sanitarias, demostraron la necesidad de mejorar la regulación de esta práctica médica desde la perspectiva de la salud colectiva. Esto reduciría futuras controversias normativas sobre las regulaciones sanitarias y políticas públicas de medicamentos en Sistema Único de Salud (SUS) y el alcance de estas en la regulación de las prácticas médicas por parte de los consejos profesionales.

**Palabras clave:** Derecho Sanitario; Uso *off-label*; Cloroquina; Hidroxicloroquina; Covid-19.

## INTRODUÇÃO

O propósito de uma terapêutica medicamentosa adequada e de fácil acesso para tratamento da covid-19 levou à busca de antivirais entre os medicamentos já existentes para outras condições clínicas – *off-label* (fora de bula) –, visando proporcionar uma resposta mais rápida ao

tratamento da doença<sup>1</sup>. Os medicamentos reposicionados (*drug repurposing*), cujas etapas iniciais de pesquisa clínica são encurtadas – reduzindo o custo/tempo do estudo – são considerados novos usos para antigos fármacos, empregados de forma diversa do destino terapêutico preconizado na indicação original<sup>2</sup>.

O medicamento difosfato de Cloroquina (CQ) e seu derivado farmacológico, o sulfato de Hidroxicloroquina (HCQ), de uso amplamente conhecido no tratamento da malária e de outras condições clínicas<sup>3</sup>, lograram destaque em março de 2020, a partir da pesquisa clínica realizada pelo infectologista francês Didier Raoult<sup>4</sup>. O estudo, todavia, recebeu críticas da comunidade científica<sup>5</sup> devido às sérias limitações metodológicas<sup>6</sup> e por não ter sido analisado sob o paradigma da Medicina Baseada em Evidências (MBE)<sup>7</sup>.

A partir de março de 2020, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro editou orientações terapêuticas, por meio de notas informativas<sup>8-12</sup>, diferentemente de protocolos clínicos do SUS, para o uso da CQ/HCQ em pacientes afetados pela infecção viral, com base em estudos emergentes<sup>4,13-15</sup>. As decisões do órgão ministerial se justificaram pela necessidade de respostas rápidas, a fim de reduzir a mortalidade e fornecer o tratamento dos agravos causados pela covid-19, considerando a inexistência de terapêutica comprovadamente segura e eficaz.

Em julho do mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) suspendeu os estudos com pacientes hospitalizados, dada a insuficiência de evidências quanto à segurança e à eficácia dos medicamentos para seu uso contra a covid-19<sup>16-19</sup>. Apesar da suspensão das pesquisas e das ressalvas das comunidades médico-científicas nacionais e internacionais, o MS manteve as orientações para uso dos fármacos, com indicações não aprovadas para o tratamento da doença.

Emergiram, no Brasil, intensos debates acerca das orientações do governo federal, em meio à mudança de quatro ministros de Estado da saúde, e ao revés das recomendações contrárias da OMS à prescrição dos medicamentos CQ/HCQ fora de ensaios clínicos, considerando as controvérsias acerca das evidências científicas a respeito de sua eficácia terapêutica para o tratamento da infecção por covid-19.

A incerteza científica é um dos elementos constitutivos dos princípios jurídico-sanitários da precaução (incerteza dos danos) e da prevenção (danos conhecidos) que devem orientar as leis, as políticas públicas e as práticas de saúde, tal como estabelecido nos mandamentos constitucionais. À luz dos princípios jurídicos da Teoria Geral do Direito Sanitário<sup>20</sup>, este artigo objetiva contribuir com as discussões acerca da prescrição *off-label* de medicamentos na rede pública de saúde, especialmente em tempos de emergência sanitária e de incertezas científicas, com apresentação das principais controvérsias identificadas no caso da CQ/HCQ, a partir das manifestações e das normativas dos diferentes atores sociais.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo qualitativo, que utilizou a pesquisa documental combinada à bibliográfica e examinou o período de 2020-2022. Para a pesquisa bibliográfica, a busca eletrônica seguiu a seguinte metodologia: foram usadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incluem a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Pan American Health Organization/Institutional Repository for Information Sharing (PAHO/IRIS); a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE); a Scientific Electronic Library Online (SciELO); a

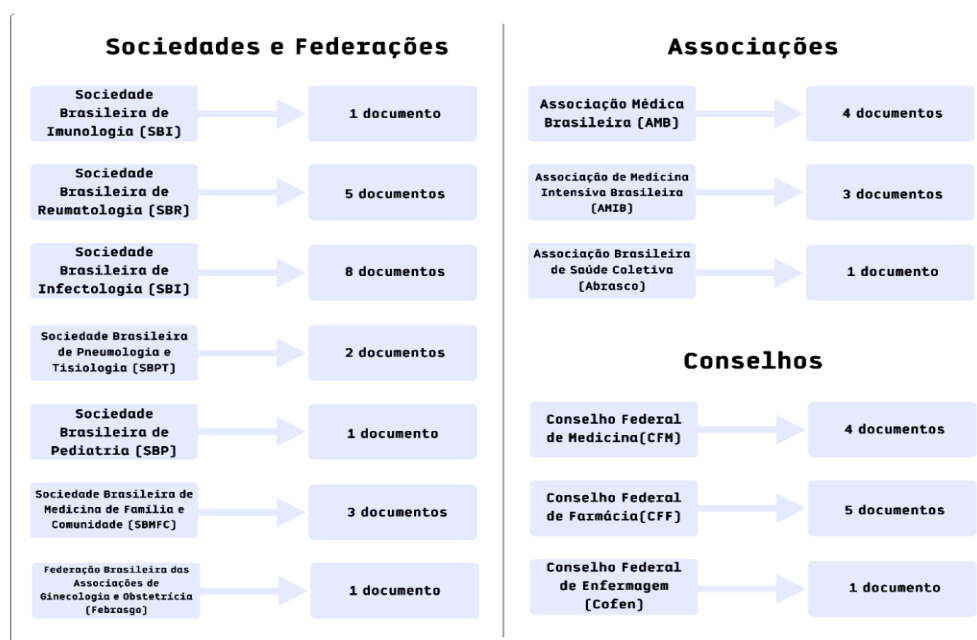
Scopus (ELSEVIER) e o Google Scholar (repositório informacional). Excluíram-se os artigos de conteúdo epidemiológicos e restritamente clínicos ou farmacológicos. Outras bibliografias que se coadunavam com a proposta do artigo foram identificadas na leitura dos artigos selecionados e incluídas ao longo do estudo.

Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), cadastrados na DeCS/MeSH, coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) da OMS, com as seguintes palavras-chave: “chloroquine”, “covid-19” e “off-label use”. Os termos de busca foram interligados pelo operador booleano “AND”, e a captura das publicações foi baseada na leitura do título, do resumo e, quando da constatação de sua elegibilidade, do texto integral, disponíveis em um dos três idiomas (português, inglês e espanhol), resultando em 25 artigos.

Também foi promovida pesquisa documental no sítio eletrônico do MS e da OMS, usando os termos: “hidroxicloroquina”, “cloroquina” e “covid-19”, recuperando-se o total de sete documentos de interesse à pesquisa. Na pesquisa nos conselhos profissionais, sociedades e associações médicas nacionais, foram usados os seguintes descritores: “cloroquina”, “hidroxicloroquina” e “covid-19”, quando disponível esse tipo de busca. A busca foi realizada nos *sítes* oficiais dos Conselhos Federais de Medicina (CFM), de Farmácia (CFF) e de Enfermagem (COFEN); das Sociedades Brasileiras de Imunologia (SBI), de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), de Reumatologia (SBR), de Infectologia (SBI), de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), de Pediatria (SBP); da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); e das Associações: Médica Brasileira (AMB), Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), e de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Obteve-se o total de 39 registros, entre notas informativas e de esclarecimentos, posicionamentos, pareceres,

recomendações, diretrizes, ofícios, que auxiliaram na discussão sobre o tema, como pode ser observado na Figura 1.

**Figura 1 - Documentos dos conselhos profissionais, das sociedades e associações médicas nacionais**



Fonte: Elaboração da autora.

Em seguida, apresentam-se os eixos argumentativos que emergiram do debate público e os interlocutores que protagonizaram os conflitos em torno das normas federais, que autorizaram a distribuição dos medicamentos CQ/HCQ, orientando sua prescrição *off-label* no Sistema Único de Saúde (SUS).

Oportuno consignar as limitações metodológicas da pesquisa documental, especialmente a realizada na internet por meio de buscas e termos livres, pois, mesmo adequando-a aos recursos de pesquisa de cada base eletrônica, de forma a incrementar a especificidade e a exaustividade da coleta de dados, encontrou-se dificuldade no resgate das informações pertinentes ao estudo. Tratando-se de banco de dados

secundários, há que se considerar a limitação imposta pela escolha dos documentos disponíveis nos *sites* das respectivas organizações civis, que influenciou o processo de recuperação das informações e, conseqüentemente, a amplitude das análises de um tema tão controverso.

Outro aspecto a ser relevado foram as tensões e as resistências internas dos atores envolvidos na produção das normativas, que nem sempre foram possíveis de serem identificadas. Todavia, o mapeamento documental produzido das normas que respaldaram as práticas clínicas permite identificar limites e possibilidades em relação à importância e à eficácia jurídica das normativas, precedentes e produzidas, no enfrentamento da situação sanitária em tela, lançando hipóteses e incentivando novos estudos e reflexões sobre o tema.

## **EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E A PRESCRIÇÃO *OFF-LABEL* DE MEDICAMENTOS**

A prescrição *off-label* pode ser definida como a indicação de fármacos ou de produtos correlatos para finalidades terapêuticas diferentes das constantes na bula consignada pela autoridade reguladora sanitária<sup>21</sup>, que, no Brasil, corresponde à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). É uma prática conhecida e aplicada em vários campos da saúde, especialmente na literatura médico-científica, e em áreas clínicas como pediatria, oncologia, psiquiatria, doenças em órfãos e populações específicas<sup>22-23</sup>.

No Brasil, essa prática médica não possui autorização ou vedação expressa na legislação sanitária. Embora não seja ilegal ou incorreta<sup>21,24</sup>, há limites e possibilidades à prescrição *off-label* de medicamentos. Porém, ela pode ser restringida pela lei, pela ética e pelo possível dano ao paciente<sup>23</sup>, sobretudo quando não há consensos sobre

abordagens e protocolos terapêuticos, e quando há ausência de comprovação científica de benefícios clínicos.

As notas informativas do MS autorizaram o uso *off-label* dos medicamentos CQ/HCQ em pacientes afetados pela covid-19, considerando a inexistência de outro tratamento consagrado naquela oportunidade e a necessária rapidez em disponibilizar algum tratamento no contexto da emergência sanitária. Respaldou a legalidade das orientações governamentais na autonomia do médico, para a prescrição dos medicamentos indicados, garantindo o fornecimento destes na rede assistencial de saúde, em confronto com o regramento sanitário e os parâmetros da Assistência Farmacêutica (AF) no SUS.

Não obstante, entre os conselhos profissionais, as sociedades e as associações médicas nacionais, prevaleceu o entendimento quanto ao emprego da CQ/HCQ preferencialmente em ensaios clínicos prévios, devido à ausência de garantia da eficácia terapêutica dos medicamentos<sup>25-31</sup>. Esse posicionamento foi estabelecido enquanto não existissem evidências científicas suficientemente seguras, em favor da segurança sanitária, considerando a necessidade de monitoramento e o controle desse tipo de uso, com o propósito de recomendá-lo de forma extensiva à população.

Conquanto o uso dos fármacos tenha sido chancelado pelo MS e permitido pelo CFM, na modalidade de uso *off-label*, em nome da autonomia médica, as orientações das sociedades e associações médicas nacionais não recomendaram o uso *off-label* dos medicamentos CQ/HCQ fora dos regramentos sanitários e aos aplicáveis a ensaios clínicos. Regramentos estes que se mostraram indispensáveis à proteção do direito à saúde da coletividade – como bem jurídico tutelado sob a vigência da Carta Constitucional de 1988<sup>32</sup> – limitando, assim, a autonomia médica.

Por outro caminho, o CFM e o MS entenderam que a incerteza científica e a emergência sanitária não deveriam impedir o acesso ao tratamento medicamentoso proposto no âmbito do SUS, mesmo ausente de comprovação de eficácia terapêutica. E mais: que competia ao médico decidir sobre a pertinência da prescrição dos referidos fármacos, ainda que fora de protocolos oficiais de pesquisa clínica e de AF. Destaca-se, aqui, o Parecer CFM nº 4/2020 (processo-consulta nº 8/2020), de 16 de abril de 2020<sup>33</sup>, com os critérios norteadores que considerou aceitável para a prescrição dos medicamentos: “b) Considerar o uso em pacientes com sintomas importantes, mas ainda não com necessidade de cuidados intensivos, com ou sem necessidade de internação, a critério do médico assistente, em decisão compartilhada com o paciente, sendo o médico obrigado a relatar ao doente que não existe até o momento nenhum trabalho que comprove o benefício do uso da droga para o tratamento da COVID-19, explicando os efeitos colaterais possíveis, obtendo o consentimento livre e esclarecido do paciente ou dos familiares, quando for o caso”.<sup>33</sup>

À vista das regras éticas e técnicas aplicáveis ao exercício da medicina, prerrogativa fornecida pela Lei nº 3.268/1957<sup>34</sup>, o CFM procurou conceder segurança jurídica para que os médicos prescrevessem, ou não, o tratamento com a CQ/HCQ apresentado nas orientações sanitárias do órgão ministerial. O poder público federal, por seu turno, manteve as orientações para manejo clínico dos fármacos secundado no parecer editado pelo CFM. Confirma-se o trecho abaixo colacionado da Nota Informativa nº 17/2020-SE/GAB/SE/MS: “30. Considerando que o Conselho Federal de Medicina recentemente propôs a consideração da prescrição de cloroquina e hidroxiclороquina pelos médicos, em condições excepcionais, mediante o livre consentimento esclarecido do paciente, para o tratamento da COVID-19



(PROCESSO CONSULTA CFM nº 8/2020 – PARECER CFM Nº 4/2020).”<sup>12</sup>

Há de se sublinhar, nesse caso, que o posicionamento do CFM exalta a atividade específica do médico – sem relativizar a importância de se observar os resultados das pesquisas científicas sobre a segurança e o benefício terapêutico dos mencionados medicamentos. Assim como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que devem ser padronizados pelo SUS ao incorporar novo tratamento terapêutico, conforme estabelecido na legislação sanitária regente<sup>35</sup>.

Importante registrar que os posicionamentos do governo federal e do CFM se mantiveram após a suspensão dos estudos com a CQ/HCQ pela OMS<sup>19</sup>, mesmo diante da insuficiência de evidências sobre a eficácia dos medicamentos. Note-se, ainda, que a Lei Nacional Ordinária nº 13.979/2020 (intitulada “Lei da Quarentena”), de 6 de fevereiro de 2020<sup>36</sup>, delimitou como marco sanitário legal o emprego de evidências científicas nas medidas adotadas na rede pública de saúde, durante a emergência em saúde pública da covid-19.

Em sentido idêntico, a AMB publicou em seu sítio oficial, por intermédio do Ofício DIR/AMB/042/2020 (de 21 de março de 2020), ser compreensível que o médico, em missão de impedir desfecho de morte inevitável, procurasse prescrever medicamentos minimamente testados<sup>37</sup>. Em outra publicação, de 19 de julho de 2020, a associação voltou a se manifestar em defesa da autonomia do médico, em consonância com os argumentos do MS sobre a autonomia médica à prescrição da CQ/HCQ, ancorando-se no Parecer nº 4/2020 do CFM<sup>33,38</sup>.

A AMB deixou claro que a discussão que gravitava em torno dos medicamentos desbordou o debate científico e o confronto – de cariz político –, e teria repercussões negativas, caso a autonomia médica fosse restringida com a proibição à prescrição da CQ/HCQ para tratamento da doença. Por essa razão, esse posicionamento não se

tratava de apologia a este ou àquele medicamento, mas de respeito a padrões éticos e científicos erigidos ao longo dos séculos, em defesa da posição proveniente do conselho de classe que disciplinou a matéria (CFM).

Destaca-se, aqui, que os argumentos do CFM e da AMB eram plausíveis no início da emergência sanitária, em que o uso compassivo da CQ/HCQ, também definido como humanitário ou por compaixão, era considerado uma “terapia de salvamento experimental”<sup>28</sup>, enquanto não havia outra terapêutica disponível. Esse novo uso, entretanto, já não se justificava ao se estabelecer razoável consenso sobre a falta de evidência científica quanto à eficácia dos medicamentos contra a covid-19<sup>16-17,19</sup>. Nem encontrava esteio, tampouco quando em confronto com a legislação sanitária brasileira, que possui normas para o uso compassivo de medicamentos (RDC nº 38/2013)<sup>39</sup>.

Convém frisar que a AMB mudou seu posicionamento sobre o uso da CQ/HCQ em março de 2021<sup>40</sup>, frente aos avanços do conhecimento científico sobre o uso dos medicamentos contra a covid-19, deixando também de ser prioridade nos estudos da OMS<sup>19</sup>; ao passo que o CFM abraçou e manteve a tese quanto à autonomia médica e ao consentimento do paciente na escolha terapêutica, a despeito das evidências contrárias de possíveis benefícios dos medicamentos para o tratamento da doença.

As evidências científicas integram e norteiam as políticas no âmbito da saúde pública (art. 19-Q, I, da Lei nº 8.080/1990)<sup>35</sup>, assim como as decisões judiciais cujo padrão decisório também se vincula à corrente da MBE<sup>41</sup>. Isso tudo com a utilização “[...] de argumentos científicos e embasados em literatura acadêmica no decorrer do processo judicial e nas decisões sobre estes, no que se refere às demandas que envolvem o direito à saúde”<sup>42</sup>.

A OMS, em resposta a riscos específicos à saúde pública global, visando implementar as medidas de saúde coletiva, orienta que os países signatários deverão basear suas decisões em evidências científicas disponíveis, incluindo diretrizes da OMS, de organizações intergovernamentais e organismos internacionais (art. 43.2 do Regulamento Sanitário Internacional – RSI)<sup>43</sup>, respeitando-se as legislações sanitárias de cada país.

Além disso, as orientações da OMS vinculam as políticas nacionais conforme disciplina o RSI, do qual o Brasil faz parte como Estado-membro, e cujo Decreto Federal nº 10.212/2020 promulgou seu texto revisado<sup>44</sup>. A força das diretrizes/recomendações traçadas pela OMS<sup>16-17,19</sup> sustentou a posição de conselhos e associações médicas nacionais sobre o uso ético de medicamentos, especialmente no caso de emergências sanitárias, incluindo indicações *off-label* e de uso compassivo, conforme demonstram os seguintes trechos: “Maio de 2020: Na ausência de terapias efetivas, o tratamento mediante protocolos de pesquisa clínica deve ser estimulado. Nesse contexto, profissionais devem se informar sobre a existência de estudos clínicos terapêuticos, especialmente ensaios clínicos randomizados, aprovados por órgãos regulatórios e comitês de ética, em andamento em sua instituição.”<sup>45</sup> “Junho de 2020: [...] enquanto não haja evidências científicas de melhor qualidade sobre a eficácia e segurança desses medicamentos, a OPAS recomenda que eles sejam usados apenas no contexto de estudos devidamente registrados, aprovados e eticamente aceitáveis.”<sup>26</sup> “Julho de 2020: A Organização Mundial de Saúde, bem como outras entidades internacionais, e a agência nacional reguladora de medicamentos norte-americana (FDA) não recomendam o uso de cloroquina/hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19.”<sup>46</sup>

Os medicamentos CQ e HCQ, mesmo aprovados para outras indicações de uso, não apresentaram o necessário supedâneo científico

para tratamento da covid-19, visando reduzir os riscos à saúde individual e coletiva, em contraposição ao princípio da precaução e da prevenção, prestigiados na jurisprudência constitucional<sup>47-48</sup>. Acerca disso, a jurisprudência pátria também recomenda observar *standards* de entidades técnicas nacionais e internacionais, cujo hodierno padrão decisório privilegia as evidências científicas, além das diretrizes da OMS e das entidades científicas renomadas.

As evidências científicas procuram identificar os benefícios de uma intervenção medicamentosa e buscam encontrar resultados para decisões clínicas<sup>49-50</sup>. No caso do uso *off-label*, não se tem conhecimento dos benefícios de uma nova indicação terapêutica, mas sim dos possíveis eventos adversos<sup>51</sup>. Eventualmente, poderia não se saber tratar uma doença com possibilidade de agravamento como a covid-19, mas, por outro lado, haveria de se ter cautela devido aos possíveis efeitos deletérios ou complicações causadas pela própria doença infecciosa.

Inegavelmente, hoje, um dos pilares da conduta terapêutica baseia-se em evidências científicas, visto que “[...] pesquisa e prática clínica não mais estão dissociadas”<sup>52</sup>. Afora as experiências adquiridas pela prática médica, a globalização da informação e a validação das decisões por meio da MBE permitiram que as decisões clínicas passassem a ser pautadas por métodos cientificamente reconhecidos. Atualmente, o acesso à ciência é muito mais célere, especialmente quando a internet aproximou países e pesquisadores ao redor do mundo.

Quando surge uma doença nova, sem descrição prévia, o tratamento ideal é geralmente desconhecido. No caso da covid-19, inicialmente, não havia estudos de qualidade, e isso permitiu a hipertrofia do argumento da autonomia médica, dado que evidências científicas conclusivas não surgem em poucos meses. Deve-se registrar que o topo da pirâmide tipológica das evidências científicas é composto por Estudos

Clínicos Randomizados (RCT, sigla em inglês)<sup>53</sup>, considerados padrão-ouro da pesquisa clínica, os quais necessitam de um conjunto de elementos bem conduzido para uma interpretação criteriosa de seus resultados<sup>54</sup>.

Para Boy<sup>55</sup>, as descobertas científicas e técnicas permitem uma melhor gestão de riscos. Segundo o autor, a fronteira entre o conhecido e o desconhecido alarga-se em busca da mitigação das incertezas. Nascido do direito ambiental alemão na década de 70 (*Vorsorgeprinzip*), a incerteza científica é apreciada à luz do princípio da precaução, que impõe a devida ponderação, para a legitimação científica e sanitária de intervenções adotadas em processo decisório de indivíduos, assim como sua aplicação em ações governamentais e autoridades públicas<sup>55</sup>.

Nesse ponto, é oportuno diferenciar a prescrição individual de um medicamento de uso *off-label*, mediante avaliação particularizada do paciente e supervisionada pelo médico prescritor, norteadas pelo Código Deontológico dos Médicos, de orientações para o uso difundido no sistema público de saúde. Como parte do dever do Estado, as orientações sanitárias do MS não apresentaram o respectivo monitoramento acerca da eficácia terapêutica dos medicamentos CQ/HCQ, e de seus reflexos sanitários no âmbito da saúde coletiva, visto que a precaução “[...] não advoga ‘risco zero’, mas exige que se dê importância à saúde pública”<sup>56</sup>.

Em que pese a literatura indicar que a prescrição de uso *off-label* possa ocorrer por conta e risco do médico assistente<sup>57-58</sup>, a crise sanitária da covid-19 evidenciou que a legislação sanitária brasileira demanda normas específicas para essa modalidade terapêutica, sem prejuízo, contudo, à inovação da prática clínica. Medidas estas aplicáveis tanto aos profissionais do SUS quanto aos da saúde suplementar, uma vez que a legislação pátria não possui ferramentas de

controle desse tipo de uso, para evitar eventuais efeitos nocivos à população.

No direito comparado, conforme Pereira, em países como a França e a Hungria, essa prática deve ser controlada pelas instâncias superiores, posto que os médicos precisam prescrever um medicamento *off-label* mediante “Autorização Temporária de Uso” (ATU)<sup>23</sup>. Na Holanda, só é permitida se o órgão profissional competente tiver desenvolvido protocolos específicos para uso fora de bula. Em outros países, como os Estados Unidos, a prescrição não é uma prática vedada, cabendo, em regra geral, à responsabilidade dos médicos caso prescrevam medicamentos consoante seu entendimento<sup>23</sup>.

No Brasil, para além da prescrição a pacientes individuais, a prescrição de uso *off-label* carece da criação de plano de monitoramento e avaliação terapêutica na esfera do SUS, que permita sua transparência<sup>59</sup>, tal como estabelecido nos programas assistenciais envolvendo medicamentos experimentais (RDC nº 38/2013)<sup>39</sup>. Não bastasse isso, a indústria farmacêutica também se desresponsabiliza legalmente pelas consequências dos eventos adversos do uso *off-label*, pois este não está sendo prescrito conforme aprovação da Anvisa, e não recebe o mesmo grau de escrutínio para as indicações rotuladas.

Em caso de orientações terapêuticas no sistema de saúde, esse monitoramento deveria ser promovido por meio de regulamentações sanitárias orientadas para avaliar os efeitos sistêmicos de tratamentos de uso *off-label* – de medicamentos já comercializados – voltados à saúde pública e sob a tutela do Estado. Tais precauções seriam adotadas em benefício da saúde da população, como bem jurídico maior, algo estabelecido por condutas médicas que contemplem, além das evidências da prática médica, os princípios da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência e justiça<sup>55,60</sup>.

As controvérsias em torno do uso *off-label* da CQ/HCQ espelharam que a emergência sanitária e os riscos provocados por uma doença complexa e multifacetada como a covid-19 não exoneravam a precaução<sup>61</sup>, dadas as incertezas científicas quanto ao uso dos medicamentos com efetividade terapêutica não comprovada. Assim, a necessidade de cautela/precaução ultrapassou a prevenção, independentemente da produção de danos, pois a prescrição dos fármacos CQ/HCQ, seja ao nível individual ou ao de políticas de saúde, poderia provocar riscos não conhecidos pelo seu uso inadequado ou indiscriminado, sobretudo no auge da crise sanitária.

### **Regulamentação sanitária e a autonomia médica na prescrição de medicamentos**

Inicialmente autorizado o uso compassivo da CQ/HCQ, a manutenção das orientações governamentais para seu uso *off-label*, por meio de notas informativas, e sob a responsabilidade do médico prescritor, não ficou adstrita ao campo da prática médica. Os medicamentos foram orientados amplamente na rede SUS, sem intervenção regulatória para a indicação fora de bula, e ausente do oportuno protocolo de monitoramento devidamente formalizado e autorizado pelas instâncias técnico-científicas qualificadas.

As sobreditas notas informativas foram editadas versando acerca do manejo clínico da doença, orientando que os fármacos deveriam ser ministrados no plano terapêutico individualizado, condicionando-os à receita e à avaliação do médico prescritor, por meio do consentimento do paciente, mediante assinatura do termo de permissão/autorização de uso. Consignaram-se possíveis eventos adversos importantes, com informações sobre os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento da doença, porém, sem demonstrar a

proporcionalidade entre risco-benefício. Confira-se trecho da Nota Informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS: “2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina. [...] Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, **à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito**. [...] Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados da forma como foi exposto no presente termo.”<sup>10</sup>, grifo nosso

Na perspectiva sanitária, o princípio da liberdade, que se articula com o da responsabilidade, orienta as normas do Direito Sanitário, em que se insere o princípio da liberdade profissional do médico. O médico possui autonomia e será responsável pelas escolhas ao prescrever medicamentos sem comprovação de benefícios, desde que não cause violação a direitos previstos em lei e tampouco eventuais danos aos pacientes. O profissional médico tem a obrigação de informar ao paciente sobre a sua opção/conduita terapêutica, esclarecendo a possibilidade de se adotarem outros procedimentos sugeridos pelas normas e pelos protocolos clínicos<sup>20</sup>.

O princípio do consentimento ou da autonomia repousa no respeito à pessoa humana, em relação à saúde do corpo e da mente, cujo consentimento para as práticas em saúde deve ser livre e esclarecido; e vinculado, sobretudo, aos princípios da dignidade humana e da liberdade. De forma que nenhum tratamento seja feito sem o consentimento do paciente, exceto quando este não estiver em condições de permiti-lo ou negá-lo, quando ocorrerá manifestação



expressa de seu representante legal ou de pessoa próxima ao paciente<sup>20</sup>.

Os referidos princípios sanitários, contudo, podem ser restringidos em casos extremos de epidemias ou doenças contagiosas, em que há limites em prol da saúde pública<sup>20</sup>, a fim de evitar danos à saúde individual ou coletiva. Nessa perspectiva, John Stuart Mill teorizou sobre o princípio do dano (*Harm Principle*) em “Sobre a Liberdade” (*On Liberty*), propondo que a liberdade individual, embora não seja absoluta, deva ser respeitada, mas que encontra baliza no próprio dano causado a terceiros<sup>62</sup>.

Noutro giro, Beauchamp e Childress<sup>63</sup> apontam os princípios centrais bioéticos, que incluem o respeito à autonomia (decisão autônoma), assim como a não maleficência (evitar a causa de dano), a beneficência (minoração ou prevenção de danos) e a justiça (distribuição justa de benefícios e riscos), que norteiam as práticas médicas ao longo dos tempos. Tais princípios bioéticos envolvem subjetividade e complexidade na tomada de decisões clínicas – analisadas em caso concreto –, reconhecendo também os avanços tecnológicos e científicos.

Nesta feita, introduzindo-se nas normas jurídico-positivas da profissão médica, deve-se relativizar a autonomia médica, sobretudo no que tange ao tratamento de uso *off-label*, pois, embora seja uma prática clínica reconhecida em casos de enfermidades sem tratamento específico, ela carece de estar associada à consistência mínima quanto à terapêutica empregada<sup>64</sup>, para que uma situação de emergência em saúde pública<sup>65</sup> não prescindia de cautela, de segurança sanitária e de evidências científicas.

As normas a serem seguidas pelos médicos no exercício ético e técnico da profissão são tratadas no Código de Ética Médica (CEM), da Resolução nº 2.217/2018<sup>66</sup>, modificado pelas Resoluções CFM

2.222/2018<sup>67</sup> e 2.226/2019<sup>68</sup>. A esse respeito, o CFM enumera os atributos que norteiam as atividades médicas, de maneira que o médico deverá atuar com autonomia e fundamentado nas melhores evidências científicas existentes de benefício e segurança (CEM, Capítulo I). Confira-se: “VII - **O médico exercerá sua profissão com autonomia**, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. [...] XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.”<sup>66</sup>, grifo nosso

O médico é técnica e deontologicamente responsável pela prática clínica, quanto aos aspectos legais, éticos, científicos e à liberdade profissional, “[...] objetivando sempre única e tão somente a beneficência e nunca a maleficência”<sup>69</sup>, podendo se ancorar em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Há balizas jurídicas, todavia, caso o médico se distancie da ciência e dos valores regidos pelos princípios da não maleficência e da beneficência (Resolução nº 466/2012)<sup>70</sup>, em especial quando há riscos imprevisíveis em relação ao sucesso terapêutico.

A lei, a ética e a ciência estão intrinsecamente entrelaçadas, embora a autonomia médica não esteja condicionada exclusivamente a protocolos terapêuticos ou pelo registro sanitário, respeitando-se as práticas cientificamente reconhecidas e o próprio ordenamento jurídico<sup>20</sup>. Nesse sentido, o Parecer SEJUR nº 537/2015, editado pelo CFM, estabelece que a prescrição de medicamentos de uso *off-label* é de responsabilidade do médico, que pode arcar civil, ética e

criminalmente pelas consequências de suas opções terapêuticas<sup>71</sup>, uma vez que a prescrição medicamentosa é distinta daquela aprovada pela autoridade reguladora sanitária competente.

Trata-se, no aludido parecer, de ato médico apoiado na valorização da relação médico-paciente, correspondente a tratamento de forma individualizada, conforme estampado na Lei nº 12.842/2013, observando-se as particularidades de cada paciente<sup>72</sup>. Tal prerrogativa, contudo, difere de “orientações terapêuticas” ampliadas na rede SUS, ausentes de respaldo científico de eficácia, de monitoramento dos resultados clínicos e de seus possíveis eventos adversos, que requerem o devido plano de controle sanitário (farmacovigilância), sobretudo de forma extensiva à coletividade.

No Brasil, a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012<sup>70</sup>, editada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), apresenta a base ética e jurídica à prática da pesquisa científica, que abarca vários aspectos, entre eles, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse termo é considerado o documento em que o paciente/participante do estudo, ou seu responsável legal, de forma escrita, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, toma conhecimento de todas as informações necessárias ao correspondente tratamento/estudo<sup>70</sup>.

O TCLE é usualmente empregado em ensaios clínicos, cujo objeto da pesquisa é previamente registrado e devidamente monitorado pelas instâncias técnicas competentes – almejando determinada inovação terapêutica –, podendo também ser usado em prescrição médica *off-label*. Repise-se, pela sua relevância, que tal prática corresponde a uma atividade privativa do médico, cuja prescrição pode vir a ser uma decisão acertada na análise individual do paciente ou, eventualmente, caracterizar um erro médico<sup>73-74</sup>.

Segundo Almeida<sup>75</sup>, a expressão “consentimento esclarecido” foi utilizada pela primeira vez em 1957, no estado da Califórnia (EUA), no

juízo do caso *Salgo versus Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustees*. O paciente Martin Salgo sofreu uma paralisia permanente como resultado de uma aortografia translombar malsucedida, e “[processou] seu médico alegando negligência na execução do ato cirúrgico e por não haver advertido sobre o risco de paralisia (Faden and Beauchamp, 1986)”<sup>75</sup>.

Beauchamp e Childress<sup>63</sup> realçam a importância do entendimento do indivíduo, sem o qual uma decisão não se realiza com autonomia. França<sup>49</sup> averba que o consentimento do paciente, obtido de um indivíduo civilmente capaz e apto para compreender uma proposta terapêutica, isento também de coação, influência ou indução, vai além de um aceite formal. Não pode ser obtido mediante apenas uma simples assinatura ou “[...] leitura apressada em textos minúsculos de formulários a caminho das salas de operação. Mas por meio de linguagem acessível ao seu nível de conhecimento e compreensão (princípio da informação adequada)”<sup>49</sup>.

O princípio sanitário da informação, também derivado do princípio da liberdade, prevê que toda pessoa tem direito ao acesso à informação, seja ela política, econômica, esportiva, médica, sanitária ou científica<sup>20</sup>, o que permite melhor decisão para o consentimento do paciente. Esse princípio exige da administração, dos gestores públicos e dos profissionais de saúde a prestação de informações com a maior clareza possível, para diagnóstico, tratamento e prognóstico de uma doença<sup>20</sup>.

Na concepção teórica de autores como França<sup>49</sup> e Almeida<sup>75</sup>, o TCLE carece de conhecimento e compreensão plena do usuário, sobretudo quando o paciente não possui informações suficientes sobre a terapêutica indicada, e existam lacunas quanto aos aspectos clínicos e ao curso natural da doença. Ainda mais quanto ao estado de vulnerabilidade, de pessoas ou grupos, por quais motivos e razões

tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida de decidir<sup>70</sup>.

A despeito da alta vulnerabilidade dos pacientes frente às incertezas daquele período, o termo de consentimento apresentado pela autoridade sanitária demonstrou que não foram atendidas plenamente as informações adequadas e necessárias ao tratamento medicamentoso proposto. A ausência desses requisitos comprometeu sua validade, já que as respectivas notas informativas se encontravam em desacordo com a legislação sanitária, que exige evidências mínimas de segurança e eficácia terapêutica na esfera do SUS<sup>35</sup>, especialmente de benefícios comprovados à saúde do paciente.

Desse modo, o termo de ciência em apreço pode ter sido empregado com o fito de dar proteção jurídica e eximir a responsabilidade do gestor público, e de mitigar a do profissional médico, pelo eventual dano ao paciente em caso de eventos adversos e não previstos pelo uso dos medicamentos. Inclusive, as notas informativas não observaram os aspectos individuais de cada paciente, que, ao consentir o tratamento indicado, também assumiria o risco em relação à ausência de evidências científicas, quando se pressupõe que o médico e não o assistido possa ponderar e avaliar os riscos e benefícios de um tratamento emergencial dessa natureza.

Nessa ótica, impõe-se a responsabilidade do Estado, para orientar o melhor tratamento disponível à coletividade, com vistas a mitigar eventuais danos aos indivíduos, por intermédio de protocolos tecnicamente parametrizados, que tragam segurança sanitária ao paciente e jurídica ao médico prescritor e à população em geral. Isso no contexto de estudos registrados, aprovados e eticamente aceitáveis, e em ambiente regulamentado de pesquisas clínicas autorizadas por instâncias competentes – Anvisa e Comissão Nacional de Ética e

Pesquisa (CONEP) do MS, que geram informações que não seriam possíveis sem esse tipo de controle.

É possível depreender, portanto, que as justificativas governamentais arrimadas na autonomia médica e do paciente na condução do tratamento de uso *off-label* da CQ/HCQ na rede pública de saúde não ganharam amparo quando, na oportunidade, a OMS e entidades nacionais e internacionais sinalizaram objeções à prescrição de medicamentos fora de ensaios clínicos, sobretudo diante das incertezas científicas. Também impera a necessidade de se respeitar os limites impostos pela legislação sanitária brasileira, que exige evidências científicas suficientes e seguras para a utilização/prescrição de tecnologias de forma sistêmica no SUS.

## **CONCLUSÃO**

O caso paradigmático da CQ/HCQ desvelou que a prescrição de medicamentos em condições não demonstradas de segurança e eficácia, dispensados e distribuídos de forma ampla no SUS, baseada na garantia da autonomia médica e no consentimento do usuário para tratamento da doença na rede pública de saúde, atentou contra o princípio da segurança sanitária. Esse princípio remete à necessária precaução para redução de riscos capazes de afetar a saúde individual e a segurança da população.

Este trabalho demonstrou que o grande desafio da legislação sanitária brasileira é proporcionar caminhos intermediários entre uma alternativa apropriada que configure o uso *off-label* como uma prática regulamentada – quando indicado no âmbito do SUS –, e não apenas limitada à prescrição como ato privativo do médico. Por essa razão, é relevante propiciar ações concretas, assim como processos regulatórios adequados e consistentes, tanto em uma emergência sanitária quanto

fora dela, capazes de conferir razoável cautela e de estabelecer segurança, qualidade e eficácia mínimas quando não houver outra alternativa terapêutica disponível.

As incertezas científicas devem ser carreadas à luz das evidências apoiadas em pesquisas clínicas, respeitando-se os marcos sanitários e regulatórios das práticas clínicas e científicas, sem afastar a importância da experiência médica. Significa afirmar que as incertezas quanto à determinada doença e a seu respectivo tratamento, não devem prescindir da ponderação risco-benefício à saúde dos pacientes, seja pelo médico assistente, seja pelas autoridades sanitárias legalmente constituídas, mesmo em situações de emergências sanitárias.

No caso vertente, a manutenção da orientação ministerial à prescrição *off-label* da CQ/HCQ para tratamento da covid-19 no SUS, na maior tragédia sanitária mundial deste século, com a distribuição dos fármacos em toda a rede assistencial pública de saúde, infringiu recomendações vigentes sobre as boas práticas clínicas e sanitárias. Ainda mais à vista da ausência de evidências e de consensos técnico-científicos basilares, que devem ser empregados como garantia do direito fundamental à saúde e à integridade psicofísica dos cidadãos.

## REFERÊNCIAS

- 1- Rosa SG, Santos WC. Clinical trials on drug repositioning for covid-19 treatment. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2020 [cited 2023 Mai 2];44(e-40):1-7. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51949/v44e402020.pdf?sequence=1&isAllowed=y> doi: 10.26633/RPSP.2020.40.
- 2- Ashburn TT, Thor KB. Drug repositioning: identifying and developing new uses for existing drugs. Nature Reviews Drug Discovery [Internet]. 2004 [cited 2023 Mai 2];3(8):673-683. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrd1468> doi: 10.1038/nrd1468.

- 3- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica sobre cloroquina e hidroxicloroquina. Brasília, DF: Anvisa; 2020. 2 p.
- 4- Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of covid-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents* [Internet]. 2020 [cited 2023 Mai 2];56(1):105949. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300996> doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949.
- 5- Pubpeer – The online Journal Club [Internet]. California: The Pubpeer Foundation. 2017- [cited 2023 Mai 2]. Available from: <https://pubpeer.com/publications/B4044A446F35DF81789F6F20F8E0EE>.
- 6- Pasternak N, Almeida, LG. Ninguém provou que hidroxicloroquina cura covid-19. *Revista Questão de Ciência* [Internet]. 19 mar. 2020 [cited 2023 Mai 2]. Available from: <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/artigo/2020/03/19/ninguem-provou-que-hidroxicloroquina-cura-covid-19>.
- 7- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WC. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* [Internet]. 1996 [cited 2023 Mai 2];312(7023):71-72. Available from: <https://www.bmj.com/content/312/7023/71.full> doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 4 p.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 6/2020-DAF/SCTIE/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 5 p.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 422 p.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 11/2020-SE/GAB/SE/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 5 p.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 17/2020-SE/GAB/SE/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 38 p.
- 13- Chatre C, Roubille F, Vernhet H, Jorgensen C, Pers YM. Cardiac complications attributed to chloroquine and hydroxychloroquine: a



- systematic review of the literature. *Drug Safety* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mai 2];41(10):919-931. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40264-018-0689-4> doi: 10.1007/s40264-018-0689-4.
- 14- Touret F, Lamballerie X. Of chloroquine and covid-19. *Antiviral Research* [Internet]. 2020 [cited 2023 Mai 2];177(104762):1-2. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166354220301145> doi: 10.1016/j.antiviral.2020.104762.
- 15- Riera R, Pacheco RL. Hidroxicloroquina e cloroquina para infecção por covid-19. Revisão sistemática rápida. São Paulo: SÍrio-Libanês; 2020. 26 p.
- 16- World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Coronavirus disease (covid-19): solidarity trial and hydroxychloroquine; 19 jun. 2020 [cited 2023 Mai 2]; [Newsroom/Questions and answers]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-hydroxychloroquine>.
- 17- World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Solidarity therapeutics trial produces conclusive evidence on the effectiveness of repurposed drugs for covid-19 in record time; 15 out. 2020 [cited 2023 Mai 2]; [News]. Available from: <https://www.who.int/news/item/15-10-2020-solidarity-therapeutics-trial-produces-conclusive-evidence-on-the-effectiveness-of-repurposed-drugs-for-covid-19-in-record-time>.
- 18- Lamontagne F, Stegemann M, Agarwal A, Agoritsas T, Siemieniuk R, Rochweg B, et al. A living WHO guideline on drugs to prevent covid-19. *BMJ* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mai 2];372(526):1-5. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n526.full.pdf> doi: 10.1136/bmj.n526.
- 19- WHO Solidarity Trial Consortium. Repurposed antiviral drugs for covid-19 – interim WHO solidarity trial results. *The New England Journal of Medicine* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mai 2];384(6):497-511. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2023184> doi: 10.1056/NEJMoa2023184.

- 20- Aith FM. Teoria geral do direito sanitário brasileiro [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006. 458 fls.
- 21- Tabarrok AT. Assessing the FDA via the anomaly of off-label drug prescribing. *The Independent Review* [Internet]. 2000 [cited 2023 Mai 2];5(1):25-53. Available from: [https://www.independent.org/pdf/tir/tir\\_05\\_1\\_tabarrok.pdf](https://www.independent.org/pdf/tir/tir_05_1_tabarrok.pdf).
- 22- Carneiro AV, Costa J. A prescrição fora das indicações aprovadas (off-label): prática e problemas. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 2013 [cited 2023 Mai 2];32(9):681-686. Available from: <https://www.revportcardiol.org/pt-a-prescricao-fora-das-indicacoes-aprovadas-off-label-pratica-articulo-S0870255113001315> doi: 10.1016/j.repc.2013.01.006.
- 23- Pereira AG. Aspectos jurídicos da prescrição médica off-label: o caso da covid-19. In: Gebran Neto JP. *Direito à saúde para além dos medicamentos*. Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2023. p. 27-38.
- 24- Wittich CM, Burkle CM, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) about off-label drug use. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. 2012 [cited 2023 Mai 2];87(10):982-990. Available from: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(12\)00683-0/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(12)00683-0/fulltext) doi: 10.1016/j.mayocp.2012.04.017.
- 25- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Nota técnica sobre as novas orientações publicadas em 20 de maio de 2020 sobre o tratamento precoce de covid-19 com o uso de cloroquina e hidroxicloroquina. São Paulo: AMIB; 2020. 1 p.
- 26- Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2020. OPAS/OMS esclarece posição atualizada sobre o uso da hidroxicloroquina; 5 jun. 2020 [cited 2023 Mai 2]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/opas-oms-esclarece-posicao-atualizada-sobre-uso-da-hidroxicloroquina\\_80452.html](http://www.cofen.gov.br/opas-oms-esclarece-posicao-atualizada-sobre-uso-da-hidroxicloroquina_80452.html).
- 27- Conselho Federal de Farmácia [Internet]. Brasília, DF: CFF; 2020. CFF alerta sobre risco do uso hidroxicloroquina para tratar a covid-19; 20 mar. 2020 [cited 2023 Mai 2]; [Notícias]. Available from: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5710>.
- 28- Sociedade Brasileira de Infectologia [Internet]. São Paulo: SBI; 2020. Nota de esclarecimento (uso de hidroxicloroquina para covid-19); 22 mar. 2020 [cited 2023 Mai 2]. Available from:

<https://www.somerj.com.br/novosite/pdf/SBIHidroxicloroquinaparaCOVID-1922mar2020.pdf>.

- 29- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2020. Posicionamento da ACMFC/SC sobre a cloroquina; 21 maio 2020 [cited 2023 Mai 2]; [Notícias]. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/posicionamento-da-acmfc-sc-sobre-a-cloroquina/>.
- 30- Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota de Alerta. Cloroquina/hidroxicloroquina para o tratamento da covid-19 em crianças e adolescentes: parecer científico da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: SBP; 2020. 7 p.
- 31- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia [Internet]. Brasília, DF: SBPT; 2020. Declaração sobre o tratamento da covid-19; 22 jul. 2020 [cited 2023 Mai 2]. Available from: [https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/07/declaracao\\_tratamento\\_covid.pdf](https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/07/declaracao_tratamento_covid.pdf).
- 32- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CXXVI, n. 191-A, p. 1-32, 5 out. 1988.
- 33- Conselho Federal de Medicina. Processo consulta CFM nº 8/2020 – Parecer CFM nº 4/2020. Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19. Relator: Conselheiro Mauro Luiz de Britto Ribeiro. Brasília, DF: CFM, 2020 [cited 2023 Mai 2]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>.
- 34- Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano XCVI, n. 225, p. 23013-23015, 1 out. 1957.
- 35- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CXXVIII, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.
- 36- 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CLVIII, n. 27, p. 1, 7 fev. 2020.

- 37- Associação Médica Brasileira [Internet]. São Paulo: AMB; 2020. OF/DIR/AMB/042/2020; 21 mar. 2020 [cited 2023 Mai 2]. Available from: [https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/03/OF.DIR\\_042.2020-POSICAO-DA-AMB-SOBRE-O-USO-DA-HIDROXICLOROQUINA-E-AZITROMICINA-NO-COMBATE-AO-COVID.19.pdf](https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/03/OF.DIR_042.2020-POSICAO-DA-AMB-SOBRE-O-USO-DA-HIDROXICLOROQUINA-E-AZITROMICINA-NO-COMBATE-AO-COVID.19.pdf).
- 38- Associação Médica Brasileira [Internet]. São Paulo: AMB; 2020. Hidroxicloroquina: AMB defende autonomia do médico; 19 jul. 2020 [cited 2023 Mai 2]. Available from: [http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2020/07/20/10\\_41\\_36\\_45\\_NOTA\\_Associao\\_Medica\\_Brasileira\\_hidroxicloquina.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2020/07/20/10_41_36_45_NOTA_Associao_Medica_Brasileira_hidroxicloquina.pdf).
- 39- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 38, de 12 de agosto de 2013. Aprova o regulamento para os programas de acesso expandido, uso compassivo e fornecimento de medicamento pós-estudo. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CL, n. 155, p. 48-52, 13 ago. 2013.
- 40- Associação Médica Brasileira diz que uso de cloroquina e outros remédios sem eficácia contra covid-19 deve ser banido. G1 [Internet]. 23 mar. 2021 [cited 2023 Mai 2]; Bem Estar/Coronavírus. Available from: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/23/amb-diz-que-uso-de-cloroquina-e-outros-remedios-sem-eficacia-contracovid-19-deve-ser-banido.ghtml>.
- 41- Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 186 fls.
- 42- Cunha JR, Farranha AC. Judicialização da saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde. Ciências e Políticas Públicas [Internet]. 2021 [cited 2023 Mai 2]; VII(1):15-35. Available from: <https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/98/106> doi: 10.33167/2184-0644.CPP2021.VVIIN1/pp.15-35.

- 43- World Health Organization. Fifty-eighth World Health Assembly. WHA 58.3: revision of the international health regulations. Geneva: WHO; 2005. 59 p.
- 44- 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CLVIII, n. 21-A, p. 1-15, 30 jan. 2020.
- 45- Falavigna M, Colpani V, Stein C, Azevedo LCP, Bagattini M, Brito GV, et al. Diretrizes para o tratamento farmacológico da covid-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [Internet]. 2020 [cited 2023 Mai 2];32(2):166-196. Available from: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/08/consenso-covid-19.pdf> doi: 10.5935/0103-507X.20200039.
- 46- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2020. Nota sobre a covid-19: prevenção e tratamento; 13 jul. 2020 [cited 2023 Mai 2]; [Notícias]. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-sobre-a-covid-19-prevencao-e-tratamento/>.
- 47- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 627.189 São Paulo. Recurso extraordinário. Repercussão geral reconhecida. Direito Constitucional e Ambiental. Acórdão do tribunal de origem [...]. Recorrente: Eletropaulo Metropolitana - Eletricidade de São Paulo S/A. Recorrido: Sociedade Amigos do Bairro City Boaçava e outro(a/s). Relator: Ministro Dias Toffoli. Brasília, DF: STF, 2016 [cited 2023 Mai 2]. Available from: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12672680#:~:text=Conte%C3%BAdo%20jur%C3%ADico%20do%20princ%C3%ADpio%20da,el%C3%A9trica%20abaixo%20do%20patamar%20legal.>
- 48- Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 6421. Direito administrativo. Ações Diretas de Inconstitucionalidade. Responsabilidade civil e administrativa de Agentes Públicos. Atos relacionados à pandemia de COVID-19. [...] Requerente: Rede Sustentabilidade. Interessado: Presidente da República. Relator: Roberto Barroso. Brasília, DF: STF, 2020 [cited 2023 Mai 2]. Available from: [https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5912207.](https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5912207)

- 49- França GV. Direito médico. 6ª ed. São Paulo: BYK; 1994. 599 p.
- 50- El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. *Jornal Vascular Brasileiro* [Internet]. 2007 [cited 2023 Mai 2];6(1):1-4. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf> doi: 10.1590/S1677-54492007000100001.
- 51- Paumgarten FJ, Oliveira AC. Off label, compassionate and irrational use of medicines in covid-19 pandemic, health consequences and ethical issues. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2023 Mai 2];25(9):3413-3419. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GQwLcBQZmGYp7mK3V6r7tFt/?format=pdf&lang=en> doi: 10.1590/1413-81232020259.16792020.
- 52- Wannmacher L, Fuchs FD. Conduta terapêutica embasada em evidências. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2000 [cited 2023 Mai 2];46(3):237-241. Available from: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/wZs5xZJWNHLWzjgFdvR4srM/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/S0104-42302000000300009.
- 53- Castiel LD, Póvoa EC. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico? *Interface - Comunicação, Saúde e Educação* [Internet]. 2002 [cited 2023 Mai 2];6(11):117-32. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mBXjXSyfKvTD8QVHF9JThNq/?format=pdf> doi: 10.1590/S1414-32832002000200009.
- 54- Souza RF. O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina* [Internet]. 2009 [cited 2023 Mai 2];42(1):3-8. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/199/200> doi: 10.11606/issn.2176-7262.v42i1p3-8.
- 55- Boy L. La nature juridique du principe de précaution. *Nature Sciences Sociétés* [Internet]. 1999 [cited 2023 Mai 2];7(3):5-11. Available from: <https://www.nss-journal.org/articles/nss/pdf/1999/03/nss19990703p5.pdf> doi: 10.1016/S1240-1307(99)80541-X.
- 56- Tessler MI. A vigilância sanitária e os princípios da precaução e da prevenção. Artigo apresentado no IV Encontro Internacional dos Profissionais em Vigilância Sanitária; 1º out. 2004; Foz do Iguaçu.
- 57- Nobre PF. Prescrição off-label no Brasil e nos EUA: aspectos legais e paradoxos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2023

- Mai 2];18(3):847-854. Available from:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/qYpKwBB3SwTSnSMpcyMSrvm/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/S1413-81232013000300030.
- 58- Silveira MC. O uso off label de medicamentos no Brasil [Dissertação]. Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz; 2019. 196 fls.
- 59- Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. Shifting terrain in the regulation off-label promotion of pharmaceuticals. *The New England Journal of Medicine* [Internet]. 2009 [cited 2023 Mai 2];360(15):1557-1566. Available from:  
[https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMhle0807695?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMhle0807695?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed) doi: 10.1056/NEJMhle0807695.
- 60- Oliveira P, Viana CC, Campos Neto OH, Pereira GG, Santos AS, Zocratto KB. Cloroquina e hidroxicloroquina: uso off-label em processos judiciais no estado de Minas Gerais. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* [Internet]. 2020 [cited 2023 Mai 2];9(4):102-116. Available from:  
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/715/780> doi: 10.17566/ciads.v9i4.715.
- 61- Bonny V, Maillard A, Mousseaux C, Plaçais L, Richier Q. Covid-19: physiopathologie d'une maladie à plusieurs visages. *La Revue de Médecine Interne* [Internet]. 2020 [cited 2023 Mai 2];41(6):375-389. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866320301648> doi: 10.1016/j.revmed.2020.05.003.
- 62- Rees JC. A re-reading of mill on liberty. *Political Studies* [Internet]. 1960 [cited 2023 Mai 2];8(2):113-129. Available from:  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9248.1960.tb01133.x> doi: 10.1111/j.1467-9248.1960.tb01133.x.
- 63- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4<sup>a</sup> ed. New York: Oxford University Press; 1994. 560 p.
- 64- Figueiredo TA. Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na comarca do Rio de Janeiro: a aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 145 fls.

- 65- Aquino YS, Cabrera N. Hydroxychloroquine and covid-19: critiquing the impact of disease public profile on policy and clinical decision-making. *Journal of Medical Ethics* [Internet]. 2020 [cited 2023 Mai 2];46(9):574-578. Available from: <https://jme.bmj.com/content/medethics/46/9/574.full.pdf> doi: 10.1136/medethics-2020-106306.
- 66- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano CLV, n. 211, p. 179-182, 1 nov. 2018.
- 67- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.222, de 23 de novembro de 2018. Corrige erro material do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) publicado no D.O.U. de 1 de novembro de 2018, Seção I, p. 179. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano CLV, n. 237, p. 205, 11 dez. 2018.
- 68- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.226, de 21 de março de 2019. Revoga a Resolução CFM nº 1.649/2002, os artigos 4º e 5º e seu parágrafo único da Resolução CFM nº 2.170/2017 e altera o artigo 72 do Código de Ética Médica, que proíbem descontos em honorários médicos através de cartões de descontos e a divulgação de preços das consultas médicas de forma exclusivamente interna. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano CLVII, n. 66, p. 185, 5 abr. 2019.
- 69- Conselho Federal de Medicina [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2021. CFM define como experimental uso por inalação de hidroxiclороquina e cloroquina; 11 maio 2021 [cited 2023 Mai 2]; [Notícias]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/resolucao-do-cfm-define-como-experimental-uso-da-hidroxiclороquina-e-cloroquina-por-inalacao/>.
- 70- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano CL, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013.
- 71- Conselho Federal de Medicina. Despacho SEJUR nº 537/2015. Análise jurídica. Indicação de medicamento OFF LABEL. Responsabilidade do médico. Caso concreto. Supressão de instância. Interessado: Unimed Campinas. Brasília, DF: CFM, 2015 [cited 2023 Mai 2]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2015/537>.



- 72- Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CL, n. 132, p. 1-2, 11 jul. 2013.
- 73- Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2005. Como a Anvisa vê o uso off label de medicamentos; 23 maio 2005 [cited 2023 Mai 2]. Available from: [http://antigo.anvisa.gov.br/en\\_US/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&101\\_assetEntryId=352702&101\\_type=content&101\\_group#:~:text=O%20uso%20off%20label%20de%20um%20medicamento%20%C3%A9%20feito%20por,correto%2C%20apenas%20ainda%20n%C3%A3o%20aprovado.](http://antigo.anvisa.gov.br/en_US/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&101_assetEntryId=352702&101_type=content&101_group#:~:text=O%20uso%20off%20label%20de%20um%20medicamento%20%C3%A9%20feito%20por,correto%2C%20apenas%20ainda%20n%C3%A3o%20aprovado.)
- 74- Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 2/16. Os procedimentos médicos off label são aqueles em que se utilizam materiais ou fármacos fora das indicações em bula ou protocolos [...]. Interessados: Unimed Campinas e Senador Eduardo Matarazzo Suplicy. Relator: Conselheiro Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti. Brasília, DF: CFM, 2016 [cited 2023 Mai 2]. Available from: <https://cremers.org.br/wp-content/uploads/2020/06/20.01.2016-Parecer-CFM-2-2016-Prescri%C3%A7%C3%A3o-de-Medicamentos-Off-Label-e-Resolui%C3%A7%C3%A3o-CFM-1.982-2012.pdf>.
- 75- Almeida JL. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1999. 138 fls.

3

---

<sup>3</sup> Data de submissão: 2023  
 Data de aprovação: 2023  
 Data de publicação: 2023

---

## O efeito da pandemia de COVID-19 na coleta de material do colo do útero para exame citopatológico no Brasil

The effect of the COVID-19 pandemic on collection procedures for cytopathological exams in Brazil

El efecto de la pandemia del COVID-19 los procedimientos de colección para exámenes citopatológicos en Brasil

Laci Marcos Dias<sup>1</sup>  
Maria Inez Montagner<sup>2</sup>

### RESUMO:

**Objetivo:** verificar o efeito da pandemia de COVID-19 no procedimento de coleta de material de colo do útero para exame citopatológico. **Metodologia:** tratou-se de uma pesquisa quantitativa, em que as informações foram obtidas no site oficial do Ministério da Saúde, DATASUS, com busca sobre a produção ambulatorial no Sistema Único de Saúde, por local de atendimento, com o levantamento de dados referente à quantidade aprovada, por ano de processamento, segundo a Região/Unidade da Federação, do procedimento 0201020033, coleta de material do colo do útero para exame citopatológico, do grupo 02 (dois), procedimentos com finalidade diagnóstica, sendo analisado o período compreendido entre janeiro de 2016 a dezembro de 2021. **Resultados e Discussão:** no período estudado foram realizados 51.472.809 procedimentos de coleta de material do colo do útero em todo o país. Sendo região sudeste a que mais realizou esse procedimento com 23.411.334 e a região Centro Oeste com apenas 2.935.699, a que menos fez a coleta de material uterino. Discutiu-se

---

<sup>1</sup> Especialista em Direito Sanitário, Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil. Advogado. E-mail: lamadi.adv@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Professora associada, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Brasília, DF, Brasil. E-mail: inezmontagner@hotmail.com – ORCID: 0000-0003-0871-7826

então, o impacto das notas técnicas emitidas pelo INCA, direcionando os profissionais a orientarem a população a não procurarem por esse tipo de procedimento durante a pandemia e como se dará a retomada das coletas de material pós pandemia. **Conclusão:** observou-se, que houve uma redução dos procedimentos preventivos de coleta de material uterino, conforme os dados apurados em todo território nacional, devido a suspensão dos serviços, acarretando um grande volume de exames não realizados.

**Palavras-chave:** Neoplasia de Colo do Útero; COVID-19; Política de Saúde.

#### **ABSTRACT:**

**Objective:** to verify the effect of the COVID-19 pandemic on the procedure for collecting cervical material for cytopathological examination. **Methodology:** this was a quantitative survey, in which information was obtained from the official website of the Ministry of Health, DATASUS, with a search on outpatient production in the Unified Health System, by place of care, with the survey of data referring to the approved quantity, per year of processing, according to Region/Unit of the Federation, of procedure 0201020033, collection of material from the cervix for cytopathological examination, group 02 (two), procedures with diagnostic purposes, analyzing the period between January from 2016 to December 2021. **Results and Discussion:** during the period studied, 51,472,809 procedures were performed to collect material from the cervix throughout the country. Being the Southeast region the one that most performed this procedure with 23,411,334 and the Midwest region with only 2,935,699, the one that least collected uterine material. The impact of the technical notes issued by INCA was then discussed, directing professionals to guide the population not to seek this type of procedure during the pandemic, how the resumption of post-pandemic material collections will take place. **Conclusion:** it was observed that there was a reduction in preventive procedures for the collection of uterine material, according to data collected throughout the national territory, due to the suspension of services, resulting in a large volume of tests not performed.

**Keywords:** Uterine Cervical Neoplasms; COVID-19; Health Policy.

#### **RESUMEN:**

**Objetivo:** verificar el efecto de la pandemia de COVID-19 en el procedimiento de recolección de material cervical para examen citopatológico. **Metodología:** se trató de una encuesta cuantitativa, en la que se obtuvo información del sitio web oficial del Ministerio de Salud,

DATASUS, con una búsqueda sobre la producción ambulatoria en el Sistema Único de Salud, por lugar de atención, con la encuesta de datos referentes a la cantidad aprobada, por año de procesamiento, según Región/Unidad de la Federación, del procedimiento 0201020033, recolección de material del cuello uterino para examen citopatológico, grupo 02 (dos), procedimientos con fines diagnósticos, analizando el período comprendido entre enero de 2016 a Diciembre 2021. **Resultados y Discusión:** durante el período estudiado se realizaron 51.472.809 procedimientos de recolección de material del cuello uterino en todo el país. Siendo la región Sudeste la que más realizó este procedimiento con 23.411.334 y la región Centro Oeste con solo 2.935.699, la que menos material uterino recolectó. Luego se discutió el impacto de las notas técnicas emitidas por el INCA, encaminando a los profesionales a orientar a la población a no buscar este tipo de trámites durante la pandemia, cómo se dará la reanudación de los acopios de material pospandemia. **Conclusión:** se observó que hubo una reducción de los procedimientos preventivos para la recolección de material uterino, según datos recabados en todo el territorio nacional, debido a la suspensión de los servicios, lo que se tradujo en un gran volumen de pruebas no realizadas.

**Palabras clave:** Neoplasias del Cuello Uterino; COVID-19; Política de Salud.

## INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino configura-se como um grave e importante problema de saúde pública em todo o mundo<sup>1</sup>, esse tipo de câncer caracteriza-se por ser uma doença de desenvolvimento lento e assintomático em suas fases iniciais<sup>2</sup>.

São apontados como fatores de risco, que colaboram para seu surgimento, a multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, o baixo nível de escolaridade em conjunto com a situação socioeconômica, o grande número de gestações, além de cuidados íntimos inadequados.<sup>2</sup>

Essa neoplasia é causada pela infecção persistente de alguns tipos de Papilomas Humanos (HPV) que são conhecidos como tipo oncogênicos<sup>3</sup>, seu início ocorre nas células que revestem o órgão feminino, caracterizando as mudanças pré-cancerosas, denominadas de

neoplasia intraepitelial cervical, lesão intraepitelial escamosa e displasia, que posteriormente se transformam em câncer.<sup>4</sup>

Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, mais de 500 mil mulheres foram diagnosticadas com neoplasia uterina e quase 342 mil vieram a óbito, sendo a grande maioria em países pobres.<sup>5</sup>

Na América Latina e Caribe, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o câncer cervical é o terceiro mais comum entre as mulheres, sendo diagnosticados mais de 56 mil casos por ano, e destas mais de 50% (cinquenta) por cento perdem a vida por causa dessa doença.<sup>6</sup>

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), apresenta uma estimativa de 16.710 novos casos para o triênio 2020-2022, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres, um número bem acima da média apresentada pelo INCA no ano de 2019, que era de 6,10 casos por 100 mil habitantes, ou seja, quase três vezes mais, o que totalizou 6.596 óbitos para cada grupo de 100.000 cem mil mulheres.<sup>7</sup>

Apesar de números preocupantes, experiências internacionais demonstram que é possível reduzir em até 80% o número de óbitos causados pela doença. Com esse propósito, a OPAS, a partir dos anos 1980, propôs a implantação de programas nacionais de controle do câncer do colo de útero, que abrangem ações e serviços de prevenção primária, precoce tratamento e cuidados paliativos.<sup>8</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento<sup>9</sup>, que consiste em aplicar um teste ou exame em uma população assintomática, com o objetivo de identificar as lesões sugestivas para o câncer e assim encaminhá-las para a investigação e seu possível tratamento.<sup>9</sup>

No Brasil, dentre as várias ações governamentais desenvolvidas, que visam ao combate ao câncer do colo do útero, destacamos o Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.<sup>10</sup>

Observamos que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, conforme o disposto no art. 2º do Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2.<sup>10</sup>

Neste sentido, o art. 3º do Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2 determina que a PNPCC seja organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde.<sup>10</sup>

Portanto, há o reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e da necessidade de oferta de cuidado integral, da organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas.<sup>10</sup>

O programa rege, ainda, o respeito a critérios de acesso, escala e escopo, formação de profissionais e promoção de educação permanente, articulação intersetorial<sup>10</sup>. Diz ainda, que é garantia de ampla participação e controle social e a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do

SUS. São os princípios que norteiam a PNPCC, descritos no art. 5º, incisos I, a V do Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2.<sup>10</sup>

Para a efetiva aplicação da PNPCC, foram publicadas, a partir de 2011, pelo Ministério da Saúde, as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, sendo estas recomendações de boas práticas resultantes do julgamento pelos envolvidos no cuidado em situações específicas e baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, sendo que as diretrizes se destinam a orientar os usuários do sistema de saúde, gestores e educadores para as melhores decisões numa área do conhecimento.<sup>11</sup>

Neste sentido, rastreamento é o processo de identificação de pessoas aparentemente saudáveis que podem estar sob maior risco de doença<sup>11</sup>, observando-se que a estratégia atual para a organização da atenção à saúde em prol da efetiva garantia do direito à atenção integral, de forma resolutiva, de qualidade e extensiva a todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades, tem se baseado na instituição das Regiões de Saúde.<sup>11</sup>

Em nosso país, o método utilizado consiste no exame citopatológico, popularmente conhecido como exame Papanicolau<sup>11</sup>, que tem esse nome em homenagem ao seu descobridor o Dr. George Nicolau, que em 1917, em seus estudos observou alterações celulares das regiões da cérvix e da vagina, além de alterações nas diferentes fases do ciclo menstrual.<sup>12</sup>

Assim, o exame Papanicolau, realizado tempestivamente, visa identificar alterações pré-cancerosas nas células do colo do útero, que podem ser monitoradas por colposcopia e, se necessário, tratadas com excisão ou terapias localmente ablativas.<sup>13</sup>

Dentro deste contexto, existe uma priorização da faixa etária compreendida entre 25 a 64 anos e que já iniciaram sua atividade sexual, sendo recomendado o rastreamento com a repetição do exame

ciatológico em um período rotineiro de 03 (três) anos, após dois exames normais consecutivos, essa periodicidade tem como base as recomendações da Organização Mundial da Saúde e as diretrizes adotadas na maioria dos países com programas de rastreamento, devendo este acontecer em 80 a 85 por cento da população de risco.<sup>9-11</sup>

## **1 Pandemia de Covid-19 e os impactos no rastreamento do câncer de colo do útero**

No final de 2019, um novo e poderoso vírus, a princípio identificado como de um grupo de casos de pneumonia, em Wuhan na China<sup>14</sup>, logo tomou os cinco continentes devido a sua rápida dispersão e alto grau de risco, obrigando a OMS, em 11 de março de 2020, a caracterizar o surto da COVID-19 como pandemia, dados os mais de 188 mil casos identificados em mais de 114 países e mais de 4,2 mil mortes catalogadas até aquela data<sup>15</sup>.

Em nosso país, o primeiro caso de COVID-19 foi detectado em fevereiro 2020, passando a ocorrer transmissão voluntária a partir de março de 2020<sup>16</sup>, levando, assim, o Governo Federal a decretar o reconhecimento do estado de calamidade pública por meio do Decreto nº 6 de 20 de março de 2020<sup>17</sup>.

Por ser uma doença desconhecida e com pouquíssima informação a seu respeito, todo o sistema de saúde brasileiro foi impactado, não só pela demanda de atendimento em casos da COVID-19, como também pelas medidas de isolamento e de distanciamento social.<sup>16</sup>

Tendo em vista as consequências que afetaram todo o sistema de saúde<sup>16</sup>, acompanhando esse movimento de medidas de isolamento e de quarentena, buscando resguardar o indivíduo e a sociedade para o



bem maior, o Instituto Nacional do Câncer publicou a primeira nota técnica DIDEPRE/CONVPREV/INCA em 30/03/2020.<sup>18</sup>

Assim, de acordo com essa primeira nota técnica DIDEPRE/CONVPREV/INCA, no contexto da pandemia de Covid-19, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) direcionou que os profissionais de saúde orientassem as pessoas a não procurar os serviços para rastreamento de câncer naquele momento, e remarcassem as coletas de exame citopatológico, adiando consultas e exames para quando as restrições diminuíssem.<sup>18</sup>

Seguiu ainda informando que, além de postergar o rastreamento de câncer – mesmo dentro das recomendações das diretrizes ministeriais –, naquele momento seria ainda mais importante desencorajar práticas de rastreamento fora da população-alvo e da periodicidade recomendadas e também para cânceres para os quais não há recomendação de rastreamento, como os de próstata, tireoide e ovário, entre outros.<sup>18</sup>

Em uma segunda nota técnica DIDEPRE/CONVPREV/INCA, datada de 09/07/2020, o Instituto informa que a pandemia da doença do coronavírus (COVID-19) impactou os sistemas de saúde em todo o mundo.<sup>19</sup>

Os procedimentos eletivos, incluindo o rastreamento de câncer, haviam sido suspensos na maioria dos países pela necessidade de priorização das urgências e redução do risco de disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) nos serviços de saúde.<sup>19</sup>

Apointa ainda que, pela heterogeneidade da situação da pandemia por COVID-19 no Brasil, não seria possível adotar uma recomendação única a esse respeito.<sup>19</sup>

Como regra geral, seria recomendável que, ao considerar o retorno das ações de rastreamento, os gestores de saúde levassem em conta indicadores locais a respeito de incidência de COVID-19,

disponibilidade de testes para confirmação da infecção, mortalidade pela doença, disponibilidade de leitos de terapia intensiva e letalidade dos casos de COVID-19.<sup>19</sup>

Para câncer do colo do útero, conforme já abordado anteriormente neste artigo, a recomendação é um exame citopatológico a cada três anos, em mulheres entre 25 e 64 anos, com história prévia de dois exames iniciais anuais negativos. Na situação de pandemia, a recomendação foi de que o exame pudesse ser postergado.<sup>18</sup>

Ainda analisando a segunda nota técnica DIDEPRE/CONVPREV/INCA, agora com o olhar voltado ao período de reinício do rastreamento de câncer, observa-se que a indicação é de que tal ação demanda uma análise criteriosa dos riscos e benefícios envolvidos, considerando o cenário epidemiológico no contexto local, a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde e o histórico pessoal dos usuários.<sup>19</sup>

Ademais, deve ser preservada a segurança de indivíduos e profissionais de saúde de acordo com os protocolos de medidas de prevenção e proteção relativas aos efeitos da pandemia da COVID-19. Nesse sentido as seguintes recomendações devem ser observadas<sup>19</sup>: “1 - De forma geral as consultas devem ser agendadas previamente, seguindo as indicações de periodicidade e faixa-etária; 2 - Os usuários devem ser reorientados a reagendar a consulta caso estejam com sinais e sintomas suspeitos de COVID-19; 3 - Os usuários devem ser triados para sinais e sintomas relacionados à COVID19 antes de chegarem à sala de espera para o atendimento; 4 - O distanciamento físico deve ser estimulado, organizado e monitorado por profissionais da unidade de saúde treinados, para evitar aglomerações nas salas de espera e nas áreas de atendimento; 5 - Deve haver limitação para entrada de acompanhantes na unidade de saúde; 6 - O ambiente, as superfícies e os equipamentos deverão ser desinfetados e limpos regularmente; 7 -

Usuários e profissionais de saúde devem usar máscara facial e lavar frequentemente as mãos; 8 - Profissionais de saúde devem utilizar equipamento de proteção individual (EPI) segundo orientação específica. 9 - As unidades de saúde devem agendar consultas de seguimento, evitando idas desnecessárias das usuárias às unidades de saúde para fins de marcação de novas consultas”.<sup>19</sup>

A segunda nota finaliza-se dizendo da importância de ressaltar que o foco desta nota técnica é o rastreamento do câncer, ou seja, testes destinados a pessoas que não apresentam sinais e sintomas suspeitos de câncer. Indivíduos com resultados de testes de rastreamento anormais prévios à pandemia devem ser localizados, inclusive por busca ativa, e priorizados para confirmação diagnóstica, e que, no caso da presença de sinais ou sintomas de câncer, um profissional ou serviço de saúde deve ser consultado imediatamente com prioridade com relação às consultas para fins de rastreamento.<sup>19</sup>

Portanto, o objeto do presente trabalho foi de verificar o efeito da pandemia de COVID-19 no procedimento de coleta de material de colo do útero para exame citopatológico, no âmbito nacional aferindo as implicações de retomada do rastreamento do câncer de colo uterino no período pós pandemia.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, em que as informações foram obtidas no site oficial do Ministério da Saúde, DATASUS, na aba Produção Ambulatorial (SIA/SUS) (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>), com busca sobre a produção ambulatorial no Sistema Único de Saúde, por local de atendimento, com o levantamento de dados referente à quantidade aprovada, por ano de processamento, segundo a

Região/Unidade da Federação, do procedimento “0201020033, coleta de material do colo do útero para exame citopatológico” do grupo 02 (dois), procedimentos com finalidade diagnóstica, sendo analisado o período compreendido entre janeiro de 2016 anterior a pandemia a dezembro de 2021, durante a pandemia.

Foram ainda utilizadas para a pesquisa as informações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BMVS), além de realizadas buscas nas plataformas digitais LILICS, MedLine, Scientific Eletronic Libray Online (Scielo) e DATASUS.

O levantamento dos dados doutrinários e científicos nas plataformas acima citadas, foram realizadas no período de 18/08/2022 a 17/10/2022, com o objetivo de criar uma base teórica para o estudo do câncer de colo do útero, buscando dados mundiais, das américas e no Brasil.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

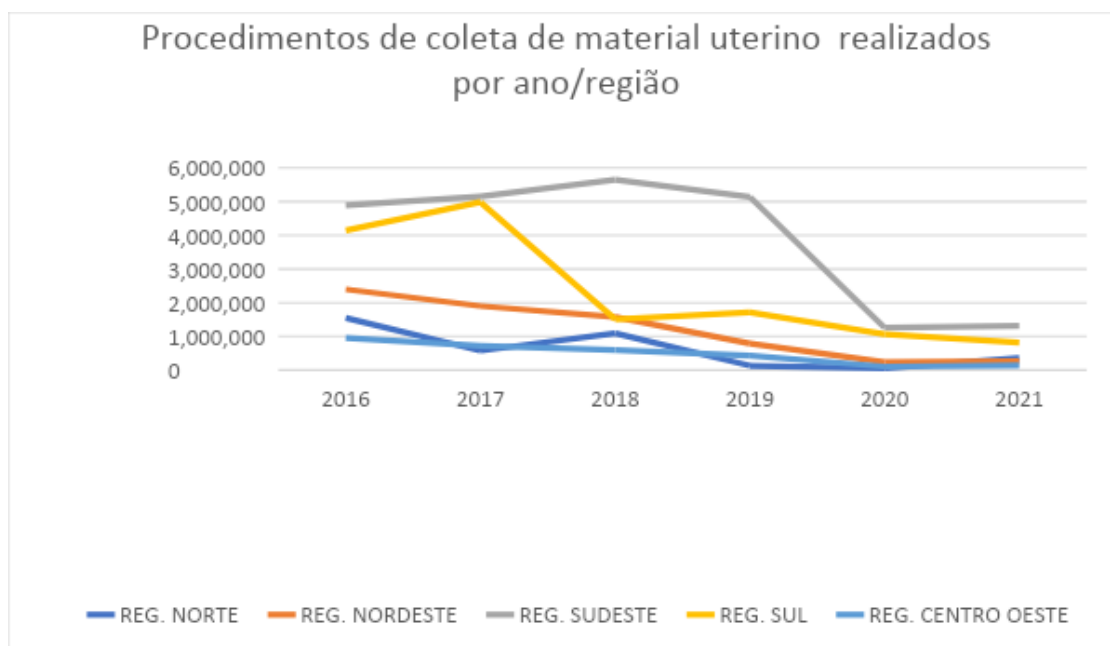
Na amostra coletada, para o presente estudo, que compreende o período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021, foram realizados 51.472.809 procedimentos de coleta de material uterino, em todos os estados da federação.

No ano em que iniciou-se o surto pandêmico, 2020, foram realizados em todo território nacional 2.720.470, ou seja, apenas 33% dos procedimentos de coleta de material uterino para exames, se comparado com o ano anterior de 2019, quando foram realizados 8.205.300, assim tivemos uma redução de 77% equivalente a 5.484.830 exames de coleta de material uterino para exames citopatológico.

Os valores apresentam ainda uma maior variação quando comparados com o ano de 2016, quando foram realizados 13.929.876 procedimentos, nesse sentido, o Gráfico 1 demonstra uma queda

continua nos procedimentos de coleta de matéria uterino para exames citopatológico, sendo esta queda extremamente vertiginosa no período pandêmico.

**Gráfico 1 - Procedimentos de coleta de material uterino: Período: 2016-2021**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Analisando as regiões, observou-se que região sudeste, no ano de 2018 realizou 5.652.890 procedimentos, em segundo lugar temos a Região Sul com 4.983.212 exames realizados no ano de 2017, posteriormente vem a região nordeste com 2.398.051 coletas de material uterino no ano de 2016.

Logo em seguida, temos a região norte com 1.547.699 procedimentos realizados e finalizando as regiões do nosso país encontra-se o Centro-Oeste com 949.652 exames realizados.

Na Região Sudeste, o Espírito Santo é o estado que figura com menor índice de procedimentos realizados num total de 913.226

realizados no período estudado e no ano de 2019 realizou o maior número de exames de todo o período analisado 304.160, reduzindo para 33.198 no ano de 2020 e reduzindo para 25.328 no ano de 2021.

Vale ser ressaltada a forte queda em São Paulo, uma vez que já foram realizados 2.929.268 exames de coleta de material do colo de útero no ano de 2018 e que em 2020 esse número caiu para 988.897, posteriormente em 2021 chegou a 97.491

Na Região Sul, no ano de 2020, observamos uma redução de mais de 50% da realização dos procedimentos de realização de exames nos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Santa Catarina, no ano de 2017 realizou 1.130.639 procedimentos sendo esse número reduzido para 135.444 no ano de 2020, o estado do Paraná se manteve estável em 2020 com relação a 2019, mais com forte queda se observamos o ano de 2017 quando realizou 1.618.617 procedimentos de coleta de uterina.

Na Região Nordeste durante período pesquisado, foram realizados 7.150.215 procedimentos de coleta de material uterino, nos anos de 2020 e 2021 houve uma queda média de 70% na realização dos procedimentos preventivos de coleta de material uterino, observa-se que somados os dois anos ainda não se atinge o mesmo número de procedimento do ano de 2019.

O estado do Ceará foi o que obteve maior índice de cobertura realizando um total de 1.621.129 procedimentos, na comparação anual os estados do Rio Grande do Norte com 3.356 procedimentos, seguido do estado da Paraíba com 3.309 coletas realizadas no ano de 2020 figuram como os piores resultados da região.

Em toda Região Norte, no ano de 2016 foram realizados 1.547.699 procedimentos, já no ano de 2020 esse número caiu para 55.462 exames sendo que, os estados do Acre com 841.895 e do Pará

com 411.920 procedimentos de coleta uterina realizados, se destacam como sendo os maiores realizadores de procedimentos.

Em direção contrária o estado do Amapá, é o estado que menos realizou procedimentos de finalidade diagnóstica, em todo o território nacional, sendo informado no sistema SAI/SUS do Ministério da Saúde 25.286 procedimentos no período estudado de 2016 a 2021, sendo que no ano de 2016 realizou 13.431 exames de coleta de matéria uterino e em 2020, 71 procedimentos e 41 exames de coleta de material uterino em 2019.

Em segundo lugar, com menor número de procedimentos, totalizando 29.663, o estado de Roraima, uma vez que, em 2016 foram realizados 15.270 exames e em 2020 registra-se apenas a realização de 142 exames de coleta de material uterino.

O estado do Tocantins, foi o que demonstrou um menor percentual de baixa na realização dos procedimentos de coleta de material uterino, sendo realizado em 2019, um total de 7.352 e em 2020, o número de procedimentos foi de 5.223, uma redução de 2.129 procedimentos de coleta de material uterino.

Dentro da Região Centro Oeste, o Distrito Federal apresenta os piores resultados, com queda constante desde o ano de 2016, quando realizou 71.922 exames de coleta de material uterino, sendo que em 2020 esse número baixou para 1.719, tendo aumento considerável em 2021 quando realizou 3.053 procedimentos.

Nessa região o estado que teve maior cobertura na prevenção com a aplicação dos exames de coleta uterina foi o estado de Goiás que realizou um total de 1.321.113 processos de captação de material ginecológico para exames preventivos, sendo que no ano de 2018 realizou 436.015 desses procedimentos, e no ano de 2020 esse número reduziu para 34.755.

Os dados projetados, demonstram a grande desigualdade entre os entes federados na oferta e na realização de exames tempestivos para o diagnóstico da neoplasia cervical.

Dentre as discussões causadas pela orientação de suspensão dos atendimentos de procedimentos eletivos dada pelos órgãos de governo, observamos o conflito de questões éticas primordiais, uma vez que para evitar a disseminação do surto de COVID-19, passamos a deixar as mulheres desenvolverem e morrerem de câncer.

Observa-se, que a suspensão do atendimento de forma equivocada criou uma demanda represada, devendo ser processada a retomada dos trabalhos de que forma. Dever-se-á iniciar com qual faixa etária, qual o grau da lesão? Será iniciado com as mulheres que nunca fizeram o exame ou a prioridade deverá ser aquela que já fez o exame e teve algum resultado positivo?

Essas são grandes questões as serem debatidas e postas em diálogo com a sociedade, uma vez que haverá de ter-se uma atuação articulada, pois trata-se de ação que demanda não só a atenção primária, mais também os Hospitais de Referência.

Outro ponto de grande repercussão é a logística da retomada dos exames, como está sendo realizado o atendimento e se há pessoal disponível para atender ao aumento da demanda, qual disponibilidade de capacidade de tratamento, nos casos de cirurgias, existem leitos, haverá material para tratamento posterior, como radioterapia, quimioterapia.

Nesse ponto, deve haver uma grande capacidade de interação entre as diversas áreas da Saúde, pois, a demanda será entre dois modelos de atenção que se completam, nesses casos as unidades da atenção primária com a atenção terciária.

Portando, deve ser realizado uma investigação para verificar a capacidade de absorção dessa demanda primária (realização de



exames) e sua posterior confirmação para o encaminhamento do tratamento específico.

Deve ser observado também, como trabalharão os laboratórios, se o tempo do resultado será o mesmo ou haverá modificação devido a um número maior de material a ser analisado. Isso poderá afetar a forma de atendimento e a marcação de consulta de retorno.

Além disso, pondera-se acerca da existência de material suficiente para a coleta de todas as pacientes, como deverão ser organizadas as listas de consultas e como se definirão as prioridades de atendimento.

Todos esses pontos estão ainda sendo levantados e deverão ser um grande desafio para os próximos governos, haja vista que neste ano houve eleições para governadores e as diretrizes para continuidade do processo de prevenção ao câncer de colo de útero depende de como estes, quando não reeleitos, enfrentarão as dificuldades relacionadas a tal aspecto sanitário.

## **CONCLUSÃO**

O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública mundial, atingindo principalmente os países mais pobres e as populações de mulheres com menor número de oportunidades e estudo.

Verificou-se que a redução gradativa dos números de exames realizados, mais em uma grande redução no período pandêmico. Ficou constatado que há grandes diferenças entre as regiões brasileiras, mas que existe uma capacidade de atendimento que não está sendo colocada em uso.

Concluimos que os números informados Secretarias de Saúde, nos leva a seguinte hipótese: existe uma atuação omissiva no quesito

alimentação de informações no sistema SAI/SUS, constatando assim um caso de subnotificação dos procedimentos realizados.

Isso porque conforme os dados coletados tivemos antes da federação que não atingiram 1% de cobertura na realização de procedimentos, o que leva a constatação de uma má atuação dos Estados na manipulação dos dados e no repasse das informações, o que acarreta um grande prejuízo para a elaboração e da continuidade da política nacional de prevenção ao câncer do colo de útero.

Na questão logística, deve ser levado em conta a capacidade de tratamento de cada regional, buscando aliar os diversos setores tais como: regulamentação de leitos, quimioterápicos, acompanhamentos psicológicos, para que não haja uma superlotação com um encaminhamento de demanda acima da capacidade de trabalho.

Devemos ainda, observar, que nessa organização logística, os estados têm uma capacidade de atender a demanda de forma rápida uma vez que, pelo constatado nos números de cada um dos entes federados existe um grande número exames já realizados em margem superior ao que está em aberto.

Esta forma, a prioridade dever ser a retomada dos trabalhos, com a análise de onde se parou, com o levantamento das remarcações e assim fazendo uma triagem pós consulta de retorno para verificar a gravidade de cada caso.

Como ficou demonstrado, a luta contra o câncer de colo de útero e um problema pode ser evitado e reduzido com políticas públicas de esclarecimento aliada com procedimentos simples, sendo o exame Papanicolau um grande aliado nessa luta.

Portanto, com uma boa atuação tempestiva do Estado, é possível minimizar o número de óbitos e complicações dessa comorbidade.

Concluimos que, com a pandemia, houve redução expressiva dos procedimentos preventivos conforme os dados apurados junto ao Ministério da Saúde em todo o território nacional, acarretando um grande volume de exames não realizados e abrindo uma janela de oportunidade para repensarmos a forma de atuação pós pandemia.

## REFERÊNCIAS

- 1- De Abreu GP, Nascimento RC. Reflexos das políticas públicas sobre a mortalidade por câncer do colo uterino. Revista Baiana de Saúde Pública. [Internet]. 2019 [cited 2022 Set 10];43(1):152-168. Available from: DOI: [10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3222](https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3222).
- 2- Costa TB, Pedroso MV, Gusman CR, Sousa LS, Quaresma FR. Fragilidades na prevenção do câncer de colo de útero durante a pandemia por Covid-19. Revista Capim Dourado: Diálogos em Extensão. [Internet]. 2021 [cited 2022 Set 10]4(3): 53-75. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uft-v4n3/ID13648>.
- 3- Silva VM, Vasconcelos KP, Diniz DD, Farias GM, de Oliveira AE. Fatores que influenciam a não adesão da mulher ao exame Papanicolau: revisão de literatura. Revista interdisciplinar em saúde. [Internet]. 2021 [cited 2022 Ago 20];8(único): 326-340. Available from: DOI: [10.35621/23587490.v8.n1.p337-340](https://doi.org/10.35621/23587490.v8.n1.p337-340).
- 4- Iglesias GA, Larrubia LG, Neto AS, Pacca FC, Lembo T. Conhecimento e adesão ao Papanicolau de mulheres em uma rede de atenção primária à saúde. Revista de Ciências Médicas. PUC/Campinas. [Internet]. 2019 [cited 2022 Set 10];28(1):21-30. Available from: <https://bvsm.sau.de.gov.br/oms-lanca-novas-diretrizes-sobre-prevencao-e-tratamento-do-cancer-cervical/>.
- 5- OMS lança novas diretrizes sobre a prevenção e tratamento do câncer cervical. ONU News. Perspectiva global reportagens humanas. [Internet]. 2021 [cited 2022 Set 10]. Available from: <https://news.un.org/pt/story/2021/07/1756312>.
- 6- Organização Pan-Americana de Saúde. Câncer de colo de útero e 3º mais comum entre mulheres na América Latina e Caribe, mais pode ser prevenido. [cited 2022 Out 20]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-2-2019-cancer-colo-do-utero-e-3o-mais-comum-entre-mulheres-na-america-latina-e-caribe>.

- 7- dos Santos J, Gomes RS. Sentidos e percepções das mulheres acerca das práticas preventivas do câncer de colo do útero: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia. [Internet]. 2022 [cited 2022 Set 10];68(2):1-9. Available from: DOI <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n2.1632>.
- 8- Claro IB, de Lima LD, de Almeida PF. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. Revista Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2021 [cited 2022 Set 10];26(10):4497-4509. Available from: DOI 10.1590/1413-812320212610.11352021.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar. Detecção Precoce [Internet]. 2022 [cited 2022 Set 11]. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/deteccao-precoce>.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, Anexo IX. Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer(PNPCC)(Origem: PRT MS/GM 874/2013) [Internet]. 2022 [cited 2022 Set 11]. Available from: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConso lidacao/Matriz-2-Politiclas.html>.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero. [Internet] 2022 [cited 2022 Set 11]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>.
- 12- Rodrigues ZR, Schönholzer TE, Lemes AG. Perfil das mulheres que realizam o exame Papanicolau em uma Estratégia de Saúde da Família. Journal of Nursing and Health. [Internet]. 2016 [cited 2022 Set 16];6(3):391-401. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/7346>.
- 13- Connolly R, Hughes X, Berner A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. Preventive Medicine, Science Direct [Internet]. 2020 [cited 2022 Set 22] 135.106071,ISSN 0091-7435. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106071>.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743520300955>.

- 14- Menezes JP, Alves RF, Santana JS, Rosa CF, do Nascimento CI, Lima AD, Fontes GQ, Dantas ME, Nogueira MP. Avaliação do acesso à saúde da mulher na região Nordeste do Brasil em tempos de pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 [cited 2022 Set 22];11(9) e21211931852. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31852>.
- 15- Organização Pan-americana da saúde. Organização Mundial da Saúde afirma que Covid-19 agora é caracterizado como pandemia. OPAS, Notícias [Internet]. 2020 [cited 2022 Set 22]. Available from: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.
- 16- Ribeiro CM, Correa FM, Migowski A. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. *Revista do SUS. RESS. Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2022 Set 22];31(1):e2021405. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100010>.
- 17- Brasil. Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020. Ementa: Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Brasília, 20 de mar. 2020 [cited 2022 Set 22]. Available from: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DLG&numero=6&ano=2020&ato=b1fAzZU5EMZpWT794>.
- 18- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Nota técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA – 30/3/2020. Detecção precoce de câncer durante a pandemia de Covid-19. [cited 2022 Set 24]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/deteccao-precoce-de-cancer-durante-pandemia-de-covid-19>.
- 19- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Nota técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA – 09/07/2020. Rastreamento de câncer durante a pandemia de COVID-19. [cited 2022 Set 24]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas->

tecnicas/deteccao-precoce-de-cancer-durante-pandemia-de-covid-19.

3

---

<sup>3</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

---

## **As narrativas da imprensa escrita sobre a atuação da Vigilância dos Portos, Aeroportos e Fronteiras durante a pandemia de Covid-19**

*The narratives from newspapers about the performance of Port, Airport, and Borders Surveillance Public Service during the Covid-19 pandemic*

*Las narraciones de los periódicos sobre la actuación de los servicios de la Vigilancia Portuaria, Aeroportuaria y Fronteriza durante la pandemia de Covid-19*

Lucas Guimarães Arruda<sup>1</sup>

### **RESUMO:**

**Objetivo:** apresentar os resultados de levantamento de notícias na imprensa escrita sobre a atuação da Vigilância dos Portos, Aeroportos e Fronteiras-PAF, durante a pandemia de Covid-19. **Metodologia:** estudo exploratório, descritivo-analítico sobre dados jornalísticos de janeiro a dezembro de 2020, coletados no sítio da Folha de São Paulo acerca do tema e comparadas com a legislação infralegal sobre o assunto. **Resultados:** foram encontradas 614 notícias no período envolvendo a temática. Após leitura, resultaram 25 matérias jornalísticas. Da legislação foram analisadas 338 informes, resoluções e notas técnicas, mas apenas 12 foram voltadas ao tema. De forma geral, é possível depreender que as manifestações da Anvisa, ocorreram antes mesmo da declaração de pandemia pela OMS em março de 2020 e publicadas dois dias antes das notícias mapeadas. **Conclusão:** Os resultados obtidos vieram corroborar com a ideia de que a mídia de forma ampla, durante uma pandemia, se concentra em aspectos como a apresentação de notícias que refletem as decisões de órgãos competentes no âmbito

---

<sup>1</sup> Especialista em Direito Sanitário, Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil. Consultor pela Organização Pan-Americana de Saúde na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, Brasil. E-mail: lucas.g.arruda@gmail.com – ORCID: 0009-0005-1258-0043

da saúde pública, como por exemplo a Anvisa. Desta forma, é de suma importância o trabalho conjunto entre o setor público que tem papel de extrema importância para a sociedade e para a saúde pública com o jornalismo, pois este coopera para que as informações e orientações que se fizeram tão necessárias durante a pandemia, para alcance o maior número de indivíduos.

**Palavras-chave:** Pandemia Covid-19; Controle Sanitário de Viajantes; Notícias.

#### **ABSTRACT:**

**Objective:** to present the results of a survey of news in the written press on the performance of the Surveillance of Ports, Airports and Borders-PAF, during the Covid-19 pandemic. **Methodology:** exploratory, descriptive-analytical study on journalistic data from January to December 2020, collected on the Folha de São Paulo website on the subject and compared with the infralegal legislation on the subject. **Results:** 614 news were found in the period involving the theme. After reading, 25 journalistic articles resulted. Of the legislation, 338 reports, resolutions and technical notes were analyzed, but only 12 were focused on the theme. In general, it is possible to infer that Anvisa's manifestations occurred even before the WHO declared a pandemic in March 2020 and published two days before the mapped news. **Conclusion:** The results obtained corroborate the idea that the media wide, during a pandemic, focuses on aspects such as the presentation of news that reflect the decisions of competent bodies in the field of public health, such as Anvisa. In this way, the joint work between the public sector, which plays an extremely important role for society and for public health with journalism, is of paramount importance, as it cooperates so that the information and guidelines that were so necessary during the pandemic, to reach the largest number of individuals.

**Keywords:** Pandemic for Covid-19; Health Control of Travelers; News.

#### **RESUMEN:**

**Objetivo:** presentar los resultados de una encuesta de noticias en prensa escrita sobre el desempeño de la Vigilancia de Puertos, Aeropuertos y Fronteras-PAF, durante la pandemia del Covid-19. **Metodología:** estudio exploratorio, descriptivo-analítico sobre datos periodísticos de enero a diciembre de 2020, recopilados en el sitio web Folha de São Paulo sobre el tema y comparados con la legislación infralegal sobre el tema. **Resultados:** fueron encontradas 614 noticias en el período que involucran el tema. Después de la lectura, resultaron



25 artículos periodísticos. De la legislación, se analizaron 338 informes, resoluciones y notas técnicas, pero solo 12 se enfocaron en el tema. En general, es posible inferir que las manifestaciones de Anvisa ocurrieron incluso antes de que la OMS declarara una pandemia en marzo de 2020 y se publicaran dos días antes de la noticia mapeada. **Conclusión:** los resultados obtenidos corroboran la idea de que los medios de comunicación, durante una pandemia, se centran en aspectos como la presentación de noticias que reflejen las decisiones de órganos competentes en el campo de la salud pública, como Anvisa. De esta forma, el trabajo conjunto entre el sector público, que juega un papel sumamente importante para la sociedad y para la salud pública con el periodismo, es de suma importancia, ya que coopera para que la información y las orientaciones que fueron tan necesarias durante la pandemia, llegar al mayor número de personas.

**Palabras clave:** Pandemia por Covid-19; Control Sanitario de Viajeros; Noticias.

## INTRODUÇÃO

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde - OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), à *Coronavirus Disease - Covid-19*, tendo declarado a doença como pandêmica em 11/03/2020<sup>1</sup>.

A partir de então, todos os países do mundo passaram a ter grande responsabilidade com a saúde de seus nacionais, tomando medidas mitigadoras a fim de evitar a disseminação da doença, até que uma vacina pudesse ser desenvolvida.

Com o Brasil não foi diferente. As entidades públicas e privadas na área da saúde passaram a atuar de modo intensivo, buscando minimizar a alta mortalidade pela Covid-19, apresentada em todo o mundo. Dentre as instituições da saúde, pode-se citar o próprio Ministério da Saúde - MS, a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e, especialmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa.

A Anvisa foi criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999<sup>2</sup>. É o órgão regulador de produtos e serviços que afetam direta ou

indiretamente a saúde da população. Sua atuação abrange atividades como a regulação, a fiscalização, o monitoramento e o registro de produtos, o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras e ainda a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)<sup>3</sup>.

No que se refere aos portos, aeroportos e fronteiras-PAF, é preciso registrar que foi o primeiro setor a sentir o impacto da pandemia, pois lhe cabe, por meio da Gerência-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – GGPAF da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a orientação das comunidades portuárias, aeroportuárias e de fronteiras sobre como deve proceder diante do cenário pandêmico, bem como divulgar esclarecimentos para viajantes e aprovar novos requisitos sanitários para a importação e exportação de bens e produtos, dentre diversas medidas.

As mídias tiveram importante papel no ápice da pandemia, quando não havia vacinas e o Brasil, assim como também o mundo, estava atônito frente à nova doença da qual nada se conhecia. Mas, por vezes, jornais de grande circulação acabam por publicar questões sem o devido aprofundamento ou investigação, especialmente sobre matéria específica como é o trabalho da vigilância de portos, aeroportos e fronteiras.

De acordo com Francisco George<sup>4</sup>, “as crises globais vividas nos últimos anos, colocaram a Saúde Pública na linha da frente das preocupações reais e emocionais dos povos de todo o mundo”.

De acordo com a Anvisa<sup>5</sup>, a vigilância sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos alfandegados é exercida pela Agência em diversos pontos de entrada do país, considerados estratégicos, em função do fluxo de viajantes e de meios de transporte internacionais, do posicionamento geográfico e da vulnerabilidade sanitária e epidemiológica. Devido à grande circulação de pessoas, bens e

serviços, esses pontos de entrada são considerados áreas críticas para a disseminação de doenças.

A Agência fiscaliza o cumprimento de normas sanitárias e a adoção de medidas preventivas e de controle de surtos, epidemias e agravos à saúde pública, além de controlar a importação, exportação e circulação de matérias-primas e mercadorias sujeitas à vigilância sanitária, cumprindo, assim, a legislação brasileira, o Regulamento Sanitário Internacional e outros atos subscritos pelo Brasil.

A pesquisa, cujos resultados estão neste artigo apresentados, consistiu no levantamento das notícias veiculadas na mídia jornalística – jornal de grande circulação – com matérias/notícias sobre o papel da vigilância de portos, aeroportos e fronteiras durante o primeiro ano da pandemia, a fim de apresentar os resultados do levantamento de notícias na imprensa escrita sobre a atuação da Vigilância dos Portos, Aeroportos e Fronteiras-PAF, e verificar se o publicado corresponde ao papel institucional da PAF.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de pesquisa de abordagem qualitativa mediante métodos descritivo-analítico sobre as notícias/matérias jornalísticas de jornal de grande circulação – Folha de São Paulo – sobre a atuação da atividade de vigilância de portos, aeroportos e fronteiras, da Anvisa. Fundado em 1921, a Folha é um dos maiores e mais influentes jornais diários nacionais de interesse geral. Segundo o Instituto Verificador de Comunicação do Brasil – IVC Brasil, o jornal Folha de São Paulo lidera em audiência paga entre os grandes jornais brasileiros, razão da escolha do referido veículo para fonte de informação e estudos.

As matérias/notícias jornalísticas foram capturadas diretamente no sítio do jornal no seguinte endereço: <https://www.folha.uol.com.br/>.

Optou-se pelas notícias publicadas dentro do ano de 2020, primeiro ano da pandemia.

Os critérios de escolha das notícias/matérias foi o de conter no corpo do texto jornalístico quaisquer dos descritores eleitos para a investigação e o ano de sua publicação. Quaisquer outras matérias sobre assunto diverso foram ignoradas.

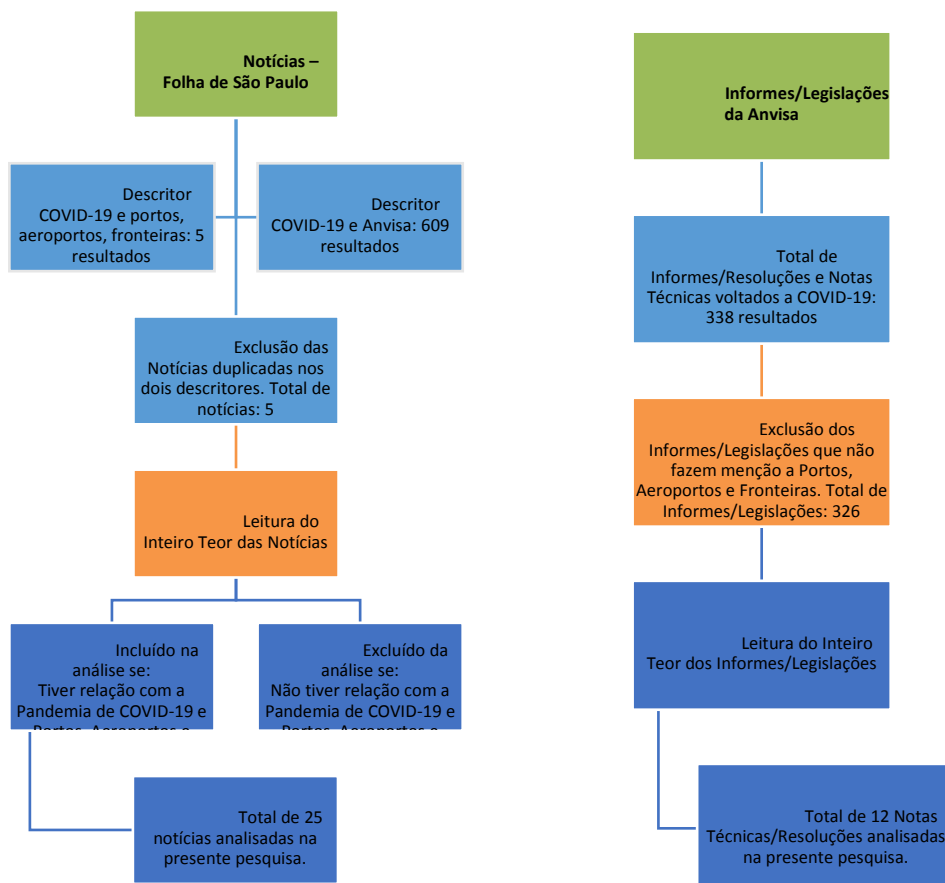
Os descritores utilizados para a busca foram: covid 19 AND portos, aeroportos, fronteiras e/ou Covid-19 AND Anvisa. Após a leitura do inteiro teor da matéria jornalística encontrada pode-se eleger aquelas que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa.

Após a organização por data, das notícias/matérias em planilha, foi realizado uma busca no sítio da Anvisa, no endereço web <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/linha-do-tempo> para verificar a legislação correlata ao noticiado, com o propósito de saber se as notícias guardaram coerência com o arco normativo da PAF.

Por se tratar de uma pesquisa documental, a pesquisa foi dispensada da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O fluxograma abaixo demonstra as etapas percorridas para o processo de seleção da amostra analisada:

**Figura 1 – Fluxograma metodológico de pesquisa jornalística e legislativa, 2020**



Fonte: produzido pelo autor com base no método escolhido.

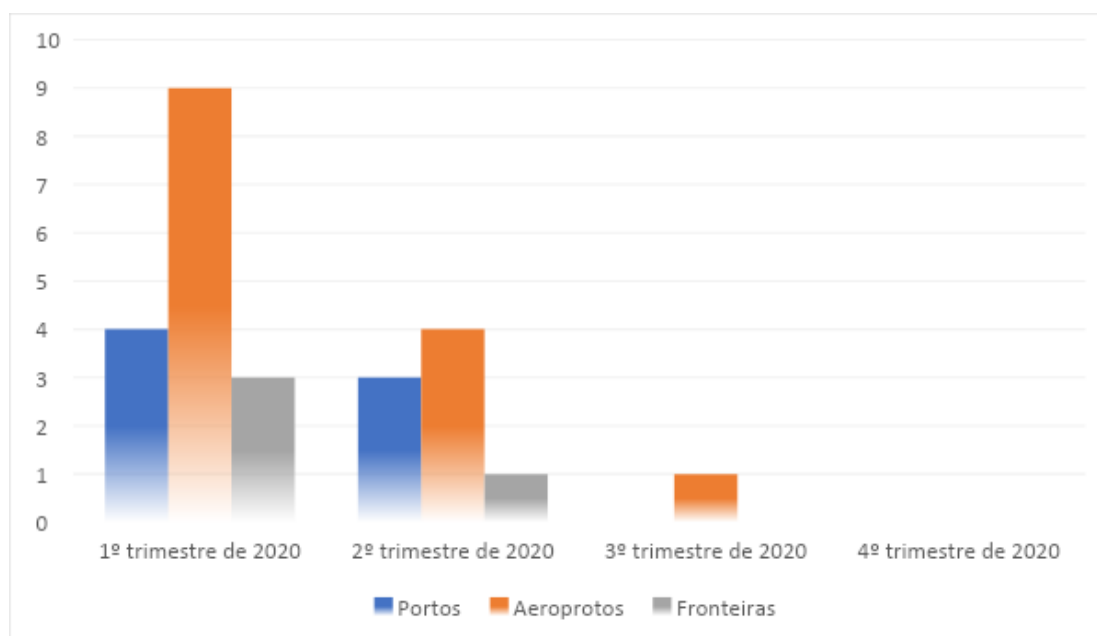
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pandemia causada pelo novo coronavírus foi amplamente coberta pelas mídias tradicional e social. A transmissão por rádio e televisão durante 24 horas, todos os dias da semana, e o amplo acesso a tecnologias móveis permitiram que um número sem precedentes de pessoas recebesse atualizações a respeito da crise, de forma rápida e regular. A enorme divulgação e a rápida mudança das informações

referentes aos aspectos científicos da doença e suas implicações na vida diária impuseram alta demanda à habilidade das pessoas de lidar com as informações<sup>6</sup>.

No ano de 2020, foram publicadas no jornal Folha de São Paulo cerca de 614 notícias envolvendo a temática Anvisa e Covid-19. O gráfico 1 apresenta a distribuição das notícias divididas em Portos, Aeroportos e Fronteiras, por trimestre do ano de 2020.

**Gráfico 1 – Distribuição das notícias publicadas no jornal Folha de São Paulo, sobre portos, aeroportos e fronteiras, no ano de 2020**



Fonte: construção a partir das notícias selecionadas na Folha de São Paulo.

Conforme pode ser observado, o 1º trimestre de 2020 foi o que apresentou maior quantitativo de notícias, totalizando 16 (dezesesseis), dentre as notícias, destaca-se: “Anvisa começa a tratar de coronavírus com setores mais sensíveis”, “Anvisa alerta aeroportos sobre coronavírus”, “Coronavírus leva Brasil a fechar fronteiras terrestres com

8 países por 15 dias”, “Aeroportos no país têm voos internacionais cancelados e medem temperatura”.

No âmbito do segundo trimestre de 2020, as notícias distribuíram-se com ênfase em realizar ou não a medição de temperatura em voos nacionais, os casos recomendados para a medição, a liberação de tripulantes de navios realizada pela Anvisa e a recomendação da Agência quanto a restrição de entrada de estrangeiros no Brasil.

A partir do terceiro trimestre de 2020, o quantitativo de notícias deu lugar aos temas de produção, aprovação e compra de vacinas e todas as questões políticas e sanitárias envolvendo o assunto.

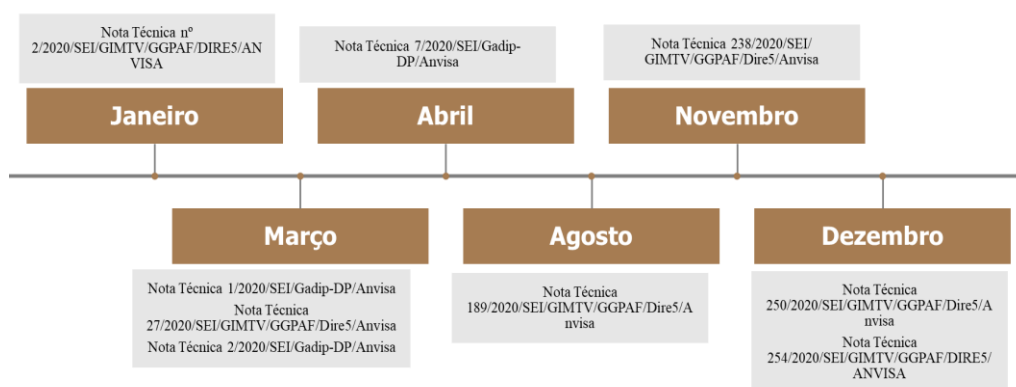
De acordo com Martins<sup>7</sup>, “a razão de ser do Jornalismo está presente no exercício da cidadania, na construção da memória pública e na participação cívica”. Partindo desta perspectiva, constata-se que a sociedade de forma geral, leva em consideração as notícias sobre saúde que são disseminadas nas mídias e é com base nestas que tomam decisões. Desta maneira, o Jornalismo em Saúde adquire uma função de suma relevância no que diz respeito aos assuntos de saúde pública.

Ao passo em que as notícias nacionais e internacionais foram surgindo, a Anvisa, passou a atuar, conforme Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 585, 10 de dezembro de 2021, em seu artigo 160 (8): “I - adotar medidas de vigilância sanitária para a promoção e proteção da saúde da população em áreas de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados; II - gerir: a) as ações de vigilância sanitária e epidemiológica em áreas de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados; b) as atividades relacionadas à importação e exportação de produtos sujeitos à vigilância sanitária; c) a implementação das ações para o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional e dos demais acordos, tratados e cooperações internacionais; e d) os processos de regulação das atividades de vigilância sanitária nos pontos de entrada. III - gerenciar indicadores da

situação sanitária nacional e internacional, com ênfase nos eventos de saúde pública nacional e internacional; IV - propor medidas relativas ao controle sanitário em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados; V - expedir Resoluções (RE) referentes à concessão de autorização de funcionamento de empresas e autorização especial; e VI - conceder a autorização de funcionamento de empresas nas áreas de competência da Gerência-Geral”.<sup>8</sup>

Neste sentido, a Anvisa, expediu diversas recomendações, por meio de RDC e Notas Técnicas, com o intuito de orientar e aprimorar a capacidade de atuação do país em pontos de entradas, frente aos casos do novo coronavírus. A seguir, será apresentada linha do tempo do ano de 2020, contendo as recomendações expedidas:

**Figura 2 – Linha do tempo da produção infralegal sobre a pandemia na Anvisa, 2020**



Fonte: construção própria a partir da seleção de notas técnicas no site da Anvisa.

Cumprе esclarecer que, a Nota Técnica é um documento elaborado por técnicos especializados em determinado assunto, devendo conter histórico e fundamento legal, baseados em informações relevantes. É emitida quando identificada a necessidade de



fundamentação formal ou informação específica da área responsável pela matéria e oferece alternativas para tomada de decisão.

Antes mesmo da declaração de pandemia publicada pela OMS, a Anvisa publicou, em 22 de janeiro de 2020, a Nota Técnica nº 2/2020/SEI/GIMTV/GGPAF/DIRE5/ANVISA, com recomendações para o monitoramento e aprimoramento da capacidade de atuação do país em pontos de entrada, frente aos casos do novo coronavírus.

As medidas recomendadas incluíam a notificação de casos suspeitos na área de Portos, Aeroportos e Fronteiras (PAF), a disponibilização de avisos sonoros em inglês, português e espanhol sobre sinais e sintomas e cuidados básicos como lavagem constante das mãos, cobertura da boca e nariz ao tossir e espirrar e intensificação dos procedimentos de limpeza e desinfecção nos terminais e meios de transporte, reforçando a utilização de EPI (Equipamento de Proteção Individual), conforme protocolos.

Em referência a primeira recomendação da Agência, a primeira notícia publicada foi na data de 24 de janeiro de 2020, dois dias após a publicação da Nota Técnica, com o título: “Anvisa começa a tratar de coronavírus com setores mais sensíveis. Agência vai se reunir com companhias áreas nesta sexta-feira (24)”, no dia 27 do mesmo mês o jornal publicou: “Anvisa alerta aeroportos sobre coronavírus, mas diz não ver necessidade de medidas restritivas. Segundo diretor, agência só deve inspecionar aeronaves caso haja notificação de casos suspeitos”, tais notícias evidenciam a participação da mídia na saúde pública, por meio da disseminação de informação oficial para grande parcela da população.

Em 16 de fevereiro de 2020, o jornal publicou notícia “Navio com dois suspeitos de coronavírus atraca em Santos nesta segunda”, tal notícia tem em seu corpo nota da Anvisa descartando qualquer motivo de preocupação e que as medidas de vistoria e avaliação clínica dos

passageiros estavam sendo realizadas, tais medidas estão conformes com a primeira recomendação exarada pela Agência.

Em 26 de fevereiro de 2020, foi publicada uma notícia intitulada “O que o turista precisa saber sobre o coronavírus. Descubra se é seguro sair do país, quais são os seus direitos e onde há maior risco de contágio”, tal reportagem foi publicada informando uma série de medidas que eram adotadas em outros países, no entanto, informava também quais eram as recomendações da autoridade sanitária do Brasil, contendo: a não medição de temperatura no desembarque, tendo em vista a baixa efetividade para pessoas em trânsito, informando da autonomia das companhias aéreas de impedimento de passageiro que apresente ameaça à segurança do voo e recomendações para o uso de máscara e luva para os funcionários que tenham contato direto com passageiros.

Assim que a OMS declarou a pandemia da Covid-19, em 11 de março de 2020, a Anvisa emitiu as seguintes Notas Técnicas recomendando o fechamento das fronteiras terrestres, aéreas e aquaviárias:

Fronteiras Terrestres: Nota Técnica 1/2020/SEI/Gadip-DP/Anvisa, de 17 de março de 2020, que subsidiou a Portaria 120, de 17 de março de 2020 e a Nota Técnica 27/2020/SEI/GIMTV/GGPAF/Dire5/Anvisa, de 18 de março de 2020, que subsidiou a Portaria 125, de 19 de março de 2020 e a Portaria 132, de 22 de março de 2020. Essas portarias restringiram a entrada por via terrestre de estrangeiros provenientes de países vizinhos.

Fronteiras Aéreas: Nota Técnica 27/2020/SEI/GIMTV/GGPAF/Dire5/Anvisa, de 18 de março de 2020, que subsidiou a Portaria 126, de 19 de março de 2020 e que foi substituída pela Portaria 152, de 27 de março de 2020, que restringe a entrada no

País, por via aérea, de estrangeiros, independentemente de sua nacionalidade.

Fronteiras Aquaviárias: Nota Técnica 2/2020/SEI/Gadip-DP/Anvisa, de 22 de março de 2020, que subsidiou a Portaria 47, de 26 de março de 2020, que restringe o desembarque de estrangeiros em porto ou ponto de entrada no território brasileiro, por via aquaviária, independentemente de sua nacionalidade.

### **OCORRÊNCIAS ENTRE ABRIL E JUNHO DE 2020**

A Anvisa manteve a recomendação do fechamento das fronteiras terrestres, aéreas e aquaviárias, com exceção das cargas.

As portarias interministeriais publicadas em março foram sendo prorrogadas mensalmente por recomendação da Anvisa. Foi também elaborada a Nota Técnica 7/2020/SEI/Gadip-DP/Anvisa, de 23 de abril de 2020, mantendo a recomendação de restrição da entrada no País, por via aérea, de estrangeiros, independentemente de sua nacionalidade, tendo esta nota subsidiado a Portaria 203, de 28 de abril de 2020, que teve seus efeitos prorrogados até o final de junho.

Entre os meses de março e junho de 2020, a Agência havia recomendado o fechamento das fronteiras do país, sejam elas aéreas, terrestres ou aquaviárias, visando o controle de novos casos de coronavírus, neste período as notícias foram compatíveis com as recomendações da Agência, conforme pode ser observado à seguir: notícia de 19 de março de 2020 – “Coronavírus leva Brasil a fechar fronteiras terrestres com 8 países por 15 dias”, “Brasil restringe entrada por via aérea de estrangeiros da Europa e da Ásia por 30 dias”, em 22 de março - “Brasil determina fechamento de fronteira terrestre com o Uruguai”; em 21 de junho de 2020 - “Governo estende por mais 15 dias restrição para entrada de estrangeiros no Brasil”.

No mesmo período, foram noticiados os conflitos entre estados, municípios e a Anvisa à respeito da recomendação da Agência de não realizar a medição de temperatura em todos os passageiros, somente nos que apresentarem sintomas durante o voo ou no momento do desembarque, conforme pode ser observado nos títulos das notícias a seguir: em 24 de março de 2020 – “Anvisa barra na Justiça monitoramento de temperatura feito pelo governo da Bahia no aeroporto de Salvador”, “Governo do RJ mede temperatura de passageiros no Galeão; Anvisa desencoraja medida”, “Aeroportos no país têm voos internacionais cancelados e medem temperatura”; em 04 de abril de 2020 – “RJ passa a medir temperatura em voos nacionais; Anvisa se opõe”; em 12 de abril de 2020 – “Pouco efetiva, medição de temperatura em aeroportos é feita apenas em casos suspeitos”.

## **OCORRÊNCIAS EM JULHO DE 2020**

Abertas as fronteiras aéreas, admitindo estrangeiros com seguro saúde.

Diante de um quadro epidemiológico mais estável, houve início da flexibilização, com a publicação da Portaria 1, de 29 de julho de 2020, que abriu as fronteiras aéreas internacionais, condicionadas à apresentação de seguro saúde para a admissão de estrangeiros no país, continuando fechadas as fronteiras terrestres e aquaviárias.

### **Ocorrências entre agosto e novembro de 2020**

A Anvisa manteve a recomendação do fechamento das fronteiras terrestres e aquaviárias e a suspensão da temporada de navios de cruzeiro.

As portarias anteriores foram sendo prorrogadas, por recomendação da Anvisa, mantendo fechadas as fronteiras terrestres e aquaviárias. Em 25 de agosto de 2020, a Anvisa elaborou a Nota Técnica

189/2020/SEI/GIMTV/GGPAF/Dire5/Anvisa, recomendando a suspensão da temporada dos navios de cruzeiro no Brasil, durante o biênio 2020/2021. Essa proibição foi necessária, devido às características inerentes às atividades nessas embarcações, consideradas ambientes propícios à disseminação do vírus, em razão, principalmente, do confinamento, do elevado número de pessoas a bordo, do tempo de viagem e por não serem viagens de caráter essencial ou emergencial.

A Anvisa recomenda quarentena, exigência de teste RT-PCR e Declaração de Saúde do Viajante (DSV) e restrições aos voos oriundos do Reino Unido.

Considerando o cenário epidemiológico nacional e internacional, que vinha sinalizando um aumento de casos confirmados e óbitos devido ao novo coronavírus e considerando ainda que o ingresso de estrangeiros no País estava se dando principalmente pela via aérea, foi elaborada a Nota Técnica 238/2020/SEI/ GIMTV/GGPAF/Dire5/Anvisa, de 23 de novembro de 2020.

Esta nota técnica recomendava a exigência de que o viajante de procedência internacional por via aérea com destino ao Brasil apresentasse o resultado do teste RT-PCR, realizado em até 72 horas antes do embarque e também que tivesse preenchido a Declaração de Saúde do Viajante (DSV) neste mesmo prazo. O viajante deveria ainda concordar com as medidas sanitárias a serem cumpridas durante o período em que estivesse no País.

## **OCORRÊNCIAS EM DEZEMBRO DE 2020**

Foi elaborada a Nota Técnica 250/2020/SEI/GIMTV/GGPAF/Dire5/Anvisa, de 14 de dezembro de 2021, esclarecendo alguns pontos sobre a exigência do teste RT-PCR e

da DSV, tendo, juntamente com a Nota Técnica 238/2020, subsidiado a publicação da Portaria 630, de 17 de dezembro de 2020.

Como medida normativa e orientativa, a Anvisa publicou a RDC 456, de 17 de dezembro de 2020, que dispõe sobre as medidas a serem adotadas em aeroportos e aeronaves, em virtude da situação de emergência em saúde pública de importância nacional decorrente do surto do novo coronavírus. Ela determinou a proibição de viagem nacional e internacional de casos suspeitos e confirmados de Covid-19, o uso obrigatório de máscara nas aeronaves e em instalações aeroportuárias e a proibição do serviço de bordo em voos nacionais, o que é possível devido à curta duração de traslado.

Também foi emitida a Nota Técnica 254/2020/SEI/GIMTV/GGPAF/DIRE5/ANVISA, de 21 de dezembro de 2020, recomendando a suspensão imediata dos voos procedentes do Reino Unido e sugerindo a implementação de quarentena para todos os viajantes estrangeiros ou brasileiros que fossem provenientes daquele país, o que subsidiou a publicação da Portaria 648, de 23 de dezembro de 2020.

De forma geral, é possível depreender que as manifestações iniciais da Anvisa, na temática de Portos, Aeroportos e Fronteiras, ocorreram antes mesmo da declaração de Pandemia realizada pela OMS em março de 2020 e publicada dois dias antes da primeira e cinco dias da segunda notícia mapeada com a referida temática.

Ao analisar as recomendações expedidas através das Notas Técnicas, nota-se que são sempre baseadas em orientações da Organização Mundial da Saúde e alinhadas com as ações de países de referência em controle sanitário. No entanto, em algumas notícias levantadas, verifica-se que é colocado em questão o fato de a Anvisa não recomendar a medição de temperatura corporal dos passageiros, decisão esta, apoiada nas recomendações da OMS, para a não

realização da referida ação, tendo em vista que se considerava uma medida de baixa efetividade para as pessoas que estavam em trânsito.

As demais notícias levantadas, e se comparadas com o mesmo período das recomendações expedidas pela Anvisa, evidencia o papel essencial das mídias tradicionais para a grande massa populacional, uma vez que as notícias retratavam e reforçavam as orientações expedidas pela Anvisa.

Observa-se que existe uma relação entre as notas técnicas contendo as recomendações publicadas pela Anvisa e as notícias disseminadas no jornal, evidenciando o papel de comunicador conferido ao jornal. Uma tendência observada foi que a Agência sempre se antecipou em relação com as notícias publicadas, ou seja, a nota técnica era publicada e posteriormente o jornal soltava a notícia contendo a recomendação ou nota da Anvisa sobre o tema.

De acordo com Gomes<sup>9</sup>, em contexto pandêmico, o Jornalismo adquire, então, uma função primordial na sociedade, estabelecendo uma ligação entre o campo da Saúde e o cidadão comum. Esta função de mediador robustece o papel de educador para a Saúde<sup>10</sup>. Com o surgimento de uma nova doença, as mídias concentram-se em explicá-la ao público, apresentando os seus sintomas, consequências, assim como formas de prevenir<sup>11</sup>.

Conforme citado por Gomes<sup>9</sup>, na presente pesquisa observou-se o papel que o jornalismo adquiriu na pandemia e sua função social, ligando as recomendações exaradas pela autoridade sanitária nacional e a sociedade de forma geral.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No final do ano de 2019, uma pandemia de origem chinesa causada pelo novo vírus SARS-CoV-2, veio transformar o panorama

sanitário a nível mundial. A população global viu-se perante uma crise de Saúde Pública e, neste contexto pandêmico, a informação tornou-se essencial, pelo que o Jornalismo adquiriu uma função primordial na sociedade, estabelecendo uma ligação entre o complexo campo da Saúde e o cidadão comum<sup>9</sup>. A crise gerada pela COVID-19 trouxe, portanto, novos desafios, equacionando-se as potencialidades do Jornalismo, cumprindo assim função no direito sanitário.

Os resultados obtidos vieram corroborar com a ideia de que a mídia de forma ampla, durante uma pandemia, se concentra em aspectos como a apresentação de notícias que refletem as decisões de órgãos competentes no âmbito da saúde pública, como por exemplo a Anvisa. Desta forma, é de suma importância o trabalho conjunto entre o setor público que tem papel de extrema importância para a sociedade e para a saúde pública, com o jornalismo, pois este coopera para que as informações e orientações que se fizeram tão necessárias durante a pandemia, para alcance o maior número de indivíduos.

Insta ressaltar que, antes mesmo da declaração de Pandemia realizada pela OMS em março de 2020, a Anvisa atuou no setor de portos, aeroportos e fronteiras, o primeiro setor a sentir os impactos da pandemia no país, com recomendações para o monitoramento e aprimoramento da capacidade de atuação do país em pontos de entrada, frente aos casos do novo coronavírus.

As manifestações técnicas de competência e expertise da Anvisa subsidiaram as tomadas de decisões pelas autoridades ministeriais, cuja avaliação envolve não apenas a análise de cenário nacional e internacional sob o ponto de vista epidemiológico e sanitário, mas também de segurança nacional, segurança pública, transporte, abastecimento e logística, relações internacionais, além de outros temas de relevância pública e sanitária. Neste sentido, a Anvisa emitiu diversas notas técnicas relacionadas a ações no contexto da pandemia de Covid-



19. Essas notas assessoram a publicação de portarias interministeriais direcionadas aos portos, aeroportos e fronteiras, conforme detalhado no presente estudo.

## REFERÊNCIAS

- 1- Organização Pan-Americana de Saúde OPAS/OMS PAHO, 2022 [cited 2022 Set 29]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos.>
- 2- Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. [cited 2022 Set 29] Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=CAP%C3%8DTULO%20I-.Art.,6%C2%BA%20e%20pelos%20arts.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=CAP%C3%8DTULO%20I-.Art.,6%C2%BA%20e%20pelos%20arts.)
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. [cited 2022 Set 2]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-vigilancia-sanitaria-2/.](https://bvsmis.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-vigilancia-sanitaria-2/)
- 4- George F. (2011). *Sobre o Conceito de Saúde Pública*. [cited 2022 Out 2] Available from: [https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-o-conceito-de-saude-publica-pdf.aspx.](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-o-conceito-de-saude-publica-pdf.aspx)
- 5- Brasil. Anvisa. Biblioteca de Portos, Aeroportos e Fronteiras. [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/legislacao/bibliotecas-tematicas/arquivos/paf.>
- 6- Bawden D, Robinson L. The dark side of information: overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *J Inf Sci.* 2009;35(2):180-91. [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0165551508095781.>
- 7- Martins M. (2010). Jornalismo e sonho de comunidade. In M.

- Oliveira, Metajornalismo. Quando o jornalismo é sujeito do próprio discurso (pp. 9-13). Coimbra: Grácio Editor. [cited 2022 Nov 8]. Available from: <https://www.ruigracio.com/000pdf/0013Metajornalismo.pdf>.
- 8- Brasil. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada nº 585, de 10 de dezembro de 2021. [cited 2022 Nov 7]. Available from: [http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6366389/%281%29RDC\\_585\\_2021\\_COMP\\_Vers%C3%A3olimpa.pdf/b126490f-c97f-4b16-a069-97a342ca8969](http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6366389/%281%29RDC_585_2021_COMP_Vers%C3%A3olimpa.pdf/b126490f-c97f-4b16-a069-97a342ca8969).
- 9- Gomes S. (2020). O Jornalismo em saúde e as fontes de informação: o caso da COVID-19 em Portugal. *RAEIC, Revista de la Asociación Española de Investigación de la Comunicación*, 7(14), 127-149. [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://doi.org/10.24137/raeic.7.14.6>.
- 10- Friedman DB, Tanner A., Rose ID. (2013). Health journalists' perceptions of their communities and implications for the delivery of health information in the news. *Journal of Community Health*, 39(2), 378-385. [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9774-x>.
- 11- Melki J, Tamim H, Hadid D, Farhat S, Makki M, Ghandour L, Hitti E. (2020). Media Exposure and Health Behavior during Pandemics: The Mediating Effect of Perceived Knowledge and Fear on Compliance with COVID-19 Prevention Measures. *Health Communication*. [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1858564>.

2

---

<sup>2</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

---

## **Autonomia Relacional e Autonomia Individual em relação à Vacinação Obrigatória Da Covid-19: uma revisão nas decisões do Supremo Tribunal Federal**

*Relational Autonomy and Personal Autonomy Regarding the Mandatory Vaccination of Covid-19: a review of the decisions of the Federal Supreme Court*

*Autonomía Relacional y Autonomía Personal en Relación con la Vacunación Obligatoria de la Covid-19: una revisión de las decisiones del Supremo Tribunal Federal*

Manoel Messias Santana do Carmo Filho<sup>1</sup>  
Maria Inez Montagner<sup>2</sup>

### **RESUMO:**

**Objetivo:** discutir se autonomia relacional deve preponderar frente à autonomia pessoal, em relação à vacinação obrigatória, de acordo com decisões do Supremo Tribunal Federal. **Metodologia:** tratou-se de uma investigação retrospectiva de caráter documental, baseada nas decisões judiciais proferidas pelo Supremo Tribunal Federal (STF). A partir da utilização dos critérios definidos, foram apresentadas quatro decisões relacionadas à vacinação obrigatória. **Resultados:** observou-se que durante o período pandêmico a autonomia coletiva esteve afetada, no que se refere, principalmente, à vacinação contra a Covid-19. Diversos princípios fundamentais foram invocados para aduzir o direito coletivo. O sistema de freios e contrapesos foi essencial para garantir o equilíbrio entre os poderes constituintes. **Conclusão:** a autonomia relacional

---

<sup>1</sup> Especialista em Direito Sanitário, Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil. Assessor no Superior Tribunal de Justiça, Brasília, DF, Brasil. Email: manno\_bral@hotmail.com - ORCID: 0000-0002-9620-5013

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Professora associada, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Brasília, DF, Brasil. E-mail: inezmontagner@hotmail.com – ORCID: 0000-0003-0871-7826.

garante a universalidade de direitos e a obrigatoriedade da vacinação é legítima para assegurar garantias fundamentais.

**Palavras-chave:** Autonomia Relacional; Autonomia Pessoal; Decisões Judiciais; Vacinação Obrigatória.

#### **ABSTRACT:**

**Objective:** to discuss whether relational autonomy should prevail over personal autonomy, in relation to mandatory vaccination, according to decisions of the Federal Supreme Court. **Methods:** this a retrospective documentary investigation, based on judicial decisions handed down by the Federal Supreme Court (STF). Based on the use of the defined criteria, four decisions related to mandatory vaccination were presented. **Results:** it was observed that during the pandemic period collective autonomy was threatened, mainly about vaccination against Covid-19. Several principles were invoked to adduce the collective right. The system of checks and balances was essential to ensure the balance between the constituent powers. **Conclusion:** relational autonomy guarantees the universality of rights and mandatory vaccination is legitimate to ensure fundamental guarantees.

**Keywords:** Relational Autonomy; Personal Autonomy; Judicial Decisions; Obligatory Vaccination.

#### **RESUMEN:**

**Objetivo:** discutir si la autonomía relacional debe prevalecer sobre la autonomía personal, en relación con la obligatoriedad de la vacunación, según decisiones del Supremo Tribunal Federal. **Metodología:** se trató de una investigación documental retrospectiva, con base en decisiones judiciales dictadas por el Supremo Tribunal Federal (STF). Con base en el uso de los criterios definidos, se presentaron cuatro decisiones relacionadas con la vacunación obligatoria. **Resultados:** se observó que, mientras el período de la pandemia, la autonomía colectiva estuvo amenazada, en lo que se refiere a la vacunación contra la Covid-19. Se invocaron varios principios fundamentales para aducir el derecho colectivo. El sistema de pesos y contrapesos era fundamental para asegurar el equilibrio entre los poderes constituyentes. **Conclusión:** la autonomía relacional garantiza la universalidad de los derechos y la vacunación obligatoria es legítima para asegurar garantías fundamentales.

**Palabras clave:** Autonomía Relacional; Autonomía Personal; Decisiones Judiciales; Vacunación Obligatoria.

## INTRODUÇÃO

Após a Constituição de 1988, a sociedade brasileira convive com dilemas que dizem respeito ao direito coletivo e ao direito individual de seus cidadãos. O Supremo Tribunal Federal (STF) se depara com conflitos constitucionais singulares, no que tange o Direito Sanitário brasileiro como, por exemplo, a vacinação compulsória no Brasil.

A autonomia coletiva esteve afetada frente aos movimentos antivacina, que estão espalhados por todo o mundo, por indivíduos que se recusam a vacinar, por não acreditarem na ciência e nos estudos clínicos realizados contra a COVID-19. Isso pode gerar maior resistência do vírus, mutações genéticas e novas variantes. A erradicação do microrganismo se torna mais lenta e com isso prejudica a grande maioria da população, especialmente os mais vulneráveis economicamente.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a jurisprudência dos tribunais superiores estão em constante evolução, buscando atender a coletividade de acordo com as garantias e direitos fundamentais presentes na Constituição Federal. Para compreender o tema proposto referente à autonomia relacional e autonomia individual, das decisões do Supremo Tribunal Federal, faz-se necessário refletir sobre alguns aspectos.

Beauchamp e Childress destacam a relação da autonomia com a ideia de autogoverno, a partir da qual o indivíduo seria livre de controle, interferência ou qualquer limitação que o impedisse de exercer uma escolha esclarecida. Para eles, um sujeito autônomo é aquele que age livremente, de acordo com seu próprio planejamento, e chegam mesmo a comparar essa autonomia 'a um governo independente que gere os seus territórios e estabelece suas políticas'.<sup>1</sup>

Para Kant, na filosofia, a autonomia é o fundamento de toda a moralidade das ações humanas. Ela consiste na apresentação da razão

para si mesma de uma lei moral que é válida para a vontade de todos os seres racionais. A lei moral vai contra as ações que são praticadas por egoísmo, já que ela possui a forma de uma legislação universal que é expressa no imperativo categórico da razão, que é a ideia central formulada para que se possa analisar o que motiva a ação humana e compreender a moral e a ética<sup>2</sup>.

A autonomia relacional está ligada à concepção de coletividade, ela não particulariza cada indivíduo ou a sua vontade, ao revés, a sua relacionalidade diz respeito a vários indivíduos pertencentes à uma sociedade, que visa o melhor para a coletividade. A relacionalidade pressupõe uma responsabilização pelo outro<sup>3</sup>. O termo 'autonomia relacional' refere-se à concepção de autonomia que a vincula aos aspectos sociais da vida do indivíduo, ou seja, sua conexão integral com a política, economia, raça, sexo, cultura, experiências de vida, interações com outros e anseios pessoais<sup>4</sup>. Este conceito está ligado a dignidade intrínseca que a condição humana lhes confere.

De acordo com Barroso, um dos elementos da dignidade é o 'valor comunitário', apresentado como o papel da comunidade e do Estado no estabelecimento de crenças e metas coletivas. As intervenções do Estado e da comunidade são legítimas apenas quando há um direito fundamental de outras pessoas sendo atingido ou há dano potencial para a própria pessoa, pressupondo que haja consenso social sobre a matéria<sup>5</sup>.

Nesse contexto, o presente artigo teve por objetivo analisar as decisões do STF acerca da vacinação obrigatória de COVID-19 a partir do binômio autonomia relacional e pessoal. A pergunta de pesquisa que se pretende responder é: como o STF se manifestou acerca dos litígios da vacinação obrigatória de covid-19 publicada no ano de 2021 até outubro de 2022?

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de uma investigação retrospectiva de caráter documental, baseada nas decisões judiciais proferidas pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Foi realizado um levantamento de dados online das decisões, através de pesquisa jurisprudencial, em ferramenta de busca disponível no *site* daquela corte (<https://portal.stf.jus.br/>), utilizando os termos 'Autonomia Coletiva' e 'Vacinação Obrigatória', separadamente, no período de 1º/1/2021 a 24/10/2022, como data de publicação. Foram incluídos no estudo decisões que tiveram relevância no que tange ao Direito Coletivo e Constitucional, em relação à vacinação contra a Covid-19.

Decidiu-se por utilizar documentos para retirar deles informações, isso se faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; seguindo etapas e procedimentos; organizando informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas e elaborando sínteses<sup>6</sup>. Estudos baseados em documentos procuram extrair as informações que possam servir de base para a organização e interpretação dos dados segundo os objetivos da investigação. Foi realizada uma descrição fundamentada no referencial teórico e na análise dos documentos propondo a sistematização dos dados em categorias<sup>7</sup>. Fez-se então uma análise com base nos resultados.

Utilizando o primeiro termo, foram localizadas 67 decisões. Ao se filtrar pelas datas determinadas, restaram 10 decisões. Foram excluídas 7 decisões por tratarem de temas diversos do presente artigo, ligados ao direito administrativo. Posto isto, a partir da utilização dos critérios foram apresentadas 3 decisões que tratam, especificamente, sobre a vacinação no período pandêmico, que são: Ações Diretas de

Inconstitucionalidade (ADIs) 6586 e 6587 e Ação Direta de Preceito Fundamental (ADPF) 754, que concerne à vacinação.

Na busca pelo segundo termo, foram localizadas 4 decisões. Ao se filtrar pelas datas mencionadas foram encontradas 3 decisões. Sendo assim, foram excluídas 2 decisões por já constarem no objeto de análise documental mencionada no parágrafo anterior. Nesse sentido, a partir da utilização dos critérios foi apresentado o Recurso Extraordinário com Agravo (ARE) 1267879, com relação à vacinação.

Por se tratar de pesquisa documental em base pública, com acesso livre, a pesquisa não precisou ser submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As decisões escolhidas para a análise foram:

1. Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) 6586 e 6587;
2. Ação Direta de Preceito Fundamental (ADPF) 754;
3. Recurso Extraordinário com Agravo (ARE) 1267879.

### **1 ADI 6586 e ADI 6587**

A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) é uma representação contra a inconstitucionalidade de lei ou ato normativo federal ou estadual, a ser encaminhada para julgamento perante o STF<sup>8</sup>. Na ADI 6586, com petição formulada pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), objetiva-se que seja dada interpretação conforme à Constituição estabelecendo que compete aos Estados e Municípios



determinar a realização compulsória de vacinação contra a Covid-19 e outras medidas profiláticas.

Na ADI 6587, proposta pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), requer-se a declaração de inconstitucionalidade ou que lhe seja dada interpretação, para impedir que seja realizada vacinação compulsória nos casos em que as vacinas careçam de comprovação científica quanto a sua eficácia e segurança. Assim, se perfaz uma análise das decisões, de relatoria do Ministro Ricardo Lewandowski, observando a autonomia coletiva e a autonomia individual, pelos seguintes aspectos: (i) de acordo com a Lei. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, em seu art. 3º, inciso III, alínea 'd'<sup>9</sup>, afirma-se que deve ser adotada a realização a vacinação compulsória, bem como outras medidas profiláticas, necessárias para o combate e disseminação do vírus. Porém, é importante destacar que a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento do usuário. A liberdade individual assegura a todas as pessoas fazer suas escolhas existenciais. Não obstante, a autonomia relacional define contornos e impõe limites à autonomia individual. Neste contexto, depara-se com o dilema sobre qual direito deve vigorar, o coletivo ou o individual, ou seja, a autonomia relacional ou pessoal? (ii) em uma análise jurídica, em que pese constar a Lei 13.979/2020, especificamente nos incisos I, II, e III do § 2º do art. 3º<sup>9</sup>, tem-se como critério o princípio da razoabilidade ou proporcionalidade. Trata-se de um importante princípio constitucional, pois limita a atuação e discricionariedade dos poderes públicos, vedando que seus órgãos ajam com excesso ou valendo-se de atos inúteis, desarrazoados e desproporcionais. Utilizado habitualmente para aferir a legitimidade das restrições de direitos, o princípio da proporcionalidade ou da razoabilidade, consubstancia, em essência, uma pauta de natureza axiológica (um valor) que emana diretamente das ideias de justiça, equidade, bom senso, prudência, moderação, inclusive a de nível

constitucional<sup>8</sup>. Por conseguinte, observa-se que agentes públicos não devem colocar a sua opinião pessoal em detrimento da coletividade.

Dentro desta perspectiva, o princípio da dignidade da pessoa humana, presente na Constituição Federal de 1988, art. 1º. inciso III<sup>10</sup>, figurando como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil faz refletir que para haver uma pessoa com dignidade, ela precisa estar em gozo de sua saúde e de seus direitos e garantias fundamentais. Destarte, se determinado indivíduo defende somente as suas particularidades, os outros indivíduos não poderão tutelar seus direitos fundamentais diante de uma relacionalidade, que é condição humana que se torna exigência ética na interação entre seres humanos<sup>3</sup>.

No livro 'Dignidade da pessoa humana no Direito Constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial', Barroso<sup>5</sup> apresenta um dos elementos para análise da dignidade que é o seu 'valor comunitário', explicando o papel da comunidade e do Estado no estabelecimento de crenças e metas coletivas. Nesse sentido, a dignidade seria uma restrição à autonomia individual, uma limitação a direitos e liberdades individuais em prol da dignidade de outros e de valores socialmente compartilhados

De acordo com o autor, essas intervenções do Estado na comunidade são legítimas apenas quando há um direito fundamental de outras pessoas sendo atingido ou há dano potencial para o próprio indivíduo, pressupondo que haja consenso social sobre a matéria<sup>5</sup>.

Na autonomia individual as pessoas precisam estar nas mesmas condições sociais, por isso que a autonomia relacional é importante para diminuir as desigualdades existentes entre diversos indivíduos que estão inseridos no tecido social.

Sendo assim, em suma, compreende-se que a autonomia relacional, ou seja, a autonomia coletiva deve predominar sob a autonomia individual, seja pela Lei 13.979/2020, seja pelos princípios da

proporcionalidade e razoabilidade ou pelo princípio da dignidade da pessoa humana, ambos incorporados pela Constituição de 88, concretizando o direito social à saúde. Portanto, as Ações Diretas de Inconstitucionalidade foram conhecidas e julgadas parcialmente procedentes, pela maioria do colegiado, para conferir interpretação conforme à Constituição ao art. 3º, III, d, da Lei 13.979/2020, de maneira a estabelecer que: (I) a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes, e (i) tenham como base evidências. O julgamento foi realizado no dia 17/12/2020<sup>11</sup>.

## **2 ARE 1267879**

O Agravo em Recurso Extraordinário é cabível somente contra decisão monocrática que inadmita o recurso extraordinário, conforme previsto nos artigos 1.030, § 1º e 1.042, ambos do Código de Processo Civil. O Recurso Extraordinário é um recurso processual utilizado para pedir ao Supremo Tribunal Federal (STF) a impugnação de uma decisão sobre questões constitucionais<sup>12</sup>.

Nesse tocante, o Recurso Extraordinário com Agravo, ARE 1267879, sob análise, foi interposto por A.C.P.C. e outro, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) que determinou que pais veganos submetessem o filho menor às vacinações definidas como obrigatórias pelo Ministério da Saúde, a despeito de suas convicções filosóficas. O processo aborda a questão da vacinação obrigatória, mas os autos estão em segredo de justiça e não há acesso, por se tratar de menor de 18 anos, portanto, não se pode afirmar que se

discute somente a vacinação contra a Covid-19, tendo como relator o Ministro Roberto Barroso. De acordo com o relator, nenhum direito é absoluto, encontrando seus limites em outros direitos e valores constitucionais. Nessa toada, para reflexão da demanda deve-se elucidar alguns dispositivos normativos.

De acordo com o art. 196 da Constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>10</sup>.

Além disso, o art. 5º da CF, em seus incisos II e VIII, destacam: “II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei”.<sup>10</sup>

Observa-se nas decisões das ADIs 6586 e 6587 que o Direito brasileiro prevê a obrigatoriedade da vacinação, através da Lei nº 13.979/2020<sup>9</sup>. Além disso, a vacinação obrigatória está prevista em diversas leis vigentes, como, por exemplo, a Lei nº 6.259/1975, art. 3º e parágrafo único do Programa Nacional de Imunizações<sup>13</sup> e a Lei nº 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 14, § 1º<sup>14</sup>.

Em outra perspectiva, segundo Kant, a autonomia da vontade é o princípio único de todas as leis, porém, toda heteronomia (sujeição a uma lei exterior ou à vontade de outrem; ausência de autonomia) não só deixa de fundamentar qualquer obrigação como também resulta completamente contrária ao princípio desse livre-arbítrio. Na filosofia, a autonomia é o fundamento de toda a moralidade das ações humanas. Ela consiste na apresentação da razão para si mesma de uma lei moral que é válida para a vontade de todos os seres racionais. A lei moral vai

contra as ações que são praticadas por egoísmo<sup>2</sup>. Assim sendo, não há como assegurar que um menor de 18 anos tenha total autonomia diante das escolhas feitas por seus responsáveis legais ou, em outra extensão, de acordo com suas idealizações.

Não menos importante, faz-se necessário ressaltar, segundo Barroso, que o poder familiar não autoriza que os responsáveis legais, invocando convicção filosófica, coloquem em risco a saúde dos filhos, singularmente pelos artigos da Constituição 227 e 229<sup>10</sup>, visando sempre o melhor interesse da criança.

Em vista disso, o recurso dos autores foi desprovido, com fixação de tese, julgado em 17/12/2020<sup>15</sup>: “É constitucional a obrigatoriedade de imunização por meio de vacina que, registrada em órgão de vigilância sanitária, (i) tenha sido incluída no Programa Nacional de Imunizações ou (ii) tenha sua aplicação obrigatória determinada em lei ou (iii) seja objeto de determinação da União, Estado, Distrito Federal ou Município, com base em consenso médico-científico. Em tais casos, não se caracteriza violação à liberdade de consciência e de convicção filosófica dos pais ou responsáveis, nem tampouco ao poder familiar”.

### **3 ADFP 754**

Na Décima Sexta Tutela Provisória Incidental - TPI (ADPF 754/DF), assim como os demais que o antecederam, em decisões passadas, diz respeito a atos e omissões do Poder Executivo Federal relacionados à preservação do direito à vida, à saúde, no contexto do período pandêmico, decorrente da disseminação da Covid-19. Este recurso foi apresentado pelo partido Rede Sustentabilidade, pois o Ministério da Mulher e o Ministério da Saúde produziram notas técnicas<sup>16,17</sup> em que se opõem ao passaporte vacinal e à obrigatoriedade

da vacinação de crianças contra a Covid-19. Contrariando o entendimento já firmado pela Suprema Corte. A ADPF é cabível para evitar ou reparar lesão a preceito fundamental, resultante de ato do Poder Público e, também, quando for relevante o fundamento de controvérsia constitucional sobre lei ou ato normativo federal, estadual ou municipal, inclusive anteriores à Constituição<sup>18</sup>.

Ficou bem delineado, segundo o relator, que o direito à vida, corresponde ao direito universalmente reconhecido à pessoa humana, de viver e permanecer vivo, livre de quaisquer agravos, materiais ou morais. Destaca-se o seguinte trecho do voto: “Crianças e adolescentes são, portanto, sujeitos de direitos, pessoas em condição peculiar de desenvolvimento e destinatários do postulado constitucional da “prioridade absoluta”. A esta Corte, evidentemente, cabe preservar essa diretriz, garantindo a proteção integral dos menores segundo o seu melhor interesse, em especial de sua vida e saúde, de forma a evitar que contraiam ou que transmitam a outras crianças. Tal tarefa é especialmente delicada porque os menores não têm autonomia, seja para rejeitar, seja para consentir com a vacinação”<sup>19</sup>.

Julgamento realizado no dia 21/03/2022<sup>19</sup>, ratificando todo o entendimento jurisprudencial, quanto à obrigatoriedade da vacinação, decidido pelo STF na ADI 6.586/DF e 6.587/DF, ARE 1267879. O voto foi no sentido de referendar a medida cautelar pleiteada para determinar ao Ministério da Mulher e da Saúde apresentem às Nota Técnicas<sup>16,17</sup>, a interpretação conferida pelo Supremo Tribunal Federal ao art. 3º, III, d, da Lei 13.979/2020, ou seja, que a vacinação obrigatória é legal, que possui lei vigente e jurisprudência pacificada, conforme o exemplo da tese fixada da ADI 6586: “I - A vacinação compulsória não significa vacinação forçada, porquanto facultada sempre a recusa do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas

atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes, e (i) tenham como base evidências científicas e análises estratégicas pertinentes, (ii) venham acompanhadas de ampla informação sobre a eficácia, segurança e contraindicações dos imunizantes, (iii) respeitem a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas, (iv) atendam aos critérios de razoabilidade e proporcionalidade e (v) sejam as vacinas distribuídas universal e gratuitamente; II - Tais medidas, com as limitações acima expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência”<sup>11</sup>.

### **CHECK AND BALANCES**

Inspirado em Locke, Montesquieu defendeu a ideia de poder limitado. Em sua célebre obra *De l'esprit des lois*, o escritor francês admitiu que o homem investido no poder tende naturalmente a dele abusar até que encontre limites<sup>8</sup>. Afirma-se que o poder só pode ser limitado pelo próprio poder '*le pouvoir arrête le pouvoir*' (*Pour qu'on ne puisse pas abuser du pouvoir, il faut que, par la disposition des choses, le pouvoir arrête le pouvoir*)<sup>3,20</sup>

No Estado existem três poderes, a saber, o Poder Legislativo, Executivo e Judiciário. A Constituição Federal instituiu um mecanismo de controle mútuo, onde há 'interferências', que visam ao estabelecimento de um sistema de freios e contrapesos (*check and balance*). Ao buscar o equilíbrio necessário à realização do bem da coletividade, que é indispensável para evitar prejuízos concretos à saúde dos governados.<sup>21</sup>

---

<sup>3</sup> Tradução: para que não haja abuso de poder, é necessário que, pela disposição das coisas, o poder limite o poder.

O Estado Democrático de Direito Brasileiro está assentado nos princípios estruturantes, sendo eles princípios fundamentais, como é o caso do princípio da dignidade da pessoa humana, que está contido na Constituição Federal, presente no Título I, artigo 1º. Sobretudo, no que se refere ao sistema de freios e contrapesos, aludido no art. 2º da CF, que menciona que são Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário. Ademais, destaca-se que o art. 3º, inciso IV, dispõe que constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: promover o bem de todos<sup>10</sup>.

Sumariamente, o sistema de freios e contrapesos é exercido pelo controle de constitucionalidade, que é uma análise de compatibilidade entre uma norma infraconstitucional e a Constituição. O guardião da Constituição é o Supremo Tribunal Federal, que garante a autoridade da norma no país. Cumpre também ao STF dar a última palavra em matéria de interpretação dos princípios e regras estabelecidas na Carta Magna.

Durante o período pandêmico, o sistema de freios e contrapesos, foi de extrema importância para garantir o controle de constitucionalidade do país e assim assegurar o direito coletivo, principalmente de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para esta pesquisa, utilizou-se um recorte bem específico: quatro decisões do STF, como fonte primária e única, não se estendeu a discussão aos outros entes federativos, para saber a argumentação deles e a fundamentação, incluindo as pessoas afetadas por decisões tomadas no campo judiciário, entretanto seria uma discussão pertinente. A intenção foi a de compreender e expor essas quatro decisões analisando a fundamentação contida nestes casos e, com base neles,



apresentamos o resultado consolidado do STF. Diante desse objetivo a pesquisa considerou que o sistema de freios e contrapesos foi essencial para garantir o equilíbrio entre os poderes constituintes. Considerou-se que os resultados analisados estão no âmbito de nosso objetivo e não tem a intenção de extrapolar à outras esferas de representação política ou social.

Entende-se que o STF, nos últimos anos, em especial, no período pandêmico da Covid-19, mormente em julgados que dizem respeito à vacinação obrigatória, proferiu decisões de forma estruturante para sistema político nacional, ou seja, decisões que conferem princípios fundamentais, os quais asseguram que o direito da coletividade deve prevalecer perante os direitos individuais.

A obrigatoriedade da vacinação está prevista em dispositivos normativos, sobretudo na Lei 13.979/2020 e nas decisões proferidas, que reafirmaram o que está na legislação brasileira, no tocante ao direito coletivo (ADIs 6586/ 6587 e ADPF 754) assim como o direito individual (ARE 1267879) nos levando a refletir se autonomia relacional deve preponderar sobre a autonomia pessoal.

Mesmo sabendo que, no campo das ideias, Kant defende uma singularidade sobre a autonomia, ou seja, que a particularidade de cada um deve ser respeitada, no contexto de uma ameaça viral global, a autonomia coletiva e o direito normativo são dominantes, em consonância com o princípio da dignidade humana.

Portanto, entende-se que a autonomia relacional garante a universalidade de direitos e princípios e que a obrigatoriedade da vacinação é legítima. Assim, se aduz que nenhum direito é absoluto, encontrando seus limites em outros direitos e valores constitucionais.

## REFERÊNCIAS

1. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 7ª ed. 2013 New York: Oxford; 2013. 480p.
2. Kant I. Crítica da Razão Prática. 1ª ed. São Paulo: Ícone Editora; 2005.160 p.
- 2- Schpallir M, Anjos M. A relacionalidade como fundamento da autonomia. Revista Brasileira De Bioética. 2018 [cited 2022 Nov 6]; 14:1-16. Available from: <https://doi.org/10.26512/rbb.v14i0.14682>.
- 3- Ells C, Hunt MR, Evans JC. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics 2011 [cited 2022 Out 31]; 4: 79-101. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148123/141735>.
- 4- Barroso LR. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. 1ª ed. Belo Horizonte: Fórum, 2013. 132p.
- 5- Sá-Silva J, Almeida C, Guindani J. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, ano I, n. I, 1-15. 2009.
- 6- Patton MQ. Qualitative evaluation methods. Michigan: Sage Publications. 1980. 787 p.
- 7- Cunha Júnior D. Curso de Direito Constitucional. Ed. 15ª. Salvador: Editora JusPODIVM; 2021. 1408 p.
- 8- Brasil. Lei 13.979, 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, 6 de fev. 2020. [cited 10 out. 2020]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.
- 9- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República, 2016 [cited 2022 Nov 5]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

- 10- Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADIs 6586 e 6587. Vacinação Compulsória. Relator Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF: STF, 2021 [cited 2022 Out 1º]. Available from: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur443506/false>.
- 11- Marinoni LG. Novo Código de Processo Civil Comentado. 2ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2016. 1310 p.
- 12- Brasil. Lei nº 6.259, 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações. Relator Ministro Roberto Barroso. Brasília, 30 out. 1975 [cited 2022 Nov 12]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6259.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm).
- 13- Brasil. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente. Brasília, 13 jul. 1990 [cited 2022 Nov 6]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).
- 14- Brasil. Supremo Tribunal Federal. ARE 1267879. Possibilidade dos pais deixarem de vacinar os seus filhos, tendo como fundamento convicções filosóficas, religiosas, morais e existenciais. Brasília, DF: STF, 2021 [cited 2022 Out 20]. Available from: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&queryString=ARE%201267879%20&sort=score&sortBy=desc>.
- 15- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Nota Técnica N.º 1/2022/COLIB/CGEDH/DEPEDH/SNPG/MMFDH. Brasília: Ministério da Mulher; 2020 [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2022/03/17/doc-req-42022-cdh-20220202-1.pdf>.
- 16- Ministério da Saúde. Nota Técnica N.º 2/2022 SECOVID/GAB/SECOVID/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-02-2022-vacinacao-de-5-11-anos.pdf/view>.
- 17- Consultor Jurídico - ConJur [Internet]. ADPF pode evitar ou reparar dano a preceito fundamental. Revista Consultor Jurídico; 2013 [atualizado em 27 mar. 2013; cited 2022 Nov 7]. Available from:

<https://www.conjur.com.br/2013-mar-27/toda-prova-adpf-usada-evitar-ou-reparar-dano-preceito-fundamental>.

- 18- Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADPF 754. Tutela de urgência em arguição de descumprimento de preceito fundamental. Notas técnicas 2/2022-secovid/gab/secovid/ms e 1/2022/colib/cgedh/snpg/mmfdh. Atos do poder público que podem, em tese, agravar a disseminação do novo coronavírus. Relator Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF: STF, 2021 [cited 2022 Out 7]. Available from:  
<https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur464895/false>.
- 19- Montesquieu CS. L'esprit des lois [internet]. 1ª edição. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1996 [cited 2010 Nov 12]. 449 p. Available from:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2963710/mod\\_resource/content/0/Montesquieu-O-espírito-das-leis\\_completo.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2963710/mod_resource/content/0/Montesquieu-O-espírito-das-leis_completo.pdf).
- 20- Silva JA. Curso de Direito Constitucional Positivo. 40ª edição. São Paulo: Malheiros; 2017. 936 p.

4

---

<sup>4</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

---

**Judicialização da Saúde e conflitos entre entes federados: uma nova face da judicialização da política no curso da pandemia covid-19?**

*Judicialization of health and conflicts between federate entities: a new face of the judicialization of policy in the course of the covid-19 pandemic?*

*Judicialización de la salud y conflictos entre entidades federales: ¿un nuevo rostro de la judicialización de la política en el marco de la pandemia del covid-19?*

Thaís Araújo Dias<sup>1</sup>  
Francisco José Leal de Vasconcelos<sup>2</sup>  
José Clauber Matos Brayner<sup>3</sup>  
Thales Araújo Dias<sup>4</sup>  
Maria Socorro de Araújo Dias<sup>5</sup>

**RESUMO:**

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Direito Constitucional Público e Teoria Política, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. Professora, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. E-mail: araujodiasthaís@gmail.com – ORCID: 0000-0003-0217-9289

<sup>2</sup> Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. Diretor de Relações Institucionais, PluralMED Soluções em Saúde S/A, Sobral, CE, Brasil. E-mail: zezeleal@yahoo.com.br – ORCID: 0000-0001-5449-9677

<sup>3</sup> Mestre em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Professor Faculdade Luciano Feijão, Sobral, CE, Brasil. E-mail: clauberbrayner@hotmail.com – ORCID: 0000-0001-7810-9856

<sup>4</sup> Graduando em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil. E-mail: thalesaraujodias@gmail.com – ORCID: 0009-0007-4489-3540

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Professora, Universidade Estadual do Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. E-mail: socorroad@gmail.com – ORCID: 0000-0002-7813-547X

A judicialização da política contempla a judicialização da saúde com efeitos no direito individual e coletivo da saúde. No curso da Covid-19 houve recorrente chamamento do STF para atuar em matérias de natureza referida. Ran Hirschl reconhece três faces da judicialização da política: judicialização das relações sociais, judicialização “vinda de baixo” e judicialização da megapolítica. Este estudo parte da hipótese de existência de uma nova face no cenário de judicialização da saúde e da judicialização de conflitos políticos entre os entes federativos, decorrentes da pandemia. Para testá-la, analisou-se, quantitativamente, o Painel de Ações da COVID disponível no sítio eletrônico do STF, no lapso temporal de fevereiro de 2020 a maio de 2021. Os resultados aludem sobre: judicialização da política, faces e desenhos; atuação do STF no curso da pandemia e a judicialização dos conflitos políticos federativos; e a judicialização do direito coletivo à saúde à luz das Ações Cíveis Originárias. Conclui-se que há uma nova face da judicialização da política presente nas ações relacionadas à Covid-19, que contempla conflitos que se encontram entre casos de política pura e consecução de direitos constitucionais.

**Palavras-chave:** Direito à saúde; Decisões da Suprema Corte; COVID-19.

#### **ABSTRACT:**

The judicialization of politics contemplates the judicialization of health with effects on the individual and collective right to health. During the Covid-19 pandemic, there was a recurrent call from the STF (the Brazilian Federal Court of Justice) to act on matters of the aforementioned nature. Ran Hirschl recognizes three faces of the judicialization of politics: judicialization of social relations, judicialization “from below”, and judicialization of mega-politics. This study is based on the hypothesis of the existence of a new face or sub-face arising from the scenario of judicialization of health, resulting from the pandemic. To test it, the COVID Action Panel available on the STF website, from February 2020 to May 28, 2021, was analyzed under a quanti-qualitative perspective. The results are structured in three sessions that allude to: Judicialization of the Policy, faces and drawings; STF performance during the pandemic and a judicialization of federal political conflicts; And the judicialization of the collective right to health under the prism of Ordinary Civil Actions during the pandemic. It is concluded that there is a new face of the judicialization of politics present in the actions related to Covid-19, which contemplates conflicts that are found between cases of pure politics and the achievement of constitutional rights.

**Keywords:** Right to health; Supreme Court decisions; COVID-19.

## RESUMEN:

La judicialización de la política contempla la judicialización de la salud con efectos sobre el derecho individual y colectivo a la salud. En el transcurso de la Covid-19, hubo un llamado recurrente del STF para actuar en asuntos de la naturaleza antes mencionada. Ran Hirschl reconoce tres caras de la judicialización de la política: la judicialización de las relaciones sociales, la judicialización “desde abajo” y la judicialización de la megapolítica. Este estudio parte de la hipótesis de la existencia de un nuevo rostro en el escenario de la judicialización de la salud y la judicialización de los conflictos políticos entre entidades federativas, producto de la pandemia. Para probarlo, se analizó cuantitativamente el Panel de Acciones COVID disponible en el sitio web del STF, de febrero de 2020 a mayo de 2021. Los resultados aluden a: judicialización de políticas, rostros y diseños; actuación del STF en el transcurso de la pandemia y la judicialización de los conflictos políticos federales; y la judicialización del derecho colectivo a la salud a la luz de las Acciones Civiles Ordinarias. Se concluye que existe una nueva cara de la judicialización de la política presente en las acciones relacionadas con la Covid-19, que contempla los conflictos que se encuentran entre casos de pura política y la consecución de derechos constitucionales.

**Palabras clave:** Derecho a la salud; Decisiones de la Corte Suprema; COVID-19.

## INTRODUÇÃO

O fenômeno internacional de judicialização da política e o de encaminhamento ao Poder Judiciário de demandas de cunho extrajurídico também se fazem presentes no Brasil. O Supremo Tribunal Federal (STF) possui centralidade nesse fenômeno no âmbito nacional por ter em sua essência as discussões de temáticas sobre os principais aspectos políticos e sociais do País. Em meio às judicializações das políticas públicas há a judicialização da saúde, cujos impactos são

discutidos, especialmente entre o direito individual e o direito coletivo à saúde.

Em 25 de fevereiro de 2020 foi registrado o primeiro caso de Covid-19 no Brasil<sup>1</sup>. Diante dos múltiplos efeitos decorrentes da pandemia houve recorrente chamamento do STF para atuar em matérias que relativas a direito individuais alcançado temáticas essencialmente políticas como a (im)possibilidade de abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar as responsabilidades dos gestores no decorrer da pandemia.

Não obstante, aquelas questões que auferiram vultosas relevâncias remetem-se às divergências entre os entes federados no combate à pandemia. Com percepções distintas sobre quais medidas seriam necessárias para evitar a propagação do vírus, Estados e Municípios alcançaram a constitucionalidade para adoção de medidas mais restritivas em comparativo com aquelas estabelecidas pela União. Por unanimidade o Plenário do STF confirmou, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341/DF, o entendimento de que as medidas adotadas pela União no enfrentamento à Covid-19 não afastam a competência concorrente<sup>2</sup>.

Ações Civis Originárias (ACO) foram impetradas no STF por envolver litígios entre Estados e a União<sup>3</sup>, conforme determina a Constituição Federal (CF) de 1988. O STF também foi demandado, por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 770, sobre a possibilidade de importação de vacinas contra a Covid-19 pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. A partir desta, a Corte ratificou, por unanimidade, a liminar proferida pelo ministro relator Ricardo Lewandowski e autorizou critérios a referida importação<sup>4</sup>.

No Brasil, a saúde é direito universal, conforme preceito constitucional e reafirmada na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990<sup>5</sup>. No curso da Covid-19,



os impactos de uma situação anunciada, derivada do subfinanciamento, impôs dificuldades quanto à resposta, em tempo hábil e com qualidade, às necessidades de saúde da população. O cenário agravou-se dada a necessidade de atender integralmente e com segurança muitos pacientes ao mesmo tempo. Este fato, alinhado à organização do Estado brasileiro com definição de competências para os entes federados, motivou ações judiciais e evidenciou a correlação entre a judicialização da política e os desafios no curso da pandemia.

A caracterização e a construção do conceito de judicialização da política possuem singularidades. Ran Hirschl realça que a judicialização da política não é fenômeno único; é termo guarda-chuva que contempla três faces, sendo que cada uma destas se refere a objetos distintos e delimitados, bem como tendem a ser abordadas por atores diferentes<sup>6</sup>.

A primeira face é a judicialização das relações sociais e ocorre com a transferência de temáticas anteriormente definidas por métodos alheios ao judicial e assumem, posteriormente, o caráter de demanda litigiosa. A judicialização “vinda de baixo”, segunda face, é assim caracterizada pelo perfil dos demandantes que, em maior parte, são pessoas comuns almejando a concretização de direitos em contrariedade às políticas públicas estatais vigentes ou que não se encontram com funcionamento em contento. A terceira face, judicialização da megapolítica, é compreendida como a mais problemática das faces no âmbito democrático por estar relacionada à tribunalização de questões de natureza essencialmente política<sup>6</sup>.

Considerando a “judicialização vinda de baixo”, este estudo analisa a judicialização do direito à saúde e das políticas públicas partindo da hipótese de que existe uma nova face ou subface oriunda do cenário de judicialização da saúde, decorrente da pandemia, na qual os requerentes de “direito” são entes federados cujas ações foram objeto de apreciação perante o STF. A percepção desta nova face ou subface

parte da observação do contexto de conflito entre os entes federativos, especificamente em casos de judicialização no cenário da Covid-19.

Para tanto, é realizada análise crítica da judicialização da saúde e demonstradas as faces da judicialização da política identificadas por Hirschl. Em seguida, apresenta-se a atuação do STF no decurso da pandemia a partir dos processos presentes no Painel de Ações da COVID, conforme o corte epistemológico adotado sobre conflitos entre os entes federativos. Por fim, analisa-se as decisões das ACO's sobre judicialização saúde. Estas estão subdivididas nas categorias: a) ações com pedido pela impossibilidade de requisição compulsória da União de ventiladores mecânicos adquiridos por estados; b) ações que solicitam auxílio orçamentário para fins de leitos de UTI; c) ações que solicitam a importação de vacinas contra a Covid-19.

Pesquisa de natureza mista, do tipo exploratório e documental, a partir de dados do sítio eletrônico do STF, Painel de Ações da COVID<sup>7</sup>. Trata-se de base de dados nacional que tem como lapso temporal o período de 25 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021. Portanto, os dados são referentes aos 15 primeiros meses da pandemia no Brasil.

No Painel de Ações da COVID foram identificados 8.706 processos respondendo por 10.969 decisões, em alguns processos há mais de uma decisão. O itinerário de coleta e análise de dados seguiu os passos: (1) reconhecimento da classificação dos processos em assuntos; (2) eleição do assunto “questões de alta complexidade, grande impacto e repercussão” pelo reconhecimento de sua relevância de destaque conferida pelo próprio STF. Neste assunto foram identificados 5.104 processos e 6.343 decisões; (3) eleição da classe processual do assunto selecionado. Nesta optou-se pela exclusão de Habeas Corpus e Reclamação Constitucional por não englobarem casos relativos à judicialização da saúde. Selecionou-se, então, a classe “outros”, a qual totalizou 448 processos envolvendo 702 decisões. Destas, foram

examinadas as 37 ACO's, a partir do perfil dos requerentes, requeridos e pedidos das respectivas ações.

Os resultados oriundos da busca compuseram um banco de dados no Microsoft Excel com informações detalhadas de cada variável de interesse para o estudo e foram apresentados em quadros. Na dimensão qualitativa, as ACO's foram examinadas quanto ao desfecho (deferimento ou indeferimento) das ações e os argumentos do relator nas decisões monocráticas e da tese vencedora em decisões em Plenário, referentes ao direito à saúde e à responsabilidade comum entre entes. Em seguida, procedeu-se análise permeada por diálogo entre a literatura nacional e internacional com percepções distintas sobre judicialização da saúde, e seus impactos. Como *background*, para análise da hipótese, adotou-se o referencial de Ran Hirschl.

## **1 Judicialização da política, suas faces e seus novos desenhos**

O aumento do espectro de atuação do Poder Judiciário é materializado em processos de judicializações que contemplam a busca por concretização de direitos individuais e alcançam a problemática de possível usurpação da soberania popular ou não respeito aos limites da tripartição dos poderes diante do poder decisório dos tribunais de conduzir políticas públicas e questões eminentemente políticas que deveriam ser deliberadas, em uma perspectiva democrática, partindo da própria população ou dos seus representantes. Nesse cenário, duas terminologias são recorrentemente utilizadas para designar o exercício dessa referida expansão do Poder Judiciário: o ativismo judicial e a judicialização da política.

Por vezes, ambas são veiculadas como sinônimos ou com ausência de acordo semântico. Portanto, é necessário dissociar os dois fenômenos por serem utilizados para assinalar intensas interferências

judiciais nas relações sociais ou quando as deliberações na atividade jurisdicional são pautadas em critérios de conveniência. As controvérsias inicialmente teóricas ganham contornos práticos e institucionais diante da presença de correntes que compreendem que tais fenômenos podem ser necessários para concretização de direitos, enquanto outras filiam-se à percepção de que estes fenômenos são prejudiciais ao contexto democrático e institucional<sup>8</sup>.

Embora o recorte epistêmico deste estudo remonte à judicialização da política, ilustram-se duas percepções distintas sobre o ativismo judicial. Para Barroso<sup>9</sup> o ativismo tende a ocorrer diante da ausência ou demora de resposta às demandas sociais e se manifesta quando a atividade jurisdicional é desempenhada à guisa proativa e expansiva de interpretação da Constituição, permitindo ir além do seu sentido e do seu alcance. Por outro lado, Streck afirma que “o ativismo judicial é sempre ruim para democracia”. Essa afirmação reflete a definição estabelecida pelo autor sobre o fenômeno, pois as decisões ativistas são nucleadas nos prismas subjetivos dos tribunais ou dos juízes, ou seja, um “behaviorismo constitucional”<sup>10</sup>.

No que concerne à judicialização da política, Hirschl<sup>6</sup> define como gênero que engloba, judicialização de direitos. Ferejohn<sup>11</sup> compreende que a indiscriminada judicialização em matérias não jurídicas, intervindo em atividades parlamentares ou executivas, é politicamente perigosa de várias maneiras, especialmente, por sobrevir o efeito de politizar os tribunais. Dessa forma, a incidência da judicialização da política é uma corporificação de uma tomada de decisão política que não é realizada pelos atores políticos clássicos, mas pelos tribunais ou juízes.

Quando se abordam as raízes da ampliação e recorrente judicialização da política no Brasil, é comum que a literatura designe o amplo rol de direitos presentes na CF como desencadeadora de tal

fenômeno. O direito à saúde além de ser positivado como um direito social é de competência comum dos entes federados. A universalidade e a integralidade são princípios dos SUS expressos na Lei Orgânica da Saúde<sup>5</sup>. Contudo, por vezes, esses princípios são contestados, ocasionando o que se convencionou chamar de judicialização da saúde<sup>12</sup>.

É possível encontrar autores<sup>13</sup> que se filiam à necessidade da intervenção do Poder Judiciário em questões de concretização do direito à saúde e ou de políticas públicas relativas à natureza sanitária. Nessa corrente, os argumentos versam sobre a perspectiva constitucional que destinou essa tarefa ao Poder Judiciário e remontam ao caráter principiológico da Constituição Federal de 1988 e do SUS.

Adotando uma perspectiva diversa, autores<sup>13,14,15</sup> incluem lentes críticas aos impactos resultantes da constante intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas: a hipervalorização do direito individual em detrimento do direito coletivo à saúde e as repercussões negativas no orçamento destinado a saúde dos municípios que, mesmo não sendo o ente responsável pelo que fora solicitado pela demanda judicial, tende a receber o maior ônus.

Mas o que justificaria a significativa judicialização de direitos e de políticas públicas no Brasil? No ensaio “O Fim das Ilusões Constitucionais de 1988?” os autores<sup>16</sup> compreendem que a “doutrina brasileira da efetividade” parte de duas premissas fundamentais para que o Poder Judiciário seja concebido, pela opinião pública, como uma válvula de escape e espaço para ampliar a efetividade de direitos fundamentais incluindo o controle judicial de políticas públicas. Essa percepção de descrédito fulcrado em morosidade e ineficiência do Poder Executivo e Legislativo (primeira premissa) combinada com a vinculação do binômio entre efetividade e vias jurídicas (segunda premissa)

repercutem na judicialização das políticas, dentre elas, a judicialização da saúde.

No âmbito internacional, Ran Hirschl<sup>6,17</sup>, a partir de estudos comparados de países com origens jus filosóficas, Hirschl apresenta a percepção de que a complexidade da judicialização da política não é uma, mas, termo guarda-chuva que designa três faces. A já referida primeira face é inerente a captura das relações e conflitos sociais pelo direito, caracterizada pela necessidade das sociedades modernas que se encontram organizada e subordinada ao Estado de Direito<sup>6</sup>. O diálogo sociológico se faz presente e pode ser observada em Weber<sup>18</sup> sobre a burocratização do Estado Moderno, e, diante do papel do advogado nas litigâncias da “judicialização orgânica” e o alto grau de especialização na divisão de trabalho de Durkheim<sup>19</sup>.

Os contornos dos documentos constitucionais sob à égide do neoconstitucionalismo e da vasta proteção dos direitos fundamentais fornecem suporte à mobilização jurídica da segunda face da judicialização da política: a “judicialização vinda de baixo”. Essa categoria de judicialização está presente nas democracias constitucionais e a terminologia é a ela atribuída com fulcro na origem das demandas que partem, por vezes, de pessoas comuns litigando em prol de seus direitos e contrariamente às políticas do Estado. Os aspectos desta face encontram-se manifestadas na elaboração de políticas públicas pelas formas “comuns” de controle judicial de constitucionalidade de leis e atos da administração pública<sup>6</sup>.

Observa-se que mesmo partindo de um cenário de *common law*, Hirschl<sup>6</sup> refere-se à segunda face da judicialização de direitos constitucionais e, especialmente, de políticas públicas, o que remete à inclusão da judicialização da saúde. A competência de juízes e tribunais na definição e elaboração de políticas públicas é problemática decorrente do indiscriminada judicialização da saúde que eleva o direito

individual em detrimento do coletivo. Esta face correlaciona-se com a expansão da competência dos juízes e redesenho das fronteiras dos poderes. Esse poder de revisão judicial dos atos administrativos dialoga com o “*governing with judges*” de Sweet<sup>20</sup>. A crença no “mito dos direitos” de Scheingold<sup>21</sup> é referida por Hirschl<sup>6</sup> diante dos riscos dos direitos se tornarem discursos políticos impulsionadores da litigância.

Hirschl<sup>6</sup> também apresenta como um dos mais concretos aspectos desta face a “remarcação judicial dos limites entre órgãos do estado (separação de poderes, federalismo)”. A égide do federalismo apresenta dupla relevância para este estudo pois a discussão no entorno das competências e custeios dos entes federados sobre a saúde no curso da pandemia, bem como essas discussões desaguaram no campo prático de coalizões entre os entes. De fato, a judicialização “vinda de baixo” contempla a saúde pública, mas observam-se recorrentes ações no STF de Estados e Municípios em prol do direito coletivo à saúde, o que não se molda de forma completa à segunda face, especialmente por não serem os litigantes “pessoas comuns”. Assim, parte-se para análise das ações disponíveis no Painel Ações COVID com a finalidade de apreciar a presença de uma nova face ou de uma nova subface da judicialização da política.

Por fim, a mais problemática de todas as faces, a judicialização da megapolítica ou Judicialização da política pura. A atuação das Cortes Constitucionais na judicialização da megapolítica apresenta riscos políticos pois as credenciais democráticas do controle judicial são colocadas em xeque diante do manto de fumaça que não deixam claras as motivações das cortes como espaços apropriados para deliberar sobre temáticas puramente políticas<sup>22</sup>.

## **2 A atuação do STF no curso da pandemia da Covid-19 e a judicialização de conflitos políticos federativos**

A alegoria utilizada para designar o STF como uma caixa de ressonância política desenvolvida por Costa<sup>22</sup> expressa que a Corte é capaz de refletir as pulsações do âmago das tensões nacionais. Mesmo que a metáfora seja atribuída para assinalar a atuação do Tribunal como agente e paciente do curso histórico nacional, ainda subsiste sua aplicabilidade que pode ser apreciada no protagonismo do STF em temáticas que orbitam, inclusive, os conteúdos mais importantes sobre a forma institucional de combate à Covid-19, por exemplo.

É assertivo que a pandemia apresentou desafios sanitários, bem como repercutiu nos mais diversos setores institucionais e na sociedade, enquanto coletividade, especialmente no Brasil diante do elevado número de óbitos que alcançou o pico da segunda onda, em oito de abril de 2021, com 4.249 óbitos em um dia, representando, com esse platô, a liderança mundial de mortes diárias<sup>7</sup>. A Covid-19 acentuou desafios que suplantaram os sistemas de saúde, se constituiu crise com repercussões econômica, social, cultural, ética e política<sup>23</sup>.

A tendência de chamamento ao Tribunal Constitucional a fim de judicializar demandas de políticas públicas também esteve presente no decorrer da pandemia demonstrando que após um ano da complexa situação sanitária o STF assume protagonismo<sup>24</sup>. Essa significativa participação da Corte relacionada à Covid-19 é reproduzida pelo STF que, por meio de sua Coordenadoria de Difusão da Informação, elaborou o *Case Law Compilation – Covid-19*, uma publicação, em novembro de 2020, das principais decisões proferidas pelo Tribunal. Divididos por temática, são apresentados os casos, uma breve contextualização e um resumo da decisão.



Partindo da percepção de que as decisões compiladas<sup>24</sup> são as compreendidas pela Corte como simbólicas, algumas destas são exemplificativas da atuação do STF relacionadas à Covid-19: a medida cautelar da ADPF 365 que interrompeu as batidas policiais nas comunidades do Rio de Janeiro; a medida cautelar da ADI 6421 que determinou às autoridades a realização de ações durante a pandemia em observância aos critérios técnicos e científicos; a ACO 3385 afirmou que o governo federal não possui competência para solicitar ventiladores por um ente estadual e a medida cautelar da ADPF 674 que ratificou o entendimento da ADI 6341 de que os estados e o Distrito Federal têm o poder concorrente e os municípios possuem o poder complementar em seus territórios para adotar medidas restritivas durante a pandemia.

As decisões proferidas pelo STF que versam sobre os limites de atuação e das competências de cada ente federativo no que concerne ao direito à saúde produziram, inclusive, efeitos políticos, o que reforça relevância da escolha por análise mais detalhada na última seção das ações estaduais em prol da importação da vacinação. Retomando os efeitos oriundos dessa ampla discussão jurídica e política sobre as competências federativas, houve, por vezes, uma deturpação da decisão proferida pelo STF diante da alegação do afastamento da União das tomadas de decisões sobre medidas de enfrentamento à Covid-19. A repercussão desta gerou uma nota explicativa do STF em sítio eletrônico sobre o assunto: a Secretaria de Comunicação Social do STF esclareceu “que não é verdadeira a afirmação que circula em redes sociais de que a Corte proibiu o governo federal de agir no enfrentamento da pandemia da Covid-19”<sup>25</sup>.

O novo contorno constitucional desencadeou reestruturação do desenho institucional federativo: introduziu no texto constitucional espaços de atuação para os entes federativos. Gomes, Carvalho e Barbosa<sup>26</sup> destacam que mesmo diante de uma importante clareza

normativa das competências dos entes, a prática demonstra constantes judicializações de conflitos políticos federativos. No âmbito da saúde pública, há o federalismo solidário cuja competência é comum, mas com a presença de demarcações de responsabilidades designadas para cada ente. A análise em conjunto da Constituição Federal e da Lei 8.080/90 permite reconhecer que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede que deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente<sup>5</sup>.

Ainda diante da hierarquização e regionalização, a revisão integrativa realizada por Dias *et al*<sup>3</sup> demonstra que há sobrecarga de demandas aos Estados e aos Municípios, ao tempo em que o repasse não ocorre na mesma proporção. Essa problemática é potencializada por meio dos processos de judicialização da saúde que, por vezes, há litígios em prol de medicamentos ou terapias de alto custo e a condenação judicial não segue a organização disposta pela Lei Orgânica do SUS com repercussões orçamentárias. Assim, em casos de judicialização da saúde há entre os entes uma busca de autodefesa para se desincumbir da obrigação determinada pelo Poder Judiciário, apresentando, qual dos outros entes deveria ser o demandado.

Demonstra-se que a judicialização da saúde também pressupõe judicialização de conflitos políticos federativos ainda que de forma não tão explícita, diferentemente do que está transparecendo nas ações que envolvem conflitos políticos federativos judicializados para fins de acesso ao direito à saúde no decorrer da pandemia. Os entes buscam por vias judiciais para demonstrarem competentes para concretizar o direito à saúde da coletividade. Seguiu-se com análise sob este prisma.

O Painel de Ações de COVID, até o dia 05 de junho de 2021, apresentava 8.706 processos e 10.969 decisões, conforme já referido. Destes, analisou-se o critério “assunto”, o qual subdivide-se em: alta complexidade, grande impacto e repercussão; processual penal; penal;

administrativo e outras matérias de direito público; outros. Optou-se pelas questões de alta complexidade, grande impacto e repercussão, totalizando 5.104 processos e 6.343 decisões.

Estes estão subdivididos em classes processuais: Habeas Corpus (4.201 processos e 5.075 decisões), Reclamações Constitucionais (455 processos e 567 decisões) e “outros” (448 processos e 702 decisões). Na análise excluiu-se os Habeas Corpus e as Reclamações Constitucionais por não serem ações que auxiliariam na análise sobre judicialização da saúde e conflitos políticos federativos. A exploração da classe “outros” permitiu a identificação das Ações Cíveis Originárias (ACO's) de competência originária do STF por, conforme o artigo 102, I, f, da CRFB/88, abordarem especificamente os conflitos federativos. Dentre a classe “outros” havia 39 ACO's, destas, há, por duas vezes, duas ações exatamente iguais.

A análise das ações por meio da organização entre autores e réus - conforme termos utilizados pelo STF - demonstrou clara demarcação. Quanto ao autor, somente uma ação foi impetrada por município: o Município de Betim (ACO 3.486/MG); o Conselho Regional de Enfermagem de Tocantins impetrou duas ações em desfavor ao Estado de Tocantins (ACO 3.417/TO e ACO 3.418/TO) e as demais ações foram impetradas por Estados (36). No polo passivo da ação, a União esteve presente em 36 ações, o Estado do Tocantins em duas ações, a Anvisa e o BNDES estiveram presentes, individualmente, em uma ação.

Os temas das ações foram: a) ações que solicitavam a suspensão temporária de prestações de contratos ou de empréstimos adquiridos pela União ou por suas autarquias, bem como a não aplicação das sanções decorrentes de possíveis inadimplementos (15); b) ações que versavam sobre judicialização da saúde (15); c) ações remanescentes que não se encontram em nenhum dos dois eixos e

possui um baixo quantitativo (9), conforme quadros, a seguir. Assenta-se que, em função do objeto central ser a judicialização da saúde, este grupo de (ACO's) será analisado por último para apreender melhor o processo de julgamento e o desfecho destas.

**Quadro 1 – Distribuição das Ações Cíveis Originárias (ACO's) de suspensão temporária de contratos ou de empréstimos, segundo autor, réu e tema, impetradas no STF, no período de 25 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021**

Ação	Autor	Réu	Tema
ACO 3.376/AM	Amazonas	União	Suspensão temporária de prestações de contratos ou de empréstimos e temáticas afins.
ACO 3.379/MT	Mato Grosso	União	
ACO 3.380/SE	Sergipe	União	
ACO 3.381/BA	Bahia	União	
ACO 3.383/DF	Rondônia	União	
ACO 3.384/DF	Santa Catarina	União	
ACO 3.387/TO	Tocantins	União	
ACO 3.389/RN	Rio Grande do Norte	União	
ACO 3.390/DF	Distrito Federal;	União	
ACO 3.391/DF	Bahia	União	
ACO 3.394/TO	Tocantins	União	
ACO 3.402/DF	Rondônia	União	
ACO 3.403/SC	Santa Catarina	União	
ACO 3.405/DF	Bahia	BNDES	
ACO 3.506/DF	Amapá	União	

Fonte: Elaboração própria (2021). Dados disponibilizados no sítio eletrônico do STF.

Diante da necessidade de reorganização da destinação orçamentária e da ampliação de direcionamento de recurso à saúde houve dificuldade de Estados em arcarem com contratos e/ou convênios celebrados com a União e com outras pessoas jurídicas. Neste sentido, 15 estados impetraram, fundamentando-se na primordialidade de

destinação orçamentária para combate à Covid-19 e para consecução do direito à saúde em seu território de atuação.

Em 27 de maio de 2020 foi sancionada a Lei Complementar 173 que estabeleceu o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus<sup>27</sup>. Esta fora utilizada para fundamentar as decisões tomadas pela Corte em prol da suspensão das prestações e, as decisões anteriores se respaldavam nos artigos constitucionais de proteção à saúde. Em ambas as situações, o Tribunal foi favorável ao pedido dos Estados.

**Quadro 2 – Distribuição das Ações Cíveis Originárias (ACO's) remanescentes, segundo autor, réu e tema, impetradas no STF, no período de 25 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021**

<b>Ação</b>	<b>Autor</b>	<b>Réu</b>	<b>Tema</b>
ACO 3.417/TO	Coren-TO	Tocantins	Solicitação de testagem em massa dos profissionais da saúde.
ACO 3.418/TO			
ACO 3.425/DF	Rio Grande do Sul	União	Solicitação do afastamento da proibição prevista na Portaria Interministerial 419, de 26 de agosto de 2020, quando prorrogada a vedação ao ingresso de voos internacionais em território brasileiro, em especial, ao Aeroporto Salgado Filho/RS.
ACO 3.426/DF			
ACO 3.434/PE	Pernambuco	União	Utilização de recursos federais do PNAE para fornecimento de gêneros alimentícios aos estudantes da rede pública estadual de ensino.
ACO 3.484/DF	Ceará	União	Prorrogação do prazo para apresentação do Relatório de Gestão Final e o de execução dos projetos ao Ministério do Turismo e o afastamento de quaisquer ônus ou penalidades.
ACO 3.491/MA	Maranhão	União	Prorrogado prazo para apresentação do Relatório de Gestão Final de execução dos projetos ao Ministério do Turismo e o afastamento de quaisquer ônus ou penalidades para o Maranhão ou para os agentes

			culturais apoiados com recursos da Lei n. 14.017/2020.
ACO 3.498/DF	Pernambuco	União	Prorrogação de prazo para apresentação do Relatório de Gestão Final e o de execução dos projetos do Ministério do Turismo.
ACO 3.502/DF	Goiás	União	Cessão de uso de tomógrafo.

Fonte: Elaboração própria (2021). Dados disponibilizados no sítio eletrônico do STF.

O quadro 2 demonstra os temas e os pedidos das ACO's impetradas no STF que foram organizadas de forma residual. Por meio do quadro 02, observa-se a pluralidade de temáticas e formas diversas de judicialização de conflitos políticos federativos.

**Quadro 3 - Distribuição das Ações Cíveis Originárias (ACO's) que versam sobre judicialização da saúde, segundo autor, réu e tema, impetradas no STF, no período de 25 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021. Fortaleza-CE, 2021**

Ação	Autor	Réu	Tema
ACO 3.385/MA	Maranhão	União	Judicialização da saúde.
ACO 3.393/MT	Mato Grosso	União	
ACO 3.398/RO	Rondônia	União	
ACO 3.475/DF	Bahia	União	
ACO 3.478/PI	Piauí	União	
ACO 3.483/DF	Rio Grande do Sul	União	
ACO 3.486/MG	Município de Betim	União	
ACO 3.451/DF	Maranhão	União	
ACO 3.463/SP	São Paulo	União	
ACO 3.465/ES	Espírito Santo	União	
ACO 3.477/DF	Bahia	União	
ACO 3.482/DF	Bahia	União	
ACO 3.497/DF	Ceará	Anvisa	
ACO 3.500/DF	Amapá	União	

ACO 3.507/DF	Pará	União	
--------------	------	-------	--

Fonte: Elaboração própria (2021). Dados disponibilizados no sítio eletrônico do STF.

Por fim, o quadro 3 ilustra as ações que possuem como eixo central do pedido uma forma ou instrumento imediato para fins de concretização do direito à saúde. As ACO's contempladas pelo grupo temático de judicialização da saúde serão analisadas na seção a seguir diante do objetivo do presente estudo de analisar a hipótese de existência de uma nova face ou subface oriunda do cenário de judicialização da saúde, decorrentes da pandemia, na qual os requerentes de “direito” são entes federados cujas ações foram objetos no STF.

### **3 A judicialização do direito coletivo à saúde: análise das ações cíveis originárias no decurso da pandemia Covid-19**

#### **3.1 A requisição compulsória da União de ventiladores mecânicos**

Cerca de 20% dos pacientes com Covid-19 necessitam de assistência hospitalar, tendo como principal sintoma o desconforto respiratório. Destes, em torno de 15% requerem suporte para as disfunções orgânicas, por meio do uso de ventiladores mecânicos (pulmonares)<sup>28</sup>. Este contexto desafiou gestores, profissionais de saúde e a população, principalmente na fase inicial da pandemia, dada sua insuficiência. Ventiladores pulmonares são equipamentos que requerem complexa tecnologia com controle de volumétrico e pressométrico, visto que permitirá, em tempo real, o reconhecimento das curvas de pressão e volume, além de funções auxiliares. Portanto, auxilia a equipe de saúde no monitoramento da capacidade respiratória e, com base nesta,

decide as condutas, de acordo com as necessidades individuais de cada paciente<sup>29</sup>.

A relevância destes ventiladores para o suporte de pacientes graves de Covid-19 demonstra sua essencialidade na concretização do direito à saúde e da vida. Considerando esta premissa houve uma vasta procura de entes federativos para adquirir este equipamento. Maranhão, Mato Grosso e Rondônia ingressaram com ações contrárias à União com pedidos de invalidação de ato da União que requereu compulsoriamente os ventiladores adquiridos pelos Estados e a entrega dos equipamentos.

**Quadro 4 – Distribuição das Ações Cíveis Originárias (ACO's) relativas a ventiladores pulmonares, segundo autor/réu, decisão e fundamentação, ocorridas no período de 25 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021**

Ação	Autor	Decisão	Fundamentação
	Réu		
ACO 3.385/MA	Maranhão	Decisão monocrática;	Apresenta-se como um conflito federativo (artigo 102, I, f da CRFB/88); A requisição compulsória da União de todos os ventiladores mecânico não converge com a competência comum; O direito à saúde (artigos 196 e 6º da CRFB/88), bem como o direito à vida encontram-se em potencial risco com a não entrega dos ventiladores mecânicos.
		Deferimento da tutela provisória	
	União	Proferida em 22 de abril de 2020	
ACO 3.393/MT	Mato Grosso	Decisão plenária	"Nos termos do art. 5º, XXV, da Constituição e do art. 3º, VII, da Lei nº 13.979/2020, a requisição administrativa feita pela União não poderia ter por objeto os ventiladores pulmonares que adquiriu, já que são bens públicos."
		Referendou a medida liminar que determinou o fornecimento dos ventiladores ao MT;	
	União	Proferida em 22 de junho de 2020	
ACO 3.398/RO	Rondônia	Decisão monocrática	Precedentes da ACO 3.385 TP e da ACO 3.393 MC; A requisição compulsória unilateral é potencial forma de



	União	Determinou o fornecimento dos ventiladores à Rondônia	comprometimento da autonomia dos entes e da competência comum de adoção de medidas protetivas da saúde (artigos 18 e 23 da CRFB/88).
		Proferida em 19 de junho de 2020	

Fonte: Elaboração própria (2021). Dados disponibilizados no sítio eletrônico do STF.

As três decisões proferidas foram favoráveis aos pedidos realizados pelos estados. Ainda que as decisões sejam convergentes, observam-se teores argumentativos distintos para cada uma delas que apresentam dispositivos constitucionais, infraconstitucionais e os próprios precedentes que foram sendo desenvolvidos pela Corte. As argumentações utilizadas não são conflitantes entre si, a decisão paradigmática da ACO 3.385/MA foi utilizada como fio condutor para as ações posteriores, o que demonstra uma importante jurisprudência em consolidação no Tribunal que, posteriormente, poderá ser adotada em outros conflitos políticos de competência.

### 3.2 Custeio e manutenção de leitos de UTI

A UTI é uma unidade hospitalar destinada a atender pacientes graves e instáveis. Caracteriza-se por prover assistência de alta complexidade com tecnologia de alta densidade, situações clínicas iminentes de emergências que requerem procedimentos invasivos. Três outras circunstâncias se somam: as UTI demandam competências específicas dos profissionais para o cuidar dos pacientes e lidar com os artefatos tecnológicos, apresentam alto custo financeiro e frequentemente, nas concepções sociais, é associada a doença grave e ou morte<sup>29</sup>.

O reconhecimento destas características se disseminou no curso da Covid-19 e passaram a compor noticiários e cotidiano das

famílias, principalmente na insuficiência de leitos nas UTI, face às necessidades amplificadas pelo número de casos de Covid-19. Mesmo com este reconhecimento, unidades deixaram de ser custeadas pela União entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021 diante de um possível “equilíbrio da pandemia”.

**Quadro 5 – Distribuição das Ações Cíveis Originárias (ACO’s) que versam sobre manutenção e criação de leitos de UTI, segundo autor, decisão e fundamentação ocorridas no período de 25 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021**

Ação	Autor	Decisão	Fundamentação
	Réu		
ACO 3.475/DF	Bahia	Decisões plenárias. Referendaram a liminar determinando à União: i) analisar os pedidos de habilitação de novos leitos de UTI; ii) restabelecimento de leitos de UTI dos Estados que eram custeados pela União; iii) prestação de assistência técnico e financeiro. Proferidas em 08 de abril de 2021.	O decréscimo no número de leitos de UTI custeados pela União apresenta omissão com a saúde coletiva diante do contexto vivenciado; A competência comum não afasta a União de responsabilidade; “é viável a interferência judicial para a concretização do direito social à saúde, cujas ações e serviços são marcados constitucionalmente pelo acesso igualitário e universal (CF, arts. 6º e 196).”; Precedente da ACO 3.473.
	União		
ACO 3.478/PI	Piauí		
	União		
ACO 3.483/DF	Rio Grande do Sul		
	União		
ACO 3.486/MG	Município de Betim	Declínio de competência.	O conflito federativo de impetração de ACO no STF não engloba Municípios.
	União		

Fonte: Elaboração própria (2021). Dados disponibilizados no sítio eletrônico do STF.

As ações apresentadas foram de relatorias da ministra Rosa Weber que se utilizou como fundamento o direito à saúde, a competência comum e o precedente da ACO 3.473 para evidenciar que o decréscimo no número de leitos é uma omissão com a saúde coletiva. Dessa forma, por meio de decisões igualmente proferidas, o Plenário seguiu a relatora

e determinou à União o restabelecimento das UTI's dos estados, bem como a análise dos pedidos realizados para o Ministério da Saúde por outros estados e a prestação de assistência técnica e financeira necessárias para a manutenção das unidades intensivistas.

### **3.3 Importação de vacina e requisições de insumos**

No escopo das políticas que visam à redução de risco de adoecimento presente na CF como ações e serviços de promoção e proteção à saúde se insere as vacinas. O Plano Nacional de Imunizações (PNI), foi instituído pela Lei 6.259 que, em seu art. 2º apresenta a competência do Ministério da Saúde em promover a implementação e coordenação dos serviços e ações da vigilância epidemiológica<sup>30</sup>. Consoante a esta tem-se a legitimação científico-tecnológica.

Evidências científicas denotam o impacto da vacinação na redução da morbimortalidade de doenças imunopreveníveis. Constitui uma das estratégias mais eficientes para a saúde pública. A proteção coletiva proporcionada pelas vacinas resulta da vacinação em massa, pela qual pessoas vacinadas e que adquiriram imunidade corroboram para a proteção indireta dos não vacinados por meio da diminuição/eliminação da circulação do agente infeccioso<sup>31</sup>.

Em que pese este arcabouço científico e normativo, tem-se identificado dilemas na aceitação de vacinas, gerando tensões sociais, dilemas éticos, decisões normativas, análises científicas, e, mais uma vez, alcançado a politização e a judicialização da temática. O Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) ajuizou a ADPF 770 apresentando nos autos “omissão e desarticulação do Executivo federal em relação à vacinação”. O ministro Ricardo Lewandowski, relator da ação, por meio de liminar monocrática, autorizou aos Estados,

Municípios e Distrito Federal a importação e distribuição de vacinas registradas por, pelo menos, uma autoridade sanitária em caso de não cumprimento do prazo legal estabelecido pela Anvisa. O Plenário referendou, de forma unânime, a liminar.

As ACO's contempladas pela temática da vacinação totalizam 8 ações, uma desta impetrada pelo Estado de São Paulo cujo pedido foi o impedimento de requisição, por parte da União, dos insumos contratados pelo Estado. Decorrente da decisão oriunda da ADPF, 7 Estados impetraram ACO's com o pedido de autorização excepcional e temporária para a importação e a distribuição da vacina Sputnik V.

**Quadro 6 – Distribuição das Ações Cíveis Originárias (ACO's) que versam sobre a importação de vacinas contra Covid-19, segundo autor/réu, decisão e fundamentação, ocorridas no período de 25 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021**

Ação	Autor	Decisão	Fundamentação
	Réu		
ACO 3.451/DF	Maranhão	Decisão plenária	A importação de vacinas pelo Estado representará reforço às ações desenvolvidas no PNI, notoriamente insuficientes, diante da surpreendente dinâmica de propagação do vírus;  Artigo 16, § 4º, da Lei 14.124/2021: “na ausência do relatório técnico de avaliação de uma autoridade sanitária internacional, conforme as condições previstas no § 3º
	União	Deferiu parcialmente a liminar para determinar que, no prazo máximo de 30 dias a Anvisa decida sobre a importação excepcional e temporária da vacina Sputnik V	

		Proferida em 03 de maio de 2021	<p>deste artigo, o prazo de decisão da Anvisa será de até 30 (trinta) dias”;</p> <p>A Lei 13.979/2020 apresenta o propósito de “enfrentar de maneira racional e tecnicamente adequada o surto pandêmico: (...) a vacinação, com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde”;</p> <p>O direito à vida e a “existência digna”, (art. 170, CRFB/88);</p> <p>A grave contextualização do estágio de contaminação e os estudos que demonstram permanência de tal.</p>
ACO 3.463/SP	São Paulo	Decisão plenária	<p>A requisição administrativa não pode se voltar contra bem ou serviço de outro ente federativo;</p> <p>Precedente ACO 3.393/MT;</p> <p>Precedente ADPF 770/DF;</p> <p>A coordenação do PNI ser realizada pela União não exclui a competência dos Estados, conforme o artigo 23, II da CRFB/88 que dispõe o cuidado da saúde e da assistência pública como competência comum.</p>
	União	Referendou a medida cautelar que impede que União requirite insumos contratados pelo Estado de São Paulo	
ACO 3.465/ES	Espírito Santo	Homologação da desistência	Não foi possível identificar.
	União		
ACO 3.477/DF	Bahia	Decisões plenárias Referendaram as decisões de cada ação que haviam deferidos parcialmente a liminar determinando prazo máximo de 30 dias para	Artigo 16, § 4º, da Lei 14.124/2021;
	União		
ACO 3.497/DF	Ceará		

	Anvisa	que a Anvisa decida sobre a importação excepcional e temporária da vacina Sputnik V;	Precedente da ACO 3.451 e as argumentações desenvolvidas nesta.
ACO 3.500/DF	Amapá		
	União	Proferidas em 24 de maio de 2021	
ACO 3.482/DF	Bahia	Decisão monocrática	Artigo 16, § 4º, da Lei 14.124/2021.
		Atendeu o pedido do Estado de aplicação do procedimento previsto no artigo 16, § 4º, da Lei 14.124/2021 ao caso da Sputnik V;	
	União	Proferida em 19 de março de 2021	
ACO 3.507/DF	Pará	Não há decisão proferida até a elaboração do presente estudo.	Não foi possível identificar.
	União		

Fonte: Elaboração própria (2021). Dados disponibilizados no sítio eletrônico do STF.

Os estados alegaram falhas na coordenação das ações de imunização, sobretudo no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Essa percepção foi reconhecida pelos ministros da Corte que deferiram os pedidos dos estados em quatro decisões plenárias da determinação de prazo de 30 dias para que a Anvisa decidisse sobre a importação da referida vacina. As decisões proferidas pelo ministro relator foram acolhidas pelo Pleno.

Evidencia-se que a ACO 3.451/DF foi uma decisão paradigmática que apresentou os contornos que iriam ser conduzidos pela Corte sobre a temática no que concerne a construção dos fundamentos argumentativos (a insuficiência do PNI; evidências científicas da importância da vacinação; o estágio de contaminação) e dos fundamentos normativos (artigo 16, § 4º, da Lei 14.124/2021 e artigo

170 da Constituição). Estes fundamentos foram seguidos pelas decisões monocráticas e colegiadas, o que demonstra um padrão das decisões sobre a temática.

A presença de um padrão também ocorreu nos pedidos que versavam sobre a requisição da União de ventiladores mecânicos adquirida por Estados e sobre o custeio e manutenção da União dos leitos de UTI. Esse cenário representa, simultaneamente, a celeridade inerente à questão em análise e segurança jurídica. Por meio da análise qualitativa das ACO's que abordam temas da judicialização da saúde foi evidenciado um binômio de retroalimentação entre a judicialização de conflitos políticos federativos que repercutem na recorrente tribunalização do direito à saúde, da mesma forma que a recorrente judicialização da saúde também refletem em conflitos políticos federativos.

## **CONCLUSÃO**

As repercussões oriundas da Covid-19 implicaram em novos desenhos da judicialização da política, especialmente, das políticas públicas e da saúde. Esse contexto singular não afirma que há uma ruptura da habitual judicialização da saúde com presença do demandante indivíduo e do demandado um ente federativo ou um litisconsórcio entre os entes a fim de garantir um direito individual à saúde. Entretanto, tornou-se evidente a recorrência de estados impetrando ações em desfavor à União ou às suas autarquias para garantia do direito coletivo à saúde.

O protagonismo assumido pelo STF no decorrer do período analisado ocorreu diante de: i) a ausência normativa sobre os desafios e mudanças de paradigmas impostos e inerentes às singularidade do contexto; ii) conforme entendimento da própria Corte: a omissão e/ou

baixa atuação da União em prol do combate no que concerne à medidas de isolamento social e da organização do plano de imunização; iii) a convergência e retroalimentação da judicialização de conflitos políticos que foram potencializados pela judicialização da saúde e vice-versa.

Esse contexto reforça a alegoria da Corte enquanto caixa de ressonância. Embora as Ações Cíveis Originárias de competência originária do STF devem versar sobre conflitos entre Estados e União, demonstra-se que esta fora utilizada como instrumento de concretização do direito coletivo à saúde.

O diálogo realizado entre a teoria e os dados permitiram indicar que, nos moldes das singularidades do contexto pandemia, não é possível contemplar os processos analisados na segunda face da judicialização da política estabelecida por Hirschl, classicamente utilizada para designar processos de judicialização da saúde geralmente impetrados por pessoas “comuns”. Mas que há uma “nova” judicialização da saúde relacionadas à Covid-19 que se revelou como uma forma e corporificação de judicialização de conflitos políticos entre os entes federativos.

Pelo exposto pode-se dizer que há uma nova face da judicialização da política presente nas ações relacionadas à Covid-19. Esta nova face é um mister entre a segunda e a terceira face. Pois, a segunda face refere-se à consecução de direitos constitucionais e a terceira face, a judicialização da megapolítica, que contempla conflitos de natureza essencialmente política.

## REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico. Infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF: MS, 2020.



- 2- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341. Min Relator: Marco Aurélio. Brasília, DF: 15 de abril de 2020 [cited 2021 Jun 1º]. Available from: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344964720&ext=.pdf>.
- 3- Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa. Brasília, DF: Presidente da República; 1988 [cited 2023 Abr 20]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>.
- 4- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Preceito Fundamental 770. Min Relator: Ricardo Lewandowski. Brasília, DF: 15 de março de 2020 [cited 01 jun 2021]. Available from: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15345861511&ext=.pdf>.
- 5- Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990 [cited 2021 Jun 10]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).
- 6- Hirschl R. O novo constitucionalismo e a judicialização da política pura no mundo. Rev. Dir. Adm. [Internet]. 2009 [cited 2023 Set 19];251:139-78. Available from: <https://periodicos.fgv.br/rda/article/view/7533>.
- 7- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Painel Covid 19. Brasília: Conass; 2020 [cited 2022 Jun 8]. Available from: [www.conass.org.br/painelconasscovid19/](http://www.conass.org.br/painelconasscovid19/).
- 8- Tassinari C. Ativismo judicial: uma análise da atuação do judiciário nas experiências brasileira e norte-americana. [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2012. 141 p.
- 9- Barroso LR. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. (SYN)THESIS; 2012;5(1):23-32.
- 10- Streck LL. Entre o ativismo e a judicialização da política: a difícil concretização do direito fundamental a uma decisão judicial constitucionalmente adequada. Esp.Jur. [Internet]. 2016 [cited 2023 Set 19];17(3):721-32. Available from: <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/12206>.

- 11- Ferejhon J. Judicializing Politics, Politicizing Law. Law and contemporary problems. 2002; 65(3): 41-68.
- 12- Paim JS, Silva LM. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. bis [Internet]. 2010 [cited 2023 Set 19];12(2):109-14. Available from: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>.
- 13- Dias MS, Gomes DF, Dias TA, et al. Judicialização da saúde pública brasileira. Revista Brasileira de Políticas Públicas; 2016;6(2):132-145.
- 14- Vianna LW, Carvalho MA, Melo MP, et al. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan; 1999.
- 15- Gomes DF, Souza CR, Silva FL, Pôrto JA, Morais I de A, Ramos MC, et al.. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá?. Saúde debate [Internet]. 2014 [cited 2023 Set 19];38(100):139–56. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140008>.
- 16- Bello E, Bercovici G, Lima MM. O Fim das Ilusões Constitucionais de 1988?. Rev Direito Práx [Internet]. 2019 [cited 2023 Set 19];10(3):1769–811. Available from: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/37470>.
- 17- Hirschl R. Towards juristocracy: the origins and consequences of the new constitutionalism. Harvard University Press; 2004.
- 18- Weber M. Os pensadores: Textos selecionados. 2 ed. São Paulo: Abril Cultural; 1980.
- 19- Durkheim E. A Divisão do Trabalho Social. 2 ed. Lisboa: Editorial Presença; 1984.
- 20- Sweet AS. Governing with judges: constitutional politics in Europe. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- 21- Scheingold SA. The politics of rights: lawyers, public policy, and political change. 2nd ed. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2004.
- 22- Costa EV. STF: O Supremo Tribunal Federal e a construção da cidadania. 2 ed. São Paulo: Editora UNESP; 2006.

- 23- Souto LR, Travassos C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. *Saúde debate* [Internet]. 2020 [cited 2023 Set 19];44(126 jul-set):587-92. Available from: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7957>.
- 24- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Case Law Compilation: Covid-19, Brasília, DF: 2020 [cited 2021 Mai 29]. Available from: [https://portal.stf.jus.br/hotsites/webinar-cortes/assets/img/case\\_law\\_compilation\\_covid19.pdf](https://portal.stf.jus.br/hotsites/webinar-cortes/assets/img/case_law_compilation_covid19.pdf).
- 25- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Esclarecimento sobre decisões do STF a respeito do papel da União, dos estados e dos municípios na pandemia. Brasília, DF: 2021 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=458810>.
- 26- Gomes JM, Carvalho E, Barbosa LF. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E LEALDADE FEDERATIVA: STF AFIRMA PROTAGONISMO DOS GOVERNADORES NO ENFRENTAMENTO À COVID-19. *RDP* [Internet]. 27 de novembro de 2020 [cited 2023 Set 19];17(94). Available from: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4395>.
- 27- Brasil. Presidência da República, Secretária-geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar n<sup>o</sup> 173. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar n<sup>o</sup> 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 mai 2020.
- 28- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Comunicado da AMIB sobre o avanço do COVID-19 e a necessidade de leitos em UTIs no futuro [Internet]. São Paulo: AMIB;2020 [cited 2021 Jun 11]. Available from: <http://www.somiti.org.br/arquivos/site/comunicacao/noticias/2020/covid-19/comunicado-da-amib-sobre-o-avanco-do-covid-19-e-a-necessidade-de-leitos-em-utis-no-futuro.pdf>.
- 29- Fernandes HS, Pulz Júnior SA, Costa Filho R. Qualidade em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. 2010;8(1):37-45.

- 30- Cardin VS, Moraes Gil Nery L. Hesitação vacinal: direito constitucional à autonomia individual ou um atentado à proteção coletiva?. PrismaJ [Internet]. 7 de janeiro de 2020 [cited 2023 Set 19];18(2):224-40. Available from: <https://periodicos.uninove.br/prisma/article/view/14482>.
- 31- Plotkin SA, Orenstein, WA, Offit PA. Vaccines. 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008.

6

---

<sup>6</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

---

**A atuação da Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil**

*The performance of the External Committee of the Chamber of Deputies aimed at monitoring the fight against the Covid-19 pandemic in Brazil*

*Actuación de la Comisión Externa de la Cámara de Diputados destinada al seguimiento de la lucha contra la pandemia de la Covid-19 en Brasil*

Alexandre Varela<sup>1</sup>  
Maria Célia Delduque<sup>2</sup>

**RESUMO:**

**Objetivo:** analisar a atuação da Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil. **Metodologia:** tratou-se de estudo documental qualitativo em que a unidade de pesquisa foi a comissão externa e os projetos de lei por ela priorizados. **Resultados:** ao menos 12 projetos priorizados pela comissão foram transformados em lei, nenhum de autoria do Poder Executivo. **Conclusão:** a Comissão Externa teve atuação condizente com o esperado pela sociedade.

**Palavras-chave:** Covid-19; Poder Legislativo; Direito Sanitário.

---

<sup>1</sup> Mestrando em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Assessor técnico, Câmara dos Deputados, Brasília, DF, Brasil. E-mail: varelaalexandre1@gmail.com – ORCID: 0009-0005-9723-6718

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Professora, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. E-mail: mcdelduque@gmail.com - ORCID:0000-0002-5351-3534

**ABSTRACT:**

**Objective:** to analyze the performance of the External Committee of the Chamber of Deputies aimed at monitoring the fight against the Covid-19 pandemic in Brazil. **Methodology:** this was a qualitative documental study in which the research unit was the external commission and the bills prioritized by it. **Results:** at least 12 projects prioritized by the commission were transformed into law, none of which were authored by the Executive Branch. **Conclusion:** the External Commission acted in line with what society expected.

**Keywords:** Covid-19; Legislative; Health Law.

**RESUMEN:**

**Objetivo:** analizar la actuación de la Comisión Externa de la Cámara de Diputados destinada al seguimiento de la lucha contra la pandemia de la Covid-19 en Brasil. **Metodología:** se trata de un estudio cualitativo documental en el que la unidad de investigación fue la comisión externa y los proyectos de ley priorizados por ella. **Resultados:** al menos 12 proyectos priorizados por la comisión fueron transformados en ley, ninguno de los cuales fue de autoría del Poder Ejecutivo. **Conclusión:** la Comisión Externa actuó en línea con lo que la sociedad esperaba.

**Palabras clave:** Covid-19; Poder Legislativo; Derecho Sanitario.

**INTRODUÇÃO**

O mundo iniciou o ano de 2020 com uma crise sanitária. Um novo coronavírus, denominado SARS-COV-2, sofreu mutações, passando a infectar os seres humanos, causando a doença denominada Covid-19, que levou a internações e óbitos<sup>1</sup>.

A primeira notificação da Covid-19 foi na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019<sup>1</sup>. No Brasil, os primeiros casos foram confirmados no mês de fevereiro de 2020<sup>2</sup>.

No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde - OMS declarou o surto de Covid-19 uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional-ESPII. A ESPII é um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para todos os países,

devido à disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata<sup>1</sup>. No dia 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional-ESPIN. Em 11 de março de 2020, a OMS decretou a pandemia.

A crise mundial instalada fez com que os governos dos países tomassem ações rápidas para se adaptarem às respostas urgentes que a situação exigia. Foi necessário, além de organizar as ações em âmbito da gestão do sistema de saúde, para evitar propagação do vírus, implementar ações no âmbito da economia e da legislação, para se adequar aos desafios exigidos e facilitar que os governos elaborassem planos rápidos de políticas de saúde, de proteção social e econômicas.

A pandemia do Covid-19 causou uma profunda crise que mudou a dinâmica econômica, social, política e cultural do mundo em poucas semanas. Diante dessa crise, os governos responderam de diferentes maneiras e essas diferenças expressaram opções de políticas públicas que geraram efeitos também diversos. Em alguns casos, as crises pioraram e, em outros, foi possível mitigar seus efeitos e as múltiplas desigualdades que se aprofundaram<sup>3</sup>

No Brasil, a situação demonstrou sua gravidade levando a óbito mais de 700 mil pessoas<sup>4</sup>. É amplamente reconhecido que os governos brasileiros tomaram medidas descoordenadas, e suas ações e gastos públicos se revelaram ineficazes no combate à pandemia<sup>5</sup>.

A União foi chamada à responsabilidade para com a situação pandêmica, fazendo com que os poderes constituídos atuassem, cada qual em sua esfera de atuação, para mitigar a mortalidade e morbidade trazida pela pandemia. Dentre as instâncias governamentais que atuaram em todo o período foi o Poder Legislativo.

A Teoria do Neoinstitucionalismo Histórico<sup>6</sup>, por seu conceito de conjuntura crítica, compreende que o vácuo de coordenação produzido

pelo Poder Executivo, na formulação de políticas como resposta aos desafios emergenciais, poderia impulsionar a atividade de formulação do Poder Legislativo. Uma conjuntura crítica caracteriza-se pela emergência de vias institucionais alternativas igualmente possíveis, encerrando-se quando há a afirmação de uma delas como a via hegemônica que desencadeará a implementação de mecanismos institucionais da uma nova ordem para regular a dinâmica de definição dos rumos da política pública<sup>6</sup>.

Embora a literatura brasileira demonstre que o Poder Executivo tem tido expressivo sucesso em pautar a agenda legislativa, durante a pandemia viu-se um redirecionamento do cenário para o Legislativo.

Assim é que, reconhecendo a ocorrência do estado de calamidade pública, o Congresso Nacional aprovou o Decreto Legislativo nº 6/2021<sup>7</sup>, com os seguintes dispositivos: “i - Reconhecimento, para os fins do art. 65, da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), das dispensas do atingimento dos resultados fiscais previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2020 (LDO) e da limitação de empenho e movimentação financeira previstos no art. 9º da LRF; ii - Constituição de Comissão Mista no âmbito do Congresso Nacional, com o objetivo de acompanhar a situação fiscal e a execução orçamentária e financeira das medidas relacionadas à emergência de saúde pública devido à Covid-19”.

Enquanto na Comissão Mista do Congresso Nacional a preocupação foi com o orçamento público, paralelamente, na Câmara dos Deputados a criação, em 11 de fevereiro de 2020, da Comissão Externa, teve como escopo o acompanhamento exclusivo das ações de enfrentamento da pandemia causada pelo coronavírus<sup>8</sup>. Em conjunto, as duas comissões foram os principais fóruns de discussão do Parlamento com relação ao acompanhamento da Covid-19, dentre outros.

A Presidência da Câmara dos Deputados, por meio do Ato da



Presidência de 11/2/2020<sup>9</sup>, decidiu criar a Comissão Externa, destinada a acompanhar ações preventivas de vigilância sanitária e possíveis consequências para o Brasil quanto ao enfrentamento da pandemia causada pelo coronavírus.

No entanto, a referência à vigilância sanitária impunha um reducionismo ao escopo da comissão, vez que limitaria seu trabalho ao acompanhamento apenas das ações de vigilância, que importam exclusivamente ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Como a intenção era acompanhar ações de saúde *lato sensu* no combate à pandemia, a primeira denominação da comissão não contemplou o amplo espectro pretendido. Assim, nos termos do § 1º, do art. 6º, da Lei nº 8080/90, temos<sup>10</sup>: “Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processo, da produção ao consumo; e II – O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

Em 25 de junho de 2020 a comissão passou a ser denominada ‘Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o Enfrentamento à Pandemia da Covid-19’ no Brasil, mais adequada, portanto, ao escopo esperado. Doravante será tratada apenas como Comissão Externa.

A comissão foi proposta pela deputada Carmem Zanotto - CIDADANIA/SC<sup>3</sup>, através do Requerimento nº 9/2020<sup>11</sup>, e pelo deputado Dr. Luiz Antônio Teixeira Jr- PP/RJ<sup>4</sup>, autor do Requerimento nº

---

<sup>3</sup> Partido político com representação na Câmara dos Deputados

<sup>4</sup> idem

26/2020<sup>12</sup>. A Comissão contou com 21 parlamentares em sua composição, respeitando o princípio da proporcionalidade partidária<sup>5</sup>

Há três tipos de comissões temporárias: especiais, de inquérito e externas. As comissões especiais são criadas para dar parecer sobre propostas de emendas à Constituição, projetos de código, projetos de lei sobre tema de competência de mais de três comissões de mérito, denúncia contra o Presidente da República ou ministro, ou projeto de alteração do Regimento Interno<sup>13</sup>. As comissões parlamentares de inquérito (CPI) se destinam a investigar fato relevante para a vida pública e para a ordem constitucional, legal, econômica ou social do País. Têm poderes de investigação equivalentes aos de autoridades judiciais<sup>13</sup>.

As comissões externas são criadas para acompanhar assunto específico fora da sede da Câmara, o que constituiu o objeto deste trabalho junto às proposições e ações da Comissão Externa de Acompanhamento do Combate à Pandemia de Covid-19, no Brasil.

Com base no exposto é que se investigou as ações e proposições da Comissão Externa a fim de responder à pergunta: a Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil', atuou com eficiência durante sua duração?

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de pesquisa documental em fonte primária de dados, em que foram utilizados relatório final, notas taquigráficas e atas das reuniões da Comissão Externa, além de Projetos de lei priorizados; indicações, ofícios e sugestões encaminhadas ao Poder Executivo, Audiências Públicas e Seminários realizados todos que se referiam ao

---

<sup>5</sup> O princípio da proporcionalidade partidária dispõe que a representação dos partidos políticos e blocos parlamentares na Casa Legislativa deve ser produzida proporcionalmente, tanto quanto possível, na composição das comissões.

mérito do trabalho, desprezando-se os de nomeação de cargos, memorandos internos e ofícios meramente administrativos.

Os documentos estão disponíveis na base de dados da internet no sítio da Câmara dos Deputados, com acesso livre e desembaraçado. Foi feito o *download* de todos os documentos disponíveis e, em função de seu grande número, fez-se seleção dos projetos de lei priorizados pela Comissão Externa, para a primeira investigação, neste artigo discutidos.

Os projetos priorizados pela Comissão Externa foram sistematizados em planilha contendo as informações de interesse para a pesquisa tais como: número e ano da proposição, nome do deputado autor, seu partido na ocasião da proposição e unidade da federação de sua representação, ementa do projeto e o número e data em que foi transformado em lei. Até a data de redação deste artigo – abril de 2023 -, a Comissão Externa mantém-se em funcionamento, fato que pode gerar, eventualmente, novos PL que não estejam elencados nesta pesquisa.

Para conhecer os componentes da comissão foi consultado o sítio da internet da citada Comissão Externa (<https://www.camara.leg.br/deputados/204366/biografia>). Para a obtenção da profissão do deputado, seu partido político e unidade federada de representação foram consultadas as biografias dos respectivos parlamentares disponíveis na *web*.

Por se tratar de pesquisa documental sem o envolvimento direto ou indireto de Seres Humanos, o projeto foi dispensado de submissão ao Comitê de Ética.

## **RESULTADOS**

A Comissão Externa foi montada segundo critérios do

Regulamento da Câmara dos Deputados, exigindo-se a paridade partidária. Os membros são indicados pelos respectivos partidos políticos. No quadro 1, a lista de deputados que compõem a dita comissão, filiação partidária no momento da indicação e profissão respectiva.

**Quadro 1 – Lista dos parlamentares-membros da Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil (2020-2023)**

<b>Nome do Deputado</b>	<b>Partido/UF</b>	<b>Profissão</b>
Alexandre Padilha	PT/SP	Médico
Aliel Machado	PV/PR	Empregado público
Fabio Abreu	PSD/PI	Policial
Carmen Zanotto	CIDADANIA/SC	Enfermeira
Chico D'Angelo	PDT/RJ	Médico
Delegado Pablo	UNIÃO/AM	Advogado
Doutor Luizinho	PP/RJ	Médico
Zacharias Calil	UNIÃO/GO	Médico
Soraya Manato	PTB/ES	Médica
Hiran Gonçalves	PP/RR	Médico
Hélio Leite	UNIÃO/PA	Corretor
Jandira Feghali	PCdoB/RJ	Médica
Jorge Solla	PCdoB/BA	Médico
João Roma	PL/BA	Empresário
Leandre	PSD/PR	Engenheira
Marcelo Ramos	PSD/AM	Advogado
Mariana Carvalho	REPUBLICANOS/RO	Médica
Pedro Westphalen	PP/RS	Médico
Rodrigo Coelho	PODE/SC	Advogado

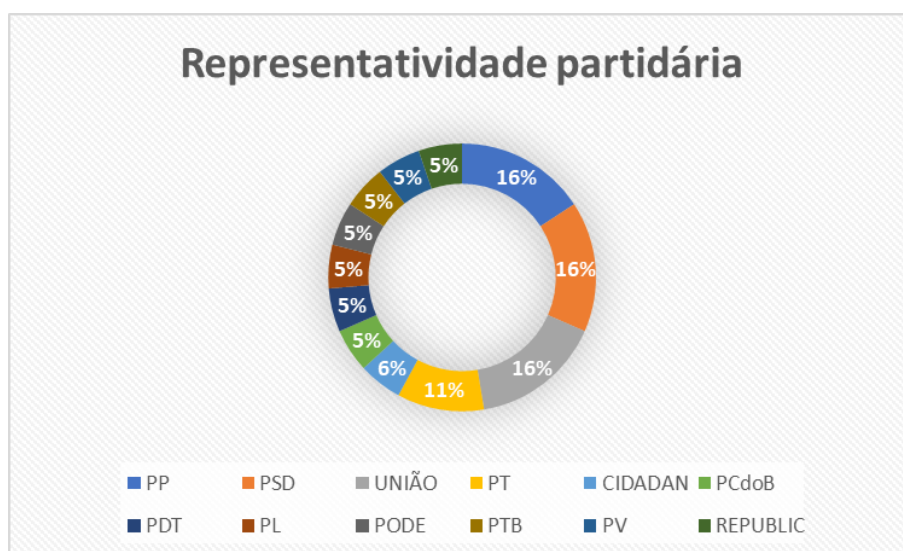
Fonte: <https://www.camara.leg.br/deputados/204366/biografia>.

O número de médicos supera em muito as demais profissões declaradas pelos parlamentares. Tal fato reveste-se de uma vantagem aos trabalhos da Comissão Externa, visto que o profissional da Medicina está muito mais bem preparado para conhecer e acompanhar/fiscalizar

as ações de combate à Covid-19, como reconhecer prioritários os temas dos projetos de lei tramitando na Casa Legislativa, sobre o tema da pandemia.

No que se refere à representatividade partidária, tem-se que as legendas<sup>6</sup> PP, PSD, UNIÃO e PT tiveram 59 % do total da comissão. Três dos quatro partidos foram base do governo Bolsonaro em 2020, ocasião de instalação da Comissão Externa.

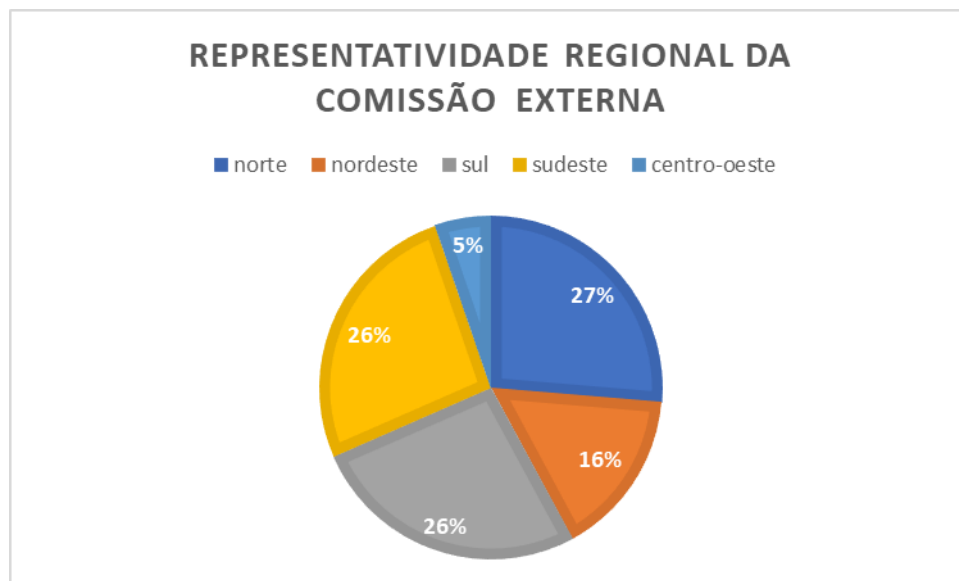
**Figura 1 – Representatividade partidária na Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil (2020)**



Fonte: <https://www.camara.leg.br/deputados/204366/biografia>.

No que se refere à representatividade regional, tem-se o seguinte quadro da comissão:

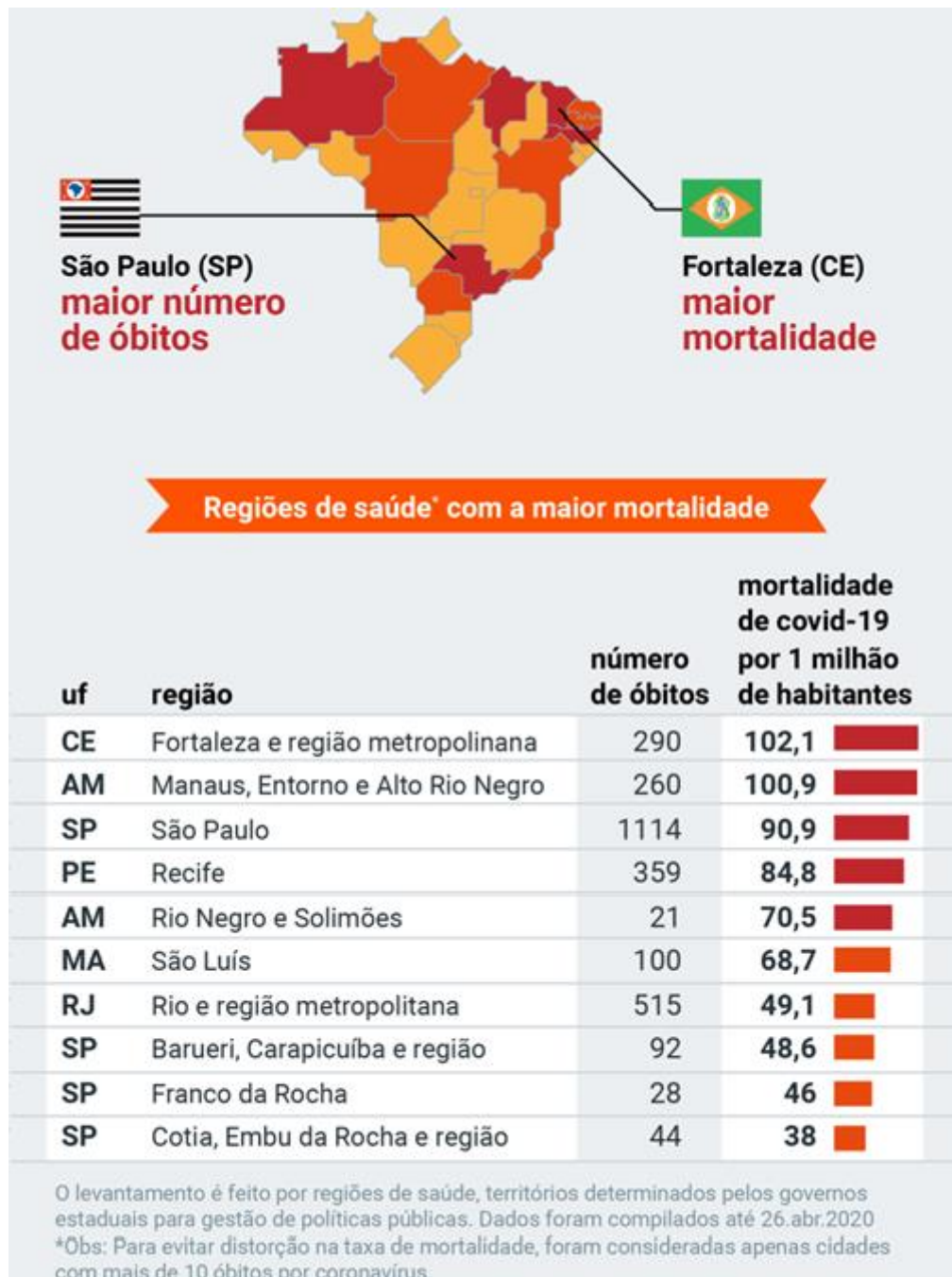
<sup>6</sup> PP – Partido Progressista; PSD – Partido Social Democrático; UNIÃO – União Brasil; PT – Partido dos Trabalhadores

**Figura 2 – Representatividade Regional da Comissão Externa - 2020**

Fonte: <https://www.camara.leg.br/deputados/204366/biografia>.

A região do país com maior representatividade foi a Região Sudeste e Sul. Ocorre que dados do Ministério da Saúde indicaram em 2020, ano da instalação da comissão, que a maior mortalidade advinda da Covid-19 estava no Estado do Ceará, na Região Nordeste, muito pouco representada na Comissão Externa. É certo que o Estado de São Paulo, na Região Sudeste, até por sua maior população instalada, apresentou o maior número de óbitos. Porém, diferentemente do Ceará, o estado estava representado e a região com maior número de parlamentares, na comissão.

Figura 3 – Regiões de Saúde com maior mortalidade de Covid-19 (2020)



Fonte: <https://www.poder360.com.br/infograficos/conheca-as-regioes-onde-o-coronavirus-mais-mata-no-brasil/>.

Em vista do recorte metodológico escolhido, com foco nos

projetos de lei ordinária e os projetos de lei complementar, foram identificados 60 projetos priorizados, sendo que 21 foram aprovados pela Câmara dos Deputados e 12 foram transformados em lei representando 15 % de êxito.

**Quadro 1 – Projetos de Lei e Projetos de Lei Complementar priorizados pela Comissão Externa transformados em lei – 2020-2023**

<b>Tipo de documento</b>	<b>Número/ano</b>	<b>Ementa</b>	<b>Autoria Nome Deputado(a) Partido/UF</b>	<b>Número da Lei/ano</b>
Projeto de Lei Complementar	232/2019	Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros, provenientes de repasses federais, nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios	Carmen Zanotto CIDADANIA/SC Tereza Nelma/PSDB/AL Eduardo Braide/PMN/MA	Lei Complementar 172/2020
Projeto de Lei	9236/2017	Altera o § 11 e acrescenta os §§ 12, 13, 14 e 15 ao art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais para caracterização da situação de vulnerabilidade social, para fins de elegibilidade ao Benefício de Prestação Continuada, pela pessoa com deficiência ou idosa.	Eduardo Barbosa PSDB/MG	Lei 13.982/2020
Projeto de Lei	696/2020	Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus.	Adriana Ventura NOVO/SP	Lei 13.989/2020
Projeto de Lei	668/2020	Dispõe sobre a proibição de exportações de produtos médicos, hospitalares e de higiene essenciais	Luiz Antonio Teixeira Jr PP/RJ	Lei 13.993/2020



		ao combate à epidemia de Coronavírus no Brasil.		
Projeto de Lei	864/2020	Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para que aconteça a liberação imediata do uso de materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área da saúde para auxiliar no combate à pandemia do Covid-19.	Luiz Antonio Teixeira Jr PP/RJ	Lei 14.006/2020
Projeto de Lei	805/2020	Suspende-se por 120 dias, a contar de 1º de março de 2020, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do SUS - Sistema Único de Saúde	Pedro Westphalen PP/RS	Lei 13.992/2020
Projeto de Lei	1888/2020	Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), no exercício de 2020, em razão do enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus	Leandre PSD/PR	Lei 14.018/2020
Projeto de Lei	1409/2020	Determina que em caso de declaração de epidemia, pandemia ou surtos provocados por doenças contagiosas ou que tenha sido	Zacharias Calil UNIÃO/GO	Lei 14.023/2020 -

		declarado Estado de Calamidade Pública sejam tomadas medidas imediatas que garantam a saúde e preservação da vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e manutenção da ordem pública		
Projeto de Lei	1291/2020	Assegura medidas de combate e prevenção à violência doméstica previstas na Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha - e no Código Penal durante a vigência da Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 ou durante a declaração de estado de emergência de caráter humanitário e sanitário em território nacional.	Maria Rosário do PT/RS	Lei 14.022/2020
Projeto de Lei	1142/2020	Dispõe sobre medidas urgentíssimas de apoio aos povos indígenas em razão do novo coronavírus	Rosa Neide PT/MT	Lei 14.021/2020
Projeto de Lei	848/2020	Altera a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, para definir que a receita de medicamentos terá validade por prazo indeterminado	Kim Kataguirí UNIÃO/SP	Lei 14.028/2020

		enquanto perdurar surtos de pandemia e dá outras providências		
Projeto de Lei	1006/2020	Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às santas casas e hospitais sem fins lucrativos que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), no exercício de 2020, com o objetivo de permitir-lhes atuarem de forma coordenada no combate à pandemia do Coronavírus.	Senador José Serra PSDB/SP	Lei 13.995/2020

(\*) muitos dos projetos priorizados pela comissão sofreram alterações no Plenário da Câmara.

(\*\*) O PL originário do Senado Federal, teve na Câmara dos Deputados sua priorização, além da relatoria ficar com um dos membros da comissão

Fonte: Produzido pelos autores com base nas informações coletadas no sítio <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=234492>

A produção legislativa concentrou-se especialmente nos projetos de lei ordinária, tendo havido apenas um projeto de lei complementar priorizado pela comissão.

A autoria dos projetos é, majoritariamente, de parlamentares de gênero masculino, com seis propostas. Tal fato já vinha sendo mostrado em outros estudos<sup>14</sup> sobre a representatividade do gênero feminino nas proposições, sendo que são mulheres um total de 15% das cadeiras do Congresso Nacional, na Legislatura 2018-2022.

Não houve projetos de lei de autoria do Poder Executivo priorizados pela comissão, no período estudado.

O conteúdo dos projetos de lei que mereceram a priorização da Comissão Externa são diversos. Desde a preocupação com a segurança

da mulher, em caso violência doméstica durante a pandemia, passando pela durabilidade do receituário médico e odontológico enquanto perdurar surtos pandêmicos até preocupações com auxílios aos mais vulneráveis e transferências orçamentário-financeiras a estados e municípios mais afetados. aprovadas e que se transformaram em lei

A literatura mostra que em tempos de crise sanitária, o Poder Legislativo mostra-se reativo às necessidades sociais. Romero<sup>15</sup> discute em seu trabalho sobre a atuação do Congresso Nacional na epidemia de SARS que: “A epidemia de SARS encontrou o Congresso Nacional em pleno exercício de suas funções e prerrogativas e sem intercorrências à sua atuação. A mobilização do parlamento brasileiro frente a ela se fez logo nos primeiros momentos: quinze dias após o alerta da OMS (1º de abril de 2003), a Câmara dos Deputados aprovou requerimento de informação ao Ministro da Saúde sobre medidas de prevenção que se pretendia tomar. Com exceção de dois pronunciamentos feitos em julho e setembro, todas as demais ações se concentraram num período de sessenta dias – em média, uma ação a cada três dias”.

Tal colocação reforça a Teoria do Neoinstitucionalismo Histórico<sup>6</sup> que compreende o impulsionamento do Poder Legislativo frente à morosidade, e até o vácuo de coordenação, dos demais poderes frente a crises, especialmente as crises sanitárias.

Com o passar dos anos e o arrefecimento das contaminações e óbitos pela covid-19 – como também com a imunização da população – a Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil. diminuiu, consideravelmente, sua atuação, tendo ficado sem atuação entre 8/11/2021 a 26/12/2022, quando aprovou seu relatório final e encerrou suas atividades, segundo informações coletadas do portal da Câmara.<sup>16</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de Covid-19 gerou uma crise sanitária sem precedentes no mundo e no Brasil. As instituições do Estado brasileiro foram chamadas a atuar no enfrentamento da pandemia, sendo que o Poder Legislativo, em função do vácuo de gestão, foi conclamado a agir, no âmbito de suas atribuições.

A Câmara dos Deputados constituiu a 'Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil', que se mostrou profícua na priorização de projetos de lei cujo conteúdo material fossem ações que promovessem o enfrentamento da Covid-19.

A comissão foi bastante produtiva na realização de outras iniciativas não tratadas neste artigo, que deverão ser abordadas em outros trabalhos dos autores

Embora se reconheça as necessidades multidimensionais da população frente à pandemia, não se pode negar que o poder legiferante do Estado chamado a atuar na crise pandêmica não se furtou em atuar no âmbito de sua competência de produzir leis e no acompanhamento e fiscalização das ações de enfrentamento da Covid-19. O êxito da comissão está no fato de priorizar elevado número de projetos de lei, ou seja, fazer o reconhecimento da relevância do conteúdo normativo dos projetos para o enfrentamento da doença, mesmo contando com reduzido número de parlamentares, por força do Estatuto da casa e obter, no Plenário, a aprovação em lei de significativo percentual desses PL.

Em vista da frenética atividade legislativa e parlamentar no Congresso Nacional e, em especial, na Câmara dos Deputados, os projetos de lei aprovados tinham caráter social e econômico importantes

para o país, no momento da crise sanitária. Assim, em vista da transformação em lei de 15% dos PL priorizados pela comissão é que se pode afirmar ter havido êxito em sua constituição e atuação. Tal arcabouço legislativo acabou por possibilitar que órgãos e agentes públicos e privados pudessem produzir ações de controle da pandemia e assistência à população.

## REFERÊNCIAS

- 1- Organização Panamericana da Saúde-OPAS/OMS. Coronavírus. [cited 2022 Ago 30]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus>.
- 2- Ministério da saúde. Coronavírus Brasil. [cited 2022 Ago 30]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>.
- 3- Volmmaro PA. O mundo em tempos de pandemia: certezas, dilemas e perspectivas. Revista Direito e Práxis. [cited 2022 Ago 30]. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/51001/>.
- 4- Painel Coronavírus. [cited 2023 Abr 6]. Available from: <https://covid.saude.gov.br>.
- 5- Mendes GF, Santana HL, Afonso JR. Combate à pandemia e suas consequências econômicas e sociais: coordenação, cooperação e consórcio. MENDES, GF; Santana, HLS; Afonso, JR. (Coords) Governance 4.0 Para Covid-19 No Brasil. São Paulo. Editora Almedina, 2020, p. 27.
- 6- Immergut E. The Theoretical Core of the New Institutionalism. Politics Society. 1998 [cited 2023 Abr 7];26(1):5-34. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0032329298026001002>.
- 7- Mahoney J. Path Dependence in Historical Sociology. Theory Society. 2000 [cited 2023 Abr 7];29(4):507-548. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/226486834\\_Path\\_Dependence\\_in\\_Historical\\_Sociology#:~:text=They%20are%20path%20dependent%3B%20the,properties'%20\(Mahoney%202000\)%20](https://www.researchgate.net/publication/226486834_Path_Dependence_in_Historical_Sociology#:~:text=They%20are%20path%20dependent%3B%20the,properties'%20(Mahoney%202000)%20).
- 8- Congresso Nacional. Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº

101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. [cited 2022 Set 9]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/DLG6-2020.htm#:~:text=DECRETO%20LEGISLATIVO%20N%C2%BA%206%2C%20DE,18%20de%20mar%C3%A7o%20de%202020](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm#:~:text=DECRETO%20LEGISLATIVO%20N%C2%BA%206%2C%20DE,18%20de%20mar%C3%A7o%20de%202020).

- 9- Câmara dos Deputados. Comissão Externa de Enfrentamento à Covid-19. [cited 2022 Ago 31]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/externas/56a-legislatura/enfrentamento-pandemia-covid-19>.
- 10- Câmara dos Deputados. Ato da Presidência de Câmara dos Deputados. [cited 2022 Ago 30]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/externas/56a-legislatura/enfrentamento-pandemia-covid-19/atribuicoes/ato-de-criacao-e-aditamento>.
- 11- Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [cited 2022 Ago 30]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
- 12- Câmara dos Deputados. Requerimento nº 9/2020. [cited 2022 Ago 31]. Available from: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1853691](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1853691).
- 13- Câmara dos Deputados. Requerimento nº 26/2020. [cited 2022 Ago 31]. Available from: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2236333>.
- 14- Câmara dos Deputados. Regimento Interno da Câmara dos Deputados, artigo 35. [cited 2022 Ago 31]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/regimento-interno-da-camara-dos-deputados/arquivos-1/RICD%20atualizado%20ate%20RCD%2035-2022.pdf>.
- 15- Romero LC, Delduque MC. O Congresso Nacional e as

emergências de saúde pública. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 240-255, 2017.

- 16- Câmara dos Deputados. Acompanhamento das atividades da Comissão Externa da Câmara dos Deputados destinada a acompanhar o Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. [cited 2023 Set 20]. Available from: <https://www.camara.leg.br/busca-geral?termo=Comiss%C3%A3o+Externa+da+C%C3%A2mara+dos+Deputados+destinada+a+acompanhar+o+Enfrentamento+%C3%A0+Pandemia+da+Covid-19#gsc.tab=0&gsc.q=Comiss%C3%A3o%20Externa%20da%20C%C3%A2mara%20dos%20Deputados%20destinada%20a%20acompanhar%20o%20Enfrentamento%20%C3%A0%20Pandemia%20da%20Covid-19&gsc.sort=date&gsc.page=2>.

7

---

<sup>7</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023



---

**‘Saúde é direito de todos e dever do Estado’: reflexões conceituais sobre a primeira parte do artigo 196 da Constituição do Brasil**

*‘Right of Health for all and the duty of the State’: conceptual thoughts on the first part of article 196 of the Constitution of Brazil*

*‘El derecho a la salud de todos y el deber del Estado’: reflexiones conceptuales sobre la primera parte del artículo 196 de la Constitución de Brasil*

Pablo Rodrigues Rosa<sup>1</sup>

**RESUMO:**

A reflexão versa sobre o direito à saúde no Brasil, que tem a carta constitucional como parâmetro inicial, do qual a saúde é direito de todos e dever do estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No cenário atual, para compreensão desse direito, se faz necessário visitar e compreender os conceitos de saúde, Estado, direito, todos, por uma perspectiva derivada da crença que levou a positivação desse direito na Constituição, isto é, um anseio social. Ressalta-se a preocupação do movimento sanitário quanto ao engajamento social na saúde. Nessa ótica, buscou-se compreender a articulação dos conceitos inseridos na primeira parte do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CF/88) para depois relacioná-los aos tempos atuais, visando identificar a causa do afastamento social dos idos anteriores à promulgação da CF/88.

**Palavras-chave:** Constituição e Estatutos; Direito à Saúde; Normas Jurídicas; Direito Sanitário.

---

<sup>1</sup> Especialista em Direito Sanitário, Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil. Técnico do Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil. E-mail: rosa.pablo@gmail.com - ORCID: 0000-0003- 4036-3933

**ABSTRACT:**

This reflection treats the right to health in Brazil, which has the constitutional charter as its initial parameter, in which health is the right of all and the duty of the state, with universal and equal access to actions and services for its promotion, protection and recovery. In the current scenario, in order to understand this right, it is necessary to visit and understand the concepts of health, state, right, everyone, from a perspective derived from the belief that led to this right being enshrined in the Constitution, i.e. a social desire. The health movement's concern about social engagement in health is emphasized. From this perspective, we sought to understand the articulation of the concepts contained in the first part of article 196 of the 1988 Federal Constitution (CF/88) and then relate them to current times, with the aim of identifying the cause of the social distancing from the years before the CF/88 was enacted.

**Keywords:** Constitution and Bylaws; Right to Health; Enacted Statutes; Health Law.

**RESUMEN:**

Esta reflexión es sobre el derecho a la salud en Brasil, que tiene como parámetro inicial la carta constitucional, en la que la salud es un derecho de todos y un deber del estado, con acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación. En el escenario actual, para entender este derecho, es necesario visitar y comprender los conceptos de salud, estado, derecho, todos, desde una perspectiva derivada de la creencia que llevó a consagrar este derecho en la Constitución, es decir, un deseo social. Se destaca la preocupación del movimiento sanitario por el compromiso social en la salud. A partir de esta perspectiva, buscamos comprender la articulación de los conceptos contenidos en la primera parte del artículo 196 de la Constitución Federal de 1988 (CF/88) y luego relacionarlos con los tiempos actuales, con el objetivo de identificar la causa del distanciamiento social de los años anteriores a la promulgación de la CF/88.

**Palabras clave:** Constitución y Estatutos; Derecho a la Salud; Normas Jurídicas; Derecho Sanitario.

## INTRODUÇÃO

No Brasil a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essa idealização está no art. 196 da Carta Constitucional brasileira de 1988<sup>1</sup>. Falar de saúde, em termos de direito e dever, no Brasil, é adentrar à norma escrita, sendo a carta constitucional o parâmetro inicial.

O dispositivo normativo estabelece os contornos para o uso aplicado da norma, porque os termos que o compõem guardam conceitos que, em essência, foram construídos a partir de uma história social.

Ao discorrer sobre cultura jurídica, Nader<sup>2</sup> diz que a adaptação do direito não se processa de maneira suficiente sem que a realidade social seja devidamente fotografada nos esquemas normativos. Essa fotografia, em que pese materializada no dispositivo legal, guarda uma realidade social que a substancia. Nesse sentido, é possível que os elementos conceituais que estão positivados na primeira parte do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CF/88)<sup>1</sup> possam garantir o processamento suficiente do esquema normativo da saúde, desde que compreendidos na realidade social adequada.

Acredita-se que a compreensão dos conceitos insertos na primeira parte do artigo 196 são de relevante monta para que, do ponto de vista jurídico, o direito à saúde seja efetivamente concretizado da forma que foi concebido no ordenamento normativo pátrio, não obstante dizer que não é a intenção desse estudo realizar a análise constitucional do dispositivo, mas tão somente reunir conceitos que possam auxiliar eventuais interpretações.

Segundo Mendes<sup>3</sup>, muito se tem produzido acerca das interpretações constitucionais da garantia à saúde, sendo possível verificar, nessa produção, teses antagônicas, notadamente quanto ao entendimento da natureza prestacional dos direitos envolvidos.

É importante destacar que antes da positivação normativa dessa garantia, já havia o debate sobre os conceitos de saúde, direito, Estado, bem como o uso do termo 'todos' a partir de uma coletividade. Dallari<sup>4</sup> aduz que na década de 80, dos idos do século XX, a sociedade passou a adquirir a consciência do direito à saúde, mas premente necessário compreender claramente o que significa esse direito. Junges<sup>5</sup>, quase vinte dois anos após Dallari, relembra que o direito à saúde foi uma das grandes conquistas do movimento social brasileiro pela democratização, tendo a sua sustentação jurídica sido garantida pela constituição cidadã de 1988<sup>1</sup>.

Acredita-se que ao identificar os elementos conceituais que compõem a primeira parte do artigo 196 da Carta Constitucional brasileira<sup>1</sup>, no contexto em que o texto fora construído, melhor poderá se compreender o tema. É nesse sentido, então, que se objetiva trafegar nas próximas linhas.

É importante esclarecer que o ensaio não trata do Sistema Único de Saúde (SUS) nem do fenômeno da judicialização em saúde, não obstante crer-se que o contexto do que se investigou, pode, de algum modo, fomentar reflexões sobre o SUS e a própria judicialização em saúde.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho se baseia na metodologia da análise em matéria da hermenêutica constitucional, visando a articulação dos conceitos

inseridos na primeira parte do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CF/88) e relacioná-los aos tempos atuais.

Para realizar o estudo, buscou-se por meio da revisão de literatura interpretar o que é saúde, direito, todos e Estado através dos próprios dispositivos constitucionais, embora compreendendo que não cabe, à norma, conceituar, e, paralelamente, buscou-se na literatura, tais conceitos, mais próximos da expectativa que se pretende demonstrar, de que a saúde na CF/88<sup>1</sup> foi alçada por anseios da justiça social.

A condução do texto ora encontra esteio na dogmática jurídica, ora na zetética, e nesse caminho os elementos dialogam, sendo que a zetética questiona sobre o que são as coisas, enquanto a dogmática jurídica aborda o pressuposto do saber das coisas<sup>6</sup>.

Desse modo, visando estabelecer a dinâmica textual, dos idos de 1988 aos tempos atuais, à guisa de ponderação crítica do tema, buscou-se esteio teórico na perspectiva da modernidade líquida, proposta por Bauman<sup>7</sup>, e da percepção do desengajamento da participação social na saúde<sup>8</sup>, estabelecendo-se uma referência para compor a linha reflexiva quanto ao fato de acreditar-se que da promulgação da Constituição, até o momento atual, houve um esfriamento da participação social na pauta da saúde, em que pese a materialidade normativa que prevê essa participação.

## **DA SAÚDE**

Vieira da Silva e Almeida Filho<sup>9</sup>, ao realizarem estudo crítico sobre conceitos envolvendo equidade em saúde, identificaram que os estudos empíricos nesse campo não apresentam relevante preocupação quanto a definição de termos e conceitos. Essa situação pode resultar em imprecisões ou divergências de entendimento, gerando o que Mendes<sup>3</sup> chamou de teses antagônicas.

Enquanto as teses antagônicas apontadas por Mendes<sup>3</sup> são observadas em casos litigados, a imprecisão apontada por Vieira da Silva e Almeida Filho<sup>9</sup> pode ser verificada na produção científica. Em que pese não estar em pauta, neste estudo, aprofundar-se sobre essas divergências, o problema leva à uma interessante reflexão, qual seja, revela que o entendimento sobre a saúde não é igual para todos.

Nesse sentido, Scliar<sup>10</sup>, ao estudar a evolução do conceito de saúde, identifica que “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas”.

A evolução do conceito, conforme apresentado por Scliar<sup>10</sup>, demonstra uma vinculação do termo saúde à doença, até um determinado momento histórico, porém, ao evoluir na apresentação dos diversos conceitos de saúde no tempo, evidencia que há uma mudança de paradigma quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades. Segundo expõe o autor, essa situação ensejou críticas, tais como a de que a premissa parte de uma definição inatingível e que a forma exposta poderia ensejar abusos do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Scliar em seu texto, apresenta que esse conceito proposto pela OMS vem se consolidando em contraposição à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, pois passou a contemplar uma dimensão social, envolvendo trabalho, alimentação, tempo livre, transporte entre outros<sup>10</sup> na sua interpretação.

E, nessa linha conceitual, no Brasil o movimento da Reforma Sanitária, conforme Batistella<sup>11</sup>, utilizou essas dimensões nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, no

ano de 1986, caracterizando um conceito ampliado de saúde, que teve grande influência na forma que o direito à saúde foi inserido na CF/88<sup>1</sup>, garantindo assim, até hoje uma das maiores conquistas dos movimentos sociais no período da redemocratização do país<sup>12</sup>.

Essa ampliação conceitual permitiu que a saúde seja vista e esteja em diversos aspectos sociais, pois para além da dimensão individual e social, da ausência da doença, pode ser interpretada sob a égide de outras perspectivas, como trabalho, alimentação, tempo livre, transporte; entre outros e, mais além ainda, envolvendo o prisma do meio ambiente e do desenvolvimento sustentável<sup>13</sup>. E, também no contexto inicialmente proposto pela OMS, qual seja, do completo bem-estar físico, mental e social, que por sua vez permanece latente na pauta das Nações Unidas, sendo um aspecto necessário à efetivação da saúde, conforme os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) a serem atingidos até 2030<sup>14</sup>.

Na Constituição de 1988<sup>1</sup>, a saúde recebeu o status do direito social, conforme o art. 6º. Interessante ressaltar que no Título VIII, que trata da Ordem Social, o constituinte vincula os direitos relativos à saúde à seguridade social que, por sua vez, conforme o Art. 194, verte-se em um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, o que, segundo Sarlet<sup>15</sup>, produz uma íntima vinculação entre esses direitos e o direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana.

## **DO DIREITO E DO DEVER**

A construção do conceito sobre o que é o direito se confunde com a história da humanidade. Direito, dever, justiça, entre outros, são elementos que acompanham a construção e o amadurecimento social.

O direito pode estar na religião, *e. g.*, o *códex canônico* da igreja católica romana ou a *sharia*, como o conjunto das prescrições no *islã*.

Desse modo, o entendimento sobre o conceito do que é o direito trafega por linhas complexas de reflexão, no entanto, com a contribuição de Kelsen<sup>16</sup>, o direito, na condição jurídica, aquela que engendra o dever ser, e o Estado, tiveram uma conexão teórica bem estabelecida, que proporcionou a personificação de uma ordem jurídica normativa cogente garantindo à essa entidade, estatal, o status de estabelecer o direito.

Nessa perspectiva, direito, dever e Estado se alinham, desse modo torna difícil segregá-los, mesmo para fins didáticos, pois a estrutura material e formal dessa combinação faz com que o Estado seja a norma, o que nas próprias palavras de Kelsen<sup>16</sup> significa: “uma quantidade de indivíduos forma uma comunidade apenas porque uma ordem normativa regulamenta sua conduta recíproca”; e continua: “como não temos nenhum motivo para supor que existam duas ordens normativas diferentes, a ordem do Estado e a sua ordem jurídica, devemos admitir que a comunidade a que chamamos de ‘Estado’ é a ‘sua’ ordem jurídica.

No Brasil, a norma ápice é a Constituição de 1988<sup>1</sup>, que tem como princípio fundamental a formação do Estado brasileiro na estrutura de República Federativa, sendo um Estado Democrático de Direito. Nesse aspecto, usando a lição de Rigaux<sup>17</sup>, é possível admitir que esse Estado possui o monopólio do exercício da coerção física em seu território, sendo que por esse exercício entende-se a capacidade dessa estrutura estatal poder coagir seus sujeitos a obedecer seus órgãos constituídos, logo, o direito decorrente do dever ser.

No entanto, a CF/88<sup>1</sup> atribui ao Estado o Dever de prover o Direito à saúde o que permite suscitar, conforme as citações acima, que o Dever do Estado ou do povo que o compõem não deveriam ser vistos de forma diferente, uma vez que há uma ordem normativa que



regulamenta uma conduta recíproca.

Assim, o Dever de o Estado prover o direito à saúde corresponderia ao Direito de acesso do povo a esse Dever. Essa relação em uma interpretação restritiva não poderia ensejar ao Estado a escusa de provê-lo, mas tão somente a de discutir eventual conflito na titularidade obrigacional, entre os entes, dada a estrutura do próprio Estado, conforme a norma.

O direito à saúde no Brasil, na perspectiva de nossa constituição, é um direito público-subjetivo<sup>18</sup>, pois todos têm direito a prestação estatal no que tange às ações e serviços de saúde como uma garantia normativa.

Nesse aspecto não há novamente como olvidar Kelsen<sup>19</sup>, que ao discorrer sobre a identidade do Estado e do Direito, coloca o Estado como ordem jurídica, na posição em que o Estado é uma ordem de coação e cuja coação inclusive lhe alcança, a depender da norma, conforme acima foi colocado.

A gênese de uma norma, notadamente como a constitucional, não é mera racionalização, ela atende a necessidades sociais e, assim, quanto a esse ponto, vale trazer uma ponderação de Verdú<sup>20</sup> com fito em corroborar essa noção: “É claro que ao conceber-se o Direito Constitucional como uma conquista ou revolução cívica, tem-se em conta os elementos ideológicos e psicossociais que impulsionam e orientam tal conquista. O Direito Constitucional ocidental, anglo-americano e continental europeu estão marcados, desde seus inícios, pelo entusiasmo social e pela consciência das classes políticas que o dirigiam frente ao absolutismo do Antigo regime ou contra a dependência exterior”.

Reale<sup>21</sup>, ao discorrer sobre a estrutura e modelos do direito no processo cultural, expõe que a experiência jurídica que nasce espontaneamente nas relações sociais não necessariamente representa

um fato histórico preliminar, mas constitui uma experiência constante da consciência social.

Essa premissa pode ser uma via válida para embasar o entendimento de que o Direito não somente se justifica no contexto histórico de sua gênese, mas também no que constitui a sua dinâmica, mormente quando positivada. Reale<sup>21</sup>, nesse sentido, diz que “uma lei, por exemplo, uma vez promulgada pelo legislador, passa a ter vida própria, liberta das intenções iniciais daqueles que a elaboraram”.

E assim, pode-se compreender acerca do Direito à Saúde inserto na CF/88. Àquele momento de conquista teve como base os anseios de um movimento, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde<sup>22</sup>, porém, atingida à conquista, pela dinamicidade dos fatos sociais, é necessário que a semântica jurídica, “como teoria das mudanças dos conteúdos significativos das normas de direito, independente da inalterabilidade do seu enunciado formal”<sup>21</sup>, passe a ser ressignificada e no que bem aponta Reale<sup>21</sup>, conforme o que chamou de equilíbrio relativo e instável, sobretudo em épocas marcadas por incessantes alterações tecnológicas.

## **SOBRE O TERMO ‘TODOS’**

A questão tecnológica, apresentada acima, foi e é inevitável: o mundo tem experimentado vertiginosa mudança em decorrência das tecnologias de informação e comunicação (TIC).

Em que pese o vocábulo ‘todos’ na CF/88<sup>1</sup> não ter mudado, nem o sentido de seu emprego na norma, é considerável dizer que a tecnologia impeliu uma alteração na universalidade do que o todo pode representar, sendo esse fenômeno chamado por Levy<sup>23</sup> de o universal

sem totalidade.

O vocábulo *todo*, na Constituição brasileira<sup>1</sup>, é empregado para designar grupos que no contexto de suas igualdades ou desigualdades recebem o adequado tratamento legal, *e.g.*, todo o poder emana do povo; ou, constitui objetivo da República promover o bem a todos sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas discriminantes; ou, ainda, todos são iguais perante a lei, dentre outros dispositivos que lançam mão desse vocábulo.

Em especial, interessa o que está no Art. 196<sup>1</sup>: saúde é um direito de todos, cujo Estado deverá prover o acesso universal e igualitário a esse direito. Sendo esse direito um direito público-subjetivo, a universalidade e igualdade para sua efetivação podem ser reputadas como inerentes ao contexto que seja avocado.

No entanto, Levy<sup>23</sup>, em seus estudos sobre a cibercultura, aduziu que no momento atual, devido a cibernética, quanto mais se é universal, menos se é totalizável. A situação pode ser explicada da seguinte forma: a tecnologia virtualizou a presença física e cada indivíduo que compõe essa universalidade digital, virtualmente é indeterminável, apesar de sua presença, o que pode ser entendido como uma individualização no todo em razão dessa virtualização.

Nessa ideia, é plausível especular se a indeterminação ocasionada pela presença virtual, em algum momento, não poderia ocasionar interferência no entendimento do que é o acesso universal ao direito à saúde, mormente quando há um interesse individual que se utiliza do todo e do universal para sustentar o pleito singular, logo, não totalizável no contexto social em que o 'todos' está inserido.

Esse fenômeno, na saúde, pode explicar a causa de o conceito de saúde ser o mesmo quando condicionado na CF/88, mas o porquê da sua evocação enquanto direito, se dar mais propenso à individualização em detrimento da coletividade, do que foi a expectativa

dada pela Constituição.

Todos têm direito a peticionar ao Estado seu direito à saúde, e este deve prover esse direito por via do acesso universal, conforme o contexto constitucional, no entanto, deve lidar, nos tempos atuais com a multiplicidade de identidades que a universalidade menos totalizável fez surgir, quando, principalmente, o mar de informações foi colocado à disposição de praticamente todos por meio da internet. Essa fragmentação acabou permitindo que o individual seja tão expressivo quanto o coletivo.

Noutro giro, a questão da totalidade deve relevar o seguinte aspecto, ressaltado por Sousa<sup>24</sup>: “Ademais, algo que deve ser observado é a relação da universalidade e equidade, pois num sistema em que as desigualdades são extremas, não se pode desconsiderar as diversidades, sejam elas regionais ou de condições de vida, de moradia, de renda, de gênero ou de etnia. Não se pode desconsiderar as necessidades e capacidades dos sujeitos, as prioridades políticas na melhoria da qualidade de vida da população mais pobre e em situação de risco e vulnerabilidade, mas isso não significa reduzir a saúde a uma política para os pobres”.

Assim, nos tempos atuais, relevando a reflexão de Levy<sup>23</sup>, quando se fala em todos, deve-se relevar o potencial interesse fragmentado, mormente na saúde, que estão inseridos no destinatário universal do termo e, no que ressaltou Sousa<sup>24</sup>, acerca da exclusão social, não obstante o impacto da web grassar os bolsões de exclusão social a partir da massificação da informação.

## **DO ESTADO**

Segundo Dallari<sup>25</sup>, a Teoria Geral do Estado, muito embora não deixe de apreciar os aspectos jurídicos deste, cuida também dos

aspectos não jurídicos, uma vez que se dedica ao estudo do Estado em sua totalidade, envolvendo o positivado, portanto, nesse ponto de vista, o estudo do Estado é sistematizado por contar com conhecimentos jurídicos, filosóficos, sociológicos, políticos.

A positivação do direito, com a norma escrita e consubstanciada na hierarquia, proposta por Kelsen<sup>16,19</sup>, estando no ápice a constituição, garante a segurança necessária para que a estrutura estatal se estabeleça e se mantenha.

Em que pese essa afirmativa, não se pode olvidar também do papel social e dos interesses de poder, conforme expressado por Lassalle<sup>26</sup>, como parte do contexto constitucional escrito.

Em uma perspectiva normativa, com esteio na aceção proposta por Kelsen<sup>16,19</sup>, da Carta Política de 1988<sup>1</sup>, resta estabelecido que o Estado brasileiro é democrático, e destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias. Essa premissa está no preâmbulo do texto constitucional<sup>1</sup>.

Assim, para a exteriorização dessa premissa, tem-se que o Estado brasileiro é uma República Federativa, conforme a dicção do art. 1º, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, que são entes políticos-administrativos autônomos, nos termos do Art. 18<sup>1</sup>.

O Estado, conforme citado no artigo 196<sup>1</sup>, se substancia nesses entes, que devem ressaltar, em suas competências, também constitucionais, direitos e deveres que lhes são imputados, observando os limites e alcance de sua atuação, em que pese a solidariedade que vem se estabelecendo no entendimento judicial<sup>3</sup>.

A dicção normativa constitucional em si não realiza o direito ou o dever, senão quando impulsionada pelo destinatário da norma, e nos próprios termos constitucionais, ela se destina ao povo, portanto, por mais que a acepção normativa defina limites, existe uma infinidade de possibilidades derivadas do interesse do povo, seja organizado em classes e em categorias, é nesse contexto que se ressalta Lassalle<sup>26</sup>, quando aduz que os problemas constitucionais não são problemas de direito, mas de poder.

Segundo Becker, “o poder do Estado é o poder dos indivíduos que se transindividualizou”<sup>27</sup>. Quanto ao conceito de transindividualização, Becker citando Lima<sup>28</sup> esclarece: “o que se transindividualiza é a capacidade de agir dos que a constituem, entre si ligados pela relação, que os consocia e lhes unifica as virtualidades distintas para a ação comum”.

E Becker<sup>27</sup>, ao abordar a gênese do Estado, aduz que “O Estado é um ser social (sociedade) existência real, de natureza continuada e dotado de personalidade própria. Depois se verificou o que esta realidade (o Estado) consiste numa relação (a relação constitucional) e cujos pólos negativos (sujeito passivo) e positivos (sujeito ativo) estão os indivíduos humanos criadores do Estado. Por sua vez esta relação constitucional compõe-se de um IR e VIR continuado, ligando todos os indivíduos a um e cada um a todos”.

Nessa perspectiva, é possível colocar o Estado em aparte a todos que lhes estão sujeitos, mas ao mesmo tempo, de sua cogência, receber desse ir e vir, de todos os seus sujeitos, a pressão de ter que prestar o direcionamento quanto as suas premissas normativas estabelecidas, e.g, direito à saúde.

## A SAÚDE EM TEMPOS ATUAIS

A participação social na saúde é um parâmetro importante para compreender como esse conceito é percebido no mundo dos fatos, nesse sentido, Miwa e Ventura<sup>8</sup> ao estudarem a participação social em saúde, identificaram a falta de engajamento ou compromisso social que persiste nos tempos atuais, e ponderaram que na forma como esse engajamento tem ocorrido, reflete a fluidez das interações na modernidade líquida baumaniana.

Bauman<sup>7</sup> cunhou esse conceito para demonstrar o quanto a sociedade atual vive um individualismo fluido, que, em síntese, reflete a dinâmica dos tempos atuais proporcionadas pelas pressões cotidianas.

Na esteira do pensamento de Bauman<sup>7</sup>, considerando que as relações sociais, econômicas e de produção são frágeis, elas impactam, de maneira significativa, o campo da saúde. Assim, a luta por direitos é premente e configura-se como uma necessidade ética e social pela segurança e proteção, frente a insegurança e vulnerabilidade gerados pela modernidade líquida. As relações econômicas, sobrepostas às relações sociais e humanas, abrem espaço para que haja cada vez mais uma fragilidade de laço entre pessoas e de pessoas com instituições, deixando as instituições estremecidas.

Assim, se a modernidade contemporânea proporciona uma flexibilização dos institutos e instituições e cada pessoa não está inserida em uma rigidez de costumes, esse momento é ágil, pois acompanha o pensamento de época, mas, no entanto, isso não indica que haja uma cisão com as expectativas que flamejaram os ideais da modernidade, se comparado a hoje, mais lento, menos flexível. Esse ideário ainda persiste, mas é percebido de forma diferente e proporciona interações líquidas<sup>7</sup>.

Assim, o que Miwa e Ventura<sup>8</sup> identificaram pode refletir em uma

possível fragilidade e fragmentação do movimento sanitário brasileiro, se comparado à prévia da promulgação da CF/88. Mas qual seria essa causa?

Infere-se recair ao conceito de 'todos', sujeito que compõe o Estado e está sujeito ao Direito à Saúde, a possibilidade de ser o elo frágil, o que possivelmente seja causa ao arrefecimento do movimento sanitário.

No contexto do que foi acima apresentado, é possível suscitar se não foi a partir da influência da cultura cibernética e da fluidez das relações, proporcionadas pelo alcance das tecnologias no cotidiano, que houve um esvaziamento da participação social em temas de interesse público, o que enfraqueceu e fragmentou o interesse social em temas relevantes.

E esse raciocínio pode ser extrapolado na tentativa de explicar a diferença da participação social no movimento sanitário brasileiro atualmente, quando comparado ao que era antes da promulgação da CF/88<sup>1</sup>.

Mas esse é um viés que admite outros tantos para se tentar compreender, explicar e justificar o desengajamento ora percebido, mesmo na perspectiva baumaniana que Miwa e Ventura<sup>8</sup> apresentaram, quanto ao enfraquecimento da participação social na saúde.

Assim, em complemento, uma outra possível causa, que explique o desengajamento da participação social na saúde, pode resultar do excesso de confiança na norma, que foi depositado pela sociedade, ou ainda, que movimento sanitário, devido ao excesso de direito, hodiernamente, acabou sendo desoxigenado.

São várias as possíveis causas, mas essas apresentadas são pertinentes ao momento atual e podem ser tidas como pistas para verticalizar a investigação do tema.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa época em que as relações sociais, econômicas e de produção são frágeis, e impactam, de maneira significativa, o campo da saúde, considera-se que a luta por direitos, individuais e coletivos é premente e se configura como uma necessidade ética e social pela segurança e proteção frente a insegurança e vulnerabilidade gerados pela modernidade líquida.

Assevera-se que a modernidade líquida tem instituições líquidas, pois cada pessoa é uma instituição. Por sua vez, a modernidade líquida é ágil e acompanha o pensamento de época, mas isso não indica que haja uma cisão com a modernidade, mas sim uma continuação da modernidade traçada de maneira diferente. Trata-se, portanto, de uma modernidade líquida, que imprime um modo fluido entre as relações instituídas. Assim sendo, muitas funções que eram do estado são deixadas para a iniciativa privada e se tornam responsabilidade do indivíduo, apontando que as identidades e as relações se esvaem muito facilmente, justamente pela fragilidade e fluidez nas relações.

A universalidade, se não estiver atrelada ao conceito do que é o todo, pode ser a causa para a existência do afastamento do indivíduo ao coletivo, fragmentando as relações sociais na saúde. Não basta o direito de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, se não existir uma participação coletiva que imprima identidade a essa universalidade, mesmo havendo liquidez nas relações sociais.

Importante destacar que essa perspectiva não vilipendiou o direito à saúde, conquistado em prol da coletividade, mas determinou essa nova relação entre todos, não totalizáveis, e o Estado, apontando para que a situação seja avaliada para além dos meios de produção, englobando também a influência das tecnologias de comunicação e informação hoje vividos.

## REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União: Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 5 out. 1988.
- 2- Nader P. Filosofia do Direito. 10. ed. Forense. Rio de Janeiro; 2001, 318 p.
- 3- Supremo Tribunal Federal (STF). STA-175. Min. Gilmar Mendes. Brasília, DF. DJe-076. Publicado em 17 março de 2010. [Internet]. 2010 [cited 2022 Set 27]. Available from: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>.
- 4- Dallari S. O direito à saúde. Revista Saúde Pública. São Paulo, 22(1): 57-63, 1988.
- 5- Junges J. Direito à saúde, biopoder e bioética. Revista Interface, v.13, n.29, p.285-95, 2009.
- 6- Ferraz Junior TS,. Introdução ao Estudo do Direito: Técnica, Decisão, Dominação – 4 ed. – São Paulo: Atlas, 2003
- 7- Bauman Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. 280 p.
- 8- Miwa M, Ventura C. O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. Saúde debate [Internet]. Rio de Janeiro, vol. 44, n. 127, p. 1246-1254. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012722>.
- 9- Vieira da Silva, LM, Almeida Filho, N. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226, 2009.
- 10- Scliar M. História do conceito de saúde. Physis [Internet]. 2007 [cited 2022 Nov 13];17(1):29–41. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103>.
- 11- Batistella, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86. (Coleção Educação Profissional

- e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). 2007 [cited 2022 Nov 13]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais).
  - 13- Brasil. Organização das Nações Unidas. Agenda 21. Conferência das Nações Unidas sobre meio ambiente e desenvolvimento, Brasília: Senado Federal, 2ª Edição, 1997.
  - 14- United Nations (UN). Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. SDG Indicators. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division; 2020 [cited 2022 Nov 13]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>.
  - 15- Sarlet IW. A eficácia dos direitos fundamentais. Livraria do Advogado. Porto Alegre, 6. ed., 2006.
  - 16- Kelsen H. Teoria geral do direito e do estado. Tradução Luís Carlos Borges. Martins Fontes: São Paulo, 3. ed, 2000.
  - 17- Rigaux F. A lei dos juízes. Martins Fontes. São Paulo, 1. ed., 2000.
  - 18- Schwartz G; Bortolotto FW. Revista de Informação Legislativa. Brasília, Ano. 45, n. 177 (jan./mar), 2008. p 257-264. (acesso em 25/09/2023). Available from: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/160191/Dimens%C3%A3o\\_prestacional\\_direito\\_saude\\_177.pdf?sequence=7&isAllowed=y](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/160191/Dimens%C3%A3o_prestacional_direito_saude_177.pdf?sequence=7&isAllowed=y).
  - 19- Kelsen H. Teoria pura do direito. Tradução de João Batista Machado. Armênio Amado Editor. Coimbra, 5. ed., 1979.
  - 20- Verdú LP. O sentimento constitucional: aproximação ao estudo do sentir constitucional como integração política. Tradução Agassiz Almeida Filho. Rio de Janeiro: Forense, 2004.
  - 21- Reale M. Teoria Tridimensional do Direito – Teoria da Justiça - Fontes e Modelo. Imprensa Nacional – Casa da Moeda. Lisboa, 2003.

- 22- Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018Jun;23(6):1723–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
- 23- Levy P. Cibercultura. Tradução de Carlos Irineu da Costa. Editora 34. São Paulo, 1999.
- 24- Sousa AM. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. Rev. Katál. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.
- 25- Dallari D. Elementos de Teoria Geral do Estado. 30ª Ed. Saraiva: São Paulo. 2011.
- 26- Lassalle F. A essência da Constituição. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris; 2007. 40 p.
- 27- Becker A. Teoria geral do direito tributário. 4. ed. São Paulo: noeses, 2007. 749p.
- 28- Lima RC. Princípio de direito administrativo. 3. ed. Porto Alegre, 1958.

### **Agradecimento**

À professora Maria Célia Delduque por ter me lançado o desafio que levou à reflexão do tema explorado nesse ensaio, bem como pela orientação nos meus primeiros passos pelos caminhos do Direito Sanitário.

2

---

<sup>2</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

## **Existem bases jurídico-sanitárias para a comercialização de testes genéticos de venda direta ao consumidor no Brasil?**

*Are there legal-sanitary bases for the distribution of direct-to-consumer genetic tests in Brazil?*

*¿Existen bases jurídico-sanitarias para la distribución de pruebas genéticas directas al consumidor en Brasil?*

Isabella Maria Leite e Silva<sup>1</sup>  
Oswaldo José Barbosa Silva<sup>2</sup>

### **RESUMO:**

O ensaio tem por objetivo a análise de fundamentos jurídico-sanitários no Brasil para a comercialização direta ao público de testes genéticos. Aponta para a crescente comercialização de testes genéticos que determinam não apenas a ancestralidade individual, como também possíveis enfermidades genéticas que possam acometer o indivíduo. Também se questiona se a remessa de material genético para bancos de dados genéticos, formados a partir dessas testagens desregulamentadas, ensejam uma quebra da juridicidade de normas legais e infralegais. Para isso, analisa-se o arco normativo sobre o tema e legislação correlata da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa, concluindo-se que há um lapso normativo para a comercialização de testes genéticos no Brasil.

**Palavras-chave:** Testes genéticos; Produtos de venda direta ao consumidor; Aconselhamento genético.

<sup>1</sup> Especialista em Direito Sanitário, Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil. Farmacêutica. E-mail: isabellamarialeite@gmail.com – ORCID:0000-0001-9792-0126

<sup>2</sup> Mestre em Políticas Públicas em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil; Subprocurador-Geral da República, Ministério Público Federal, Brasília, DF, Brasil. E-mail: oswaldo.slv@gmail.com – ORCID: 0000-0002-5822-0714

**ABSTRACT:**

The objective of this essay is to analyze the legal-sanitary grounds in Brazil for the direct commercialization of genetic tests to the public. It points to the growing commercialization of genetic tests that determine not only individual ancestry but also possible genetic diseases that can affect the individual. It is also questioned whether the shipment of genetic material to genetic databases formed from these deregulated tests entails a breach of legal and infra-legal norms. For this, the normative arc on the subject and related legislation of the National Health Surveillance Agency - Anvisa are analyzed, concluding that there is a normative lapse for the commercialization of genetic tests in Brazil.

**Keywords:** Genetic tests; Direct-to-consumer products; genetic counseling.

**RESUMEN:**

El objetivo de este ensayo es analizar los fundamentos jurídico-sanitarios en Brasil para la comercialización directa de pruebas genéticas al público. Señala la creciente comercialización de pruebas genéticas que determinan no solo la ascendencia individual sino también posibles enfermedades genéticas que pueden afectar al individuo. También se cuestiona si el envío de material genético a las bases de datos genéticas formadas a partir de estas pruebas desreguladas supone un incumplimiento de las normas legales e infraleales. Para ello, se analiza el arco normativo sobre el tema y la legislación relacionada de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria - Anvisa, concluyendo que existe un lapso normativo para la comercialización de pruebas genéticas en Brasil.

**Palabras clave:** Pruebas genéticas; Productos directos al consumidor; asesoramiento genético.

**INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas, os avanços da medicina e dos estudos sobre o genoma humano possibilitaram a realização de mapeamento e sequenciamento genéticos; além de propiciar a leitura do DNA humano. Essa leitura consiste em um processo de identificação da posição e o espaço entre os genes nos cromossomos e a ordem das moléculas de

ácido desoxirribonucleico DNA<sup>1</sup>. O mapeamento e a decodificação de 99% das 2,85 bilhões de bases que compõem o genoma humano, identificando 20.500 genes humanos, serviram de base sólida para as pesquisas biomédicas em genética<sup>2</sup>.

Com o advento do sequenciamento de nova geração<sup>3</sup> (NGS), aumentou-se a capacidade de sequenciamento genético tornando o processo mais rápido e mais acessível, levando a popularização desse processo entre médicos e profissionais da saúde e possibilitando abordagens personalizadas, tanto preventivas como terapêuticas ao paciente<sup>3,4</sup>.

Ademais, os testes genéticos possibilitam realizar análises das mais diversas condições genéticas, permitindo a identificação de falhas genéticas herdadas, aspectos nutracêuticos, ancestralidade e predisposições a doenças<sup>5,6</sup>.

A Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos define os testes genéticos como sendo: “Métodos que permitem detectar a presença, ausência ou modificação de um determinado gene ou cromossomo específico, incluindo um teste indireto a um produto de um gene ou a um outro metabólito específico deste, que seja indicativo de uma alteração genética específica”<sup>7</sup>.

Os testes genéticos preditivos de venda direta ao consumidor são realizados pelo usuário, sem o envolvimento de um profissional de saúde nas fases de aquisição, coleta e interpretação ou comunicação do resultado da análise<sup>8</sup>.

A popularização dos testes genéticos e seu custo acessível fez o comércio de produtos para a saúde expandir esse nicho mercadológico, especialmente na internet. No entanto, os testes que deveriam ser fiscalizados e com regulação rigorosa, encontram lapsos

---

<sup>3</sup> O sequenciamento de próxima geração (NGS) é uma nova tecnologia usada para sequenciamento de DNA e RNA e detecção de variantes/mutações<sup>3</sup>

na legislação nacional, levando a venda direta dos testes genéticos a constituir-se em um possível risco à população<sup>9,10</sup>.

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – Lei n. 13.709/2018<sup>11</sup> - considera o dado genético informação pessoal sensível: “ Art. 5º Para os fins desta Lei, considera-se: [...] II - Dado pessoal sensível: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural”.

Motivando a seguinte pesquisa, acerca de quais as bases legais-jurídico-sanitárias sobre a comercialização de testes genéticos de venda direta no Brasil, este ensaio acadêmico tem por objetivo a identificação de marcos regulatórios que delimitam a comercialização dos testes de venda direta ao público, bem como discutir sobre a importância dos mesmos.

Para a realização da pesquisa foi utilizada a ferramenta de buscador do *google*, utilizando os descritores “testes genéticos”, “produto de venda direta ao consumidor” e “aconselhamento genético”, tendo sido encontrado os *sites* de comercialização de testes genéticos. Foi pesquisado no *site* governamental da Anvisa e site do Planalto a legislação vigente sobre o tema.

## **COMERCIALIZAÇÃO DE TESTE GENÉTICOS DE VENDA DIRETA AO PÚBLICO**

Os laboratórios de genética cresceram nos últimos anos com a venda de *kits* de análise genética de ancestralidade e predisposições genéticas, tirando proveito do avanço da ciência sobre a genética e do crescente número de pessoas adeptas a essas novas tecnologias



laboratórios comercializam, de maneira *online*, *kits* de análises dos mais diversos genes<sup>12,13,14</sup>.

A propaganda é feita de maneira virtual pelo buscador *google* e por meio de redes sociais como o Instagram, são utilizadas datas comemorativas para divulgar preços promocionais e artistas midiáticos para convencer o cliente a entrar nos sites das empresas e adquirir os pacotes de testes<sup>15,16</sup>. Nessas páginas são apresentadas as vantagens e os benefícios de conhecer seu material genético, entre elas a possibilidade de evitar o desenvolvimento de doenças, conhecimento da ancestralidade e mais, os laboratórios prometem análise de características de ordem psicológicas como impulsividade, características de personalidade e até mesmo dificuldade em receber críticas<sup>14</sup>. Uma gama extensa de análises é oferecida em pacotes pré-definidos vendidos *online* e sem a necessidade de prescrição médica.

Exposto a propagandas e influenciado pelo *marketing* digital o cliente que decidir por adquirir os testes genéticos pode efetivar a compra de maneira virtual no *site* das próprias empresas<sup>12,13,14</sup> ou por meio do *site* de empresas em parceria com o laboratório<sup>16</sup> e sem a necessidade do intermédio de um profissional de saúde. Após a finalização do pagamento, o *kit* escolhido é enviado ao cliente e o próprio faz a coleta do material genético, seguindo as instruções do laboratório. Ao final da coleta, o cliente envia para o laboratório, para que as análises sejam realizadas.

Os laboratórios que fazem a comercialização destes testes genéticos utilizam como argumento a praticidade da coleta, referindo-se a ela como “auto coleta” ou “coleta gentil”, uma vez que, sem que haja envolvimento de um profissional da saúde, o próprio cliente realiza a sua coleta e envia seu material para análise. Há de se discutir sobre esta prática, uma vez que os erros laboratoriais mais comuns estão na fase pré-analítica<sup>17</sup> e, embora as empresas disponibilizem tutorial, não tem

como assegurar que o cliente compreende a importância da coleta feita corretamente, ou mesmo garantir que ao enviar esse material pela transportadora, ele seja transportado em condições ideais para que a amostra não sofra degradação.

### **ANVISA E NORMAS VIGENTES PARA A COMERCIALIZAÇÃO DOS TESTES GENÉTICOS DE VENDA DIRETA AO CONSUMIDOR**

Segundo a Anvisa, em resposta a questionamento realizado através de pedido de informações fundado na Lei de Acesso à Informação (LAI), a respeito de quais fundamentos normativos as empresas, que comercializam esses testes genéticos humanos, valham-se para comercializá-los, essas empresas encontram respaldo na RDC nº 36/2015, que classifica tais procedimentos como classe III de risco, sendo eles produtos de alto risco ao indivíduo e médio risco para a sociedade, sendo regularizados por meio de registro de autorização de funcionamento de empresa - AFE<sup>4</sup>. Não havendo impedimento de comercialização via internet de produtos sujeitos a AFE, desde que esses não sejam medicamentos, a prática não encontra vedações normativas.

Ainda segundo a RDC Nº 36 da Anvisa<sup>18</sup>: “Art. 15. Não são passíveis de enquadramento como autoteste e, portanto, não podem ser fornecidos a usuários leigos, os produtos que tenham as seguintes finalidades: [...] III - realizar testes genéticos para determinar a presença ou prever a susceptibilidade à doença ou condição fisiológica”.

Embora os laboratórios que comercializam esses painéis genéticos que contém o grupo de genes que farão parte de um teste, podendo ser separados de acordo com cada finalidade, como por

---

<sup>4</sup> Documento emitido pela Anvisa que comprova que a empresa está autorizada a exercer as atividades descritas no certificado. Nele, constam o número da autorização da empresa e seu endereço (19).

exemplo: painel nutracêutico, painel farmacogenômico, painel oncológico, painel de desordens genéticas, entre outros; esses laboratórios não os nomeiam como autoteste e sim como auto coleta, onde o cliente apenas realiza a coleta e as análises são feitas em laboratórios. Sustentam as empresas que no autoteste, a fase de análise e interpretação dos resultados é realizada pelo próprio cliente e, no caso da auto coleta desses painéis genéticos, que é o caso dos produtos que comercializam, essas análises são feitas em laboratórios e o resultado é enviado para o cliente via *e-mail*, não incidindo, assim, essa comercialização na proibição contida no art. 17 da RDC nº 36/2015, da Anvisa, acima transcrita. Os testes genéticos vendidos são classificados pelos comerciantes como testes de autocoleta, já que a fase analítica é feita por profissionais em laboratório. Existe a necessidade dos órgãos reguladores questionarem se estes testes vendidos não são, portanto, auto testes.

A discussão acerca da regulação desses testes comercializados de maneira indiscriminada é importante, uma vez que os resultados ao serem entregues ao cliente, sem o devido aconselhamento por profissional habilitado, podem vir a gerar danos importantes. Segundo a Lei 9.782 de 1999, que dispõe sobre a criação da Anvisa, compete a mesma “normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde” tendo a agência autonomia para a criação de normativas acerca da comercialização dos testes de venda direta ao consumidor<sup>19</sup>.

Há legitimidade no questionamento se estes testes de venda direta ao consumidor não são, afinal de contas, autotestes, uma vez que apenas a parte da análise é realizada por profissionais, deixando a interpretação dos resultados à livre compreensão do cliente.

Os *sites* onde são comercializados estes testes possuem seus termos de uso e adesão, onde o cliente, ao adquirir o produto, aceita e

concorda com os tais termos, os quais os isentam da responsabilidade sobre as informações fornecidas aos clientes; bem como não são responsáveis por possíveis falhas ou dão garantias de qualquer tipo, incluindo garantias sobre a validação dos testes e tecnologias usadas. Em seus termos de adesão, as empresas indicam que promovem a proteção dos dados do cliente, mas “não responderão por prejuízo que possa ser derivado da violação dessas medidas por parte de terceiros que utilizem as redes públicas ou a internet, subvertendo os sistemas de segurança para acessar as informações de Usuários”<sup>20</sup> e ainda, “não podemos garantir totalmente a segurança de nossos sistemas ou de suas informações pessoais e incentivamos você a tomar precauções razoáveis para proteger seus dados pessoais”<sup>21</sup>.

Posto que a comercialização de painéis genéticos não são práticas ilícitas, ao tempo em que não possuem legislação específica, estabelece-se um comércio legalmente frágil que abre brechas para que as empresas comercializem e façam propaganda de análises para testar condições ou características que não têm utilidade clínica confirmada ou não têm correlação entre gene e fenótipo confirmada (por exemplo, testes genéticos para ver quais vitaminas uma pessoa deve suplementar)<sup>22</sup>.

Os testes genéticos de venda direta ao público possuem riscos que são negligenciados pelas entidades fiscalizadoras, uma vez que os mesmos podem trazer riscos associados aos testes em geral, por não conseguirem testar todas as possíveis variantes patogênicas ou causadoras de uma condição específica, não podendo ser usados para descartar nenhuma condição. Por outro lado, possíveis resultados positivos devem ser confirmados através de exames clínicos específicos para aquela condição.

Outro risco está associado ao não aconselhamento genético. Usuários leigos, sem a devida orientação, expõem-se a esses

testes podendo cometer erros na interpretação e compreensão dos resultados. Isso pode acarretar danos psicológicos e possíveis danos materiais para o usuário e para a saúde pública, uma vez que a pessoa, com o resultado do teste genético, acredita ter a predisposição aumentada para alguma condição específica, levando a mesma a procurar serviços de saúde especializados para determinada condição, ou o contrário pode acontecer, levando o usuário a subestimar o risco do desenvolvimento de determinada doença<sup>23</sup>.

A Sociedade Brasileira de Genética Clínica juntamente com o Conselho Federal de Medicina formulou diretrizes<sup>24</sup> para orientar a indicação e realização de testes preditivos, dentre as recomendações estão a da realização de avaliação psicológica e acompanhamento pré e pós teste. Esta recomendação vai de encontro às da UNESCO que, em 2003, na Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos<sup>9</sup>, a fim de auxiliar os Estados na formulação de suas diretrizes, também alertou sobre a necessidade do aconselhamento genético e sobre medidas de segurança para o paciente.

Há que se pensar sobre a responsabilidade civil destas empresas que, comercializam produtos direto ao consumidor, apenas recomendando que o cliente busque aconselhamento genético e declarando isenção da responsabilidade sobre possíveis danos causados, mesmo que os clientes busquem os testes e realizem as compras de maneira livre, escolhendo os painéis que os interessam, assinando os termos de esclarecimento e responsabilidade, e confirmando a ciência sobre os termos da empresa.

Em outros países, as legislações para o comércio direto ao consumidor de testes genéticos são frágeis e ainda recentes, trazendo preocupações sobre o comércio de testes genéticos para leigos, da proteção de dados genéticos e a possibilidade de discriminação. Nos EUA, desde 2008 possui, Lei que proíbe a discriminação baseada em

informações genéticas. Portugal por exemplo, possui legislação que impede o uso de testes genéticos a requerimento de seguradoras e empregadores e embora exista Lei que proíba a venda direta de testes diretos ao consumidor existe a possibilidade fácil de compra por qualquer pessoa através da internet sem nenhum tipo de aconselhamento genético<sup>11</sup>.

No Brasil, é necessário observar que não existe amparo normativo suficiente para que as relações jurídicas da vida privada tenham seu bom desenvolvimento, seja seguro juridicamente e efetivo. É preciso que o Poder Legislativo crie normas que regulem esta matéria e preveja os ilícitos resultantes de sua contravenção, podendo tomar como base as normas existentes em outros países, mas não podendo limitar-se a ela<sup>25</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que, não obstante a liberdade da compra e venda dos testes genéticos direto ao consumidor, é necessário que sejam criadas normativas que regulem o exercício da comercialização destes testes de maneira específica, delimitando sobre este comércio o que é lícito e ilícito bem como quais as suas penalidades. Embora haja normas, estas são insuficientes e inespecíficas não havendo ainda hoje marco regulatório acerca deste mercado e se tratando este de um comércio de produtos para a saúde, considerando os riscos que o envolvem, não é necessária somente a regulação dos processos de aquisição dos testes e análise de amostras, mas também sobre a interpretação de resultados e divulgação desses testes, uma vez que esses testes genéticos não necessitam da participação de profissional de saúde qualificado em nenhuma fase que não a de análise laboratorial. É preciso que órgãos fiscalizadores, tomando como base as recomendações internacionais e

as diretrizes das sociedades médicas, avaliando as possíveis consequências e riscos da livre comercialização, regulem este comércio que vem crescendo e utilizando cada vez mais do marketing digital e de influenciadores nas redes sociais, tirando o foco do profissional de saúde e influenciando centenas de pessoas a comprarem um produto sem a devida orientação.

### REFERÊNCIAS:

- 1- Pena SD. Aspectos bióticos do projeto genoma humano e da medicina preditiva. Belo Horizonte: direito e medicina; 2000. 33 p.
- 2- International Human Genome Sequencing Consortium. Finishing the euchromatic sequence of the human genome. *Nature* [Internet]. 2004 [cited 2022 Oct 10];431(7011):931-45. Available from: <https://doi.org/10.1038/nature03001>.
- 3- Dahui Q. Next-generation sequencing and its clinical application. *Cancer Biology & Medicine* [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 10];16(1):4-10. Available from: <https://doi.org/10.20892/j.issn.2095-3941.2018.0055>.
- 4- Evans JP, Berg JS. Next-Generation DNA sequencing, regulation, and the limits of paternalism. *Jama* [Internet]. 2011 [cited 10 Oct 2022];306(21). Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1788>.
- 5- Cunha PD. Estudos moleculares de doenças genéticas humanas [publishedVersion na Internet]. [local desconhecido]: Universidade Federal de Minas Gerais. 2014 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9L5JYL>.
- 6- Alves RM. Investigações genéticas e familiares em pacientes com epilepsia no Estado da Bahia [publishedVersion na Internet]. [local desconhecido]: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia; 2015 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20872>.
- 7- Astoni Júnior ÍM, Ianotti GD. Ética e medicina preditiva. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2010 [cited 2022 Oct 10];10(suppl 2):s377—s382. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1519-38292010000600016>.

- 8- Nascimento JO. Âmbito Jurídico - Educação jurídica gratuita e de qualidade [Internet]. Medicina Preditiva: seus aspectos positivos e negativos em face do direito à privacidade - Âmbito Jurídico - Educação jurídica gratuita e de qualidade; 2022 [cited 2022 Out 10]. Available from: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-57/medicina-preditiva-seus-aspectos-positivos-e-negativos-em-face-do-direito-a-privacidade/>.
- 9- UNESCO. Declaração internacional sobre os dados genéticos humanos. Unesco, 2004.
- 10- Pina AP. O genoma humano e as políticas públicas na área da saúde. Revista de Estudos Jurídicos UNESP [Internet]. 2012 [cited 2022 Out 10];15(22). Available from: <https://doi.org/10.22171/rej.v15i22.411>.
- 11- Marchesini Stival SL. Genética recreativa: os testes genéticos direct-to-consumer em Portugal. Cadernos ibero-americanos de direito sanitário [Internet]. 2020 [cited 2022 Out 10];9(3):123-52. Available from: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i3.655>.
- 12- Brasil. Lei n.º 13.709 de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Altera Lei nº 12.965 de abril de 2014, dispõe sobre tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.[Internet] Brasília, DF; 2018 [cited 2022 Out 10]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm).
- 13- Descubra suas Origens e cuide da sua Saúde - Teste de DNA. [Internet]. [cited 2022 Out 10]. Available from: <https://meudna.com/>.
- 14- Genera [Internet]. Genera - ancestralidade, saúde e bem-estar; [cited 2022 Out 10]. Available from: <https://www.genera.com.br/>.
- 15- FullDNA [Internet]. FullDNA. [cited 2022 Out 10]. Available from: <https://fulldna.com.br/#home>.
- 16- Instagram [Internet]. Clara novais on Instagram: "Quer fazer o teste de ancestralidade, saúde e bem-estar?" \*Publicidade"; 2023 [cited



- 2023 Out 9]. Available from:  
[https://www.instagram.com/p/CxYdl\\_cuPCN/](https://www.instagram.com/p/CxYdl_cuPCN/).
- 17- Instagram [Internet]. Genera on Instagram: "Os testes genéticos de ancestralidade; 2023 [cited 2023 Out 9]. Available from:  
<https://www.instagram.com/p/CsOysUrOH7V/>.
- 18- Farmácia online 24 horas [Internet]. Meu DNA | droga raia; [cited 2022 Out 10]. Available from:  
<https://www.drogaraia.com.br/hotsite/meu-dna>.
- 19- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 26 de agosto de 2015 - imprensa nacional [Internet]; 2015 [cited 2022 Out 6]. Available from: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32421597/do1-2015-08-27-resolucao-rdc-n-36-de-26-de-agosto-de-2015-32421440](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32421597/do1-2015-08-27-resolucao-rdc-n-36-de-26-de-agosto-de-2015-32421440).
- 20- Brasil. Lei Nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999, Lei que define o sistema nacional de vigilância sanitária. Altera Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária. [Internet], Brasília, DF; 1999. [cited 2022 Out 30]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm).
- 21- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa [Internet]. Certificado de AFE; [cited 2022 Out 25]. Available from:  
[https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao/farmacias-e-drogarias/autorizacao-de-funcionamento-afe-ou-autorizacao-especial-ae/certificado-de-afe/certificado-de-afe#:~:text=O%20Certificado%20de%20Autorização%20de%20Funcionamento%20\(Certificado%20de%20AFE\)%20é,2](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao/farmacias-e-drogarias/autorizacao-de-funcionamento-afe-ou-autorizacao-especial-ae/certificado-de-afe/certificado-de-afe#:~:text=O%20Certificado%20de%20Autorização%20de%20Funcionamento%20(Certificado%20de%20AFE)%20é,2).
- 22- Teste de DNA - Descubra suas Origens e cuide da sua Saúde [Internet]. Teste de DNA - descubra suas origens e cuide da sua saúde; [cited 2022 Out 25]. Available from:  
<https://meudna.com/termos-de-uso>.
- 23- FullDNA [Internet]. FullDNA; [cited 2022 Out 25]. Available from:  
<https://fulldna.com.br/termos-de-uso>.
- 24- Genome.gov [Internet]. Direct-to-Consumer genetic testing FAQ for healthcare professionals; [cited 2022 Out 20]. Available from:

<https://www.genome.gov/For-Health-Professionals/Provider-Genomics-Education-Resources/Healthcare-Provider-Direct-to-Consumer-Genetic-Testing-FAQ>.

- 25- Garrafa V. O Diagnóstico Antecipado de Doenças Genéticas e a Ética. Red|UnB [Internet]. 2010 [cited 2022 Out 10]; (5). Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/20441>.

5

---

<sup>5</sup> Data de submissão: 2023  
Data de aprovação: 2023  
Data de publicação: 2023

