

The cover features a dark blue background with a faint world map. Overlaid on the map are light blue geometric patterns, including hexagons and a network of dots connected by lines, resembling a molecular or digital structure. The title is centered in white, bold, sans-serif capital letters.

GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL

Global Health Law Journal

GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL

VOLUME 1 - N° 02 - 2023



GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL

**Health Law, International Health Law, Comparative
Health Law, Health Policy, Health Cases,
Medical and Biomedical Law**

FEATURED AUTHORS

VOLUME 1 - Nº 02 – 2023

Ana Elisa T.S. de Carvalho

Ana Paula Carvalhal

Andrea Lucas Garín

Denise Abreu Cavalcanti

Esther Dantas de Sá Paiva Gurjão

Gilmar Ferreira Mendes

Lucas Faber de Almeida Rosa

Lusanir S. Carvalho

Márcia P. R. Dias

Márcia R. M. Pourchet

Marco Ossandón Chávez

Mariana Von Linde Moura

Mónica Martinez de Campos

Patrícia Gorisch

Regina Celia Spadari

Rosa Maria Ferreiro Pinto

Vaninne Arnaud de Medeiros Moreira

Verônica Scriptore Freire e Almeida

Editorial – Volume 1 – nº 02- 2023

We are delighted to bring you this latest issue of the **Global Health Law Journal-GHLJ**. With a qualified collection of articles, the Journal seeks to ensure an international publication spot among the world's leading academic forums concerned with Health Law.

The **Global Health Law Journal-GHLJ** is a biannual production, an open access, peer reviewed, and the outcome of a collaborative, widespread, and international effort.

The **GHLJ** strives to offer an opportunity for interdisciplinary discussion on topics in health law, international health law, comparative health law, health policy, health cases, medical, and biomedical law.

The Journal targets a broad and diverse audience of academicians, professionals, and students in Law, Medicine, Biomedicine, as well as policy makers, law operators, and legislators in health care.

Articles must be related to health law, international health law, comparative health law, health policy, health cases, medical and biomedical law, Medicine, and Biomedicine.

Articles can be submitted in English, Spanish, French, Italian or Portuguese.

Global Health Law Journal

Submissions to the Global Health Law Journal are peer-reviewed by our distinguished Editorial Board and reviewers, consisting of internationally recognized experts.

In short, the Global Health Law Journal is looking to become a dynamic and engaging forum for comparative and interdisciplinary research and commentary.

It has been created and raised in an innovative, cooperative and participatory spirit, and will always continue its commitment to these values.

We hope you will enjoy the Global Health Law Journal, and that you can contribute to future issues.

Profa. Dra. Verônica Scriptore Freire e Almeida

Editor-in-Chief

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief:

Verônica Scriptore Freire e Almeida - *Ph.D and Postdoctoral.*

Editorial Board:

Abbas Poorhashemi - *Ph.D and Postdoctoral - CIFILE - (Toronto, Canada).*

Ana Maria F. Palma Marques de Almeida – *Ph.D and Postdoctoral - Universidade Estadual Paulista- UNESP (São Paulo, Brasil).*

Ana Paula Zavarize Carvalho - *Ph.D - Instituto Brasiliense de Direito Público -IDP (Brasília- Brasil).*

André Dias Pereira – *Ph.D – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra -FDUC (Coimbra- Portugal).*

Andrea Garín – *Ph.D- University of Heidelberg (Santiago -Chile).*

Cláudio Roberto Cordovil Oliveira – *Ph.D and Postdoctoral -Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (Rio de Janeiro – Brasil)*

Danilo Fontenele Sampaio Cunha – *Ph.D - Centro Universitário 7 de Setembro- UNI7 (Fortaleza, CE, Brasil).*

Diogo José Paredes Leite Campos – *Ph.D - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra -FDUC (Coimbra- Portugal), Universidade Autónoma de Lisboa (Lisboa-Portugal).*

Edith Maria Barbosa Ramos – *Ph.D and Postdoctoral - Universidade Federal do Maranhão (São Luís, MA, Brasil).*

Global Health Law Journal

Elisa Mattias Sartori – *Ph.D and Postdoctoral - Ilapeo Faculty – (Curitiba, PR, Brasil).*

Ellen Cristina Rivas Leonel – *Ph.D - Universidade Federal de Goiás - UFG (Goiânia, GO, Brasil).*

Fernando Reverendo Vidal Akaoui – *Ph.D - Universidade Santa Cecília -UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Gabriel Wedy – *Ph.D – Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS (Porto Alegre, RS, Brasil).*

George Marmelstein Lima – *Ph.D – Centro Universitário 7 de Setembro - UNI7 – (Fortaleza, CE, Brasil).*

Joaquin Cayon-De Las Cuevas – *Ph.D - Universidad de Cantabria - (Santander, Spain)*

Luciano Pereira de Souza – *Ph.D - Universidade Santa Cecília -UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Marcelo Lamy – *Ph.D – Universidade Santa Cecília - UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Marcello Novoa Colombo Barboza – *Ph.D and Postdoctoral- Centro Universitário Lusíada-UNILUS (São Paulo, SP, Brasil).*

Marie Gerardin - *PHD - Capella University of Minnesota - USA / Professor at University of Edinburgh Law School - Scotland - United Kingdom.*

Marisa Aizenberg – *Ph.D and Postdoctoral – Universidad de Buenos Aires (UBA) – (Buenos Aires, Argentina).*

Mónica Romano e Martinez Leite de Campos – *Ph.D - Universidade Portucalense (Porto, Portugal).*

Raimundo Nonato Chaves Neto – *Ph.D – Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa - FDUL (Lisboa, Portugal).*

Global Health Law Journal

Rosa Maria Ferreiro Pinto – *Ph.D - Universidade Santa Cecília -UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Sandra Mara Campos Alves – *Ph.D- Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ – (Brasília- Brasil)*

Umberto Machado de Oliveira - *Ph.D - Universidade Federal de Goiás (Goiás - Brasil).*

Verônica Scriptore Freire e Almeida – *Ph.D and Postdoctoral - Universidade Santa Cecília – UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Wei Dan – *Ph.D – Faculty of Law University of Macau (Macau, China)*

Table of Contents

1- A NECESSÁRIA DESJUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Gilmar Ferreira Mendes

Ana Paula Carvalhal

Lucas Faber de Almeida Rosa

.....15

2- CLIMATE CHANGE AND THE RIGHT TO HEALTH IN THE INTER-AMERICAN SYSTEM OF HUMAN RIGHTS

Andrea Lucas Garín

Marco Ossandón Chávez

.....31

3- REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Mónica Martinez de Campos

.....61

**4- ANALYSIS OF THE IMPACT OF THE IMPLEMENTATION
OF THE ACCELERATED HEALTH REGISTRY OF GENE
THERAPIES IN COURT CASES IN BRAZIL**

Esther Dantas de Sá Paiva Gurjão

Rosa Maria Ferreiro Pinto

Verônica Scriptore Freire e Almeida

.....91

**5- STRESS RESPONSE AS A PROMINENT
CARDIOVASCULAR RISK FACTOR**

Ana Elisa T.S. de Carvalho

Regina Celia Spadari

.....131

**6- CRIANÇAS REFUGIADAS NO BRASIL: DESAFIOS EM
TEMPOS DE PANDEMIA**

Vaninne Arnaud de Medeiros Moreira

Patrícia Gorisch

.....159

**7- A SAÚDE MENTAL EM EMERGÊNCIAS HUMANITÁRIAS:
TEMPO DE PANDEMIA DA COVID-19**

Márcia R. M. Pourchet,

Lusanir S. Carvalho

Márcia P. R. Dias

.....193

**8- ÁREA DE PROTEÇÃO E CUIDADO: O PRINCÍPIO DA
SOLIDARIEDADE HUMANA E DIREITOS FUNDAMENTAIS
CONSTITUCIONALMENTE ASSEGURADOS NA
OPERAÇÃO ACOLHIDA**

Denise Abreu Cavalcanti

Mariana Von Linde Moura

.....227

Gilmar Ferreira Mendes - Ana Paula Carvalho - Lucas Faber de Almeida Rosa

A NECESSÁRIA DESJUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE ¹

Gilmar Ferreira Mendes²

Ana Paula Carvalho³

Lucas Faber de Almeida Rosa⁴

¹ How to cite:

MENDES, Gilmar Ferreira; CARVALHAL, Ana Paula; ROSA, Lucas Faber de Almeida. A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 15-30, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Gilmar Ferreira Mendes

Ministro do Supremo Tribunal Federal.

Mestre e Doutor pela Universidade de Münster, Alemanha.

Professor de Direito Constitucional da Universidade de Brasília.

Fundador do IDP/BSB.

Autor de diversas obras de Direito Constitucional.

³ Ana Paula Carvalho

Assessora de Ministro do STF.

Mestre pela Universidade de Coimbra.

Doutora pela Universidade de São Paulo.

Professora de Processo Constitucional do IDP.

⁴ Lucas Faber de Almeida Rosa

Juiz instrutor no Supremo Tribunal Federal.

Juiz de Direito do Estado de Santa Catarina.

Mestre em Direito do Estado pela Universidade de São Paulo.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

Abstract

The judicialization of health is a well-known topic of the Federal Supreme Court and presents complex challenges, which go beyond the boundaries of Law. Since 2007, with the recognition of the general repercussion of RE 566471 (Theme 6), through the Public Hearing held by the Presidency of the STF in 2009 within the scope of STA 175, until the recognition of the general repercussion of RE 1366243 (Theme 1234), more than 15 years of intense jurisprudential development and in-depth technical studies. The constant Search for improving the SUS, in open dialogue with the judiciary, leads us, today, to think about new alternatives for resolving conflicts. The time has come to seek the desjudicialization of the Right to Health.

Keywords: Right to health, judicialization, SUS, federative competence, solidarity, administrative solutions.

Resumo

A judicialização da saúde é um tema muito conhecido do Supremo Tribunal Federal e apresenta desafios complexos, que ultrapassam as fronteiras do Direito. Desde 2007, com o reconhecimento da repercussão geral do RE 566471 (Tema 6), passando pela Audiência Pública realizada pela Presidência do STF em 2009 no âmbito da STA 175, até o reconhecimento da repercussão geral do RE 1366243 (Tema 1234), passaram-se mais de 15 anos de intenso desenvolvimento jurisprudencial e profundos estudos técnicos. A busca constante de aprimoramento do SUS, em diálogo aberto com o poder judiciário, nos leva, hoje, a pensar em novas alternativas de soluções de conflitos. É chegada a hora de se buscar a desjudicialização do Direito à Saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde, judicialização, SUS, competência federativa, solidariedade, soluções administrativas.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

O tema da judicialização da saúde é velho conhecido dos constitucionalistas e da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.

Não à toa, o RE 566471 teve a repercussão geral reconhecida ainda em 03/12/2007, Tema 6, com o objetivo de definir o “Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo”. Provavelmente a complexidade da matéria foi determinante para que o mérito do recurso só começasse a ser examinado em 2016, faltando ainda a fixação da tese.

Entre o reconhecimento da repercussão geral e o julgamento de mérito, a Presidência do STF, na gestão do Ministro Gilmar Mendes, diante do grande número de pedidos de suspensão de liminares envolvendo a matéria, chegou a convocar Audiência Pública. Durante seis dias, cinquenta especialistas em saúde foram ouvidos. O resultado do debate orientou a decisão da STA 175, que buscou fixar novos parâmetros para o debate judicial do direito à saúde.

No âmbito do CNJ, ciente de que a matéria demandaria constante aprimoramento, foi aprovada a Resolução nº 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde⁵, atual FONAJUS.

O julgamento da STA 175 pode ser considerado marco inicial importante na compreensão das dimensões subjetiva e objetiva do direito fundamental à saúde, mas muitos pontos ainda demandam aprofundamento.

Ponto central do debate diz respeito aos encargos dos entes federados. No julgamento da STA 175, restou assentado, nos termos do art. 23, inciso II, da Constituição Federal, que União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir e a negativa pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde.

O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da Federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles. Em outras palavras, as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, integrantes de

⁵ FREITAS FILHO, 2023. O Desembargador ressalta que, mesmo após a tentativa de racionalização, o número de processos judiciais segue crescendo.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo o critério da subsidiariedade, e constituem um sistema único.

No entanto, o colegiado sinalizou para a necessidade de construção de um modelo de cooperação e de coordenação de ações conjuntas por parte dos entes federativos. À época já não havia dúvidas de que seria necessário aprimorar o conceito de solidariedade e, por conseguinte, a interação federativa no que tange à execução de ações e serviços de saúde.

Nos anos que se seguiram, o desenvolvimento legislativo e jurisprudencial foi construindo critérios para a racionalização da exigibilidade judicial de prestações de saúde por parte do SUS.

O julgamento dos temas 500 e 1161 da repercussão geral fortaleceu o consenso do Colegiado no que se refere ao direito à saúde e aos deveres correlatos impostos ao Poder Público.

Nas referidas teses, salientou-se a prioridade conferida aos medicamentos incorporados às listas de dispensação do SUS, assim como a necessidade de inclusão da União em ação que trata de pleito de medicamento sem registro na Anvisa. Ou seja, houve uma preocupação com o refinamento de parâmetros aptos a assegurar que a participação do Poder Judiciário na construção e reflexão sobre a política pública não seja errática ou despreze a estruturação legislativa da matéria.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

Nessa mesma linha, a tese fixada no Tema 793 da repercussão geral consistiu em importante tentativa de desenvolvimento da tese da solidariedade dos entes federativos quanto às ações e serviços de saúde.

Inicialmente, o STF se limitou a reafirmar a jurisprudência segundo a qual constitui obrigação solidária entre os entes da federação prover o fornecimento de meios adequados à garantia do direito à saúde (RE-RG 855.178, Rel. Min. Luiz Fux, DJe 16.3.2015).

Contudo, em sede de embargos de declaração, restou fixada a seguinte tese de julgamento: “Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro” (Tribunal Pleno, Rel. Min. Luiz Fux, Redator do acórdão Min. Edson Fachin, DJe 16.4.2020; grifei).

A conclusão do julgamento parece envolver duas premissas de racionalização do litígio judicial sobre saúde: (i) a composição do polo passivo da ação judicial deve observar a responsabilidade pela prestação delineada na Lei 8.080/1990,

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

inclusive se implicar deslocamento de competência; e, como decorrência lógica dessa baliza, (ii) a União necessariamente comporá o polo passivo do processo quando a petição inicial veicular pedido de tratamento, procedimento, material ou medicamento não incluído nas políticas públicas.

Essa compreensão foi observada em inúmeros precedentes de ambas as Turmas do STF: Rcl 53.331 AgR, Rel. Min. Dias Toffoli, Primeira Turma, DJe 28.11.2022; Rcl 49.881 AgR-segundo, Rel. Min. Roberto Barroso, Primeira Turma, DJe 16.8.2022; Rcl 51.375 AgR-terceiro, Rel. Min. Cármen Lúcia, Primeira Turma, DJe 18.5.2022; Rcl 50.713 AgR, Rel. Min. Edson Fachin, Segunda Turma, DJe 23.11.2022.

A operacionalização dessa tese, porém, tem apresentado dificuldades. Interpretações colidentes quanto ao alcance desses parâmetros engendraram inúmeros conflitos de competência entre as Justiças Federal e dos Estados, assim como evidenciaram as deficiências estruturais não apenas do Poder Executivo de cada ente, mas também do próprio Sistema de Justiça.

A discussão chegou ao STF, novamente, por meio do RE 1366243, escolhido como representativo da controvérsia. Proposto o reconhecimento da repercussão geral, Tema 1234, o recurso foi distribuído ao Ministro Gilmar Mendes.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

No caso, o autor pleiteia medicamentos não incorporados pelo SUS, ao argumento de que o tratamento disponibilizado pela rede pública é ineficiente. A Juíza de Direito do Estado de Santa Catarina deferiu o pedido de tutela de urgência, mas posteriormente, em virtude do julgamento do tema 793 por esta Corte, declinou a competência para Justiça Federal.

O Juiz Federal, por sua vez, afirmou não ser correta a inclusão da União no polo passivo. Consignou que: “a tese firmada pelo Supremo Tribunal Federal, que estabelece a necessidade de se identificar o ente responsável a partir dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização do SUS, ao contrário do alcance da decisão da Justiça Estadual, não se refere à formação do polo passivo da demanda, mas, sim, ao cumprimento da sentença e às regras de ressarcimento aplicáveis ao ente público que suportou o ônus financeiro decorrente da decisão judicial no caso concreto”.

Essa miríade de divergências chegou também ao Superior Tribunal de Justiça, que diante do volume de conflitos de competência sobre o tema, instaurou o Incidente de Assunção de Competência (IAC) n.º 14.

O quadro de insegurança jurídica instaurado levou o relator a determinar a suspensão nacional do processamento de recursos especiais e extraordinários que versem sobre os

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

Temas 1234 e 793, até o julgamento definitivo do Recurso Extraordinário com Repercussão Geral nº 1366243, ressalvado o deferimento de medidas cautelares.

Logo após a determinação de suspensão nacional, no entanto, o STJ acabou por julgar o mérito do IAC 14.

O quadro delineado pelo STJ teve como premissa a inviabilidade de demanda judicial ser redirecionada pelo magistrado ao ente responsável pela política pública demandada em juízo. Essa premissa, ao mesmo tempo, consiste na principal consequência do referido julgado, e exatamente por isso revela-se uma *petitio principii*.

O fato novo (decisão do STJ no IAC) foi visto pelo STF como capaz de interferir no julgamento da repercussão geral do Tema 1234, o que determinou a concessão de medida cautelar nos autos daquele recurso extraordinário. O STF, então, determinou que, até o julgamento definitivo da Repercussão Geral do Tema 1234, a atuação do Poder Judiciário seja regida pelos seguintes parâmetros:

1) nas demandas judiciais envolvendo medicamentos ou tratamentos padronizados: a composição do polo passivo deve observar a repartição de responsabilidades estruturada no Sistema Único de Saúde, ainda que isso implique deslocamento de competência, cabendo ao magistrado verificar a correta formação da relação processual, sem

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

prejuízo da concessão de provimento de natureza cautelar ainda que antes do deslocamento de competência, se o caso assim exigir;

2) nas demandas judiciais relativas a medicamentos não incorporados: devem ser processadas e julgadas pelo Juízo, estadual ou federal, ao qual foram direcionadas pelo cidadão, sendo vedada, até o julgamento definitivo do Tema 1234 da Repercussão Geral, a declinação da competência ou determinação de inclusão da União no polo passivo.

A despeito de certo dissenso a respeito do tema, é inequívoco que a solidariedade entre os entes federativos foi considerada pela concepção majoritária dos Ministros do STF a partir da distribuição de responsabilidades no âmbito do SUS, ao fixar as teses dos Temas 500 e 793.

Em linhas gerais, a Corte entendeu que o polo passivo de demandas judiciais relativas a medicamentos padronizados devem levar em consideração a repartição de atribuições existentes no SUS, mesmo que direcionadas pelo juiz da causa.

Noutros termos, a solidariedade constitucional pode ter se revestido de inúmeros significados ao longo do desenvolvimento da jurisprudência desta Corte, mas não se equiparou, sobretudo após a reforma do SUS e o julgamento

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

do Tema 793, à livre escolha do cidadão do ente federativo contra o qual pretende litigar.

Embora a solidariedade na área da saúde seja um conceito em desenvolvimento, reveste-se de plausibilidade, porque respaldada pelos precedentes do STF, a tese segundo a qual as demandas judiciais em que se pleiteia medicamentos padronizados devem ser direcionadas aos entes por eles responsáveis no âmbito da política pública.

Solução em sentido contrário implicaria a completa desorganização da política pública, com a formação do polo passivo baseada em mero elemento de vontade da parte autora, em aceno de desrespeito à política pública e de incentivo ao ente federativo faltoso no cumprimento de suas obrigações legais.

A celeuma agora enfrentada atinge indistintamente medicamentos padronizados e não padronizados pelo Sistema Único de Saúde, porque diz respeito à própria compreensão e operacionalização da solidariedade dos entes federativos nas ações de saúde, bem como de suas implicações na formação do polo passivo de ações judiciais.

A síntese da questão controvertida pode induzir o intérprete a concluir equivocadamente que se trata de mera discussão acerca da competência de ramos da Justiça ou sobre a legitimidade processual da União.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

Seria um equívoco que percebêssemos a matéria apenas nesses termos, desconsiderando a rede de relações e estruturas federativas que enfeixam a concretização do direito fundamental à saúde, no qual o Poder Judiciário em regra desempenha função apenas lateral, usualmente deflagrada por conta de aspectos pontualmente defeituosos de uma política pública abrangente.

Essa controvérsia, profunda em suas origens e sistêmica em suas consequências, não pode ser resolvida apenas por decisão judicial. Pelo contrário, o próprio dissenso engendrado pelo julgamento do Tema 793 evidenciou que dilemas estruturais dessa natureza dificilmente são solucionados pela atuação jurisdicional⁶.

A judicialização das prestações de saúde do SUS não envolvem simples interpretação de normas jurídicas ou distribuição de competências judiciais. Há uma política pública a ser aperfeiçoada, em processo que se mostre verdadeiramente estruturante.

Nessa linha, o enfrentamento adequado do tema impõe abordagem que contemple todo o processo de prestação de

⁶ Nesse sentido, o Desembargador Roberto Freitas Filho chama a atenção para a falha na tentativa de racionalização do enfrentamento judiciário dessas ações. Ressalta que a própria expressão “judicialização” é inadequada, posto que não usamos essa expressão para outras matérias jurídicas, que também envolvem ações em massa. FREITAS FILHO, 2023.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

ações e serviços de saúde pelo Estado brasileiro, desde o custeio até a compensação financeira entre os entes federativos, abrangendo os medicamentos padronizados e os não incorporados pelo Sistema Único de Saúde.

É imperioso que se busque a construção de soluções administrativas, consensuais, negociadas, que ajudem a desjudicializar os conflitos envolvendo prestações de saúde do SUS. A solução para o aperfeiçoamento do SUS não está no Poder Judiciário, está no próprio SUS.

Durante a Audiência Pública realizada no âmbito da STA 175, foram relatadas experiências desenvolvidas entre a Secretaria de Saúde e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo que tentavam resolver as demandas administrativamente, de modo a evitar a judicialização. Também a experiência da justiça do Rio de Janeiro que, ao firmar convênios com a Secretaria de Saúde, passou a contar com o apoio dos técnicos em saúde para identificar tecnicamente os pleitos, diferenciando os que estavam contemplados pela política pública do SUS dos que deliberadamente tinham sido excluídos dos programas estatais.

Não basta afirmar quem é o responsável pela entrega do medicamento e deve compor o polo passivo em ação judicial. Mostra-se imprescindível aprofundar o conceito constitucional

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

de solidariedade, municiando a Federação dos mecanismos, protocolos e fluxogramas necessários para assegurar o acesso efetivo da população a direito fundamental, sem desequilíbrio financeiro e desprogramação orçamentária.

Precisamos fazer um esforço de construção dialógica e verdadeiramente federativa do conceito constitucional de solidariedade ao qual o Poder Judiciário não pode permanecer alheio, sob pena de incutir graves desprogramações orçamentárias e de desorganizar a complexa estrutura do SUS, sobretudo quando não estabelecida dinâmica adequada de ressarcimento.

Referências

ALVES, Isabela Scarabelot Castro. Judicialização do Direito à Saúde ou Saudicialização do Judiciário: uma análise da audiência pública nº 4 do STF. São Paulo, Sociedade Brasileira de Direito Público, 2014.

CARVALHAL, Ana Paula. A Judicialização da Saúde novamente em pauta no STF. Coluna do Observatório Constitucional. Conjur, 22 de abril de 2023.

FREITAS FILHO, Roberto. Judicialização da saúde e a distinção entre o controle e a intervenção. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/artigos-discursos-e-entrevistas/artigos/2023/judicializacao-da-saude-e-a-distincao-entre-o-controle-e-a-intervencao>.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

MENDES, Gilmar Mendes; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional, 18 ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023.

STF – STA 175-AgR, Relator: Ministro Presidente, Data de Julgamento: 17/03/2010, Plenário, Data de Publicação: 24/03/2010 DJe nº 54.

STF – RE 566471, Tema 6 da Sistemática da Repercussão Geral; Relator: Ministro Marco Aurélio, Julgamento iniciando em 15/09/2016, Plenário, aguarda fixação da tese.

STF – RE 657718, Tema 500 da Sistemática da Repercussão Geral; Relator: Ministro Marco Aurélio, Data de Julgamento: 22/05/2019, - Plenário, Data de Publicação: 22/05/2019, DJe nº 117.

STF – RE 855178-ED, Tema 793 da Sistemática da Repercussão Geral; Relator: Min. Luiz Fux, Data de Julgamento: 23/05/2019, - Plenário, Data de Publicação: 03/06/2019, DJe nº 119.

STF – RE 1366243 TPI-Ref, Tema 1234 da Sistemática da Repercussão Geral; Relator: Ministro Gilmar Mendes, Data de Julgamento: 19/04/2023 – Plenário Virtual, Data de Publicação: 25/04/2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à Saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2020.

A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde

How to cite:

MENDES, Gilmar Ferreira; CARVALHAL, Ana Paula; ROSA, Lucas Faber de Almeida. A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 15-30, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Andrea Lucas Garín - Marco Ossandón Chávez

CLIMATE CHANGE AND THE RIGHT TO HEALTH IN THE INTER-AMERICAN SYSTEM OF HUMAN RIGHTS ¹

Andrea Lucas Garín²

Marco Ossandón Chávez³

¹ How to cite:

GARÍN, Andrea Lucas; CHÁVEZ, Marco Ossandón. Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 31-60, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Andrea Lucas Garín

PhD in Law and Social Sciences,
Lawyer and Specialist in Public Law, Universidad Nacional de Córdoba.
Master of Laws in International Law, Universität Heidelberg.
Directress of the Instituto de Investigación en Derecho, Universidad Autónoma de Chile.

³ Marco Ossandón Chávez

Lawyer & Specialist in International Relations.
Master of Laws in International Law, Universität Heidelberg.
Master in International Relations, Institut Barcelona d'Estudis Internacionals.
Especialista en Relaciones Internacionales, Instituto de Estudios Internacionales, Universidad de Chile.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

Abstract

The environment we inhabit constitutes an important determinant of public health. One of the most pressing contemporary issues of international relations is climate change, whose effects extend towards the full enjoyment of the right to health. Over the past three decades, the international climate change regime has made several attempts to frame state's legal obligations concerning climate-related risks. Normative discourses have long conflated human rights, the environment, and public health, however, legal practice has only recently started pondering about climate-sensitive risks to global health. In this sense, the Inter-American System of Human Rights has become an interesting forum to inquire the legal duties states have on public health due to the negative impacts of climate change, specifically with regards to the Advisory Opinion 23/17 and Resolution 3/2021 dictated within the Inter-American System of Human Rights.

Keywords: Right to health, climate litigation, Advisory Opinion OC-23/17, Resolution 3/2021, Inter-American System of Human Rights, climate change regime.

Introduction

The relation between the global phenomenon of *climate change* and the right to health is a topic currently under discussion within the international legal studies. Whereas in other fields such as international relations or international security the effects of the gradual, sustained, and widespread increase in global temperatures have clearly been characterized in terms of a *risk*, a direct or indirect *threat* to human health, or even as a *threat multiplier* of the many factors that impinge upon public health, legal scholarship has been

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

unable to provide a clear response on the relation between both.

Over the years there has been an increasing recognition of climate-sensitive risks to public health. There are many ways in which the adverse effects of climate change affect the natural and human environments, the water and food we consume, the sanitary conditions of the spaces we inhabit, the morbidity and mortality of diseases, contribute to extreme weather events, as well as, ultimately, the conditions necessary for the full enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health that legal scholarship defines as the *right* to health. The weather is a basic element of our reality that determines the well-being of persons, communities, and the planet. No matter how evident that may seem, however, the long-overdue and fragmented responses to the challenges climate change poses on the right to health are far from evident.

Firstly, there are different values in competition when responding from different places to this intersection. Two areas of law that often come together to address the impacts of climate change on public health are *Human Rights* and *Climate Change* law. Both promote the well-being and protection of common values of the international community, however, emphasizing in either anthropocentric, eco-centric or

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

holocentric interests –that is, on people, nature, or the planet. The international climate change regime has developed in order to promote the protection of the climate *per se*; conversely, international human rights law endeavors to protect people individually on their own rights (Huichi Sancho, 2014).

Secondly, both issue areas have been addressed through a human rights-based approach. The international system is characterized as an *anarchic* space, in the sense that there is no entity that stands above sovereign states. This implies a basic premise of freedom of action whereby each state is equally powerful to decide how to proceed in both its domestic and international affairs, which often becomes a problem when pursuing common goals at the international level. Human rights discourse, however, provides the normative foundations to frame and direct governmental action. Hence, when it comes to human rights it contributes with universal legal frameworks that legitimize and frame cooperative actions, establishing *legal commitments* and *standards* in health policies, programs, and practices (Gostin & Meier, 2020) or reminding governments their duties (Riedel, 2011). Regarding climate change, it provides a complementary source of *legal obligations* that entices government action towards the examination of environmental laws, policies, and assumptions (Phelan, 2020,

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

p 429). Nevertheless, both regimes operate in parallel (Cullet, 2016), and do not necessarily converge.

Thirdly, international institutions have found difficulties framing climate change impacts on the international agenda. Within United Nations fora States have attempted the *securitization* of climate change by presenting this challenge in terms of human security. Security is one of those evolving concepts that has both widened and deepened over time –far exceeding its traditional focus on sovereign States waging war or engaged in armed conflicts—including new actors, issue areas, and instruments to solve conflicts. Hence, securitizing climate change would prompt to stop thinking in the terms of costs and benefits proper to political discussion, while providing a sense of threat and urgency proper to the Security Council or international agreements that take priority in the universal agenda (Gupta & Bosch, 2021; Bustreo & Doebbler 2020).

Fourthly, international law has only recently been confronted with legal inquiries about the relation between climate change and the right to health. Despite an abundant corpus of international declarations –some establishing timid connections while encouraging further studies and analysis of this intersection, others soundly ascertaining this relation—the absence of legally binding instruments stating clearly defined

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

international obligations on the matter has brought forth a new trend of *judicialization* of climate change concerns. A process also known as *climate litigation*.

Even though climate change is a topic of ample legal interest, the question of its justiciability remained unanswered until recently. As of 2021 the different stances taken by the Human Rights Council and the High Commissioner on Human Rights revealed a lingering debate on whether a clear recognition of the conditions under which human rights have been violated because of climate change should be made (Gupta & Bosch, 2021, p. 552). Legal questions about a current or potential dispute may be brought to an international tribunal, which will make use of its advisory or contentious jurisdiction (Bustreo & Doebller, 2020, p. 104); in non-justiciable security issues that transcend the domestic borders of a State, the involved parties may try to find solutions in regional or international organizations (Altwicker, 2021, p.81). There has been a trend of climate litigation whereby states request domestic and international judicial organs the clarification of the international obligations concerning climate related impacts, and the relation between human rights and environmental degradation.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

In the following sections, this work will engage with the interrelation between climate change and the right to health. At the international level there have been many attempts to frame this connection in order to promote subsequent intergovernmental cooperation, hence, the first section will address health concerns made from the environmental and human rights regimes. Moreover, the international climate change regime has developed specific interlinkages with the right to health, that will be addressed in the second section. In the third section we will engage with the right to health under the Inter-American System of Human Rights, analyzing “Resolution 3/2021. Climate Emergency. Scope of Inter-American Human Rights Obligations”, issued by the Inter-American Commission on Human Rights, and the Advisory Opinion OC-23/17 of November 15, 2017, requested by the Republic of Colombia to the Inter-American Court of Human Rights, regarding *State obligations in relation to the environment in the context of the protection and guarantee of the rights to life and to personal integrity*. The last section concludes with some final remarks.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

1. Health concerns from environmental and human rights regimes

At the global level, there is an ample number of international instruments referring to the connection between public health and environmental determinants, which only recently started exploring its connection with *climate change*. Ever since the first international conference about environmental issues took place in Stockholm, back in 1972, the interconnectedness between health and nature became an established assumption in subsequent international discourse, for an ambivalent relation was proclaimed where “man is both creature and moulder of his environment” and “the natural and man-made [environment], are essential to his well-being and to the enjoyment of basic human rights—even the right to life itself” (paragraph 1 Stockholm Declaration). The 2012 Outcome document of the United Nations Conference on Sustainable Development, celebrated in Rio de Janeiro, also highlighted the importance of the environmental component for public health, inasmuch as it is considered one core determinant of the population’s health (paragraph 138, Rio+20). The United Nations Environment Assembly adopted in December 2017 a resolution on environment and health whereby the international community affirms the strong interlinkages between environment and

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

health (paragraph 1, UNEP). Likewise, the United Nations body for assessing the technical and socio-economic knowledge on climate change, the International Panel on Climate Change (IPCC), has been stressing since its first report from 1990 the disruptive potential that climate change poses to public health, across its different levels of implementation by stating that:

Major health impacts are possible, especially in large urban areas, owing to changes in availability of water and food and increased health problems due to heat stress spreading of infections. Changes in precipitations and temperature could radically alter the patterns of vector-borne and viral diseases by shifting them to higher latitudes, thus putting large populations at risk.

Human rights instruments have also tried to determine the ways in which climate change affects the full enjoyment of human rights, such as the right to health (Riedel, 2011). The 1945 United Nations Charter stipulates in its article 55.b that the creation of stability and well-being of the international community requires the promotion of solutions of international economic, social, health, and related problems. Nevertheless, it has only been since the Human Rights Council adopted on 28th March 2008 its resolution 7/23 on *Human rights and climate change*, requesting the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights to conduct a detailed analytical study on the relationship between climate change and

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

human rights, that international organs have adopted a series of resolutions addressing this linkage. The Council considered that climate change “poses an immediate and far-reaching threat to people and communities around the world” (Resolution 7/23 March 2008), that “climate change-related impacts have a range of implications both direct and indirect, for the effective enjoyment of human rights” (Resolution 10/4 March 2009), that a human rights-based approach to climate change can be conducive to better policy making in national and global health areas (Resolution 18/22 September 2011), that States urgently need to address human rights concerns within the international climate change regime forging a stronger interface and cooperation between the human rights and climate change communities (Resolution 26/27 July 2014), but it was only in 2015 that the Council considered there is a need for a panel discussion and analytical study on the adverse impact of climate change on State’s efforts to progressively realize the right to health (Resolution 29/15 July 2015).

In the case of the World Health Organization, even though this organization has been in contact with the IPCC works since 1993, collaborating in the drafting of the 1996 document “Climate change and human health” and pushing for the introduction of the health-dimension to the climate agenda

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

(WHO, 1998), it is also since 2008 that this organ has endeavored to study and analyze in detail the risks of climate change for human health, developing workplans and specific plans of action (WHO, 2008; WHO, 2009).

Moreover, and despite the international consensus about the real threat climate change poses to public health –the World Health Organization describes climate change as the biggest global health threat of the 21st century, the Secretary General of the United Nations deems the unprecedented rise in global temperatures to mark the beginning of an era of global boiling, turning the *potential* risk into an *actual* danger— from a legal perspective none of the aforementioned instruments possess a legally binding force that contributes to shape interstate relations. However important they may be, declarations made at the international level are usually framed in political terms that contribute to promote further cooperation and the development of normative discourses, but which do not to delimit the scope and purview of what is deemed a legitimate course of action for States. Moreover, the specific inquiry upon a State's legal obligations to protect, respect and fulfill people's right to health from the negative impacts of climate change is but a recent concern.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

2. Health concerns from the international climate change regime

Both global health and climate change are complex issue areas that demand the cooperation of members from the international community. Climate change is often described as a *wicked, polycentric, and multidimensional* problem that requires the joint endeavors of as many actors as possible to halt and reverse the rising temperatures worldwide, for greenhouse gas emissions generate externalities on territories located beyond the places where they were produced, impinging upon the quality of global commons such as air and oceans in a manner that highlights the limitations of a territorially based notion of sovereignty. On the other hand, global health is conceived as the current conceptualization of public health in a globalized world, where the existence of external factors that promote interconnectedness -such as migratory flows, international trade, or global tourism- influence what happens inside the borders of a country, demanding responses not just from a single State, but from a collectivity of subjects of international law and actors of the international community. The recent covid-19 pandemic is enough proof of that.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

In both cases the isolated actions of one or a few States soon prove to be insufficient, hence, actions through international and global structures are required. But the particular form under which state cooperation ought to proceed is far from self-evident. Whether through temporary or permanent, deep or shallow forms of collective action, states ponder among many alternatives to solve different international problems (Keohane & Victor, 2016). In some cases, a formally structured international organization is preferred while in others it could be a less formalized and more flexible forum of cooperation, at times only a single international agreement can be reached while others a more complex structure emerges from what no one deemed at the time could prosper to the extent it would in the future. The global response to the climate change issue is one example of the latter.

What is currently known as the international climate change regime –that is the combination of principles, rules, procedures, and practices that revolve around one issue area, through both formal and informal structures of cooperation— started as the concern of the scientific community in an initial report that expressed a rather unsettling phenomenon of sustained and generalized increase in global temperatures (Meyer, 2016). However, from a public policy perspective, this issue rapidly

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

turned from a mere objective problem unknown to most to a core policy issue of the United Nations agenda. During the 1992 Earth Summit celebrated in Rio de Janeiro, one of the four key documents adopted alongside the famous Rio Declaration on Environment and Development, the Convention on Biodiversity, and Agenda 21 was the *United Nations Framework convention on Climate Change* (UNFCCC).

The UNFCCC is an international agreement that settled the basic principles of the global response to climate change, recognizing the common but differentiated responsibilities principles according to which each country should be made responsible in accordance with the extent they had contributed to the current climatic crisis (art. 4 UNFCCC). This instrument marked the beginning of a series of periodic conferences known as the Conferences of the Parties (COP), rules of procedures, and decisions creating an expanding global governance structure. Most commitments made back then, however, supposed the adoption of domestic policies, such as *inter alia* programs, national inventories of anthropogenic emissions, or technology transfers in order to mitigate and adapt to the adverse effects that on the natural and managed ecosystems, socio-economic systems or on *human health* and welfare (art. 1 UNFCCC). That is, the international climate change regime

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

recognized from its inception the interlinkages between climate change and health.

Considering the UNFCCC was only a *framework* agreement, further instruments were needed to regulate the complete standards State Parties would have to abide. First came the 1997 Kyoto Protocol, which encountered arduous opposition during its implementation due to construing the principle of common but differentiated responsibilities as only demanding the commitment of the 39 industrialized nations that were members of the OECD back in 1992 –usually known as the countries of the Annex 1 list. The difficulties in implementing this protocol delayed 8 years its entry into force, to a date proximate to the deadline set to review their commitments in 2012, this prompted states to devise a new instrument to replace it that would be better suited to promote climate action. After many negotiations and failed attempts to produce a successor to the Kyoto Protocol, in 2015 the international community adopted the Paris Agreement.

The only reference to the right to health made in the Paris Agreement can be found in its preamble. On the eleventh paragraph the Parties acknowledge climate change is a common concern of humankind, for which they should, when taking action to address climate change, respect, promote and

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

consider their respective obligations on human rights, *the right to health*, etc. No further mentions are made in its preamble nor in its operative text.

Asides from these references found in the UNFCCC and Paris Agreement, both legally binding instruments which conform the international climate change regime, there are other *softer* statements of importance for global health. During COP26, that took place on November 2021 in Glasgow, United Kingdom, the international community set for the first time a health programme whereby the right to health became a central topic of discussion within this regime through the inclusion of a *Climate resilient health systems* and a *Sustainable low carbon health systems* initiative. During COP27, held on November 2022 in Egypt these health sector climate actions have been joined by a series of side events organized by the World health Organization, to promote transnational networks to further engage in this interconnection.

One of the biggest challenges the international climate change regime has had to confront is how to establish an adequate mechanism to promote further state action in compliance with their objectives. Adding a new dimension to climate change discussions in the form of *climate change & health* represents both an opportunity as well as an additional

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

concern to what is by definition a slow process of gradual and incremental advances (Allan, 2019; Falkner, 2016). This is the reason why a human rights-based approach has been employed for addressing both of these issues.

3. Health concerns in the Inter-American System of Human Rights

3.1. Right to health in the Inter-American System

Within the American continent, the right to health has been recognized in various international documents. Back in 1948 the *American Declaration of the Rights and Duties of Man*, adopted in the city of Bogotá, Colombia, stated in its article XI that “every person has the right to the preservation of his health through sanitary and social measures relating to food, clothing, housing and medical care, to the extent permitted by public and community resources”. Considering this document was adopted decades before environmental issues became a universal concern, it is no surprise to find no explicit reference to either environmental or climatic impacts on human health.

This declaration was conceived from its genesis as a non-legally binding instrument, holding a political character, nevertheless legal scholars deem it of historical relevance given

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

its influence in subsequent international agreements such as the 1948 *Universal Declaration of Human Rights*, 1966 *American Convention on Human Rights*, and 1988 *Protocol of San Salvador*; it is also considered of legal relevance due to its applicability by the Inter-American Commission in cases where American States have not ratified the more recent regional agreements (Paul, 2016).

There are two regional agreements that establish the international obligations of American States. The main instrument is the 1966 American Convention on Human Rights, also known as Pact of San José, which was drafted having into consideration the American, European, and international covenants that were being negotiated at the time (Neuman 2010). Given its focus on liberal issues related to civil and political rights, no explicit mention is made to the right to health nor to a healthy environment. According to its article 77, however, this list of rights and freedoms may gradually be expanded with the adoption of subsequent protocols. Thusly, on November 17th, 1988, the State Parties to the American Convention signed the *Additional protocol to the American Convention on Human Rights in the area of economic, social and cultural rights*, also known as Protocol of San Salvador. Considering its emphasis on social issues, this international

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

agreement does provide for a right to health, in the following terms:

Article 10. Right to health. 1. Everyone shall have the right to health, understood to mean the enjoyment of the highest level of physical, mental and social well-being. 2. In order to ensure the exercise of the right to health, States Parties agree to recognize health as a public good.

Article 11. Right to a healthy environment. 1. Everyone shall have the right to live in a healthy environment and to have access to basic public services. 2. The States Parties shall promote the protection, preservation, and improvement of the environment.

As of 2023, out of the 35 States that comprise the Organization of American States only 25 have ratified the Pact of San José, and only 16 have ratified the Protocol of San Salvador. The scope of these conventional obligations that bind the American region has been clarified by means of advisory opinions expressed by the Inter-American Commission of Human Rights. Despite the fact that these decisions are not legally binding, they serve as auxiliary means to precise the content of international obligations (Vio Grossi, 2018) while providing authoritatively interpretations that cannot be ignored by states when elaborating, revising or implementing their policies (Bustreo & Doebbler, 2020, p. 104). Two such instruments are of particular relevance to the legal relation between climate change and the right to health.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

3.2. Advisory Opinion OC-23/17

The first instrument that ought to be mentioned is the Advisory Opinion 23/17 requested by the Republic of Colombia and issued by the Inter-American Court of Human Rights on November 15th, 2017. The Republic of Colombia made a formal submission to the Court on March 2016, inquiring how should the Pact of San José be construed regarding other international environmental agreements that refer to specific areas of protection. This submission formulates a battery of questions that extend beyond the objectives of this article, but the Court's decision manages to establish a clear relation between human rights and the environment –some of these issues engage with questions of jurisdiction, transboundary environmental harm, the precautionary principle, the autonomous character of the right to a healthy environment, and the interconnectedness between environmental protection and other human rights, such is the right to health (Sticca, 2018).

According to the Court,

110. (...) health requires certain essential elements to ensure a healthy life; hence, it is directly related to access to food and water. In this regard, the Court has indicated that health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Thus, environmental pollution may affect an individual's health.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

In the process of construing the scope of the right to a healthy environment, the court deems environmental degradation –e.g., negative effects of climate change—to be harmful to the right to health. The human right to a healthy environment can be interpreted under two diverging valuations of what ought to be protected, which leads to the question of what is being protected whenever the right to a healthy environment is mentioned. Is protecting the environment – climate, rivers, seas, etc.—a value *in itself* or is it that protecting ecosystems or the biosphere matters because it contributes to the protection of other values such as human health? The Court determines both are correct. Human rights are characterized as interconnected and interdependent, this entails that although the human right to a healthy environment is an autonomous right, its detriment also impinges upon other substantive rights such as the right to health (paragraph 62, 64).

Paragraph 62 remarks that “the full enjoyment of all human rights depends on a suitable environment”, which is why states should address environmental damage inflicted upon the – particularly vulnerable to environmental degradation—right to health (paragraphs 64, 66). Moreover, while explaining this point it highlights in a footnote that a healthy environment is

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

among the *elements* required to adequately ensure human health:

Footnote 210. These essentials include food and nutrition, housing, access to clean potable water and adequate sanitation, safe and healthy working conditions, and a healthy environment.

3.3. Resolution 3/2021

The second instrument that ought to be mentioned is Resolution 3/2021 entitled *Climate Emergency: scope of Inter-American human rights obligations*, adopted by the Inter-American Commission on Human Rights on December 31st, 2021. Contrary to what happened in the advisory opinion, where the Court dealt with the broad and unspecific subject of *human rights & the environment*, this instrument expressly addresses the impacts of climate change with the intention of ascertaining the conventional human rights of American States. Not only does this instrument claims an interconnection between climate change and the right to health, it goes further by recognizing in its introductory section:

(...) a directly proportional relationship between the increase in greenhouse gas emissions into the atmosphere and the frequency and intensity of meteorological changes, which implies the amplification of risks to societies, people and natural systems (p. 4)

(...) the Commission recalls that climate change directly affects the right to a healthy environment, which has been recognized as an autonomous and

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

justiciable human right by the jurisprudence of the organs of the Inter- American Human Rights System (p. 5)

A clear correlation is established between climate change and the right to health, together with a broader valuation of the legal interests that will be protected (those of persons, societies, and nature). In a similar fashion to the tenor of the resolutions adopted by the Human Rights Council since 2016, the Commission emphasizes the different impact climate change causes to individuals and groups in vulnerable situations, such as children, elderly people, women, migrants, etc.

8. All persons within the territories or within the jurisdiction of the OAS Member States are subject to all the rights contained in the American Declaration of the Duties and Rights of Man and other inter-American and international instruments to which the State concerned is a party. Likewise, the right to a healthy, balanced and pollution-free environment is part of the set of rights that States must guarantee and protect by reason of their obligations at the national and regional levels. This in turn implies, as stated in Advisory Opinion No. 23 of the Inter-American Court, recognizing that this right also protects all components of nature as a legal interest in itself, even in the absence of certainty or evidence about the risk to individual persons. It is about protecting nature and the environment not only because of their connection with a utility for the human being or because of the effects that their degradation could cause on other rights of people, such as health, life, or personal integrity, but also because of their importance for other living organisms with whom the planet is shared, also deserving of protection.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

19. Women and girls face greater risks, threats and violations of their human rights, such as life, personal integrity and health, due to the adverse effects of climate change that increase all existing gender inequalities.

20. Faced with migrant workers and others who mobilize for reasons directly or indirectly associated with climate change, States must guarantee (...) access to the right to health associated with climatic or meteorological phenomena to all people without discrimination based on national origin or any other reason prohibited under the contexts of human mobility.

21. (...) children and adolescents have the right to enjoy a healthy environment and to live on a planet equal to or in better conditions than their ancestors. States should ensure that the impacts of climate change do not threaten their rights to life, personal integrity, and health because of their special sensitivity to temperature changes and vector-borne diseases.

22. To reduce the impacts of diseases associated with climate change on the health of people who are older adults and people who are in a situation of disability, it is necessary for States to develop plans and policies for preventive care in medical care specifically on this type of risk, and to generate training programs for their caregivers or family members in case of emergencies or disasters caused by climate change.

4. Final remarks

Whenever a public problem is framed as an *international issue* the ensuing question becomes how to promote the active collaboration and cooperation of the international community.

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

Neither a global threat such as climate change nor the provision of environmental conditions for global health can be solved by the isolated actions of one or a few states. Hence, the need to find proper international mechanisms to incentivize collective action.

Over time the international climate change regime has incorporated different dimensions into its fora, with the purpose of bringing legitimacy, participation, transparency, and accountability as well as a sense of urgency and threat that would stir up climate action. The linkages between the gradual, sustained, and widespread increase of global temperature and the right to health has served to that purpose, for the most part under the guise of a human rights-based approach.

Even though from a scientific standpoint this connection is nothing but obvious –humans inhabit natural and man-made environments that sustain life—from a legal perspective it isn't as clear as it could be. At the universal level there have been attempts to *securitize* climate-related risks to life, health, and nature, yet none of them has prospered. On the contrary, it has been by means of *judicialization* that the scope and purview of states obligations have become clearer. Two examples of this trend have been explained in the previous sections, under the cases of the Advisory Opinion OC-23/17 and Resolution

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

3/2021, adopted within the Inter-American System of Human Rights.

One additional example that has yet to be adjudicated, is the advisory opinion requested on January 9th 2023 by the Governments of Chile and Colombia to the Inter-American Court of Human Rights. In this submission two Latin-American countries request the clarification of 26 queries about the conventional obligations that bind the region concerning climate change, its causes and consequences. The second set of questions expressed in this document, regarding State obligations to preserve the right to life and survival in relation to the climate emergency, consults about the scope that States should give to their obligations under the Convention vis-à-vis the climate emergency, in relation to the determination of human impacts, including effects on health and on life (Chile y Colombia, 2023, p. 9).

The fact that within a highly formalized regional human rights system States still need to consult an international authority on the scope of *their own* international obligations, regarding the effects of climate change on the right to health reveals the current limitations of understanding about this linkage. Consequently, no matter how obvious this

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

interconnection may seem to the lay people, to the legal audience it still needs further analysis.

Bibliographical references

- Allan, J. (2019). "Dangerous Incrementalism of the Paris Agreement", in *Global Environmental Politics*, 19(1), pp. 4-11.
- Altwick, T. (2021). "Transnationalization of Security", in Geiß, R. & Melzer N. (eds), *The Oxford handbook of the International Law of Global Security*, New York, Oxford University Press.
- Bustreo, F. & Doebl, C. (2020). "The Rights-Based Approach to Health", in Gostin L. & Meier B. (eds), *Foundations of Global health and Human Rights*, New York, Oxford University Press.
- Chile y Colombia (2023). Solicitud de Opinión Consultiva sobre Emergencia Climática y Derechos Humanos a la Corte Interamericana de Derechos Humanos de la República de Colombia y la República de Chile.
- Cullet, P. (2016). "Human Rights and Climate Change: Broadening the Right to Environment", in Carlarne, C. et al (eds), *The Oxford Handbook of International Climate Change Law*, New York, Oxford University Press, pp. 495-516.
- Falkner, R. (2016). "The Paris Agreement and the New Logic of International Climate Politics", *International Affairs*, 92(5), pp. 1107-1125.
- Gostin, L. & Meier, B. (2020). "Global Health and Human Rights", in Gostin, L. & Meier, B. (eds), *Foundations of Global health and Human Rights*, New York, Oxford University Press.
- Gupta, J. & Bosch, H. (2021). "Climate Change and Security", in Geiß, R. & Melzer N. (eds), *The Oxford handbook of the International Law of Global Security*, New York, Oxford University Press.
- Huici Sancho, L. (2014). "Protección de los Derechos Humanos y lucha contra el cambio climático" en Saura Estapà, J. y

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

Rodriguez Palop, M. E. *Derechos Emergentes: Desarrollo y medio ambiente*, Valencia, Editorial Tirant lo Blanch, pp. 97-120.

IACtHR (2017). *Advisory Opinion OC-23/17* of November 15th, 2017, requested by the Republic of Colombia.

IACHR (2021). *Resolution N°3/2021. Climate emergency: scope of inter-american human rights obligations*, adopted by the Inter-American Commission on Human Rights on December 31st, 2021.

IPCC, 2023: Summary for Policymakers. In: *Climate Change 2023: Synthesis Report. A Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, H. Lee and J. Romero (eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland, 36 pages.

Keohane, R. & Victor, D. (2016). "Cooperation and Discord in Global Climate Policy", *Nature Climate Change*, 6(3), pp. 570-575.

Lucas Garin A. & García Garcés, T. (2020). "Lineamientos para la vinculación entre cambio climático y derechos humanos en los Estados del Sistema Interamericano a la luz de la Opinión Consultiva 23/17", *Anuario de Derechos Humanos*, VOL. 16 NÚM. 2 (2020) • PÁGS. 161-175 • DOI 10.5354/0718-2279.2020.56875

Meyer, T. (2016): "Institutions and Expertise: The Role of Science in Climate Change Lawmaking", in Carlarne, C. et al (eds), *The Oxford Handbook of International Climate Change Law*, Nueva York, Oxford University Press.

Neuman, G. (2010). "American Convention on Human Rights (1969)", in Wolfrum, R. (director), *Max Planck Encyclopedias of public International Law*, Oxford University Press.

Organización Panamericana de la Salud (2023). Cambio Climático y Salud. <https://www.paho.org/es/temas/cambio-climatico-salud>

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

Paul, A. (2016). "Genesis of the American Declaration of the Rights and Duties of Man and Current Relevance of its Preparatory Works", *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, XLVII (Valparaíso, Chile, 2° Semestre de 2016), pp.361-395.

Phelan, A. (2020). "The Environment, a Changing Climate, and Planetary Health", in Gostin, L. & Meier, B. (eds), *Foundations of Global Health & Human Rights*, New York, Oxford University Press.

Riedel, E. (2011). "International Protection, Right to Health", in Wolfrum, R. (director), *Max Planck Encyclopedias of public International Law*, Oxford University Press.

Sticca, M. (2018). "The environment and human rights. Advisory Opinion OC-23/17 of the Inter-American Court of Human Rights, of November 15, 2017 – requested by the Republic of Colombia", *Revista de la Facultad*, Vol.9(1), junio 2018, pp. 1-20.

Vio Grossi, E. (2018). "La naturaleza no vinculante de las opiniones consultivas de la Corte interamericana de derechos humanos", *Revista Jurídica Digital UANDES*, Vol. 2, N°2 (2018), pp. 200-214.

WHO (1998). *Asuntos ambientales. Cambio climático y salud humana: participación de la OMS en el programa interorganismos sobre el clima*. 51° Asamblea Mundial de la Salud. 5 de marzo de 1998. A51/21. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA51/sa21.pdf

WHO (2008). *Climate change and health*. Sixty-first World Health Assembly. 24 May 2008. WHA61.19. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23547/A61_R19-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO (2009). Provisional agenda item 12.7. Climate change and health. Report by the Secretariat. Sixty-second World Health Assembly. 6 March 2009. A62/11. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2191/A62_11-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights

How to cite:

GARÍN, Andrea Lucas; CHÁVEZ, Marco Ossandón. Climate Change and the Right to Health in the Inter-American System of Human Rights. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 31-60, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Mónica Martinez de Campos

REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA¹

REFLECTING ON PORTUGUESE HEALTH AND AGEING

Mónica Martinez de Campos²

Abstract

Longevity is a given, but it can create many individual and collective challenges that we must address to meet the complex health needs of the ageing population. Today's society needs to reflect on and address these complex health issues, both physical and mental, or we risk lacking the resources and policies to ensure that older people benefit from adequate and quality health services in the coming decades. According to the WHO Plan for the Decade of Healthy Ageing 2020-2030, changes are needed to promote healthy ageing. To meet the needs of older

¹ **How to cite:**

CAMPOS, Mónica Martinez de. Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 61-90, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² **Mónica Martinez de Campos**

Professora Associada do Departamento de Direito da Universidade Portucalense

Investigadora Integrada do Instituto Jurídico Portucalense.

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

people, health services must be adapted to older people, awareness campaigns on ageing must be carried out and discrimination against older people must be prevented. Discrimination harms health care and the health of older people. Establishing or restoring formal equality for older people cannot guarantee their dignity. Dignity and non-discrimination of older people should be ensured through positive discrimination.

Keywords: Right to health, ageing, principle of equality, ageism, positive discrimination.

Resumo

A longevidade é um dado adquirido, mas pode criar inúmeros desafios individuais e coletivos que temos de enfrentar para dar resposta às complexas necessidades de saúde da população envelhecida. A sociedade atual tem de refletir e abordar estas questões complexas de saúde, tanto física como mental, caso contrário, corremos o risco de nos encontrarmos, nas próximas décadas, totalmente desprovidos de meios e políticas que permitam aos idosos beneficiar de serviços de saúde adequados e de elevada qualidade. De acordo com o plano da OMS para a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030, são necessárias mudanças para promover o envelhecimento saudável. Para satisfazer as necessidades das pessoas idosas, é necessário criar serviços de saúde centrados na pessoa idosa, realizar campanhas de sensibilização sobre o envelhecimento e prevenir a discriminação do idoso. A discriminação tem um efeito negativo na prestação de cuidados de saúde e na saúde das pessoas idosas. Estabelecer ou restabelecer a igualdade formal para as pessoas idosas não é suficiente para garantir a sua dignidade. A dignidade e a não discriminação das pessoas idosas devem ser asseguradas através de uma discriminação positiva.

Palavras-chave: Direito à saúde, envelhecimento, princípio da igualdade, idadismo, discriminação positiva.

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa**Introdução**

Os desafios que enfrentamos no domínio da saúde são complexos e multifacetados e não existem soluções simples ou isoladas para resolver os problemas com que se deparam as pessoas idosas em matéria de saúde. A preocupação com a saúde das pessoas idosas é uma estratégia fundamental para promover um vasto leque de objetivos sociais e políticos e para garantir, entre outros aspetos, que Portugal seja um país para todos e que a idade não seja um fator de discriminação negativa, exclusão, negligência e abuso.

De acordo com as últimas estatísticas mundiais, o número de pessoas com 60 anos ou mais deverá duplicar até 2050, ou mesmo triplicar até ao final do século. O número passará de 962 milhões em 2017, ou seja, 13% da população mundial, para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. Segundo a mesma fonte, o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar, atingindo 426 milhões em 2050, contra 137 milhões em 2017 (ONU, 2017).

Em Portugal, em linha com as previsões mundiais, o número de pessoas com 65 ou mais anos deverá aumentar de 2,2 milhões em 2018 para 3 milhões em 2080, resultando numa diminuição da população em idade ativa. Para além disso, as pessoas com 85 anos ou mais poderão representar entre 12,7% e 15,8% da população em 2060 (INE, 2020).

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

Tendo em conta a importância destes números, é necessário refletir sobre o impacto que o envelhecimento da população terá na saúde. Mas vejamos primeiro o que se entende por pessoa idosa e o idadismo, antes de passarmos a uma análise e reflexão sobre o direito à saúde da população envelhecida.

1. O envelhecimento e o idadismo**1.1 Envelhecimento**

Não existe uma idade consensual a partir da qual a pessoa é considerada idosa, estando esta fronteira marcada por tendências socioculturais, bem como por aspetos regionais. A ONU fixa a barreira aos 60 anos, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) situa-a nos 65 anos. Em todo o caso, o referencial situa-se atualmente entre os 60 e os 65 anos, embora se verifique uma evolução dado o aumento da esperança de vida, que se encontra em Portugal entre os 77 e os 83 anos (INE, 2022).

Em 1991, a legislação portuguesa considerava idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (art. 6.º, alínea a), do Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro). Mais tarde, em 2016, fixou a idade nos 65 ou mais anos (art. 3.º, n.º 2, alínea b), do Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto).

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

Atualmente, é considerado idoso aquele que se tenha reformado com 66 anos e 4 meses de idade (art. 1.º da Portaria n.º 307/2021, de 17 de dezembro de 2021). Como se pode constar, a fronteira entre idoso e não idoso vai evoluindo.

No direito civil português existem vários escalões etários para a “velhice” (expressão utilizada nos artigos 63.º, n.ºs 3 e 4, e 64.º, n.º 2, alínea b), da Constituição da República Portuguesa) e é possível encontrar normas que remetem para 60, 65, 70 e até 80 anos.

O artigo 1720º, nº1, alínea b), do Código Civil, considera que o casamento celebrado por uma pessoa que tenha atingido os 60 anos de idade está obrigatoriamente sujeito ao regime da separação de bens; o artigo 1979.º, n.º 3, do mesmo Código, não permite que uma pessoa com mais de 60 anos adote uma criança, exceto se a criança adotada for filha do cônjuge do adotante (art. 1979.º, n.º 5, do Código Civil) ou se a criança adotada for filha do companheiro do adotante (art. 7.º da Lei n.º 7/2001, de 11 de maio). O Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro, relativo ao regime de acolhimento de pessoas idosas e de adultos com deficiência, estabelece, no seu artigo 6.º, alínea a), que se considera pessoa idosa aquela que tem idade igual ou superior a 60 anos (Fidalgo, 2020. pp. 333-350). No que diz respeito à idade de 65 anos, por exemplo, o artigo 1934.º, n.º 1, alínea g), do Código Civil, prevê a possibilidade

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

de as pessoas com mais de 65 anos renunciarem à tutela dos filhos; e o artigo 26.º, n.º 4, alínea c), da Lei n.º 6/2006, de 27 de fevereiro, sobre o novo regime do arrendamento urbano, impede a cessação do contrato de arrendamento quando o arrendatário tiver mais de 65 anos. O artigo 2085.º, n.º 1, alínea a), do Código Civil permite que o cabeça de casal, a quem incumbe administrar a herança indivisa, renuncie a essa função a qualquer momento se tiver mais de 70 anos. Por último, o n.º 1 do artigo 114.º do Código Civil prevê que a declaração de morte presumida possa ser requerida decorridos cinco anos sobre a última notícia da pessoa ausente, se esta tiver, entretanto, atingido 80 anos de idade.

Qualquer tentativa de colocar as pessoas idosas numa categoria reservada restringe os seus direitos. No entanto, há circunstâncias decorrentes do envelhecimento que devem ser tidas em conta, mas a ênfase não está propriamente no facto de uma pessoa ter atingido uma certa idade, mas sim na necessidade de proteção que surge devido à idade, à saúde e às condições económicas e sociais (Vítor, 2008).

Estará a sociedade preparada para acolher e ajudar os idosos da melhor forma possível, respeitando e garantindo os seus direitos, nomeadamente o direito à saúde, e em particular dos idosos dependentes? Em Portugal, em 2019, a esperança de vida em boa saúde aos 65 anos era de 7,3 anos, menos 3,0

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa anos do que a média europeia de 10,3 anos (INE, 2021). Em parte, consideramos que esta diferença se deve à discriminação sofrida pela população envelhecida.

1.2 Idadismo

O aumento do número de pessoas idosas tem sido encarado de forma negativa, fomentando preconceitos, incentivando o fenómeno do *ageism*, ou idadismo (Marques, 2011), estimulando o isolamento (Weldrick & Grenier, 2018) e expondo a pessoa idosa à discriminação e exclusão social (Jacob, 2013).

Um vasto leque de estudos tem demonstrado o impacto do envelhecimento em muitos domínios da saúde. As pessoas mais velhas são rotuladas como senis, antiquadas, rígidas na sua maneira de pensar e de agir, etc. O envelhecimento leva a que a geração mais jovem veja as pessoas mais velhas como "diferentes", a ponto de não se identificar com os mais velhos (Butler, 1969).

O preconceito de idade pode manifestar-se de duas formas principais: implicitamente, através de pensamentos, sentimentos e comportamentos inconscientes, ou explicitamente, através de ações intencionais ou expressões verbais (Iversen, *et al.* 2009) Além disso, o idadismo não se limita a ser dirigido aos outros, mas pode também ser dirigido

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa a si próprio, como resultado de uma auto-perceção negativa do envelhecimento (Ayalon & Tesch-Römer, 2017).

O envelhecimento tem um grave impacto em todos os aspetos da saúde. A saúde é definida pela OMS (2020) como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social" e não apenas a ausência de doenças. Um inquérito global sobre os efeitos do envelhecimento na saúde, encomendado pela OMS e que incluiu 422 estudos de 45 países, concluiu que, em 405 estudos (96%), o envelhecimento estava associado aos piores resultados em todos os domínios da saúde (Chang *et al.*, 2020).

De acordo com um estudo realizado no Reino Unido (Centre for Ageing Better, 2021), as atitudes negativas em relação ao envelhecimento e aos idosos têm consequências significativas para a sua saúde física e mental. As pessoas mais velhas consideram-se um fardo, consideram que a sua vida tem pouco valor, o que leva a riscos de depressão e isolamento social³. Acresce que as pessoas idosas com uma visão negativa do seu próprio envelhecimento têm uma esperança de vida mais curta (Levy *et al.*, 2002).

³ O relatório de 2018 da Royal Society for Public Health e da Fundação Calouste Gulbenkian chega à mesma conclusão (Centre for Ageing Better. Challenging ageism - A guide to talking about ageing and older age. 2021. Em [ligne https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2021-12/Challenging-ageism-guide-talking-ageing-older-age.pdf](https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2021-12/Challenging-ageism-guide-talking-ageing-older-age.pdf)

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

O envelhecimento é um processo dinâmico e normal, não uma doença. A este respeito, a OMS afirmou em vários estudos que quanto mais tempo os idosos se mantiverem saudáveis e produtivos, melhor será a sua qualidade de vida, maior será a sua contribuição para a sociedade e, provavelmente, menores serão as despesas com os serviços de saúde e sociais. E, de acordo com a definição adotada pela OMS em 1948, "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença".

O documento da OMS (2002) que estabelece os princípios do envelhecimento, intitulado *Active Ageing, a Policy Framework*, define o envelhecimento como um processo através do qual as condições de saúde, participação e segurança podem ser otimizadas para garantir a qualidade de vida à medida que envelhecemos. A combinação destes fatores conduziu a uma mudança nas políticas públicas para as pessoas idosas. Estas políticas passaram de uma perspetiva assistencialista e meramente residual para verdadeiras políticas de inclusão e de consideração dos idosos.

Assim, uma perspetiva positiva do envelhecimento, centrada nos pontos fortes das pessoas idosas, é a melhor forma de prevenir os "problemas do envelhecimento" (Fonseca, 2012, pp. 95-106). No entanto, há ainda muito a fazer para desconstruir ideias e narrativas baseadas na idade. Se não

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

considerarmos o outro, seja qual for a sua idade, como um ser humano, uma pessoa com plenos direitos, então estamos todos a perder.

A discriminação com base na idade é também um obstáculo ao desenvolvimento de boas políticas de envelhecimento e saúde, porque afeta a forma como os problemas são analisados. Temos de continuar a trabalhar para alterar os estereótipos negativos presentes na sociedade e promover uma mudança de mentalidades.

2. O direito à saúde das pessoas idosas - análise

2.1 Medidas

Muitas medidas têm sido adotadas, tanto em Portugal como a nível europeu, para concretizar o direito à saúde.

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro de 2019, defende que o direito à proteção da saúde é uma responsabilidade conjunta dos indivíduos, da sociedade e do Estado, e inclui o acesso, ao longo da vida, à promoção da saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, aos cuidados continuados e aos cuidados paliativos. Acresce que, face ao crescente envelhecimento da população portuguesa, o legislador tem vindo a sublinhar a necessidade de respeitar os princípios da igualdade e da não

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

discriminação. Assim, em 2004 a Direção Geral da Saúde aprovou o programa nacional para a saúde das pessoas idosas. O programa assenta em três pilares principais: “promoção do envelhecimento ativo ao longo da vida”; “adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas”; e, por último, a “promoção e o desenvolvimento intersectorial de ambientes” que proporcionem às pessoas idosas autonomia e independência. Em 2017 foi delineada uma Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, que ainda não foi implementada (Galinha, *et al.*, 2018, pp. 205-212). E, em 2018, foi aprovada a estratégia da saúde na área das demências, em que se realça que o maior risco para o desenvolvimento de demência é a idade.

Ainda no âmbito da saúde dos idosos, são de destacar as seguintes medidas: a rede nacional de cuidados integrados e continuados, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006; o programa nacional de prevenção de acidentes (2010); o programa nacional de promoção da alimentação saudável (2012); programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados (Despacho n.º 3618- A/2016); o programa nacional de promoção da atividade física (2016); o plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 e ainda a Lei n.º

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

25/2012, de 16 de julho, sobre as decisões em matéria de cuidados de saúde (Lei das Diretivas Antecipadas de Vontade).

Refira-se ainda que, em 15 de junho de 2004, foi aprovado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, seguido da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012, e da Lei que regula os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, Lei n.º 31/2018. Contudo, Portugal ainda não tem uma cobertura universal de cuidados paliativos (Capelas *et al.*, 2020) e os profissionais de saúde têm poucos conhecimentos nesta área (Alves *et al.*, 2019).

A nível da União Europeia, a Carta dos Direitos Fundamentais reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural (art. 25.º da Carta). Esta é a única disposição que se refere expressamente aos idosos, mas há que reconhecer que resume a orientação atual sobre o envelhecimento: o envelhecimento ativo. Esta medida deve ser lida em conjunto com a Carta Social Europeia, que reconhece o direito das pessoas idosas a decidirem livremente sobre o seu estilo de vida e a manterem a sua independência durante o tempo que desejarem, na medida do possível (art. 23.º da Carta Social). E, recentemente (setembro de 2022), a Comissão Europeia apresentou uma estratégia europeia para os cuidados, com o objetivo de, entre outras coisas:

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

- Garantir serviços de cuidados de elevada qualidade, a preços acessíveis a todos. Um grande número de pessoas com 65 anos ou mais - quase metade - necessita de cuidados prolongados, mas estes continuam a ser incomportáveis, indisponíveis ou inacessíveis. Além disso, as listas de espera são longas e os procedimentos são complexos;

- Melhorar a situação dos beneficiários dos cuidados e das pessoas que deles cuidam, tanto a nível profissional como informal.

A Comissão propõe igualmente apoio técnico no âmbito de um novo projeto emblemático intitulado "Rumo a cuidados integrados centrados na pessoa" e apoio financeiro no âmbito da futura parceria Horizonte Europa para a transformação dos sistemas de saúde e de cuidados.

O mais importante é pôr em prática todas estas medidas.

2.2 Insuficiências

O direito à igualdade e o direito à saúde da população idosa devem ser clara e efetivamente garantidos. Uma declaração de intenções não é suficiente. A visão que uma pessoa tem do envelhecimento e os vários estereótipos relacionados com a idade têm um impacto numa série de resultados individuais em termos de saúde. A discriminação em razão da idade pode, por exemplo, constituir uma forma de exclusão social e afetar a

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

saúde mental e a esperança de vida de um indivíduo: as pessoas com uma percepção mais positiva do envelhecimento vivem, em média, mais 7,5 anos do que as que têm uma percepção menos positiva do envelhecimento (Levy *et al.*, 2002).

Kingston *et al.* (2018) publicaram um estudo sobre as futuras necessidades de saúde das pessoas idosas em Inglaterra e concluíram que, nos próximos 20 anos, a população inglesa com mais de 65 anos vai registar um aumento do número de indivíduos dependentes e um aumento de cuidados complexos. Por conseguinte, é urgente que os cuidados de saúde e os cuidados sociais se adaptem às necessidades complexas de uma população em crescimento. Também é urgente que se ponha um travão ao idadismo. Os estereótipos relacionados com a idade estão associados a níveis mais elevados de stress (Kang e Kim, 2022) depressão, solidão e subvalorização do "eu" (Zhang *et al.*, 2019), e têm efeitos prejudiciais para a saúde. Pelo contrário, a saúde daquele que não é afetado pela discriminação terá tendência em não se agravar (Wettstein *et al.*, 2021). Veja-se, por exemplo, um estudo realizado com quase 5.000 idosos segundo o qual uma percepção positiva da idade leva a um menor risco de desenvolver demência, mesmo em pessoas que, devido a fatores genéticos, estão em risco de sofrer de demência (Levy *et al.*, 2020). Apesar de uma redução

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

significativa da demência, de acordo com um relatório de 2019 da Alzheimer Europa, prevê-se que o número de pessoas com demência na Europa duplique até 2050. Por essa razão, em 2017, quando a OMS aprovou o Plano de Ação Global para a Demência (2017-2025) sublinhou a necessidade urgente de os governos tomarem medidas em matéria de cuidados com a demência; necessidade que se mantém em Portugal, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019).

A luta contra o idadismo por parte do pessoal médico, bem como uma formação abrangente destinada a quebrar os estereótipos e a ajudar os profissionais de saúde a desempenharem o seu papel, deve também ser uma prioridade. O grau de discriminação praticado pelos profissionais de saúde em relação aos doentes parece ser elevado, embora seja ainda incerto (Wilson *et al.*, 2017). De acordo com uma investigação publicada em 2020, em 85% dos 149 casos estudados, a idade determinou quem recebeu ou não determinados tratamentos médicos (Chang *et al.*, 2020).

Vários estudos mostraram também que os profissionais de saúde mental não estão suficientemente preparados para trabalhar com pacientes idosos (Bodner *et al.*, 2018).

Se os profissionais de saúde não estão necessariamente conscientes dos problemas de saúde específicos das pessoas idosas, e discriminam consciente ou inconscientemente, há

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

que assegurar que os preconceitos não sejam reproduzidos pelas tecnologias de Inteligência Artificial. As tecnologias de IA podem reforçar os cuidados de saúde dos idosos, mas "para que as tecnologias de IA desempenhem um papel benéfico, o preconceito de idade deve ser identificado e eliminado da sua conceção, desenvolvimento, utilização e avaliação" (OMS, 2022).

A insuficiência dos cuidados de saúde prestados às pessoas idosas é uma forma de violência, quer se trate de violência institucional, quer de violência resultante de discriminação, quer de violência de natureza estrutural, social ou sistémica (Glasgow e Fanslow, 2007).

Ignorar a singularidade da pessoa idosa é uma violência silenciosa que comprometerá o futuro da sociedade. Por esse motivo, a violência, sobre as suas diversas formas, foi reconhecida por diversos organismos internacionais como um dos mais graves problemas de saúde pública do início do século XXI. No entanto, a formação dos profissionais de saúde em matéria de violência contra idosos continua a ser insuficiente (Wagenaar *et al.* 2010; Corbi *et al.*, 2019) e o ensino sobre este tema deveria ser mais desenvolvido (Vognar e Gibbs, 2014; Ferreira *et al.*, 2015; Eraslan *et al.*, 2018). Portanto, há ainda muito trabalho pela frente, sobretudo estando previsto um número crescente de pessoas vulneráveis

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa e a possibilidade de a violência contra os idosos aumentar (Yon *et al.* 2019).

3. A necessária discriminação positiva

O apoio e a solidariedade social (Andrade, 2006. p. 412) para com os idosos, bem como a necessidade de uma educação para os direitos humanos, são fundamentais para combater a violação do direito à igualdade, direito básico e fundamental.

Os idosos fazem parte de um grupo de pessoas vulneráveis que se encontram numa situação de desigualdade e devem ser objeto de uma "discriminação positiva", isto para a salvaguarda da sua dignidade. A dignidade humana é fundamento do direito à saúde e é a fonte moral de todos os direitos (Habermas, 2012, p. 27).

A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 13.º, estabelece que todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei, e que ninguém pode ser privilegiado, favorecido, prejudicado, privado de um direito ou isento de um dever em razão, nomeadamente, do sexo, da raça, da situação económica ou da condição social. Outros fatores, potencialmente discriminatórios, podem ser tidos em conta, tais como o estado de saúde, a idade ou a vulnerabilidade (Cunha, 2014, pp. 209-213).

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

Este princípio da igualdade não pode ser interpretado de forma literal, proibindo simplesmente a discriminação. O princípio da igualdade é um princípio que impõe tarefas ao Estado, e para a promoção da igualdade entre todos os portugueses (art. 9.º, al. d) da CRP) e entre homens e mulheres (art. 9.º, al. h) da CRP) é necessário adotar medidas de discriminação positiva, com o objetivo, no caso que nos ocupa, de reduzir as desigualdades apontadas em matéria de saúde das pessoas idosas. É precisamente pelo facto de estas medidas reduzirem as desigualdades que são consideradas positivas. A Constituição da República Portuguesa estabelece ainda que o Estado tem o dever de proteger os mais vulneráveis, nomeadamente os idosos (art. 72.º) e os doentes (arts. 63.º e 64.º). E, Gomes Canotilho e Vital Moreira (2007, p. 337) consideram que o princípio da igualdade se destina, precisamente, a corrigir as desigualdades de facto.

Em Portugal, a jurisprudência do Tribunal Constitucional interpreta o princípio da igualdade no sentido de proibir a arbitrariedade, mas legitimando as diferenças que assentem em razões objetivas e razoáveis. A título de exemplo, veja-se o acórdão n.º 232/2003 em que se pode ler que

o princípio da igualdade impõe que situações da mesma categoria essencial sejam tratadas da mesma maneira e que situações pertencentes a categorias essencialmente diferentes tenham

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

tratamento também diferente. Admitem-se, por conseguinte, diferenciações de tratamento.

No mesmo sentido, no acórdão nº 353/2012, o Tribunal Constitucional refere que a igualdade é sempre uma igualdade proporcional, indicando que

a desigualdade justificada pela diferença de situações não está imune a um juízo de proporcionalidade. A dimensão da desigualdade do tratamento tem que ser proporcionada às razões que justificam esse tratamento desigual, não podendo revelar-se excessiva.

Acrescenta ainda, remetendo para os acórdãos n.º 39/88 e 96/05, que

A igualdade não é, porém igualitarismo. É antes igualdade proporcional. Exige que se tratem por igual as situações substancialmente iguais e que, a situações substancialmente desiguais se dê tratamento desigual, mas proporcionado.

O Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH), confrontado com a questão da igualdade, estabeleceu, em relação ao artigo 14.º, que só existe discriminação quando há uma diferença de tratamento em relação a pessoas colocadas em situações comparáveis (Hämäläinen/Finlândia, 16 de Julho de 2014), ou quando os Estados não aplicam um tratamento diferente a pessoas cujas situações são sensivelmente diferentes (Thlimmenos/Grécia, 6 de Abril de 2000). A este respeito, o Tribunal recorda que o artigo 14.º não proíbe um Estado-Membro de tratar de forma diferente as pessoas para

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

corrigir "desigualdades de facto" entre elas; com efeito, em certas circunstâncias, a ausência de tratamento diferenciado para corrigir uma desigualdade pode, por si só, implicar uma violação da disposição em causa (Pelloux, 1968). Além disso, o Tribunal aceitou que uma política que tenha efeitos excessivamente prejudiciais para um grupo de pessoas possa ser considerada discriminatória, mesmo que não se destine especificamente a esse grupo e que não exista uma intenção discriminatória, desde que a política careça de uma justificação "objetiva e razoável" (Biao contra Dinamarca, 24 de Maio de 2016). Por outras palavras, a discriminação indireta, tal como a discriminação direta, constitui uma violação do princípio da igualdade.

A igualdade, enquanto igualdade jurídico-formal, é, pois, insuficiente para proteger a saúde das pessoas idosas; precisamente porque está associada a uma ideia abstrata de igualdade e a uma noção universal de sujeito de direitos, que não abarca a diferença natural que existe entre as pessoas e agudiza as diferenças e a discriminação. Por isso, é importante introduzir medidas de discriminação positiva na política de saúde, concedendo certos direitos específicos aos idosos, mais vulneráveis e muitas das vezes privados de cuidados médicos adaptados à sua condição.

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

A discriminação positiva é um instrumento para (re)estabelecer a igualdade (Campos e Martinez de Campos, 2020).

O dever especial de proteção dos vulneráveis está intimamente ligado à discriminação positiva, cabendo ao Estado intervir para proteger aqueles que já não têm meios para exercer livre e autonomamente os seus direitos fundamentais, como é o caso dos idosos. Estes últimos, por razões biológicas e psicológicas e também devido ao idadismo instalado, têm problemas de saúde que os tornam dependentes dos cuidados de terceiros. Mas vários, nomeadamente em Portugal (Fernandes *et al.*, 2022), estudos demonstram que uma melhor perceção do envelhecimento pode reduzir o idadismo (Cherry *et al.*, 2019; Cooney *et al.*, 2021; Donizzetti, 2019). Ou seja, é importante criar políticas anti-envelhecimento e aumentar a auto-perceção positiva do envelhecimento (Hyejin *et al.*, 2019).

Conclusão

Atualmente, é evidente que as sociedades devem adaptar-se a um perfil demográfico diferente daquele do século XX, com múltiplas necessidades, onde a vulnerabilidade ligada ao envelhecimento se manifesta, nomeadamente, ao nível da

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa
saúde. E é essencial criar sistemas capazes de defender e proteger as populações mais velhas e vulneráveis.

Há um longo caminho a percorrer. Recentemente, no final de 2022, a entidade reguladora da saúde em Portugal identificou os tempos de espera como o principal problema da rede de Cuidados Continuados e Integrados, que conta com 15.800 camas. Em 31 de dezembro de 2022, 1.562 utentes aguardavam vaga nestes serviços, mais 252 do que no ano anterior.

Vários autores (Collard *et al.*, 2012; São Romão *et al.*, 2018) verificaram que as necessidades de saúde dos idosos tendem a aumentar com a idade. Este facto implica um aumento da carga de trabalho nos serviços de saúde, que já não conseguem fazer face às múltiplas solicitações que lhes são colocadas por diversas razões: falta de pessoal especializado; ausência de políticas públicas de saúde para os idosos; custos excessivos do Serviço Nacional de Saúde; grau de envelhecimento que persiste, tanto a nível do Estado como dos profissionais de saúde, e que constitui um obstáculo ao desenvolvimento de medidas de saúde adaptadas aos idosos; etc.

O idadismo é prejudicial para todos, jovens e idosos. É preciso lutar com firmeza contra este problema, esta violação dos direitos humanos, para evitar que a discriminação impeça

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

o acesso destas pessoas à saúde, à dignidade e ao bem-estar. Este combate pode começar pela implementação de uma discriminação positiva dos idosos, aplicada de forma transversal: no serviço nacional de saúde; nas políticas de saúde; na formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde; e na sociedade em geral.

Tendo em conta o panorama atual do direito à saúde dos idosos, devem ser reforçadas as medidas e o diálogo entre as autoridades políticas e judiciais (Mariano *et al.*, 2018), entre os profissionais de saúde e os doentes, entre os jovens e os idosos, a fim de alcançar os objetivos estabelecidos na Constituição, a dignidade da pessoa humana, onde se insere o direito à saúde e o direito à não discriminação.

Temos a obrigação de criar técnicas para eliminar a discriminação negativa e promover a discriminação positiva a favor das pessoas idosas. Ninguém pode ser tratado como um mero ser “vegetativo”, despojado de toda a humanidade, um mero organismo à espera do fim, isolado do mundo dos vivos.

Referências

- ALVES, J., MARINHO, M. & SAPETA P. Referenciação tardia: barreiras a referenciação de doentes adultos oncológicos e não oncológicos para serviços de cuidados paliativos. *Revista de Cuidados Paliativos*, 6(1), 13-26, 2019.
- ALZHEIMER EUROPE. Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe, 2019.

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

Disponível em https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf

ANDRADE, José Carlos Vieira. Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976. Coimbra: Almedina. 2006.

AYALON L., TESCH-RÖMER C. Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1),1- 4, 2017.

BODNER E.; PALGI Y.; WYMAN M.F. Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. In: AYALON L, Tesch-RÖMER C, editors. Contemporary perspectives on ageism. Cham: Springer. 2018 (pp. 241–62).

BUTLER, R. N. Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246, 1969.

CAPELAS, M., AFONSO, T., DURÃO, S. & TEVES, C. Relatório de Outono 2019 do Observatório Português dos Cuidados Paliativos: Secção II Atividade Assistencial das Equipas/Serviços 95 Título | Cuidados Paliativos na Comunidade: Capacitação dos Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30228/4/9789725407158>

CAMPOS, Diogo Leite de; MARTINEZ DE CAMPOS, Mónica. A proibição da discriminação negativa dos idosos: em homenagem ao Professor Doutor Pedro Pais de Vasconcelos. *Revista de Direito Comercial*, (Edição Especial), 1377-1400, 2020.

CHANG E. S.; KANNOTH S.; LEVY S.; WANG S. Y.; LEE J. E.; LEVY B. Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. *PloS One*. 15(1):e0220857, 2020.

CHERRY, K.E.; ERWIN, M.J.; ALLEN, P.D. Aging knowledge and self-reported ageism. *Innov. Aging*, 3, S81. 2019.

COLLARD, R. M.; BOTER, H.; SCHOEVEERS, R. A.; OUDE VOSHAAR, R. C. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487-1492, 2012.

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

COONEY, C., MINAHAN, J., SIEDLECKI, K. L. Do Feelings and Knowledge About Aging Predict Ageism? *J. Appl. Gerontol*, 40, 28–37, 2021.

CORBI G., GRATTAGLIANO I., SABBÀ C., FIORE G., SPINA S., FERRARA N., CAMPOBASSO C.P. Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. *Intern Emerg Med.*, 14(4):549-555. 2019.

CUNHA, Paulo Ferreira da. Direitos Fundamentais - Fundamentos & Direitos Sociais. Lisboa: Quid Juris, 2014.

DONIZZETTI, A. R. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. *J. Environ. Res. Public Health*, 16, 1329, 2019.

ERASLAN B.S., ÇAKI E., KARADAYI B., ÖZASLAN A. A study on physicians' perspectives on elder abuse and neglect. *Turk J Geriatr.*, 21(2):157-65, 2018.

FERNANDES J. B., RAMOS C., DOMINGOS J., CASTRO C., SIMÕES A., BERNARDES C., FONSECA J., PROENÇA L., GRUNHO M., MOLEIRINHO-ALVES P., SIMÕES S., SOUSA-CATITA D., VARETA D. A., GODINHO C. Addressing Ageism-Be Active in Aging: Study Protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(3):354, 2022.

FERREIRA M., SANTOS C. L., VIEIRA D. N. Detection and intervention strategies by primary health care professionals in suspected elder abuse. *Acta MedPort.*, 28(6):687-94, 2015.

FIDALGO, Vítor Palmela. A Tutela do Idoso no Direito da Família. In: Carla AMADO GOMES, Carla; NEVES, Ana F. (Coord.). Direito e Direitos dos Idosos. Lisboa: AAFDL, 2020 (pp. 333-350).

FONSECA, A.M. Desenvolvimento psicológico e processo de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In : PAUL, C.; RIBEIRO, O. Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel, 2012 (pp. 95- 106).

GALINHA, S.A; MONTEIRO, P.; TAVARES, T. & COSTA, A. Estratégia Nacional Para o envelhecimento ativo e saudável:

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

intervisões para o bem-estar de idosos. In A. Magalhães, J. D. Pereira & M.S.Lopes A Animação Sociocultural e a educação intergeracional. Chaves: Intervenção, 2018 (pp. 205-212).

GLASGOW, K., FANSLOW, J. L. Family Violence Intervention Guidelines: elder abuse and neglect. Wellington: Ministry of Health, 2007.

<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publication/s/family-violence-guideliens-elder-abuse-neglect.pdf>

GOMES CANOTILHO, J. J., VITAL MOREIRA, Constituição Da República Portuguesa Anotada, 4.^a Edição, vol. I (Artigo 1.º a 107.º). Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

HABERMAS, Jürgen. Um ensaio sobre a Constituição da Europa. Lisboa: Edições 70, 2012.

HYEJIN K., BRUCE A. Thyer, JEAN C. Munn. The relationship between perceived ageism and depressive symptoms in later life: Understanding the mediating effects of self-perception of aging and purpose in life, using structural equation modeling. *Educational Gerontology*. 45:2, 105-119, 2019.

INE. Instituto Nacional de Estatística. Estatística - Estatísticas da Saúde: 2019. Lisboa: INE, 2021. <https://www.ine.pt/xurl/pub/257483090>. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0560-2.

INE. Instituto Nacional de Estatística PORDATA. 2022-08-09. Portugal: Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001). [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418-5194](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418-5194)

IVERSEN T. N., LARSEN L., SOLEM P. E. A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22, 2009.

JACOB, Luís. Envelhecimento da população. In : JACOB, Luís; SANTOS, Eduardo; POCINHO, Ricardo; FERNANDES, Hélder (eds.) Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais. Viseu: Psicossoma, 2013 (pp. 43-49).

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

KANG H.; KIM H. Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med.*, 8:23337214221087023. 2022.

KINGSTON, A.; HERRERA, C.; JAGGER, A. Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. *The Lancet Public Health*, v. 3, n. 9, p. e447-e455, 2018.

LEVY, B.; SLADE, M. D.; KUNKEL, S. R.; KASL, S. V. Longevity increased by positive self- perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261- 270, 2002.

LEVY, B.; SLADE, M. D.; CHANG, E-Shien; KANNOTH, S.; WANG, Shi-Yi. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*, v60, Issue 1, February 2020, 174–181.

MARIANO, Cynara Monteiro; FURTADO, Emanuel Teófilo; ALBUQUERQUE, Felipe Braga; PEREIRA Fabrícia Helena Linhares Coelho da Silva. Diálogos Sanitários Interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, vol. 5, n. 1, p. 169-188, jan./abr 2018.

MARQUES, Sibila. Discriminação da Terceira Idade. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011.

OMS. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. World Health Organization. 2002. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

OMS. Global action plan on the public health response to dementia, 2017–2025. Geneva. 2017. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=9CC9F55CC0935DAA01CAD2514C8B0F9D?sequence=1)

[eng.pdf;jsessionid=9CC9F55CC0935DAA01CAD2514C8B0F9D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=9CC9F55CC0935DAA01CAD2514C8B0F9D?sequence=1)

OMS. What is the WHO definition of health?. World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization.

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

2020. <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

OMS. Ageism in artificial intelligence for health: WHO policy brief. Geneva: World Health Organization. 2022. ISBN 978-92-4-004079-3 (electronic version). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040793>.

ONU. United Nations. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248, 2017. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf

PORTUGAL - Acórdão n.º 232/2003, 13/05/2003, Proc. nº 306/03, Relator Conselheiro Rui Moura Ramos. In : <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20030232.html>

PORTUGAL. Acórdão nº. 353/2012, 05/07/2012, Proc. n.º 40/12, Relator Conselheiro João Cura Mariano. In : <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20120353.html>

PORTUGAL. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Plano Nacional de Saúde 2020/2030. 2019. Disponível em https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/plano_nacional_de_sa_de_2020_2030.pdf

PELLOUX R. L'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire linguistique belge (fond). *Annuaire français de droit international*, v 14, 201-216, 1968.

REINO UNIDO. Centre for Ageing Better. Challenging ageism - A guide to talking about ageing and older age, 2021. Disponível em <https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2021-12/Challenging-ageism-guide-talking-ageing-older-age.pdf>

SÃO ROMÃO PRETO, L., DIAS DA CONCEIÇÃO, MC., SOEIRO AMARAL, S. I., MARTINS FIGUEIREDO, T., BARREIRA PRETO, P. M. Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 16 – Jan./Fev./Mar. 2018.

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa

TEDH. Thlimmenos c. Greece (Requête n.º 34369/97), 6 de Abril de 2000. Disponível em <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-145800>.

TEDH. Hämäläinen c. Finlande (Requête n.º 37359/09), 16 de julho de 2014. Disponível em <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22languageisocode%22:%5B%22FRE%22%5D,%22appno%22:%5B%2237359/09%22%5D,%22documentcollectionid%22:%5B%22GRANDCHAMBER%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-145800%22%5D%7D>

TEDH. Biao c. Danemark (Requête n.º 38590/10), 24 de Maio de 2016. Disponível em <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-163460>

VÍTOR, Paula Távora. O Dever de Cuidar dos Mais Velhos. *Lex Familiae - Revista Portuguesa de Direito da Família*, Ano 5, n.º 10, 41-62, 2008.

VOGNAR L.; GIBBS L. M. Care of the victim. *Clin Geriatr Med.*, 30(4):869-80, 2014.

WAGENAAR D. B., ROSENBAUM R., PAGE C., HERMAN S. Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. *J Am Osteopath Assoc.*, 110(12):703-11, 2010.

WETTSTEIN, M.; SPULING, S. M.; CENGIA, A.; NOWOSSADECK, S. Feeling younger as a stress buffer: Subjective age moderates the effect of perceived stress on change in functional health. *Psychology and Aging*, 36(3), 322–337, 2021.

WILSON D. M., NAM M. A., MURPHY J., VICTORINO J.P., GONDIM E.C., LOW G. A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *J Clin Nurs.*, 26(23-24):3881-92, 2017.

YON Y., RAMIRO-GONZALEZ M., MIKTON C. R., HUBER M., SETHI D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*, 29(1)58-67, 2019.

ZHANG J., ZHOU M., YU N. X., ZHANG J. Future time perspective and well-being in Chinese older adults: Moderating

Reflexão sobre a saúde e o envelhecimento da população portuguesa
role of age stereotypes. *Research on Aging*, 41(7), 631– 647,
2019.

How to cite:

CAMPOS, Mónica Martinez de. Reflexão sobre a saúde e o
envelhecimento da população portuguesa. **Global Health Law
Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 61-90, 2023, available
at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Esther Dantas de Sá Paiva Gurjão - Rosa Maria Ferreiro Pinto –
Verônica Scriptore Freire e Almeida

ANALYSIS OF THE IMPACT OF THE IMPLEMENTATION OF THE ACCELERATED HEALTH REGISTRY OF GENE THERAPIES IN COURT CASES IN BRAZIL ¹

Esther Dantas de Sá Paiva Gurjão²

Rosa Maria Ferreiro Pinto²

Verônica Scriptore Freire e Almeida³

¹ How to cite:

GURJÃO, Esther Dantas de Sá Paiva; PINTO, Rosa Maria Ferreiro; FREIRE E ALMEIDA, Verônica Scriptore. Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 91-130, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Esther Dantas de Sá Paiva Gurjão

Public Advocate. Head of the National Health Guidance Division of the National Publics Policies Procuracy. Teacher of Health Judicialization at the Postgraduate School of Advocacy-General of the Union and the Higher School of National Law. Postgraduate in Public Law from the University of Brasília. Master's student in Health Law at Santa Cecilia University.

³ Rosa Maria Ferreiro Pinto

Social Worker. Researcher. Master and PhD in Social Work from the Pontifical Catholic University of São Paulo. Teacher of the Master's Degree in Health Law at Santa Cecília University.

⁴ Verônica Scriptore Freire e Almeida

Permanent Professor of the Postgraduate Program - Masters in Health Law – Santa Cecilia University (UNISANTA).

PhD in Economic Law - Faculty of Law - University of Coimbra, Portugal (2009-2016). Master in Economic Law - Faculty of Law - University of Coimbra, Portugal (2005-2008).

Conducted research in Washington DC, USA, during a period of PhD Academic Research (2015-2016) and Post-Doctoral Academic Research (2016-2017) at Georgetown University - Law Center.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil**Abstract**

This article will analyze the impact of the implementation of the accelerated registration mechanism, known as fast track, adopted by the Brazilian Health Regulatory Agency (ANVISA) in relation to gene therapies, in court cases in Brazil. Exploratory research was used, with a quantum-qualitative approach and embedded methodological design, analyzing the characteristics of the accelerated health registration regime and the current situation of the judicialization of health, through the collection of bibliographic research, documents and case study, including examination of data produced by the Ministry of Health and the Attorney General's Office (AGU). The research identified the misuse of the primary purpose of establishing fast track through the immediate litigation related to newly approved technologies and the increase of convictions in individual lawsuits to impose to the federal government the provision of such technologies in recent years. The evidence obtained points to the need for policy and regulatory adjustments to safeguard greater fairness of the public health system and that collective access to new technologies is ensured when they are safe, meaningful in outcomes and cost-effective.

Keywords: court cases, fast track, gene therapies, vulnerability of public health system.

Introduction

This article will analyze the impact that the introduction of the accelerated registration mechanism, known as Fast Track, adopted by the National Health Surveillance Agency (ANVISA) in relation to orphan drugs, causes in the judicialization of health related to the supply of new technologies for rare diseases.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

Through exploratory research, with quantum-qualitative approach, the characteristics of the accelerated health registration regime and the current situation of health judicialization will be analyzed, by collecting bibliographic, documentary and case study data, including examination of data produced by the Ministry of Health and the Attorney General's Office for the year 2021. The research considers an embedded methodological design, in which, according to Creswell and Clark (2007, p 67), quantitative data are adopted to explain qualitative results.

The combination of two approaches, from the perspective of the convergence of classical methods in a social science-oriented typology, as explained by Souza and Kerbaux (2017, p. 38), will enable a broader visualization of the problem. Such combination contributes to enrich the findings related to the development of the social processes and dynamics that includes the judicialization of health to provide new technologies.

It was identified, from the collection of statistical data produced by the Ministry of Health, an exponential increase in the values spent by the federal government on court convictions for the provision of medicines for rare diseases. Considering that the ANVISA accelerated registration regime of medicinal

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

products for this group has been introduced in recent years, this study will examine the possible impacts that legislative modification may have promoted in such a scenario.

For a better understanding of the problem involving the new institute of health registration in the field of the judicialization of health, in the first part of the text it will be analyzed the scenario of application of the accelerated health registry in Brazil and its main characteristics.

In the following session, the differences between the Brazilian health system and the United States, as well as the nature of the evaluation bodies of new technologies in the Brazilian health system, which contains two bodies with different evaluation premises.

Finally, the impact of the new fast track rules on the judicialization of health will be analyzed, in particular with regard to the increase of the convictions of the federal government for the provision of new high-cost technologies through individual lawsuits.

The present study aims to promote reflection on the distortion of the primary purpose of establishing fast track and on the need for political and regulatory adjustments that aim to safeguard greater equity of the public health system and that

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

collective access to new technologies is ensured when they are safe, meaningful in outcomes and cost-effective.

1. History and reflections on the introduction of fast track in the Brazilian sanitary regime

The Resolution of the Collegiate Board (DRC) n. 205/2017 of ANVISA, introduced in the Brazilian system the mechanism of accelerated health registration for medicinal products for the treatment of rare diseases, through the reduction of deadlines of analysis of registration submission and flexibility of the clinical trial stages presented in the safety and efficacy reports.

Since 2007, ANVISA already adopted priority analysis regarding certain registration petitions in the area of medicines, through the edition of DRC n. 28. However, it was from the edition of DRC n. 205/2017 that the regulatory procedure started to be more similar to the one currently practiced by the American governmental body Food and Drug Administration (FDA), known as fast track.

The most important change introduced by the Resolution concerns the permission to submit the registration request with the presentation of completed phase II clinical studies and phase III in progress; or without Phase III presentation, when its

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

achievement is not feasible, according to Article 14 (4) of DRC n. 205.

As a condition for receiving accelerated registration, provides DRC n. 205 that the medicinal product should treat, diagnose or prevent rare disease; be used in a serious debilitating condition; and propose clinically significant changes in the evolution or remission of the disease.

In accordance with Article 15 of the Standard, additional evidence may be provided after the registration has been granted through the signature of a term of engagement between ANVISA and the requesting company.

Still under the differentiated regime, the agency edited the DRC number 338/2020, defining rules for registration of products of advanced cellular therapies, genetic and tissue engineering. The flexibility of clinical trial phases has been shown to be more intense in this regulation than in DRC n. 205/2017, allowing exceptional registration of products requiring data and clinical efficacy tests, by presenting a schedule of clinical studies to be performed after registration.

According to Article 30, items II and III, of DRC n. 338/2020, ANVISA may grant exceptional registration for advanced therapy requiring additional data and evidence of efficacy, provided that there is no comparable medicine for the

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

respective stage of the disease or when the new drug offers greater therapeutic advantage in relation to it (item II). it is also necessary that the benefit-risk balance of the immediate availability of the product overcome the need for additional evidence of its efficacy (item III).

In the Term of Commitment, the applicant must attest to the clinical uncertainties and legal uncertainty that may arise from the accelerated health record of the product, taking responsibility for possible civil and criminal risks and responsibilities, if it turns out, after clinical use, to be unsafe or ineffective.

The applicant for the exceptional registration also requires highlighting in the medicine packages that the product is authorized for use under conditions of monitoring and production of additional evidence of efficacy.

Therefore, since 2020 Brazil adopts much more flexible rules than those originally fixed in DRC n. 205/2017, detaching from the health registry for gene therapies the prior execution of specific stages of clinical trials and no longer requiring significant outcomes, the circumstances that Articles 4º, item II, and 14 §4º of DRC n. 205/2017 explicitly adopted as essential to the registry.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

It is noted that Article 30, item II, of DRC n. 338/2020 allows the granting of the exceptional untied record of proof of efficacy when there is no therapy or greater therapeutic advantage compared to the existing one on the market. In the two hypotheses the significance of the effect is neglected, either for improvement of the quality of life of the patient, or for remission of the disease.

However, as pointed out by the Ministry of Health (General Coordination of Management of Judicial Demands in Health/MS, 2019, p. 4 and 6), the existence of new therapy to treat a rare disease, which as a rule is incurable and poses a challenge to medicine, does not necessarily imply a significant increase in the quality of life or a reduction in the stage of the disease. In this sense, it is notable that Anvisa, in the original fast track regulation (DRC n. 205), was careful to stress the requirement regarding the significance of the results and to safeguard early stages of clinical trials (phases I and II).

With regard to the benefit-risk assessment, a requirement of Article 30, item III, of DRC n. 338, there is clear inaccuracy and generality, which does not sound compatible with the necessary systematization required by science. If Evidence-Based Medicine represented a water divider for medical sciences and health systems, bringing safety and effectiveness

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

to scientific research and decision-making by health managers, by preventing abuses of pharmaceutical market strategies, there is also an urgent need for the regulation of pre-established methods of evaluation of evidence, certainly special and less rigid than the classic methods of Health Technology Assessment (ATS), in view of the difficulties inherent in conducting clinical trials with patients with rare diseases, but which ensure at least scientific plausibility and do not neglect the significant benefits.

As Nascimento explains, the adoption of specific criteria harmonized to the current model of ATS is a possible path to be followed in the context of rare disease medicines (2022, p. 51).

The value of rare disease medicines is very high and it cannot be ignored that it represents a valuable commodity in the current system. Like all merchandise, it is the object of advertising and business, thus clear, fair, non-generic and systematic rules are necessary for the safety of the patient and for the fair and equitable maintenance of the Brazilian health system.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

2. The difference in market and Brazilian healthcare system relative in relation to the United States

As the main object of this research is the reflection on the impact of fast track on the judicialization of the health of medicines of high cost, and consequent distortion of the primary purpose of the introduction of accelerated registration in Brazil in the field of the judicialization of health, it is necessary to explain the differences in the market and health system existing between Brazil and the United States, since the latest inspired the new Brazilian registration model.

2.1 Fast track features implemented by the FDA

Although generally known as Fast Track, the FDA has organized four types of procedures in the United States to speed up access to medicines: Fast Track, Breakthrough Therapy, Accelerated Approval, and Priority Review.

The medicine that is intended to treat a serious condition with a medical need not yet addressed may be submitted to the Fast Track approach. If the therapy is intended to treat serious condition and medical need already met, and the new medicine has preliminary studies that demonstrate a substantial clinical improvement compared to the existing one, the special registration procedure is called Breakthrough Therapy.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

According to the FDA (2018), the definition of a serious condition is somewhat subjective, but it has parameters of correspondence with factors such as survival, functionality or probability that the condition, if not treated, progresses from less severe to more severe, in circumstances that there is no therapy or is a potentially more effective therapy than the existing one.

The FDA (2018) considers as more effective the therapies that provide: improved effect on serious outcomes; exclusion of serious side effects in therapy already available; improves the diagnosis of a serious condition where early diagnosis results in a better outcome; decreased significant clinical toxicity of an available therapy that is common and causes discontinuation of treatment; and meeting emerging or anticipated public health needs.

The interested manufacturer requests the designation of Fast Track from the FDA, which will decide whether the medicine meets an unmet medical need in a serious condition. If the FDA defers the designation of Fast Track, the medicine becomes eligible for some or all of the special procedures listed below: meetings with the FDA to discuss the drug development plan; more frequent written communications with the FDA on proposed clinical trials; accelerated approval eligibility and

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

priority review, if relevant criteria are met (Accelerated Approval and Priority Review); and rolling review permission, a procedure for early submission of documents (Biologic License Application or New Drug Application) that allows partial analysis before submission of all mandatory phases of the application for approval, not needing to wait for each section to be completed before the entire process can be reviewed (FDA, 2018).

Already in the "Breakthrough Therapy" approach, it should be determined whether the improvement over the available therapy is substantial, so that the magnitude of the treatment effect and the importance of the observed clinical outcome will be assessed in order to assess whether clinical evidence demonstrates a clear advantage over the available therapy.

To receive the designation of "Breakthrough Therapy," the clinically significant outcome measures whether there is an effect on morbidity, irreversible mobility or symptoms representing serious consequences of the disease, as well as findings suggesting an effect on a substitute endpoint; at an intermediate clinical endpoint considered reasonably likely to predict a clinical benefit; in pharmacodynamic biomarker that does not meet the criteria for an acceptable substitute outcome, but strongly suggests the potential for a clinically significant effect on the underlying disease; and significantly improved

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

safety profile compared to therapy available and with evidence of similar efficacy (FDA, 2018).

After receiving the breakthrough therapy designation, the medicine is eligible for all available resources in the Fast Track approach.

2.2 The significant change of accelerated approval by the FDA and its disconnection with the context of Brazilian market

Specifically on accelerated approval, a tool implemented to reduce analysis deadlines and that can be applied in Fast Track and Breakthrough Therapy, it should be clarified that it has received significant change in U.S. legislation. The FDA originally instituted, in 1992, an accelerated approval regulation, which allowed rapid registration based on a replacement endpoint (outcome) for drugs intended to treat serious conditions and unmet medical needs. In 2012, the Food and Drug Administration Safety Innovations Act (FDASIA) was passed, allowing approval to be also carried out on an intermediate endpoint (FDA, 2018).

According to information available on the FDA website (2018), a substitute endpoint used for accelerated approval is a marker (laboratory measurement, radiographic imaging,

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

physical signal etc.) that indicates clinical benefit, but is not in itself an effectively proven measure of benefit. Also according to information made available by the FDA itself, an intermediate endpoint is a measure of therapeutic effect considered reasonably likely to predict clinical benefit.

Since 1992, thanks to the establishment of the accelerated registration mechanism in American legislation, important drugs received accelerated approval in the 2000s, such as Kaletra, intended for HIV treatment, and Pegasys, for treatment of hepatitis C. Such processes represented advancement in the cure of neglected diseases, since allowing accelerated approval (average in four months) of medicines for serious diseases based on substitute outcome, increased access to health and pharmacological care was promoted.

However, with the change of American legislation in 2012, in which the outcomes were further relaxed, admitting intermediary endpoint, combined with the new technological horizon in pharmaceutical production, there is a change of scenario, in which the opening of the instrumentalization of the registration process to economic and marketing strategies is promoted.

In this context, it is interesting to note that the World Health Organization (WHO) calls neglected diseases the ones that are

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

typically from developing countries, or are unique to them, such as leishmaniasis, Chagas disease (CD), trachoma, hanseniasis, malaria and parasitosis. The WHO differentiates neglected diseases from orphan diseases, clarifying that both cannot generate sufficient incentives for drug development. The first, because of the potential buyer's lack of recourse; and the second, by the small size of the potential consumer market (MORAIS, 2013, p 35).

Morais (2013, p. 11/13), when researching models of pharmaceutical promotion, explains that the least developed or developing countries, such as Brazil, in addition to the budgetary, structural and logistical problems of access to treatment, represent an uninteresting market for large private conglomerates, since there is no attractiveness for international industry to invest in treatment research for diseases typical of such countries, a situation known as a 10/90 imbalance, where only 10% of world health research is devoted to diseases that account for 90% of the global burden of disease.

Considering this context, it should be stressed the vital importance of conducting public research and incentives to official medicine production laboratories. Therefore, the accelerated health registration procedure in this context would represent one of many other measures to be taken by the State

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

to make access to technologies more efficient in countries with neglected disease.

In the light of the socio-economic context of Brazil, explains Morais (2013, p. 10) that neglected diseases should be widely interpreted, such as tropical diseases, childhood diseases and other basic diseases that predominantly affect poor countries, such as tuberculosis and AIDS, and also vaccine-containing diseases, diagnoses and treatments available for developed countries but not suitable for use in poor countries.

It is noted, then, that the fast track in Brazil should not only meet the technologies for orphan diseases that are approved by the FDA, since these aim to meet its specific consumer audience, not fitting the predominant epidemiological profile in Brazil, which has typical incidence of neglected diseases.

The automatic application of American fast track in Brazil, without the metrics of minimal evaluations treated above and without agreements to encourage scientific research equally priority in relation to neglected diseases, leads to emptying the differentiation proposed by the WHO, since the need to combat neglected diseases is also important to promote socio-economic development for countries such as Brazil.

The application of Brazilian fast track, based on the premises of the FDA and disconnected from the concomitant

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

institution of extended access program to Brazilian patients, under conditions of reimbursement or co-financing with the manufacturer of the medicinal product, as it occurs in countries paradigm of the fast track, facilitates a scenario that generates the consequent withdrawal of funds from the Brazilian health system (SUS) without analysis of the cost-effectiveness. As a consequence, even more inequalities in relation to neglected diseases are promoted.

Thus, instead of fast track being a mean of simultaneously encouraging research about neglected and orphan diseases, there is currently a tough battle between economic interests and social interests in the course of the judicialization of health, as will be explained below.

In the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) classification for healthcare systems, the Adam Smith model, characterized by access to health through private insurance and funding from voluntary contributions from individuals and employers, applies in the United States. In this system, the State does not assume the responsibility of guaranteeing and protecting the health of the population, merely protecting the most vulnerable social groups (SERAPION and TESSER, 2019, p. 45).

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

Therefore, it is compatible with the American system the investments in fast track for orphan diseases, since the country is developed and has no epidemiological profile of neglected diseases, as well as it is natural the carelessness with less strengthened beacons of scientific evidence, since the funding is not essentially public, so that trade agreements are made with manufacturers precisely because of the stage of absence of scientific certainty of the medicines approved in fast track.

Brazil, on the other hand, has a mixed or segmented health system, with *beveridgean* characteristics regarding the Unified Health System (SUS) and *smithianists* in relation to the private sector (supplementary health).

The SUS has classic features of the Beveridge model, since it is financed exclusively by public resources and available to the entire population. Thus, instead of replicating an accelerated registration model developed in a country with a health system essentially financed by private capital and with no neglected diseases typical of countries with great social inequality, why not consider joint measures with developing countries to build an innovation plan and fair and equitable access to neglected and orphan diseases?

The proposal sent to WHO in 2009 by the governments of Bolivia, Suriname and Bangladesh on the use of prizes as a

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

mechanism to encourage innovation in new treatments against cancer and vaccines, with the aim of meeting the needs of epidemiological segments in poor countries and sharing the costs of clinical trials, is an example of an innovation initiative more in line with countries marked by extreme social inequality (MORAIS, 2013, p. 53).

The compulsory licensing mechanism can also be cited as one of the possible outputs for innovation in countries with neglected diseases. According to Moraes (2013, p. 55-56), the compulsory licence represents the possibility for a government to ensure that its population has access to essential medicines at reasonable prices, as a bargaining tool for developing countries to obtain considerable discounts from laboratories, and exemplifies the episode in which Brazil, threatening to resort to compulsory leave, obtained discounts on various medications for the treatment of AIDS.

3. The context of the ANVISA's accelerated registration of the drug and the immediate judicialization of the respective approved technology

The evaluative premise of ANVISA in a fast track regime is different from that adopted by the National Commission for the Incorporation of Technologies (CONITEC), the federal agency

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

responsible for the incorporation of medicines in the Public Health System.

In order to analyze requests for incorporation into the SUS, the requirements set out in art. 15 of Decree n. 7646/2011, such as scientific evidence demonstrating that the guided technology is at least as effective and safe as those available in the SUS for a given indication, and economic evaluation study comparing the new technology with those available in the system.

If there is a therapeutic substitute in the SUS, CONITEC evaluates the studies of the two therapies in order to assess whether in fact there is superiority of the technology object of the request for incorporation (significant difference in the primary outcomes) and performs a formal cost-effectiveness analysis.

In this context, registration of the drug at ANVISA is just one of the requirements for starting the process of analysis of incorporation by CONITEC, in accordance with paragraph 1º of article 15 of the Decree n. 7646/2011, and does not generate presumption of incorporation in the SUS, nor certainty of evidence superior in relation to the other drugs already incorporated.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

In light of current legislation, it is observed that there is no political articulation between the fast track and the requirements for incorporation into the SUS. In the interval between ANVISA registration and CONITEC analysis, there is high judicialization for access to the drug that received the accelerated registration, with the costs necessarily being covered by the SUS as if they were incorporated, but granted without any public criterion of harmonization with the System of Health, without analysis of the cost-effectiveness, without comparison with the technology already incorporated, and without the definitions of the technical and clinical criteria that would indicate the public administration of the medicine, because there is no Protocol of Guidelines elaborated by CONITEC in this stage of recently registered medicine.

In the judicialization of health, the orders contemplate an individual for the specific case, as if they were specific exceptions to the system, disregarding the vision of collective health and cost-effective planning structured in the area of health economics. There is no collective purchase and there are numerous court orders for importation in dollars, and in many cases there is not even respect for the maximum value set by the Medicines Market Regulation Chamber (CMED).

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

These cases are not exceptional. On the other hand, as will be analyzed below, the increase in the judicialization of high-cost drugs arising from Anvisa's fast track has been exponential.

The absence of an extended access policy concomitant with the fast track, with clear rules of financial compensation by the manufacturing company, inclusion of Brazilian patients in the course of clinical trials, reimbursement conditions and respect by the industry for ethical imperatives of access to health technologies, is disastrous for the structure and equity of the SUS.

If judicial orders are provided individually and based on the budget gathered by the plaintiff, it is evident that abuses can be perpetrated, since the public purchase and the consequent national availability, based on pre-established criteria and price negotiation together manufacturers, would represent greater equity for the public health system.

Judicial orders to provide new medicines based solely on the plaintiff's medical report disregard all the requirements that should be analyzed by a Commission of doctors and health professionals, such as the CONITEC, which has expertise in technological analysis and cost-effectiveness. The principle of integrality is, under the terms of art. 19-Q of Law nº 8.080/90,

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

subject to the verification of safety, efficacy, effectiveness and cost-effectiveness, aspects that are important not only for equity and structuring of the public health system, but also for the safety of the patient himself, avoiding the use of the judicial route to access million-dollar drugs, often with a marketing bias.

It should be considered that the judicial orders to the federal government are often granted in circumstances that the manufacturing company still would not have the technical conditions to request the incorporation before CONITEC, since the accelerated registration with ANVISA is done in the light of criteria of generic effectiveness, while for CONITEC it is necessary to produce robust technical material on cost-effectiveness, setting the necessary discount for incorporation and/or sharing costs with the manufacturer.

The judicial granting of a drug recently approved by Anvisa entails profit margins for the production chain involved on a scale that is greater than that of incorporation into the public health system, and this margin is financed with public resources from the SUS, without any counterpart or financial liability of the manufacturing company, a scenario that would not occur if the incorporation analysis procedure takes place at a stage prior to the judicialization.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil**3.1 The Zolgensma case**

The gene therapy Onasemnogeno Abeparvovequexio (Zolgensma®), indicated for children less than 2 years old with a certain type of spinal muscular atrophy (SMA), received accelerated registration from ANVISA in 2020. Before, when the therapy received registration in fast track of FDA, it was hailed as a 'cure' for this debilitating and life-threatening condition, and evaluated at US\$2 125 000 for a one-time infusion (at BRL 11.3 million at the time). The manufacturing company undertook to annually send data from ongoing studies to Anvisa and ensure the carrying out complementary follow-up studies of Brazilian patients.

Ivama-Brummell, Wagner, Pepe and Naci explain that Anvisa's conditional approval for Zolgensma was based on the same data as those used by the FDA, but, after approval, relevant uncertainties hovered over the long-term safety and efficacy of the medication. Therefore, in the absence of relevant therapeutic benefit in relation to existing alternatives on the market, the Brazilian Chamber for Regulation of the Medicines Market (CMED), in line with other agencies from high-income countries, which also reduced the price in view of the uncertainty of evidence, approved, in December 2020, a provisional maximum price of BRL 2.9 million (US\$531 173.2;

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

£396 516.4), which was set at a level 77% lower than the price established by the manufacturer. The manufacturing company filed an administrative appeal against the CMED decision, refusing to market the medication in the country. (IVAMA-BRUMMELL, Adriana Mitsue *et al*, 2022, p.1).

According to technical information presented by the Ministry of Health in a judicial process (Technical Note n. 431/2022-DAET/CGAE/DAET/SAES/MS, p. 9), Germany's Health Technology Appraisal Institute, after the FDA, evaluated the results of studies that compared this therapy with other drugs, and came to the conclusion that the medication did not prove to be more effective than nusinersen (a drug offered by the SUS). According to the German dossier, the results of Zolgensma for patients who received the medication before 12 weeks are comparable to the ones of patients who received nusinersen later, which would change the comparative results found in the main scientific study of the therapy.

In February 2022, CMED adjusted the maximum value of the drug to BRL 6.5 million, and in December 2022, during the 115th Ordinary Meeting, CONITEC recommended the incorporation of the drug for the treatment of pediatric patients up to 6 months of age with type I SMA who are off invasive ventilation for more than 16 hours a day, criteria much more

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

restricted than those set out in the drug package leaflet, in Anvisa's fast track register, and in supply court decisions, given the uncertainty of the therapy's scientific evidence in relation to significant long-term results.

So far, the medicine has not yet been supplied in the SUS network, nor is there any concrete news regarding the sharing of costs with the manufacturer and the price at which zolgensma will effectively be purchased to comply with court decisions, so the uncertainties and the large expenditure of resources by the SUS in improper marketing conditions will still remain within the scope of judicialization.

The concrete fact is that, since its approval by Anvisa in 2020, until at least February 2022, in view of the refusal by the national marketing company and the impasse generated with the cost of medication, the Ministry of Health operated in the international market, through the purchase of the drug in dollars, to comply with court orders for supply of zolgensma, at US\$2 125 000 for a one-time infusion, whose conversion was, on average, at BRL 11.3 million per ampoule (IVAMA-BRUMMELL, Adriana Mitsue *et al*, 2022, p. 4).

Ivama-Brummell, Wagner, Pepe and Naci (2022, p. 4) explain that by October 2021, court decisions forced the Ministry of Health to finance treatment of 46 patients with

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

onasemnogene abeparvovec, at a total cost of \$79 million. The average cost of the drug (\$1.7 million) per patient is more than triple the originally maximum price approved by the Brazilian CMED.

Lawsuits against states and private health plans resulted in additional pay orders, including children over 2 years of age, for whom the therapy is not indicated in Brazil by ANVISA, and under administration conditions that were not later endorsed by CONITEC, which incorporated it for patients only up to six months of age, given the weak evidence in the older age group (Biblioteca Virtual em Saúde/MS, dez.2022).

It should be considered that these amounts were deposited in the patient's account – for him to carry out the importation – or purchased directly by the Ministry (if the judge in the case allowed the importation by the Federal Government and did not determine the immediate deposit). Thus, millions of reais (BRL) were spent by the SUS without any planning or respect for bidding rules, collective purchasing, administrative inspection, or sharing costs with the manufacturer, since the resources are spent on judicialization on an urgent basis, an environment in which bidding administrative rules are not regularly applied, nor is there ample room for monitoring the probity and rationality of the use of public funds by the parties (PGU, 2021, p 27/31).

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

Four worrying scenarios stand out for the equity of the use of public funds in the Unified Health System, punctuated by Ivama-Brummell, Wagner, Pepe and Naci (2022, p.4/5), and which indicate instrumentalization of the Judiciary for profit purposes market and the need for attention from social actors to the critical panorama that is being formed:

- a) large number of judicial decisions to supply zolgensma to children over 2 years of age or using mechanical ventilation (circumstances in which the therapy is not indicated in the package leaflet or in the conditional registration of Anvisa);
- b) if the preliminary CMED decision had been adopted as a parameter by the Judiciary since 2020, the resources spent by the Ministry of Health on the treatment of 46 authors of lawsuits would have been more than sufficient to treat babies born with SMA type 1 in the Brazil in one year (189 patients), highlighting that this initial age group is the one that has studies with scientific evidence;
- c) dangerous articulation of patient advocacy groups and law firms, often supported by the pharmaceutical market, attracting families to provoke individual (and not collective) judicialization to individually obtain the

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

financial coverage of therapies by the federal government, specifically when it is very high cost;

- d) benefit of the drug manufacturer, given the combination of strong media appeal and pressure on society that financial issues related to policies are responsible for restricting patient access to innovative drugs, producing an environment that facilitates a media strategy in exploiting vulnerabilities of the country's governance.

3.2 The federal government's expenses with the judicialization of health

Comparison of the table of federal expenses with judicial demands of health in the years 2007 to 2018 (Consultoria Jurídica da União, 2019) with the table of federal expenses with the judicialization of health in the year 2021 (prepared by the author based on the “ Indicators CGJUD 2021”), illustrated below, indicates that judicial health benefits have been increasing significantly in recent years, especially after the introduction by ANVISA, through RDC nº 338/2020, of the accelerated health registration mechanism for gene therapies for rare diseases.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

ANO	VALORES GASTOS
2007	R\$ 23.961.006,10
2008	R\$ 70.742.807,83
2009	R\$ 102.339.121,70
2010	R\$ 99.755.832,86
2011	R\$ 175.919.318,20
2012	R\$ 324.453.256,20
2013	R\$ 431.403.708,70
2014	R\$ 698.831.712,49
2015	R\$ 1.008.203.845,30
2016	R\$ 1.226.559.609,64
2017	R\$ 979.001.580,60
2018*	R\$ 1.139.767.181,00

	Ano	Valor	Número de Pacientes
Gastos da União com Judicialização da Saúde ¹	2021	R\$ 2.009.144.822	5.736

The amount spent by the Ministry of Health in 2021 to comply with court decisions in health claims was BRL 2,009,144,822 (two billion, nine million, one hundred and forty-four thousand, eight hundred and twenty-two reais) to cover 5,736 patients. It should be considered that this amount is equivalent to the budget of the Popular Pharmacy Program, which, according to data from Ibsfarma, the Ministry of Health, Fiocruz and the Budget Panel (apud Globo, 2022), served approximately 20 million people in the year, with the budget allocation of R\$ 2.5 billion.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

Therefore, the data and circumstances highlighted above seem to indicate the need for governmental institutional articulation with the Judiciary and clarification with Brazilian society about the technical weaknesses of many of the scientific studies related to these drugs that receive, or are candidates to receive, accelerated registration, mainly in relation to cases in which there is no significant increase in quality of life or cure; or when there are no studies that scientifically prove an outcome relevant to the form of manifestation of the disease that affects the plaintiff.

When it comes to access to very expensive new technology medicines, individual lawsuits do not seem to solve the problem in a profound and equitable way. It is worth reflecting on the ways to provide medicines with safe evidence to all individuals who suffer from the same pathology, through conditions delimited by scientific evidence, with the participation of the legally competent agency, which is CONITEC; adjustment of the price of medication for collective purchase, with adjustment of reimbursements or sharing of costs, following rules in extended access programs that treat with more rationality and care the funds that structure the SUS; and that criteria of scientific plausibility, significance of outcomes and cost-effectiveness are not neglected.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

However, the way in which these technologies are currently granted in court, individually, within the scope of the judicialization of health, without financial and budgetary planning and with a focus on the parameters of scientific evidence and cost-effectiveness adopted by CONITEC (which plans them to provide equitable access to health for all Brazilians who use the SUS – more than 150 million people), ignoring the sanitary model that formed the SUS and favoring the medical-hegemonic model – characteristic of technical decision-making in private practices of medicine, indicate to assert iniquities in the SUS, harming the social health programs and, even, the effective expansion of the programs destined to the treatment of rare diseases.

Conclusion

Resolution of the Collegiate Board (RDC) n. 205/2017, of ANVISA, introduced into the Brazilian system the accelerated health registration mechanism for drugs intended for the treatment of rare diseases, by reducing deadlines for analysis of submission of registration and flexibility of clinical trial phases presented in the safety and efficacy reports.

ANVISA's special accelerated registration procedure for drugs intended for orphan diseases has contributed to a

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

significant increase in judicial concessions of very high-cost technologies, many of which are still being evaluated by scientific studies to discover evidence regarding significant outcomes.

Still under the differentiated regime, the agency edited RDC nº 338/2020, defining rules for the registration of advanced cell, gene and tissue engineering therapy products. The flexibility of clinical trial phases was shown to be more intense in this regulation than that carried out in RDC nº 205/2017, allowing exceptional registration of products that require data and evidence of clinical efficacy, upon presentation of a schedule of clinical studies to be carried out after registration.

This new model is inspired by the accelerated registration mechanism practiced in the United States by the FDA. In the OECD classification of the health system, the Adam Smith model is applied in the United States, characterized by access to health through private insurance and funding from voluntary contributions by individuals and employers. In this system, the State does not assume responsibility for guaranteeing and protecting the health of the population, limiting itself to protecting the most vulnerable social groups (SERAPION et al, 2019, p. 45).

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

Thus, investments in fast track, primarily for orphan diseases, are compatible with the American system, since the country is developed and does not have an epidemiological profile of neglected diseases, as well as it is natural to be unconcerned with less strengthened benchmarks of scientific evidence. Since financing is not essentially public, commercial agreements are made with manufacturers precisely because of the stage of lack of scientific certainty for drugs approved under accelerated registration.

The SUS, in turn, presents classic characteristics of the Beveridge model. It is financed exclusively by public resources and available to the entire population, which is why the establishment of the fast track in Brazil ignored the differences in relation to the country's paradigm health system.

Morais (2013, p. 11/13), in research on models of pharmaceutical promotion, explains that the least developed or developing countries, such as Brazil, in addition to the budgetary, structural and logistical problems of access to treatment, they represent an uninteresting market for large private conglomerates, since there is no attractiveness for international industry to invest in treatment research for diseases typical of such countries, a situation known as a 10/90 imbalance, where only 10% of world health research is devoted

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

to diseases that account for 90% of the global burden of disease.

Considering this context, it should be stressed the vital importance of conducting public research and incentives to official medicine production laboratories. Therefore, the accelerated health registration procedure in this context, would represent one of many other measures to be taken by the State to make access to technologies more efficient in countries with neglected disease.

The high-income countries that implemented the fast track and that served as a model for Brazil do not have a mixed health system like the Brazilian one, nor an epidemiological profile of coexistence of neglected diseases, as Brazil has, in which the public and private system health conditions coexist according to the social inequality in the country. In the US, there is no drug access policy that covers the entire population of the country, as is the case with the SUS in Brazil.

The application of the Brazilian accelerated registration, disconnected from the concomitant institution of an extended access program for Brazilian patients and without fixing reimbursement or co-financing with the drug manufacturer, as occurs in fast track paradigm countries, facilitates the scenario of judicialization of these drugs before public entities and the

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

consequent withdrawal of funds exclusively from SUS without analysis of cost-effectiveness; without market compensation; without pre-established effectiveness evaluation methods; without attention to the epidemiological differences of poor countries; no equity in facilitating access to neglected diseases; and without the adoption of other innovation support mechanisms, such as compulsory licensing.

It should also be considered that the evaluative premise of ANVISA in the fast track regime is different from that adopted by CONITEC, but in the judicialization of health there is no distinction or greater caution with the drugs approved in the fast track regime compared to the drugs that received registration by the ordinary procedure (in which more advanced stages of scientific studies are analyzed).

The amount spent by the Ministry of Health in 2021 in compliance with court decisions handed down in health claims was BRL 2,009,144,822 (two billion, nine million, one hundred and forty-four thousand, eight hundred and twenty-two reais) cover 5,736 patients. It should be considered that this amount is equivalent to the budget of the Popular Pharmacy Program, which, according to data from Ibsfarma, the Ministry of Health, Fiocruz and the Budget Panel (apud Globo, 2022), served

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

approximately 20 million people in the year, with the budget allocation of R\$ 2.5 billion.

However, the way in which these technologies are currently granted in court, individually, within the scope of the judicialization of health, without financial and budgetary planning and with a focus on the parameters of scientific evidence and cost-effectiveness adopted by CONITEC (which plans them to provide equitable access to health for all Brazilians who use the SUS – more than 150 million people), ignoring the sanitary model that formed the SUS and favoring the medical-hegemonic model – characteristic of technical decision-making in private practices of medicine, indicate to assert iniquities in the SUS, harming the social health programs and, even, the effective expansion of the programs destined to the treatment of rare diseases.

Bibliographic references

BRAZIL. ANVISA. **Gene therapy product registration approved**. Available: <http://antigo.anvisa.gov.br>. Accessed on 10 Feb. 2023.

BRAZIL. Federal Advocacy. High Financial Impact Drug. Judicial request for the supply of the medicine Onasemnogene Apeparvovec (Zolgensma). Very high cost. **Opinion n. 00059/2021/PGU/AGU**. Official Notice. Administrative Process NUP/AGU 25000.165841/2020-44. Brasilia, May 13, 2021.

BRAZIL. Ministry of Health. General Coordination of Management of Judicial Claims in Health. **CGJUD indicators**.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

Administrative Process n. 00737.014144/2018-76. Brasília, December, 2021.

BRAZIL. Ministry of Health. **Technical Note n. 01445/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU**. Administrative Process n. 00737.014144/2018-76. Brasília, 2019.

BRAZIL. Ministry of Health. Virtual Health Library. **Approved the incorporation into the SUS of medication for the treatment of children with Spinal Muscular Atrophy (SMA)**. Brasília, 12/14/2022. Source: Ministry of Health and Brazilian Society of Pediatrics. Available at: <https://bvsms.saude.gov.br/aprovada-a-incorporacao-no-sus-de-medicamento-para-o-tratamento-de-criancas-com-atrofia-muscular-espinhal-ame/> Access on 15 Jul. 2023.

BRAZIL. Ministry of Health. Secretary of Specialized Health Care. **Technical Note n. 431/2022-DAET/CGAE/DAET/SAES/MS**. Brasília, 2022. Judicial Proceeding n. 5309094-80.2021.4.04.0000. Administrative Process n. 00737.009586/2022-87.

COSTA, Cecília de Almeida. **Expenditures with the Judicialization of Health Technologies: An Empirical Study in the Federal Executive of Brazil**. Thesis (Master in Management Control) – Socioeconomic Center. Graduate Program in Management Control. Federal University of Santa Catarina. Florianópolis, 2022.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. ***Designing and conducting mixed methods research***. London: Sage Publications, 2007.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Right to health, scarce resources and equity: the risks of the dominant judicial interpretation**. In: Scientific Electronic Library Online. Available at: www.scielo.br. Accessed on 20 May. 2023.

IVAMA-BRUMMELL, Adriana Mitsue. K WAGNER, Anita. PEPE, Vera Lúcia Edais. NACI, Huseyin. Ultraexpensive gene therapies, industry interests and the right to health: the case of

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

onasemnogene abeparvovec in Brazil, **BMJ Global Health**, mar. 2022. Available at: <https://gh.bmj.com/>. Accessed on 13 jun. 2023.

LIMA, Bianca. SANT'ANA, Jessica. CASTRO, Ana Paula. **Popular Pharmacy's budget for 2023 is out of date by almost R\$ 1.8 billion, says the institute**. Globo, Rio de Janeiro, 11/22/2022. Economy. Available at: <<https://g1.globo.com/economia/de-olho-no-orcamento/noticia/2022/11/22/orcamento-do-farmacia-popular-para-2023-esta-defasado-em-almost-r-18-billion-says-institute.ghtml>>. Accessed on 14 Jul. 2023.

MORAIS, Rafael Pinho Senra de. **Development and R&D models in Pharmaceuticals and International Benchmarking**. Brasília: Ipea, 2009.

U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *Fast Track, Breakthrough Therapy, Accelerated Approval, Priority Review*. Available at: <https://www.fda.gov>. Accessed on 18 jun. 2023.

SERAPIONI, Mauro. TESSER, Charles Dalcanale. The Brazilian Health System before the international typology: a prospective and inevitable discussion. **Health Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, no. special 5, p. 44-57, Dec. 2019.

SOUZA, Kellcia Rezende. KERBAUY, Maria Teresa Miceli. **Education and Philosophy**, Uberlândia, v. 31, no. 61, p. 21-44, Jan/Apr. 2017. Available at <https://seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/29099/21313>. Accessed on 15 Jun. 2023.

Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil

How to cite:

GURJÃO, Esther Dantas de Sá Paiva; PINTO, Rosa Maria Ferreiro; FREIRE E ALMEIDA, Verônica Scriptore. Analysis of the impact of the implementation of the accelerated health registry of gene therapies in Court cases in Brazil. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 91-130, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Ana Elisa T.S. de Carvalho - Regina Celia Spadari

STRESS RESPONSE AS A PROMINENT CARDIOVASCULAR RISK FACTOR ¹

Ana Elisa Teófilo Satri de Carvalho²

Regina Celia Spadari³

¹ How to cite:

de Carvalho AETS; Spadari RC. Stress response as a prominent cardiovascular risk factor. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 131-158, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Ana Elisa Teófilo Satri de Carvalho PhD

Affiliated Professor at Federal University of São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, Santos – SP.

Researcher at the Laboratory of Stress Biology, Department of Bioscience, Institute of Health and Society, Federal University of São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, Santos – SP.

Post-doctoral fellow in Health Science, Federal University of São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, Santos – SP.

PhD in Cardiology, School of Medicine, University of São Paulo (USP) – Heart Institute (INCOR), São Paulo – SP.

Master Degree in Basic and Applied Immunology, School of Medicine of University of São Paulo (USP - Ribeirão Preto), Ribeirão Preto – SP.

Bachelor as Pharmacy-Biochemistry, São Paulo State University (UNESP), Araraquara.

³ Regina Celia Spadari PhD

Full Professor of Physiology at Federal University of São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, Santos – SP.

Leader of the Laboratory of Stress Biology, Department of Bioscience, Institute of Health and Society, Federal University of São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, Santos – SP.

Associated Professor, State University of Campinas (UNICAMP, 1996).

Post-doctoral fellow at Wisconsin University, Madison, WI, EUA.

PhD in Human Physiology, Institute of Biomedical Science, University of São Paulo (USP), São Paulo – SP.

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

Abstract

According to health organizations, at least one third of the diseases that lead people to seek medical care are related to stress. The current conditions of life in the world represent the major source of stress in humans, the so-called psychosocial stress, caused by the accelerated process of urbanization and unhealthy lifestyles. Stress is defined as the organism response to any potential or real challenge or threat to its physical or emotional integrity. Stress response is an arrangement of adaptive mechanisms essential to guarantee survival, whereby a protective mechanism by preparing the organism to defend, to flee or to adapt to the stressful situation. However, over a threshold, it can be harmful, leading to higher susceptibility to disease. The turning point of stress from a beneficial reaction to a risk factor for diseases, is still unknown. In this review, we assess multiple studies about stress concept, molecular mechanisms of stress response and its physiological implications to support the association of stress as a disease risk factor, particularly as a cardiovascular risk factor.

Keywords: stress, psychological stress, physiological stress response, cardiovascular risk factor, molecular mechanism.

Introduction

Life is accompanied by constant challenges and threats that activate survival mechanisms. Such mechanisms are highly conservative and contribute to the organisms' formidable resilience (FUCHS & STELLER, 2015; GALLUZZI et al., 2018). When genetically programmed expectations, which are

Master Degree in Biological Sciences/Physiology, State University of Campinas (UNICAMP), Campinas – SP.

Bachelor in Biology, São Paulo State University (UNESP), Rio Claro – SP

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

established by previous learning or by the circumstances, do not correspond to the actual or potential perceptions of the external and internal environments, those mechanisms are triggered and constitute the stress reaction (McEWEN, 2000; KOOLHAAS et al., 2011). Therefore, the main objective of the stress reaction is to ensure survival in face of adverse situations, but when the reaction is too intense, prolonged or repeated, or even when it causes frustration, stress can trigger deep physiological changes that start disruptive processes (McEWEN, 2000; CARRASCO & VAN DE KAR, 2003; DE CARVALHO et al., 2021). The turning point of stress from a beneficial reaction to a risk factor for various diseases, is still unknown, although it is now accepted that at least one third of the diseases that lead people to seek medical care are related to stress.

The current conditions of life in the world represent a major cause of stress in humans, the so-called psychosocial stress, caused by the accelerated process of urbanization and unhealthy lifestyles. In this review, we will focus on the concept of stress and on its effects, which have been reported in more than 30 years of research in the Laboratory of Stress Biology (BEST). More specifically, the environmental stress induced alterations in the adrenergic signaling in the heart and the consequences of those alterations to cardiac performance.

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

Stress concept

The concept of stress was developed from the innovative contributions of Claude Bernard (HOLMES, 1986), Walter Cannon (1935), and Hans Selye (1936). Stress was defined as the organism response to any potential or real challenge or threat to its physical or emotional integrity. The stress reaction aims to guarantee survival during adversity by mobilizing resources to support the Cannon's "fight or flight reaction", while preserving homeostasis (McEWEN, 2007; SPADARI-BRATFISCH & DOS SANTOS, 2008).

It has been proposed that the stress reaction is accomplished by the "stress system" with central and peripheral components (CHARMANDARI et al., 2005). The central components include the hypothalamic paraventricular nuclei, that release the corticotropin releasing factor (CRF) and arginine-vasopressin (AVP), as well as the CRF neurons in the Parabrachial nucleus and noradrenergic neurons in the Locus Coeruleus. The peripheral components are the Sympathetic Nervous System – Adrenal Medulla (SNSAM) and the Hypothalamus—Pituitary-Adrenal Cortex axis (HPA).

Activation of cortical and subcortical areas in the brain will generate the neural impulses that stimulates the hypothalamic neurons in the Paraventricular Nucleus to release CRH and AVP. CRH stimulates the anterior pituitary to release

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

adrenocorticotrophic hormone that activates the adrenal gland cortex to release glucocorticoids. CRH also activates catecholaminergic neurons in the LC that stimulates the SNSAM to release noradrenaline and adrenaline (SANTOS & SPADARI-BRATFISCH, 2006). Glucocorticoids and catecholamines are considered the hall markers of stress since they play a pivotal role in the regulation of molecular and physiological stress reaction (FIGURE 1).

Despite of being originally related to many diseases, a new definition has emerged considering that stress also plays a positive role in the adaptation to new environments or situations as well as anticipation of future challenges as parts of our daily routine (LU et al., 2021). This positive stress was referred to as “eustress” in opposition to the “distress” (LU et al., 2021).

Selye (1936) proposed that the stress response occurs in three phases of what he called “General Adaptation Syndrome” (GAS). Upon the contact with the stressor, the organism displays the alarm reaction, described as the initial impact caused by the aggressive agent. On this phase, higher plasmatic levels of catecholamines and glucocorticoids improve catabolic mechanisms triggering the mobilization and properly distribution of energy to organs and tissues (VERAGO et al., 2001; FARIAS-SILVA et al., 2002; FIGURE 1). Those actions provide energy supplies for the decision to face or flee the

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

threatening situation, the so-called “fight or flight reaction” (CANNON, 1935). After a period of contact with the aggressor, the organism starts adaptive mechanisms to reset homeostasis or to adapt to the new situation. The adaptation phase is characterized by the stimulation of anabolic processes in order to reestablish energy sources. Demands that do not exceed the organism adaptive capacity belong to physiological and behavioral responses are not considered stressors (KOOLHAAS et al., 2011).

However, when the adaptation does not happen and the contact with the aggressor is either too intense, prolonged or repeated, the organism enters the GAS third phase, characterized by exhaustion after the effort of an unsuccessful adaptation (SELYE, 1936; VAN DE KAR et al., 1991; HUETHER et al., 1999; CARRASCO & VAN DE KAR, 2003; McEWEN, 2005; RIBEIRO, 2012). In this phase, physiological and structural changes culminate in increased susceptibility to some diseases. Both acute and chronic stress can culminate in the exhaustion phase leading to functional potentially pathological changes.

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

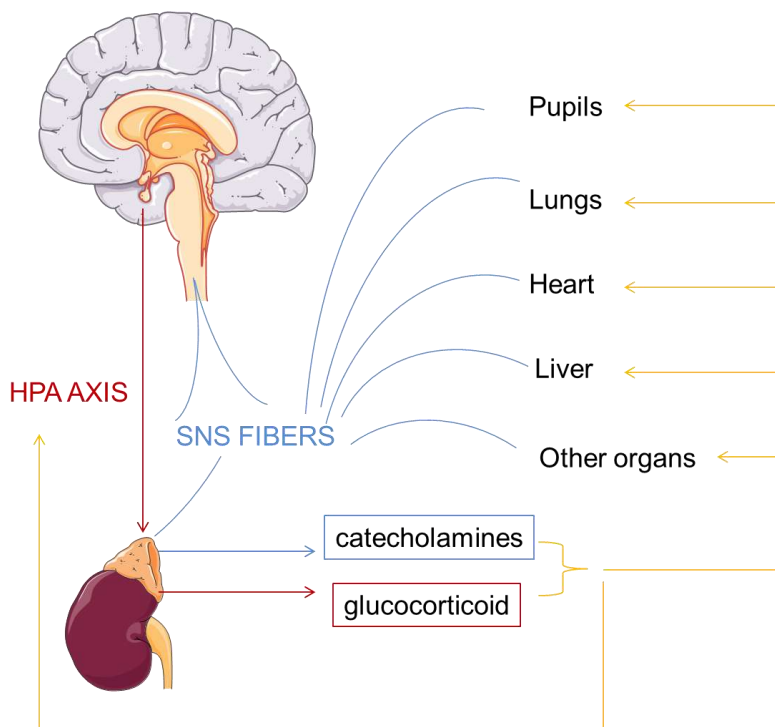


FIGURE 1: Schematic representation of stress response activation. The response begins in the brain with activation of sympathetic nervous system (SNS)-adrenal medulla (blue arrows and lines) and hypothalamus-pituitary-adrenal cortex axis (HPA axis, red arrows) with consequent secretion of catecholamines and glucocorticoids, respectively. SNS fibers also innervate the majority of the viscera where also release noradrenaline. Catecholamines and glucocorticoid orchestrate the peripheral physiological response to stress and also participate of the control of the response (orange arrows and lines).

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

Specificity of the stress response

In his theory, Selye (1936) defined stress as unspecific. However, currently it is assumed that the stress response results from the interaction between individual characteristics and environmental demands. The cognitive, behavioral and visceral aspects of the response to the stressor provide a better perception of the situation and its demands, as well as a fast processing of the available information, enabling the search for solutions, selecting appropriate behaviors and preparing the organism to act quickly and efficiently (McEWEN, 2000). Thus, the pool of neuroendocrine stress mediators released in each specific situation is determined by several factors such as age, gender, genetic pattern, or previous experience. Moreover, it also depends on the stressor characteristics, such as type, duration, intensity, and frequency of contact (SANTOS & SPADARI-BRATFISCH, 2006).

Therefore, considering that cognitive aspects and perceptions of stressors by each individual are determinant of the response (KOOLHAAS et al., 2011), in a group of several people exposed to the same stressful situation, each person may develop a different response. Even though, the consequences of stressful events in the initiation and progression of some diseases are clearly observed in the clinical and experimental research on stress (GLASER &

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

KIECOLT-GLASER, 2005; WIEDUWILD et al., 2020). Exposure to chronic mild stress activated hematopoietic stem cells proliferation in the mouse bone marrow, increasing the production of leukocytes and their amount in the blood (HEIDT et al., 2014). On the other hand, acute mental stress reduced the circulating levels of those cells in mouse and humans and activated endothelial cells, increasing leukocyte infiltrates in tissues such as the heart, lungs, skin, and atherosclerotic plaques (HINTERDOBLER et al., 2021). Increased circulating levels of inflammatory cytokines in the absence of pathogens, so-called sterile inflammation, has already been described in response to stressful events (reviewed by LEVINE, 2022).

Uncontrollability and unpredictability

Identifying the mechanisms through which stress converts from beneficial to harmful, or vice versa, is one of the goals of research in this area. Koolhaas and cols. (2011) proposed that stress becomes harmful when a cognitive perception of uncontrollability and/or unpredictability is expressed in physiological and behavioral responses. Unpredictability might be defined as the absence of an anticipatory response; uncontrollability is the loss of control in certain situation (KOOLHAAS et al., 2011). This emphasizes the importance of cognitive and perceptual aspects of stress for each individual,

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

in addition to the typical neuroendocrine responses (KOOLHAAS et al., 2011).

Therefore, not only the physical nature of the stressor predisposes to exhaustion and pathology but rather the intensity in which the stimulus can be predicted and controlled (WEISS, 1972; KOOLHAAS et al., 2011). However, it is not the actual control that counts, but the perceived control (SALVADOR, 2005).

Moreover, controllability and predictability are generally defined as binary factors, i.e., full control or complete absence of control, often using strongly aversive stimulus. However, in everyday life situations controllability is graded from absolute control, via threat to control, to loss of control. In theory, this leads to a three-dimensional constellation in which controllability and predictability form two dimensions and the third dimension is stressor intensity.

Stress research at the BEST

For more than 30 years, the research group at the Laboratory of Stress Biology (Federal University of Sao Paulo) has investigated the effects of stress on behavioral, metabolic, endocrine and cardiac parameters in animal models (BASSANI & DE MORAES 1988; SPADARI-BRATFISCH et al., 1999; ORTOLANI et al., 2011; MOURA et al., 2017; SPADARI et al.,

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

2018; CORDEIRO et al., 2020; DE CARVALHO et al., 2021; DE CARVALHO et al., 2022; CACERES et al., 2022; MOURA et al., 2022; MOURA et al., 2023).

Advances in the understanding stress mechanisms continue to be greatly benefited by animal models. They provide unique information about the physiology of stress, its signaling pathways and pathological consequences, which would be impossible to test in humans. Moreover, mechanistic studies in animal models have corroborated the stress-related pathophysiological changes in humans (MOURA et al., 2017; HINTERDOBLER et al., 2021)

The stress protocol of foot shock in rats has been used to investigate cardiovascular, endocrine and behavioral aspects of the stress response by our research group. It is a model of environmental stress characterized by psychological and physical stress, which is sub chronic, repeated, unpredictable and unescapable. Electric pulses of 1 mA intensity, 1 second duration are delivered at randomized intervals of 5 to 25 seconds. The rats are submitted to one daily session of stress during 30 minutes, for 3 consecutive days. It does not cause any paw lesion or locomotion alteration, reduction of food and liquid intake or body weight (ORTOLANI et al., 2011; MOURA et al., 2022). Interestingly, stressed rat's anxiety levels were lower than those seen in non-stressed rats (ORTOLANI et al.,

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

2011). Immediately after the first stress session corticosterone plasma level, the main glucocorticoid in rodents, was higher than it was in non-stressed rats. However, immediately before the next stress session, the corticosterone level was similar in stressed and non-stressed rats, suggesting that the rats did not anticipate the stressful situation, what characterizes unpredictable stress (VERAGO et al., 2001). After the next two stress sessions, corticosterone levels were progressively higher. The stress induced increase in corticosterone level was attenuated when the rats had access to high caloric food, enriched with glucose and fat, the so-called “comfort food” (ORTOLANI et al., 2011).

Foot shock-stressed rats presented higher plasmatic levels of glucose and insulin than non-stressed rats (VERAGO et al., 2001; FARIAS-SILVA et al., 2002). Basal lipolysis was also higher in adipocytes isolated from stressed rats, presenting a lower sensitivity to insulin (FARIAS-SILVA et al., 2002). Those data indicate that this foot shock stress protocol promotes metabolic changes, consistent with energetic substrates mobilization.

The vast majority of the stress studies in the literature explores stress-mediated behavioral changes, focusing on the central nervous system and brain. However, as above mentioned, the stress response is characterized by being

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

diffuse and potentially affecting other systems in the organism. Cardiovascular, immune, and gastrointestinal systems are highly affected by stress (CARNEVALE & LEMBO, 2018; OSBORNE et al., 2020; DE CARVALHO et al., 2021). Therefore, studies have shed light on the physiological consequences of the stress response in multiple systems simultaneously (ELENKOV et al., 2000; CARNEVALE & LEMBO, 2018).

Because the heart is a main target for the stress mediators, catecholamines and glucocorticoids, our research group has invested substantial efforts understanding the mechanisms triggered by stress on heart physiology.

Stress and the heart

Despite recent medical advances, cardiovascular diseases remain as the main cause of death in Brazil and in the rest of the world (DATASUS; WHO) and it is recognized that there is a correlation between psychological stress, several adverse cardiac events (ESCH et al., 2002; SANTOS & SPADARI-BRATFISCH, 2006; THEORELL et al., 2006; WITTSTEIN, 2008; RICE, 2012; STEPTOE & KIVIMAKI, 2012; MOURA et al., 2017; KIVIMAKI & STEPTOE, 2018; HINTERDOBLER et al., 2021) and the growing demand on health care systems (LEVINE, 2022). Natural disasters, outbreak of war, terrorist

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

attack or even a sport competition as the FIFA World Cup are acute psychological stressors that are known to precipitate adverse cardiac events, such as sudden death, myocardial infarction and arrhythmia (reviewed by KIVIMAKI & STEPTOE, 2018; LEVINE, 2022).

A notable cardiac manifestation of acute stress is the stress cardiomyopathy, also called as Takutsubo cardiomyopathy. This myocardial syndrome is characterized by sudden abnormalities in the heart anatomy, electrical signal propagation, and left ventricle function (SUZUKI et al., 2014; LEVINE, 2022). Populational studies also associated chronic stressors with higher risk of cardiac events. Financial issues, work stress, marital stress and posttraumatic disorders are commonly linked to coronary heart disease (reviewed by LEVINE, 2022).

Those reports also suggest that psychological stress has a more relevant role not only as a trigger of cardiovascular diseases, but also related to accelerated disease progression and impaired recovery (KIVIMAKI & STEPTOE, 2018). In addition, it is important to emphasize that there is a strong association between stress and cardiovascular disease in patients with pre-existing cardiovascular disorders or in individuals at high cardiac risk (KIVIMAKI & STEPTOE, 2018). Despite many association studies, the underlying mechanisms

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

whereby psychological stress contribute to and affect cardiac physiology remains uncomplete.

Heart is the contractile muscular organ that ensures blood supply to every cell into the body. The beating rate and the ability to develop force are crucial for its function. Although these characteristics are intrinsic to the myocardium, they are mainly, but not exclusively, under control of the autonomic nervous system. Compounds released by sympathetic neurons (mainly noradrenaline), adrenal gland medulla (adrenaline and noradrenaline), and the vagus nerves (acetylcholine) are accountable for the short-term modulation of cardiac performance. While catecholamines increase cardiac output through the positive effects on chronotropism, inotropism, and lusitropism, acetylcholine promotes the opposite through the negative effect on chronotropism (SANTOS & SPADARI-BRATFISCH, 2006; RIBEIRO, 2012).

In the target cells, catecholamines couple to specific membrane receptors, called adrenergic receptors, of two types: beta (β -AR) and alpha adrenoceptors (WOO & XIAO, 2012). β -ARs, the predominant adrenoceptor type in the cardiac cells, are expressed in three subtypes: β_1 -AR, β_2 -AR, and β_3 -AR. All the three subtypes of β -ARs are G protein-coupled receptors (BYLUND, 1992; SANTOS & SPADARI-BRATFISCH, 2006; SPADARI et al., 2018).

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

Classically, β_1 -AR and β_2 -AR stimulation by their agonists activates the stimulatory G protein (Gs)-adenylyl cyclase (AC)-cyclic adenosine monophosphate (cAMP)-protein kinase A (PKA) signaling pathway (FIGURE 2). In cardiomyocytes, the phosphorylation of PKA substrates (BRODDE, 1991) mediates an increase in the calcium transient, heart rate, contraction force and relaxation rate, improving the cardiac output (FIGURE 2). PKA also phosphorylates other substrates, such as the nuclear factor- κ B (NF- κ B) and cAMP responsive element binding protein 1 (CREB1), that drive adrenergic-mediated gene regulation. PKA also phosphorylates β_1 - and β_2 -ARs. Phosphorylated β_2 -ARs increase their affinity to inhibitory G protein (Gi) that promotes opposite effects in the AC-cAMP-PKA signaling pathway, avoiding adrenergic over-stimulation (SPADARI-BRATFISCH & SANTOS, 2008; WOO & XIAO, 2012; FIGURE 2).

Persistent adrenergic stimulation can trigger structural and functional changes in the cardiac β -AR population (SPADARI-BRATFISCH & SANTOS, 2008; FAJARDO et al., 2011). β_1 -AR persistent stimulation has cardiotoxic effect through activation of apoptotic pathways, which promote impairment of cardiac remodeling (ENGELHARDT et al., 1999; BISOGNANO et al., 2000; ZHU et al., 2003). Differently, β_2 -AR over stimulation activates cellular survival pathways, despite of some

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

contractility impairment (ZHU et al., 2001; ZHANG et al., 2011). Changes in β -ARs expression and signaling are related to impairment in cardiovascular function induced by sympathetic overstimulation as it occurs in the failing and in the senescent heart (BRODDE, 1991; SPADARI et al., 2018). In heart failure and aging, β_1 -AR expression is reduced, while β_2 -AR expression is enhanced or unchanged (BRISTOW et al., 1986, BRISTOW et al., 1993). Increased β_2 -AR/ β_1 -AR ratio was also shown in some experimental stress models (SPADARI-BRATFISCH et al., 1999; MOURA et al., 2017; MOURA et al., 2022), when there is sympathetic overstimulation as well. Those data suggest that the modulation of the expression and function of the β_1 -AR and β_2 -AR might be part of adaptive mechanism aimed to protect the heart against the effects of adrenergic overstimulation.

In the animal model of foot shock stress there is a reduction in the atria response to β_1 -AR agonists and an increase in the response to the β -AR non-selective agonist (isoprenaline) and to β_2 -AR selective agonist (salbutamol) (BASSANI & DE MORAES, 1988; VANDERLEI et al., 1996; MOURA et al., 2017). Those changes are correlated to higher β_2 -AR protein expression and lower β_1 -AR protein expression in both atria (MOURA et al., 2017) and ventricles (CORDEIRO et al., 2020; MOURA et al., 2022), indicating that β_2 -AR upregulation

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

contributes to the enhanced cardiac response to catecholamines. Nevertheless, the stress-induced alterations in the β_1 -ARs were seen in the heart of mice knockout for the β_2 -ARs (MOURA et al., 2023). β_3 -AR expression was unaltered in the heart of foot shock stressed rats (CACERES et al., 2022). Those stress-induced changes in cardiac β_1 -AR and β_2 -AR expressions and activity were transient. However, persistent changes were identified in some proteins of their intracellular signaling pathways, mainly those related to cardiomyocytes survival (CORDEIRO et al., 2020).

Additionally, using microarray technique, we have recently demonstrated that the alterations in the cardiac gene expression profile triggered by stress can be more extensive and that the profile of genes dysregulated by stress when β_2 -AR was upregulated was completely different from that seen when β_2 -AR was pharmacologically blocked. This suggests that β_2 -AR modulates those stress-induced changes in the expression of several genes in the heart (DE CARVALHO et al., 2021). Therefore, although not essential for post-stress survival (MOURA et al., 2023), β_2 -AR plays an important role in the cardiac stress response (DE CARVALHO et al., 2021). Furthermore, those results provide insight into the influence of stress in the cardiac cells phenotype (DE CARVALHO et al., 2021), probably with clear functional impairment. Further study

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

of the genes and signaling pathways involved with the cardiac stress response may clarify the molecular mechanisms by which stress interfere in the heart physiology.

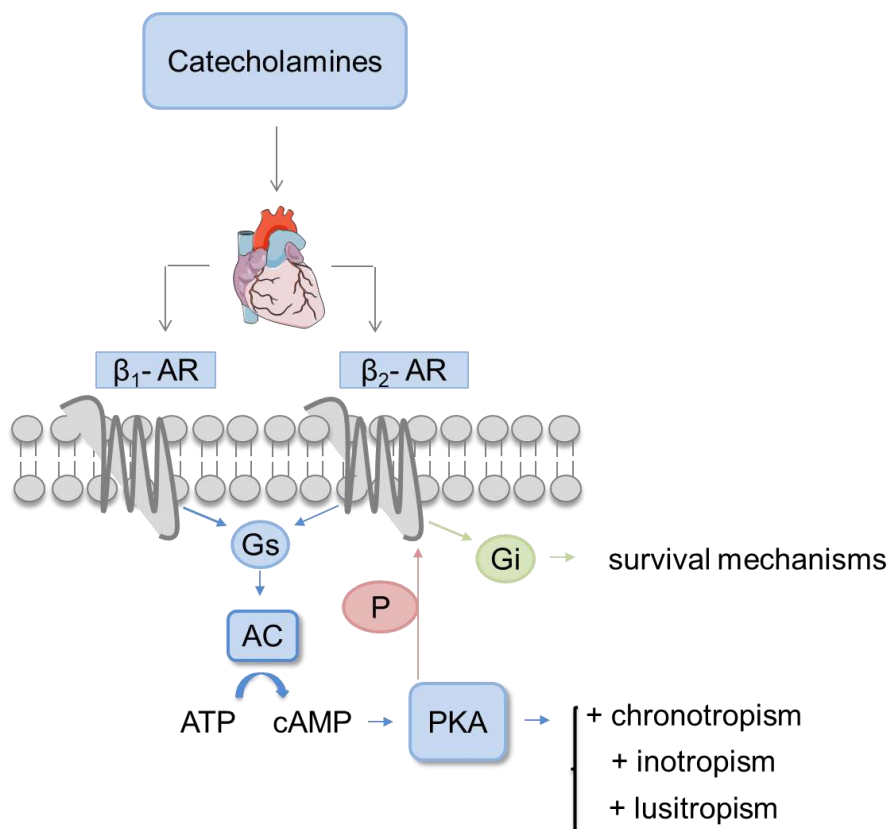


FIGURE 2: Schematic representation of primary catecholamines actions on cardiac betadrenoceptors (β -AR). Intracellular signaling of both β_1 -AR and β_2 -AR activates the stimulatory G protein (Gs)-adenylyl cyclase (AC)-cyclic adenosine monophosphate (cAMP)-protein kinase A (PKA) signaling pathway. Phosphorylation of PKA substrates increases chronotropism, inotropism and lusitropism in the

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

heart. PKA also phosphorylate β_2 -AR increase their affinity to inhibitory G protein (G_i), which stimulate survival mechanisms.

So, the above-mentioned findings suggest that stress-induced changes in β -AR signaling might play a key role in the mechanisms that turn stress from an adaptive response aimed to guarantee survival into a deleterious one and a potential cardiovascular risk factor. Identifying the mechanisms that induce such alterations in the β -AR, may be important to clarify the pathophysiological processes related to stress, and also provide scientific basis for clinical interventions.

Concluding remarks

The accumulated knowledge presented here demonstrates that psychological stress events are able to induce deep physiological changes, as such extent that might precipitate the onset of diseases. The emerging evidences showed are consistent in adding stress as a relevant cardiovascular risk factor, as well as smoking, lack of regular physical activity, high blood-pressure and cholesterol levels, overweight, and others.

As above-mentioned, stress response includes triggering of central and peripheral physiological alterations but also depends on individual perception of the stressful situation. This improves the complexity of the identification and

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

characterization of the stress mechanisms, particularly in humans.

We and others have invested substantial efforts to demonstrate the molecular and physiological mechanisms that support the indication of psychological stress as a cardiovascular risk factor. Understanding the molecular and pathological mechanisms involved in the stress response might help to definitely demonstrate how damaging stressful situations can be to our organism and life.

Acknowledgements

Figures were partly generated using Servier Medical Art, provided by Servier, licensed under a Creative Commons Attribution 3.0 unported license (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>).

Competing interests

The authors declare no competing interests.

References

- Bassani RA, de Moraes S. 1988. Effects of repeated footshock stress on the responsiveness of the isolated rat pacemaker to catecholamines: Role of beta-2 adrenoceptors. *J Pharmacol Exp Ther*; 246(1): 316-321.
- Bisognano JD, Weinberger HD, Bohlmeier TJ, Pende A, Raynolds MV, Sastravaha A, Roden R, Asano K, Blaxall BC,

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

Wu SC, Communal C, Singh K, Colucci W, Bristow MR, Port DJ. 2000. Myocardial-directed overexpression of the human β 1-adrenergic receptor in transgenic mice. *J Mol Cell Cardiol*; 32: 817–30.

Bristow MR, Ginsburg R, Fowler M, Minobe W, Rasmussen R, Zera P, Menlove R, Shah P, Jamieson S, Stinson EB. 1986. β 1 and β 2-adrenergic-receptor subpopulations in nonfailing and failing human ventricular myocardium: coupling of both receptor subtypes to muscle contraction and selective β 1-receptor downregulation in heart failure. *Circ Res*; 59: 297–309.

Bristow MR, Minobe WA, Reynolds MV, Port JD, Rasmussen R, Ray PE, Feldman AM. 1993. Reduced β 1 receptor messenger RNA abundance in the failing human heart. *J Clin Invest*; 92: 2737–45.

Brodde OE. 1991. Beta 1- and beta 2-adrenoceptors in the human heart: properties, function, and alterations in chronic heart failure. *Pharmacol Rev*; 43, 203-242.

Bylund DB. 1992. Subtypes of alpha 1- and alpha 2-adrenergic receptors. *FASEB J*; 6(3): 832-839.

Caceres V, de Carvalho AETS, Ortolani D, Rodrigues LS, Oyama LM, Spadari RC. 2022. Stress-induced down-regulation of nitric oxide synthase in the rat heart. *Insights Pharmacol Pharm Sci*; 3(1): 18-26.

Cannon WB. 1935. Stresses and strains of homeostasis. *Am J Med Sci*; 189 (1): 13-14.

Carnevale D, Lembo G. 2018. Heart, Spleen, Brain - Neuroimmune axis of cardiovascular control. *Circulation*; 138: 1917–1919.

Carrasco GA, van de Kar LD. 2003. Neuroendocrine pharmacology of stress. *Eur J Pharmacol*; 463(1-3): 235-272.

Charmandari E, Tsigos C, Chrousos G. 2005. Endocrinology of the stress response. *Annu Rev Physiol*; 67: 259–284.

Cordeiro MA, Rodrigues LS, Ortolani D, de Carvalho AET, Spadari RC. 2020. Persistent effects of subchronic stress on components of ubiquitin-proteasome system in the heart. *J Clin Exp Cardiol*; 11: 676.

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

de Carvalho AETS, Cordeiro MA, Rodrigues LS, Ortolani D, Spadari RC. 2022. Absence of oxidative stress and sirtuins recruitment on cardiac tissue post stress. *Am J Cardiol Res Rev*; 5: 19.

de Carvalho AETS, Cordeiro MA, Rodrigues LS, Ortolani D, Spadari RC. 2021. Stress-induced differential gene expression in cardiac tissue. *Sci Rep*; 11:9129.

Elenkov IJ, Wilder RL, Chrousos GP, Vizi ES. 2000. The sympathetic nerve—An integrative interface between two supersystems: The brain and the immune system. *Pharmacol Rev*; 52, 595–638.

Engelhardt S, Hein L, Wiesmann F, Lohse MJ. 1999. Progressive hypertrophy and heart failure in β 1-adrenergic receptor transgenic mice. *Proc Natl Acad Sci USA*; 96: 7059–64.

Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H. 2002. Stress in cardiovascular diseases. *Med Sci Monit*; 8(5): RA93-RA101.

Fajardo G, Zhao M, Berry G, Wong LJ, Mochly-Rosen D, Bernstein D. 2011. β 2-adrenergic receptors mediate cardioprotection through crosstalk with mitochondrial cell death pathways. *J Mol Cell Cardiol*; 51(5): 781–789.

Farias-Silva E, Sampaio-Barros, MM, Amaral MEC, Carneiro EM, Boschero AC, Grassi-Kassisse DM, Spadari-Bratfisch RC. 2002. Subsensitivity to insulin in adipocytes from rats submitted to foot shock stress. *Can J Physiol Pharmacol*; 80(8): 783-89.

Fuchs Y, Steller H. 2015. Live to die another way: modes of programmed cell death and the signals emanating from dying cells. *Nat Rev Mol Cell Biol*; 16(6): 329-44.

Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. 2005. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nat Rev Immunol*; 5: 243–251.

Galluzzi L et al. 2018. Molecular mechanisms of cell death: recommendations of the Nomenclature Committee on Cell Death 2018. *Cell Death Differ*; 25(3): 486-541.

Heidt T, Sager HB, Courties G, Dutta P, Iwamoto Y, Zaltsman A, C von Zur M, Bode C, Fricchione GL, Denninger J, Lin CP,

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

Vinegoni C, Libby P, Swirski FK, Weissleder R, Nahrendorf M. 2014. Chronic variable stress activates hematopoietic stem cells. *Nat Med*; 20: 754–758.

Hinterdobler J, Schott S, Jin H, Meesmann A, Steinsiek AL, Zimmermann AS, Wobst J, Müller P, Mauersberger C, Vilne B, Baecklund A, Chen CS, Moggio A, Braster Q, Molitor M, Krane M, Kempf WE, Ladwig KH, Hristov M, Hulsmans M, Hilgendorf I, Weber C, Wenzel P, Scheiermann C, Maegdefessel L, Soehnlein O, Libby P, Nahrendorf M, Schunkert H, Kessler T, Sager HB. 2021. Acute mental stress drives vascular inflammation and promotes plaque destabilization in mouse atherosclerosis. *Euro Heart J*; 1–13.

Holmes FL. 1986. Claude Bernard, the milieu interieur and regulatory physiology. *Hist Philos Life Sci*; 8(1): 3-25.

Huether G, Doering S, Rüger U, Rüther E, Schüssler G. 1999. The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Res*; 87(1): 83-95.

Kivimäki M, Steptoe A. 2018. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*; 15: 215-229.

Koolhaas JM, Bartolomucci A, Buwalda B, de Boer SF, Flügge G, Korte SM, Meerlo P, Murison R, Olivier B, Palanza P, Richter-Levin G, Sgoifo A, Steimer T, Stiedl O, van Dijk G, Wöhr M, Fuchs E. 2011. Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neurosci Biobehav Rev*; 35(5):1291-301.

Levine GN. 2022. Psychological stress and Heart disease: Fact or Folklore? *Am J Med*; 135: 688–696.

Lu S, Wei F, Li G. 2021. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*; 5(6): 76-85.

McEwen BS. 2007. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev*; 87(3): 873-904.

McEwen BS. 2000. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res*; 886:172-89.

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

- McEwen BS. 2005. Stressed or stressed out: what is the difference? *J Transcult Nurs*;16(4): 347-355.
- Moura AL, Brum PC, de Carvalho AETS, Spadari RC. 2023. Effect of stress on the chronotropic and inotropic responses to β -adrenergic agonists in isolated atria of KO β 2 mice. *Life Science*; 322: 121644.
- Moura AL, Hyslop S, Grassi-Kassisse DM, Spadari RC. 2017. Functional β 2-adrenoceptors in rat left atria: effect of foot-shock stress. *Can J Physiol Pharmacol*; 95(9): 999-1008.
- Moura R, Cordeiro MA, Medeiros A, Ortolani D, Ribeiro DA, de Carvalho AETS, Spadari RC. 2022. β 2-Adrenoceptor and expression of MuRF1 and Atrogin-1 under stress. *EC Cardiology*; 9.7.
- Ortolani D, Oyama LM, Ferrari EM, Melo LL, Spadari-Bratfisch RC. 2011. Effects of comfort food on food intake, anxiety-like behavior and the stress response in rats. *Physiol and Behav*; 103(5): 487-492.
- Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, Pitman RK, Fayad ZA, Tawakol A. 2020. Disentangling the links between psychosocial stress and cardiovascular disease. *Circ Cardiovasc Imaging*; 13:e010931.
- Ribeiro EB. *Fisiologia endócrina*. 2012. UNIFESP. Editora Manole; 1ª edição.
- Rice VH. 2012. Relationship to Health. In: Rice, V. H. *Handbook of Stress, Coping, and Health Implications for Nursing Research, Theory, and Practice*. SAGE Publications, Inc; 2 ed.: 22-42.
- Salvador A. 2005. Coping with competitive situations in humans. *Neurosci Biobeh Rev*; 29 (1): 195-205.
- Santos IN, Spadari-Bratfisch RC. 2006. Stress and cardiac beta adrenoceptors. *Stress*; 9(2): 69-84.
- Selye H. 1936. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*; 138(3479): 32-32.
- Spadari RC, Cavadas C, de Carvalho AETS, Ortolani D, de Moura AL, Vassalo PF. 2018. Role of beta-adrenergic receptors

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

and sirtuin signaling in the heart during aging, heart failure, and adaptation to stress. *Cell Mol Neurobiol*; 38(1): 109-120.

Spadari-Bratfisch RC, dos Santos IN. 2008. Adrenoceptors and adaptive mechanisms in the heart during stress. *Ann N Y Acad Sci*; 1148: 377-383.

Spadari-Bratfisch RC, Santos IN, Vanderlei LCM, Marcondes FK. 1999. *Can J Physiol Pharmacol*; 77: 432-440.

Steptoe A, Kivimaki M. 2012. Stress and cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*; 9(6): 360-370.

Suzuki H, Matsumoto Y, Kaneta T, Sugimura K, Takahashi J, Fukumoto Y, Takahashi S, Shimokawa H. 2014. Evidence for brain activation in patients with Takotsubo cardiomyopathy. *Circ J*; 78: 256–8.

Theorell T, Kristensen TS, Kornitzer M, Marmot M, Orth-Gomér K, Steptoe A. 2006. Stress and Cardiovascular Disease. *European Heart Network*; 3; 9(6): 360-70.

van De Kar LD, Piechowski RA, Rittenhouse PA, Gray TA. 1991. Amygdaloid lesions: differential effect on conditioned stress and immobilization-induced increases in corticosterone and renin secretion. *J Neuroendocrinol*; 54: 89-95.

Vanderlei LC, Marcondes FK, Lanza LL, Spadari-Bratfisch RC. 1996. Influence of the estrous cycle on the sensitivity to catecholamines in right atria from rats submitted to foot shock stress. *Can J Physiol Pharmacol*; 74(6): 670-678.

Verago JL, Grassi-Kassisse DM, Spadari-Bratfisch RC. 2001. Metabolic markers following beta-adrenoceptor agonist infusion in foot shock stressed rats. *Braz J Med Biol Res*; 34(9): 1197-1207.

Weiss JM. 1972. Influence of psychological variables on stress-induced pathology. *Ciba Found Symp*; (8): 253-65.

Wieduwild E, Girard-Madoux MJ, Quatrini L, Laprie C, Chasson L, Rossignol R, Bernat C, Guia S, Ugolini S. 2020. β 2-adrenergic signals downregulate the innate immune response and reduce host resistance to viral infection. *J Exp Med*; 217:e20190554.

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

Wittstein IS. 2008. Acute stress cardiomyopathy. *Curr Heart Fail Rep*; 5(2): 61-68.

Woo AYH, Xiao RP. 2012. β -Adrenergic receptor subtype signaling in heart: From bench to bedside. *Acta Pharmacologica Sinica*; 33: 335–341.

Zhang W, Yano N, Deng M, Mao Q, Shaw SK, Tseng YT. 2011. β -Adrenergic receptor-PI3K signaling crosstalk in mouse heart: Elucidation of immediate downstream signaling cascades. *Plos ONE*; 6 (10): e26581.

Zhu WZ, Wang SQ, Chakir K, Yang D, Zhang T, Brown JH, Devic E, Kobilka BK, Cheng H, Xiao RP. 2003. Linkage of β 1-adrenergic stimulation to apoptotic heart cell death through protein kinase A-independent activation of Ca^{2+} /calmodulin kinase II. *J Clin Invest*; 111: 617–25.

Zhu WZ, Zheng M, Koch WJ, Lefkowitz RJ, Kobilka BK, Xiao RP. 2001. Dual modulation of cell survival and cell death by β 2-adrenergic signaling in adult mouse cardiac myocytes. *Proc Natl Acad Sci*; 98:1607–12.

Stress response as a prominent cardiovascular risk factor

How to cite:

de Carvalho AETS; Spadari RC. Stress response as a prominent cardiovascular risk factor. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 131-158, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Vaninne Arnaud de Medeiros Moreira – Patrícia Gorisch

CRIANÇAS REFUGIADAS NO BRASIL: DESAFIOS EM TEMPOS DE PANDEMIA ¹

Vaninne Arnaud de Medeiros Moreira²

Patrícia Gorisch³

¹ How to cite:

MOREIRA, Vaninne Arnaud de Medeiros, GORISCH, Patrícia. Crianças refugiadas no Brasil: desafios em tempos de pandemia. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 159-191, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Vaninne Arnaud de Medeiros Moreira

Doutora em Ciências Jurídicas pela Universidad del Museo Social Argentino.

Mestranda em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília.

Especialista em Processo Civil pela Universidade Potiguar.

Professora Efetiva do Curso de Direito do CCJS/UFCG.

³ Patrícia Gorisch

Pós Doutora em Direitos Humanos pela Universidad de Salamanca, Espanha.

Pós Doutora em Direito da Saúde pela Università Degli Studi di Messina, Itália.

Doutora e Mestre em Direito Internacional. Professora do Programa de Mestrado em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília.

Presidente Nacional da Comissão de Direito dos Refugiados do IBDFAM.

Advogada pro bono da Cruz Vermelha São Paulo.

Consultora Mundial em Humanitarian Action pela WOSM.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia****Abstract**

This work is justified in view of the challenges faced by refugee children in Brazil during the Covid-19 pandemic, a disease that has plagued the global population since the end of 2019. The objectives set out were to analyze the phenomenon of migration, the reasons for migration and the specific forms of persecution against children, as well as the challenges faced by refugee children in Brazil during the Covid-19 pandemic. The methodology employed used a qualitative approach, and the research was descriptive. As for procedural methods, indirect documentation will be used as collection methods. Data analysis will be based on a bibliographical review. In the end, there was an increase in difficulties in accessing the rights proclaimed in the national legal system in relation to refugee children during the pandemic state, due to the closing of borders, schools, shelters and limited access to health.

Keywords: Migrations, Children, Covid-19.

Resumo

O presente trabalho se justifica diante dos desafios enfrentados pelas crianças refugiadas no Brasil durante a pandemia da Covid-19, doença que assola a população global desde o final de 2019. Os objetivos traçados foram o de analisar o fenômeno das migrações, os motivos para migração infantil e as formas específicas de perseguição contra as crianças, bem como os desafios enfrentados pelas crianças refugiadas no Brasil durante a pandemia da Covid-19. A metodologia empregada utilizou uma abordagem qualitativa, sendo a pesquisa descritiva. Quanto aos métodos procedimentais, utilizar-se-á como métodos de coleta a documentação indireta. A análise dos dados será feita a partir de uma revisão bibliográfica. Ao final, constou-se o aumento das dificuldades de acesso aos direitos proclamados no ordenamento jurídico pátrio em relação às crianças refugiada durante o estado pandêmico, decorrente do fechamento de fronteiras, escolas, abrigos e limitação do acesso à saúde.

Palavras-chave: Migrações, Crianças, Covid-19.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

1. Considerações iniciais

O mundo vive, na atualidade, uma estarrecedora crise humanitária diante dos números relacionados às migrações forçadas. É a maior crise migratória desde a 2ª Guerra Mundial, sendo grande parte dessa população oriunda da Síria, Congo, Sudão, Nigéria, Afeganistão e Venezuela, dentre outros.

As principais causas para esta triste realidade são as guerras, os conflitos políticos e as necessidades humanitárias, que abrangem a fome, o desemprego e a instabilidade econômica. Nesse cenário, as crianças somam a maior parcela da população migrante, estejam acompanhadas, desacompanhadas ou apenas separadas de suas famílias.

Os desafios começam com as perseguições específicas, envolvendo o recrutamento infantil para a guerra, o tráfico de menores, o casamento forçado, a prostituição e a violência doméstica, bem como mutilação genital feminina e o trabalho forçado.

No Brasil, grande parte das crianças refugiadas encontram verdadeiras barreiras para a plena efetivação dos direitos humanos, notadamente direitos da criança e do adolescente, assegurados em leis internacionais e internas.

Tal situação ficou ainda mais difícil diante da pandemia de COVID-19, que assolou o mundo e motivou, dentre outras

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

medidas, o fechamento de fronteiras, a dificuldade de acesso ao ensino remoto, o acesso restrito às casas de acolhimento e a irregularidade de atendimento nos serviços de saúde básica. São questões que necessitam de respostas da população e, principalmente, do Poder Público.

2 Migrações e refúgio

Ao longo da história, as migrações fizeram parte da evolução da sociedade. Desde os primórdios, os seres humanos já se deslocavam, seja por questões climáticas e busca por alimentos, seja por conflitos com outros grupos. Porém, os fundamentos jurídicos e políticos modernos só se consolidaram ao final do século XIX.

O termo migração corresponde à mobilidade espacial da população. Migrar é trocar de país, de Estado, Região ou até de domicílio. Esse processo ocorre desde o início da história da humanidade. Os fluxos migratórios podem ser desencadeados por diversos fatores. Dentre os principais fatores que impulsionam as migrações podem ser citados os econômicos, políticos e culturais (MARINUCCI; MILESI, 2011).

As migrações compreendem, portanto, os movimentos de uma pessoa ou grupos de pessoas de um espaço geográfico para outro, através de uma fronteira política ou administrativa,

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

com intenção de se instalar de forma temporária ou definitiva diferente de seu lugar de origem.

2.1 Migrações ao longo da história

Na pré-história, ocorreu a primeira grande migração, onde o homem se deslocou da África, berço da civilização humana, para todos os demais continentes. Durante milhares de anos, a ocupação se desenvolveu com base no nomadismo e na busca pela sobrevivência.

Mas a história registrou muitas outras migrações. Uma das primeiras migrações foi protagonizada pelos israelitas, quando escaparam da escravidão no Egito e foram buscar liberdade na Palestina, no século XIII a. C.

Outro grande processo migratório se desenvolveu com as grandes descobertas dos séculos XV ao XIX, com a colonização das Américas, da África e parte da Ásia, bem como com o fenômeno da escravidão. Nesse último caso, a migração era completamente forçada.

Com o advento da abolição da escravatura, as Américas passaram a ser destino de parte da população migrante, em função do superpovoamento da Europa, guerras e fome. Para o Brasil, se deslocaram, dentre outros, italianos e alemães em busca de ofertas de emprego e melhores condições de vida.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

No século XX, as duas grandes guerras provocaram uma das maiores migrações da história, tendo uma Europa devastada como motivação. Nesse ínterim, convém destacar que tais migrações desencadearam a necessidade de elaboração de normas de proteção internacional.

Atualmente, a história presencia outro grande fenômeno migratório. Os conflitos políticos e econômicos continuam sendo a principal motivação para os deslocamentos, tendo a Europa e os Estados Unidos da América como principais destinos.

Necessita-se compreender, portanto, que as migrações podem contribuir positivamente para o futuro da humanidade e para o desenvolvimento econômico e social dos países. O fenômeno das migrações internacionais aponta para a necessidade de repensar-se o mundo não com base na competitividade econômica e o fechamento das fronteiras, mas, sim, na cidadania universal, na solidariedade e nas ações humanitárias. Nesse ínterim, os países devem adotar políticas que contemplem e integrem o contributo positivo do migrante, vendo, assim, as migrações como um ganho e não como um problema (MARINUCCI; MILESI, 2011).

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

2.2 Refúgio: conceito e características

A temática dos refugiados, buscando proteção em outro território em função de perseguições sofridas, existe desde o século XV. Porém, foi apenas no século XX que surgiu a proteção institucionalizada desse instituto.

Dessa forma, tem-se como marco inicial a expulsão dos judeus da região da atual Espanha, no ano de 1492, em função da política de europeização do reino unificado de Castela e Aragão – iniciada após a reconquista deste da dominação turca – que levou à expulsão da população apátrida, não totalmente assimilada e que contabilizava 2% do total da população, em função de esse reino ter a unidade religiosa como uma de suas bases constitutivas (JUBILUT, 2007).

Porém, apenas no cenário pós-guerra, com a derrota dos países do eixo (Alemanha, Itália e Japão), em setembro de 1945, a qual pôs fim a Segunda Guerra Mundial, diante de uma Europa devastada e sem condições de produzir o essencial à sobrevivência de sua população, é que o instituto se desenvolveu juridicamente (SERRAGLIO, 2014).

Nesse panorama, instalou-se uma grande crise migratória que deu origem à criação, em 03 de dezembro de 1949, do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR),

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

que estabeleceu critérios mais universais para a concessão do status de refugiado.

Seu estatuto foi aprovado em 14 de dezembro de 1950 e, em 28 de julho de 1951, em Genebra, foi celebrada a Convenção das Nações Unidas para o Estatuto dos Refugiados. Esta convenção e seu Protocolo de 1967 são considerados os principais instrumentos internacionais de proteção aos refugiados até os dias atuais.

O conceito de refugiado está descrito no §2º, do art. 1º da referida Convenção:

[...] em consequência dos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951 e temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha sua residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não pode ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele.

Percebe-se, dessa forma, uma limitação temporal na definição da Convenção de 1951, que restringiu a condição de refugiado aos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951, além do que também fez uma restrição geográfica, visto que só as pessoas provenientes da Europa poderiam solicitar refúgio em outros países (MAZZUOLI, 2020).

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

No intuito de ampliar esse conceito e retirar essas limitações temporárias e geográficas, foi estabelecido o Protocolo sobre o Estatuto dos Refugiados de 1966, considerando então refugiado qualquer pessoa que, temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, encontra-se fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha sua residência habitual, não pode ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele.

Esse conceito também pode ser ampliado no plano regional com o objetivo de melhor proteger o solicitante de refúgio. Assim temos a Convenção relativa aos aspectos específicos dos refugiados africanos, de 1969, no âmbito da União Africana, e a Declaração de Cartagena sobre os Refugiados, de 1984, no âmbito da Organização dos Estados Americanos – OEA. Em ambos os documentos, a ampliação visa abranger indivíduos ameaçados de violência generalizada, agressões internas e violação massiva dos direitos humanos.

Assim, pode-se denominar refugiado como aquele indivíduo que deixa seu país em decorrência de um fundado temor de perseguição explicado por cinco razões: raça,

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

nacionalidade, religião, opinião política e pertencimento a um grupo social específico (GORISCH, 2017).

Os indivíduos que recebem o status de refugiado passam a ter proteção humanitária, adquirindo direitos como qualquer cidadão e obrigações relativas à condição de estrangeiro no país que os acolheram.

O Brasil possui uma lei específica relativa ao instituto do refúgio. Trata-se da lei nº 9.474/97, que além de ampliar o conceito sobre refugiado, prestigiando a Declaração de Cartagena, cria um órgão nacional específico para tratamento das questões relativas ao instituto. O Comitê Nacional para os Refugiados – CONARE – é o órgão competente para analisar, dentre outras atribuições, o pedido sobre reconhecimento da condição de refugiado.

Outro destaque dessa lei é o fato de a mesma ser a primeira norma brasileira a implementar um Tratado de Direitos Humanos e a fazer referência expressa à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (MAZZUOLI, 2020).

A lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que instituiu a nova lei de migração, também trouxe inovações e proteção ao refugiado, tendo como princípios balizadores, dentre outros, a acolhida humanitária e o acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos,

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social.

3. Crianças refugiadas

O refúgio é um instituto que carrega, por si mesmo, muita dor e tragédia. Nesse cenário, as crianças com menos de 18 anos representam 52% da população refugiada no mundo, estando em constantes riscos de abuso, negligência, violência, exploração, tráfico ou recrutamento militar.

Dados do ACNUR indicam que existam cerca de 173.800 crianças desacompanhadas ou separadas. Vale salientar que crianças separadas são aquelas que estão separadas de seus pais ou parentes próximos, mas estão sob a guarda de alguém. Já as crianças desacompanhadas são aquelas que estão completamente sozinhas, o que as tornam ainda mais vulneráveis e as colocam em risco ainda maior de sofrer exploração e abuso.

Notadamente, a maioria das crianças refugiadas vem do Sudão do Sul, país onde as crianças representam dois terços da população refugiada. O conflito em curso no país mais jovem do mundo forçou cerca de 2,4 milhões de pessoas a se tornarem refugiados, enquanto outros dois milhões são deslocados internos. A maioria dos refugiados são mulheres e

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

crianças, que fogem pela fronteira, chegando fracos e desnutridos aos campos de refugiados e centros de transferência.

3.1 Criança: conceito e aspectos jurídicos

Primeiramente, convém estabelecer um conceito ou até mesmo um limite para o que a palavra criança abrange. De acordo com as ciências médicas, a infância compreende a fase desde o nascimento até os 12 anos, sendo seguida da adolescência que se estende até os 18 anos. No entanto, a pediatria, que é a especialidade médica responsável pelo tratamento e prevenção de doenças infantis, atende desde o nascimento até os 18 anos completos.

A legislação brasileira segue essa corrente e considera do nascimento aos 12 anos incompletos o indivíduo como criança. Dos 12 aos 18 anos, temos assim a adolescência.

Já a ONU, por outro lado, considera criança o indivíduo deste o nascimento até 18 anos. E é essa a definição que é adotada no direito internacional e em todas as normas relativas ao instituto do refúgio.

Além da legislação internacional e interna, relacionadas aos refugiados, como o Estatuto dos Refugiados de 1951 e o Protocolo de 1967, temos uma legislação específica:

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959, a Convenção dos Direitos da Criança de 1989 e, no direito interno, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90).

O ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados), apresenta nas Diretrizes sobre Proteção Internacional nº 8, alguns direitos das crianças. Dentre eles, pode-se destacar o direito a não serem separadas dos pais, a proteção contra toda forma de violência física e mental, abuso, negligência e exploração, a proteção contra as práticas tradicionais prejudiciais à saúde da criança, a manutenção de um padrão de vida adequado para o desenvolvimento da criança, o direito a não serem detidas ou aprisionadas, a menos que se trate de uma medida de último recurso e a proteção contra o recrutamento de menores (ACNUR, 2009).

3.2 Motivos para migração infantil e formas específicas de perseguição contra a criança

Dentre os motivos para migração infantil, destacam-se os desastres naturais, a fuga de conflitos (fundado temor de perseguição) e a busca por melhores condições de vida.

Em relação às formas específicas de perseguição contra a criança, devemos destacar:

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

3.2.1 Recrutamento de menores

O envolvimento infantil em conflitos armados não é um fenômeno recente, presente em diferentes ambientes culturais e em várias regiões do mundo, incluindo os países atualmente desenvolvidos. Os números mais alarmantes desse tipo de recrutamento, entretanto, são encontrados em guerras civis e ditaduras militares que tem como palco o continente africano, principalmente nas porções central e oeste (Uganda, Ruanda, Burundi e Congo).

Segundo o Conselho de Segurança das Nações Unidas (CSNU), cerca de 300 mil crianças atuam atualmente em grupos armados espalhados ao redor do mundo. Desde sempre, jovens foram constantemente utilizados em conflitos políticos ao redor do mundo, inclusive quando os combates passaram a contar com maiores níveis de violência. Atualmente, entretanto, é possível notar algo inusitado na participação de crianças em hostilidades: a magnitude em que isto ocorre. Tal envolvimento tornou-se mais profundo e intenso, chegando a ser, em muitos conflitos, substancial para as forças em questão.

A UNICEF estima que mais de 65 mil crianças foram libertadas de forças e grupos armados, mas que o número de meninas e meninos recrutados ainda é muito grande. Exemplo

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

disso é o Sudão do Sul, que já recrutou cerca de 17 mil crianças desde 2013 (UNICEF, 2020).

As leis internacionais não proíbem a prossecução de crianças que cometeram crimes de guerra, mas limitam a punição que as mesmas receberão (ONU, 1989). Todos os documentos relacionados à proteção dos direitos da criança têm caráter recomendatório, o que não garante, por sua simples existência, sua adoção e aplicação por parte dos Estados.

A definição internacionalmente acordada acerca da criança-soldado define esta como aquele menor de dezoito anos que, de qualquer forma, faz parte de qualquer força ou grupo armado, regular ou irregular. Isto inclui meninas e meninos usados como combatentes, cozinheiros, carregadores, mensageiros, espiões.

O recrutamento militar infantil para forças armadas, paramilitares e não-estatais se dá através de diversos meios e mecanismos e normalmente tem como causa a falta de contingente e a maior facilidade de mando dos grupos sobre jovens.

Geralmente, o mesmo acontece em regiões desoladas por guerra civil, nas quais as crianças são retiradas à força do seio familiar, vendidas pelos pais ou se encontram órfãs. Os que se

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

negam a se tornar soldados ou a prestar serviço aos grupos armados são muitas vezes mutilados ou mortos. Entretanto, aqueles que não relutam de forma a ser um empecilho para os grupos armados também não estão livres da violência e agressão.

3.2.2 Mutilação genital feminina

Chamada de circuncisão feminina, termo rejeitado pela comunidade médica, a mutilação genital feminina consiste na remoção de parte ou total de todos os órgãos sexuais externos. Essa prática ainda é muito comum em vários países africanos, do oriente médio e da Ásia. Segundo um relatório da UNICEF, no ano de 2013 mais de 27 milhões de meninas e mulheres foram mutiladas no Egito. Lembrando que essa mutilação normalmente ocorre antes da puberdade.

Os principais tipos de mutilação genital feminina são a clitoridectomia, que consiste na remoção de parte ou de todo o clitóris; excisão, que consiste na remoção de parte ou de todo o clitóris e dos pequenos lábios; e infibulação, que consiste na costura da vulva, deixando um pequeno espaço somente para a passagem da urina e da menstruação.

A motivação baseia-se em tradições culturais e sociais, como pressão social, crenças religiosas e ideias de beleza e

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

pureza. A prática antecede o surgimento do Cristianismo e do Islamismo, refletindo desigualdades entre os sexos, bem sedimentadas nestas sociedades.

3.2.3 Casamento forçado ou na menoridade

O casamento precoce é utilizado como meio para saírem da condição de refugiadas, assim muitas meninas acabam se casando e dessa maneira prejudicando toda a sua infância e desenvolvimento para a vida adulta. Os casamentos muitas vezes também são feitos em troca de dinheiro, o que dá às meninas a chance de proporcionar em curto prazo uma melhor condição financeira para suas famílias.

O Fundo de População das Nações Unidas declarou que mais de 650 milhões de meninas e mulheres atualmente casaram-se antes de completar 18 anos de idade. Em todo mundo, 21% das jovens entre 20 e 24 anos foram noivas mirins. Estes casamentos são frequentemente acompanhados de violência, evasão escolar e maternidade prematura (UNFPA, 2019).

Um dado curioso, mas muito preocupante, é que um dos países que mais registram casamentos na menoridade é o Brasil.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

3.2.4 Trabalho infantil forçado ou perigoso

O trabalho infantil prejudica, por si só, o desenvolvimento físico e psíquico da criança, sendo a forma forçada ou perigosa algo ainda mais devastador no universo infantil.

De acordo com o relatório Estimativas Globais de trabalho infantil, em 2016, 152 milhões de crianças entre 5 e 17 anos eram vítimas de trabalho infantil no mundo - 88 milhões de meninos e 64 milhões de meninas. Quase metade dessas crianças (73 milhões) realizavam formas perigosas de trabalho, sendo que 19 milhões delas tinham menos de 12 anos de idade. O maior número de crianças vítimas de trabalho infantil foi encontrado na África (72,1 milhões), seguida da Ásia e do Pacífico (62 milhões).

A exposição às múltiplas fontes de violência demonstradas geram consequências duradouras na vida das crianças e adolescentes refugiadas e conviventes com os conflitos armados, isto porque podem gerar reflexos na formação de sua personalidade. Estas crianças possuem uma tendência a desenvolver comportamentos agressivos, podem ser adultos com insensibilidade para lidar com outras pessoas e com situações de violência que podem ocorrer ao seu redor. A crise dos refugiados atual está determinada somente pelo contexto de mobilidade de pessoas, o seu aspecto humanitário é o que

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

a torna tão grave, já que seus reflexos poderão ser vistos durante muitos anos (SCUSSEL, 2018).

4. Desafios das crianças refugiadas no Brasil em pela pandemia

No Brasil, as crianças refugiadas enfrentam inúmeros desafios para terem acesso a uma infância digna e assegurada em todos os níveis de proteção. Em relação aos princípios e diretrizes da política migratória, a lei faz uma menção específica à criança e ao adolescente estabelecendo, no inciso XVII do seu Art. 3º, “proteção integral e atenção ao superior interesse da criança e do adolescente migrante”, mas deixa um vácuo ao não estabelecer os mecanismos para efetivar este direito.

Na atualidade, a sociedade passa por uma grande pandemia da COVID-19, doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2. A doença foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China, em 1 de dezembro de 2019. Entretanto, o primeiro caso só foi reportado em 31 de dezembro do mesmo ano.

Coronavírus (CoVs), uma grande família de vírus de RNA de fita simples, pode infectar animais e também seres

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

humanos, causando doenças respiratórias, gastrointestinais, hepáticas e neurológicas. Como os mais conhecidos vírus de RNA, os CoVs são divididos em quatro gêneros: alfacoronavírus, beta-coronavírus, gama-coronavírus e delta-coronavírus. Até o presente momento, seis coronavírus humano (HcoVs) foram identificados, incluindo os alfa-CoVs HCoV-NL63 e HCoV-229E e os beta-CoVs HCoV-OC43, HCoV-HKU1, síndrome respiratória aguda grave-CoV (SARS-CoV), e a síndrome respiratória do Oriente Médio-CoV (MERSCoV). Novos coronavírus parecem emergir periodicamente em humanos, principalmente devido à alta prevalência e vasta distribuição de coronavírus, à ampla diversidade genética e à frequente recombinação de seus genomas, e ao aumento das atividades de interface humano-animal (WU; WU; LIU; YANG, 2020).

Até meados de maio de 2021, o mundo já tem 164 milhões de casos registrados, bem como a fatídica marca de 3,4 milhões de mortes. No Brasil, que se tornou um dos grandes focos da doença, inclusive com variações mais letais, já foram registrados 15,7 milhões de casos, com 439 mil mortes, no mesmo período.

Nesse panorama, os desafios enfrentados pelas crianças refugiadas ganham um novo e difícil elemento: a pandemia.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

São fronteiras fechadas, escolas paralisadas, abrigos interditados e obstáculos para o acesso à saúde.

4.1 Ingresso e documentação

Primeiramente, se faz necessário destacar e definir o princípio do “non-refoulement”, que vincula os Estados componentes da comunidade internacional ao compromisso de não devolver aqueles que buscam refúgio em seu território ao território de origem.

Nesse aspecto, importante lembrar que a expulsão de um refugiado do território onde se encontra, ou sua remissão ao país do qual é nacional, pode significar, muitas das vezes, questão de vida ou morte para aquele indivíduo.

O referido princípio é, portanto, a essência do direito dos refugiados, na medida em que veta ao Estado - à exceção de casos excepcionais em que a segurança nacional esteja em jogo – a faculdade de expulsar o refugiado de seu território.

Tal princípio encontra-se subentendido em diversos dispositivos do Estatuto dos Refugiados, como o arts. 7º, 10, 33, 34 e 36. Da mesma forma, podemos encontrá-lo na redação da Resolução Normativa nº 10 do CONARE (Comitê Nacional para os refugiados) que, de forma a possibilitar a continuidade da permanência do refugiado no território

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

nacional, dispõe em seus arts. 3º e 4º que nem a cessação ou perda da condição de refugiado implicarão perda da permanência definitiva, nem vice-versa.

Com o cenário pandêmico, o Brasil, lugar de trânsito e proteção para muitos refugiados, também passou a adotar medidas que restringiram a entrada e permanência em seu território. O fechamento de fronteira com a Venezuela ocorreu em março de 2020, decretando a restrição de entrada de estrangeiros procedentes desse país.

A motivação teve como arcabouço a emergência sanitária relacionada aos riscos de contaminação pelo Coronavírus. Ocorre que, as fronteiras aéreas continuaram abertas, inclusive com países que apresentavam um elevado aumento de casos da doença.

A portaria com esse fechamento ainda estabeleceu punições, deportação e inabilitação de pedido de refúgio caso o estrangeiro descumprisse a restrição.

Pelo Estatuto do Refugiado, após o pedido de refúgio, será emitido um protocolo pela Polícia Federal com validade de 1 ano ou até decisão do CONARE. Com esse protocolo, os refugiados passarão a ter acesso aos serviços públicos.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

4.2 Educação e suas barreiras

Um estudo divulgado pela UNESCO no ano de 2011, intitulado *A crise oculta: conflitos armados e educação*, relatou que os danos deixados pelos abusos e exploração sexuais são permanentes e se refletem até mesmo na capacidade de aprendizado das crianças e adolescentes. Neste sentido, a UNESCO destacou que as meninas são as mais afetadas por tal situação, fazendo com que exista disparidade de escolaridade entre o gênero feminino e masculino. Isto ocorre principalmente porque, segundo a UNESCO “o estupro e outros tipos de violência sexual são amplamente utilizados como tática de guerra em muitos países” (UNESCO,2011).

Destaca-se que as universidades e as escolas têm papel fundamental na promoção de políticas públicas inclusivas, sendo que no caso da população refugiada, essas instituições precisam reconhecer instrumentos de facilitação de acesso e ações de permanência que dialoguem com a realidade específica da pessoa que migra forçosamente.

Existem hoje quatro milhões de crianças refugiadas fora da escola. Isso é mais da metade dos 7,4 milhões de crianças refugiadas em idade escolar sob o mandato do ACNUR.

Em 2017, 61% das crianças refugiadas estavam matriculadas na escola primária, em comparação com um

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

índice de 92% no mundo. No nível secundário, o número era de 23%, comparado a uma taxa global de 84%.

Isso significa que menos de um quarto dos refugiados do mundo chega ao ensino secundário e apenas 1% chega ao ensino superior.

Com a pandemia e o fechamento das escolas, o ensino passou a ser realizado na modalidade remota, dificultando o acesso das crianças e adolescentes refugiados. São barreiras linguísticas, barreiras culturais, barreiras econômicas, barreiras documentais, barreiras psicossociais e barreiras de exclusão.

Destaca-se que as meninas são as mais afetadas diante dessa situação, pois dificilmente retornarão as salas de aula, sendo encaminhadas para casamentos ou trabalhos.

4.3 Moradia

Outro desafio está relacionado à moradia. Neste caso, o acolhimento é feito em abrigos e casas de passagem. A cidade de São Paulo conta com quatro unidades de acolhimento que são os 'Centros de Acolhida dos Imigrantes', tendo dois direcionados exclusivamente para mulheres e crianças, além de conter os 'Centros de Referência e Atendimento a Imigrantes' (CRAI) criados em 2014 no âmbito da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

Atualmente, o ACNUR apoia 14 abrigos em Roraima, acolhendo mais de 4.600 pessoas nesses espaços. Dentre eles, estão o 13 de setembro, o Jonokoida (que é um abrigo para indígenas), o Jardim Floresta (que abriga mulheres e crianças vivendo sozinhas, além de pessoas com necessidades especiais e comunidade LGBTI) e o Rodon 3 (que é o maior abrigo para refugiados da América Latina com capacidade para 1.300 pessoas).

Ressalta-se que, durante a pandemia, uma operação da Polícia Federal invadiu a Casa São José, abrigo gerido pela Pastoral do Migrante, em Pacaraima-RR, que abriga mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade. A intenção dos agentes era deportar as 55 (cinquenta e cinco) pessoas. Após a intervenção da Defensoria Pública da União e do Ministério Público Federal, as pessoas foram encaminhadas à Operação Acolhida, responsável pelo atendimento a imigrantes no país.

4.4 Saúde das crianças refugiadas

Por fim, um destaque especial deve ser dado à saúde das crianças refugiadas. No Brasil, o atendimento à saúde das crianças refugiadas é realizado pelo Sistema Único de Saúde-SUS, através dos postos de saúde, que cuida da saúde básica, das unidades de urgência e emergência, que cuida dos casos

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

de urgências, dos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), que é responsável pela prevenção de situações de vulnerabilidade social e risco no seu território, e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), que trata das consequências e acompanha as famílias e indivíduos que já tiveram seus direitos violados.

Dentre as doenças mais comuns, que atingem as crianças que enfrentam um conflito armado e estão em processo de deslocamento ou refúgio, destacam-se as doenças psicossomáticas, oriundas do estresse enfrentado, e as doenças derivadas da escassez de alimentos, péssimas condições sanitárias e de higiene pessoal e falta de vacinas.

Aqui, devemos ressaltar o estudo intitulado como Feridas Invisíveis, realizado pela Organização não Governamental Save the Children e publicado no ano de 2017, sobre os impactos dos seis anos de guerra na Síria na saúde mental das crianças e adolescentes sírios.

O estudo constatou que as crianças que convivem com conflitos armados estão submetidas a um tipo de stress que é chamado de Stress Tóxico, este é um tipo de stress resultante da soma de vários fatores externos como as ameaças de abuso físico e mental, exposição à violência e a privações de alimentos, sono, infância e a pobreza. A ONG define o stress

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

tóxico como a forma mais perigosa de reação ao estresse que pode se apresentar quando as crianças experimentam um perigo de forma tão dura, frequente e prolongada, sem apoio suficiente por parte dos adultos. A resposta a esse estresse pode causar um impacto para toda a vida na saúde mental e física

Os transtornos mais comuns neste tipo de situação são o Transtorno Depressivo Maior (TDM), o Transtorno de Ansiedade por separação (TAS), o Transtorno de Ansiedade Excessiva (TAE) e o Transtorno de Stress Pós-traumático (TEPT).

Existem também outras doenças que podem afetar estas crianças e adolescentes que passam por condições tão precárias de sobrevivência, como a desnutrição aguda e as parasitoses, dentre outras.

No tocante à vacinação, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. Nesse aspecto, o Plano Nacional de Imunização (PNI) estabelece as vacinas e as campanhas a serem adotadas por cada faixa etária, sendo um dos mais completos e extensos do mundo. Ele prevê que as vacinas já comecem a ser

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

aplicadas após o nascimento, na maternidade - onde o recém-nascido deve receber as vacinas BCG e Hepatite B.

Entre os 2 e 12 meses, é responsabilidade dos pais levar o bebê às unidades básicas de saúde para receber a vacina penta, a pneumocócica 10 valente, a vacina oral rotavírus humano (VORH), a vacina inativada de poliomielite (VIP), a Vacina Oral Poliomielite (VOP), a vacina Meningocócica C, a vacina contra febre amarela e a tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba).

Aos 15 meses, são obrigatórias mais três vacinas: a tetraviral (Sarampo, rubéola, caxumba, varicela), a vacina contra hepatite A e DTP (tríplice bacteriana).

Aos 4 anos, os pais deverão levar os filhos para vacinar contra varicela, além de uma dose de reforço da vacina DTP e uma dose de reforço da VOP.

Entre os 10 e 19 anos, são obrigatórias as vacinas dupla adulto (com reforço a cada 10 anos); uma dose de reforço da Meningocócica C; e duas doses da vacina contra o HPV (para meninas, as doses devem ser aplicadas entre os 9 e 14 anos; para meninos, devem ser aplicadas entre os 11 e 14 anos). Ressalta-se que são asseguradas todas as vacinas aos refugiados.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

Em novembro de 2020, o UNICEF reforçou as atividades para fortalecer a cobertura vacinal no estado de Roraima, com foco nas crianças e nos adolescentes migrantes e refugiados da Venezuela. Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, o UNICEF formou uma equipe móvel de vacinação para buscar ativamente crianças com o cronograma vacinal desatualizado e alcançar pessoas em situação de vulnerabilidade que têm dificuldade para se deslocar até uma Unidade Básica de Saúde. Em seis ações durante o mês, mais de 400 crianças foram localizadas e tiveram as suas cadernetas atualizadas.

Na capital do estado e em Pacaraima, uma equipe de nove técnicos de enfermagem foi contratada para atuar especificamente na atualização vacinal em Unidades Básicas de Saúde, atividade que segue nos próximos meses. O UNICEF também organizou um curso de atualização em imunização para mais de 20 técnicos de enfermagem em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista.

Desde 2015, vem sendo observada no Brasil uma queda nas coberturas vacinais, o que se agravou durante a pandemia de Covid-19 em função do adiamento das aplicações das doses recomendadas e da baixa procura dos serviços de saúde.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

Especialistas temem o reaparecimento de doenças que até então estavam erradicadas ou controladas, entre elas, o sarampo e a poliomielite. O sarampo foi declarado eliminado do País em 2016 pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, mas voltou a registrar surtos no Brasil em 2018.

Finalizando, ressalta-se que já existem vacinas contra Covid-19 para crianças acima de 6 meses de idade. Porém, essa vacinação ainda não atingiu os percentuais desejados, necessitando de mais conscientização e publicidade para o melhor eficácia.

Assim, diante de todo o cenário apresentado, se faz necessário e urgente, a implementação de instrumentos de efetivação das políticas públicas específicas para a criança refugiada, sob pena de estarmos criando normas e soluções vazias.

Considerações finais

As migrações representam fenômenos que sempre existiram no desenvolvimento da humanidade. Entretanto, quando essas migrações se tornam forçadas, seja em decorrência de guerras, desastres naturais ou de melhores

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

condições de vida, surge a necessidade de se criar uma rede de proteção e apoio humanitários.

Neste panorama, as crianças migrantes, na condição de refugiadas, passam a viver em plena exposição à fome, trabalhos forçados, prostituição, tráfico de pessoas e outras formas de violências.

No Brasil, as crianças refugiadas tem seus direitos assegurados em várias diplomas legais, dentre eles destacam-se o Estatuto do Refugiado de o Estatuto da Criança e do Adolescente. São normas inerentes à entrada no país, documentação, moradia, educação, saúde, dentre outros.

Com a pandemia da COVID-19, que assola o mundo desde janeiro de 2020, vários obstáculos vem tornando a vida desses refugiados mirins ainda mais difícil e inserta.

De fato, a análise exposta do decorrer do presente trabalho permite ressaltar a dificuldade em se ter acesso aos direitos proclamados no ordenamento jurídico pátrio e nas cartas internacionais, principalmente em tempos de pandemia, com o fechamento de fronteiras, escolas, abrigos e limitação do acesso à saúde.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

Referências

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados - ACNUR. **Diretrizes Sobre Proteção Internacional nº 8**. Genebra, 2009.

BRASIL. **Lei nº 9.474 de 22 de julho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm. Acesso em 02 de maio de 2021.

GORISCH, Patrícia. **Direitos humanos e proteção dos refugiados LGBTI**. Disponível em: <https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/468>. Acesso em: 02 de maio de 2021.

JUBILUT, Liliana Lyra. **O Direito Internacional dos Refugiados e sua Aplicação no Ordenamento Jurídico Brasileiro**. São Paulo: Método, 2007.

MARINUCCI, Roberto; MILESI, Rosita. **Migrações Internacionais Contemporâneas**. CSEM/IMDH. Disponível em <https://www.ufjf.br/pur/files/2011/04/MIGRA%C3%87%C3%83O-NO-MUNDO.pdf>. Acesso em: 22.04.2021.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direito Internacional Público**. São Paulo: Forense, 2020.

Migração humana. In *Britannica Escola*. Web, 2021. Disponível em: <https://escola.britannica.com.br/artigo/migra%C3%A7%C3%A3o-humana/481905>>. Acesso em: 1 de maio de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados**. Suíça, 1951.

_____. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Assembleia Geral das Nações Unidas. Viena, 1948.

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

SCUSSEL, Bárbara Diesel. **Os Impactos do Refúgio para as Crianças e Adolescentes: A Crise dos Refugiados do Século XXI.** Disponível em:

[https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/4082/Artigo%20Final%20-](https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/4082/Artigo%20Final%20-%20Barbara%20Diesel.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

[%20Barbara%20Diesel.pdf?sequence=3&isAllowed=y.](https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/4082/Artigo%20Final%20-%20Barbara%20Diesel.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Acesso em: 01 de maio de 2021.

SERRAGLIO, Diogo Andreola. **A Proteção dos Refugiados Ambientais pelo Direito Internacional: Uma leitura a partir da Teoria da Sociedade de Risco.** Curitiba: Juruá, 2014.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Estado da População Mundial 2019.** Nova York: UFFA, 2019.

WEIZENMANN, Tiago; SANTOS, Rodrigo Luis dos; MÜHLEN, Caroline Von (Orgs). **Migrações históricas e recentes.** Lajeado: Ed. da Univates, 2017.

WU, Di; WU, Tiantian; LIU, Qun; YANG, Zhicong. **The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. International Journal of Infectious Diseases.** Published online March 12, 2020 DOI: 10.1016/j.ijid.2020.03.004. Acesso em: 18 de maio de 2021.

How to cite:

MOREIRA, Vaninne Arnould de Medeiros, GORISCH, Patrícia.

Crianças refugiadas no Brasil: desafios em tempos de pandemia. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n.

02, p. 159-191, 2023, available at:

<https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

**Crianças refugiadas no Brasil:
desafios em tempos de Pandemia**

Márcia R. M. Pourchet - Lusanir S. Carvalho - Márcia P. R. Dias

A SAÚDE MENTAL EM EMERGÊNCIAS HUMANITÁRIAS: TEMPO DE PANDEMIA DA COVID-19 ¹

Márcia R. M. Pourchet²

Lusanir S. Carvalho³

Márcia P. R. Dias⁴

¹ How to cite:

POURCHET, Márcia. R.M.; CARVALHO, Lusanir S.; DIAS, Márcia P.R. A saúde mental em emergências humanitárias: tempo de pandemia da COVID-19. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 193-225, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Márcia R.M. Pourchet

Psicóloga/Psicanalista.

Pós-doutorado em *Las Generaciones de Los Derechos Humanos Y Los Derechos Sociales* (GDHDS/USAL).

Doutora e Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade pela Universidade Veiga de Almeida.

Experiência como servidora em Saúde Mental e Pesquisadora do Projeto Institucional do Instituto Nacional de Saúde, da Mulher, da Criança e do Adolescente - Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ).

Participante de Formações Clínicas e Membro do Fórum do Campo Lacaniano (RJ).

³ Lusanir S. Carvalho

Psicóloga/Psicanalista.

Doutora em Ciências da Saúde (FIOCRUZ). Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (UFRJ).

Experiência como Psicóloga na Secretaria de Saúde de Nova Iguaçu (SEMUS/NI).

Docente e Supervisora da Graduação em Psicologia pela Universidade Veiga de Almeida (UVA/RJ).

Participante da Formações Clínicas do Campo Lacaniano (RJ).

⁴ Márcia P.R. Dias

Psicóloga.

Pós-Graduada em Psicologia Clínica pela PUC RJ.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

Abstract

This article aims to briefly address what are the adaptations in the humanitarian emergency assistance of individuals in the face of the pandemic of the new coronavirus Covid-19. As a reference, the Brazilian Federal Council of Psychology (CFP) was chosen, scientific data produced by the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ), by the World Health Organization (WHO), in addition to the psychoanalytic theoretical contribution. The work is based on the perspective of the adequacy of care for people in psychological distress, in ensuring that this humanitarian mental health care continues to reach those who need it most, whether patients, family members or health professionals, what are the strategies applied for emergency mental health care in the face of the pandemic in Brazil?

Keywords: Covid-19 pandemic, Psychological distress, Federal Council of Psychology, Mental health.

Resumo

O presente artigo tem o objetivo de abordar⁵, de forma sucinta, quais são as adaptações na assistência emergencial humanitária dos indivíduos frente à pandemia do novo coronavírus Covid-19. Como referência, escolheu-se o Conselho Federal de Psicologia (CFP) brasileiro, dados científicos produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pela Organização Mundial da Saúde (OMS), além do aporte teórico

Psicanalista em formação pela Formação Freudiana.

Experiência em Saúde Mental no Hospital Psiquiátrico Jurandir Manfredini, no Núcleo Teixeira Brandão e no CAPS Manoel de Barros.

⁵ As autoras coordenaram no ano de 2018 o Ciclo de Encontros em Psicologia: ações, práticas e intervenções pelo Instituto Nacional de Saúde, da Mulher, da Criança e do Adolescente - Instituto Fernandes Figueira (IFF – FIOCRUZ). Mediante a Pandemia do Covid-19, retomaram as reflexões acerca das limitações da assistência à saúde mental, bem como as estratégias para adequação da prática psicanalítica nos atendimentos da clínica.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

psicanalítico. O trabalho parte da perspectiva da adequação dos atendimentos para pessoas em sofrimento psíquico. Na garantia que esses cuidados humanitários à saúde mental continuem chegando a quem mais precisa, sejam pacientes, familiares ou profissionais de saúde, quais são as estratégias aplicadas para a assistência da saúde mental emergencial frente à pandemia no Brasil?

Palavras-chave: Pandemia da Covid-19, Sofrimento psíquico, Conselho Federal de Psicologia, Saúde mental.

1. Considerações Iniciais

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surgimento de uma doença com grande potencial de letalidade causada pelo vírus SARS-COV2 - o Covid-19 e, em março do mesmo ano, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom, declarou que a organização elevou o estado da contaminação pelo novo corona-vírus como pandemia. O anúncio surge quando há mais de 115 países com casos declarados de infecção. “A mudança de classificação não se deve à gravidade da doença, e sim à disseminação geográfica rápida que o Covid-19 tem apresentado” (OMS, 2020).

O vírus invisível e mortal, transmitido pelo ar e sem tratamento medicamentoso específico estabelecido pela ciência, difundiu, através de altos índices de contágio, de casos, de mortalidade, sem determinar raça, gênero ou classe social, assolando as famílias independentemente de sua pátria, levando ao isolamento, ao horror, ao medo, à negação, à

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

pobreza, ao luto, ao desamparo e ao sofrimento psíquico. Possui características ímpares, no sentido da rapidez de casos, que gerou impacto para sociedade e para os serviços de assistência à saúde, e, por permear em um cenário o acesso às informações certas e, em alguns momentos, bastante duvidosas, em um período curto. A saúde em emergências humanitárias, com o novo coronavírus da Covid-19, marca um cenário alarmante mundial de Saúde Pública.

Embora os impactos emocionais da pandemia, ainda estejam sendo estudados, as implicações para a saúde mental em situações como as atuais já estão sendo apresentadas em teorias científicas. As consequências da pandemia afetam os níveis econômicos, sociais, familiares e psicológicos, fragilizam os apoios de proteção dos sujeitos, aumentando os sofrimentos psíquicos e sociais que podem ser acentuados em curto prazo, mas também podem deteriorar a população afetada pela pandemia em longo prazo.

O aumento de sintomas e transtornos mentais durante a pandemia pode ocorrer por diversas causas. Dentre elas, podem-se considerar as experiências traumáticas, as hospitalizações, os noticiários pela mídia, o padecimento físico, a morte de pessoas próximas ou o medo da própria morte e o estresse devido às medidas de distanciamento social. Esse

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

conjunto de situações alterou padrões de comportamento da sociedade, pois o convívio prolongado dentro de casa desvelou conflitos, fragilizou os laços, promovendo até agressões e alterações na dinâmica familiar.

Cada sujeito responde à pandemia de acordo com suas construções de história de vida, porém alguns estão mais vulneráveis à exposição em virtude de suas condições física, social, psíquica, como: pessoas idosas; pessoas com comorbidades; profissionais de saúde ou com outras atividades laborativas que trabalham na linha de frente à doença pelo Covid-19; sujeitos que precisam trabalhar presencialmente; pessoas com transtornos mentais; incluindo problemas relacionados à dependência química e medicamentosa. Pode-se considerar que uma pessoa pode ter sido exposta a várias dessas situações ao mesmo tempo, o que eleva o risco para desenvolver ou para agravar a doença e conseqüentemente o sofrimento psíquico.

Somam-se a tais circunstâncias as reduções de renda e o desemprego, que aumentaram ainda mais o estresse sobre as famílias. Além disso, as mortes de entes queridos em um curto espaço de tempo, juntamente à dificuldade para realizar os rituais de despedida, dificultam a experiência de luto e

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

impedem a ressignificação das perdas, o que aumenta os casos de depressão entre os sujeitos.

A psicanálise tem se dedicado ao debate dos impactos na sociedade causados pela pandemia sobre a subjetividade, seja na expansão do olhar psicanalítico sobre os atendimentos remotos, seja nos efeitos psíquicos decorrentes desse encontro forçado pela pandemia com a transitoriedade.

Neste sentido, pretende-se refletir, de forma sucinta, quais são as adaptações e estratégias na assistência à saúde mental emergencial frente à pandemia no Brasil, na garantia de que esses cuidados humanitários à saúde continuem chegando a quem mais precisa, sejam pacientes, familiares e/ou profissionais de saúde. Como referência, foram escolhidos o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e dados fornecidos pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O CFP é uma Autarquia criada a partir da Lei Federal nº 5766, de 1971, também responsável por estabelecer a criação dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP). A Autarquia é dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira, constituindo, em seu conjunto, uma autarquia, destinada a orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo e zelar pela fiel

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

observância dos princípios de ética e disciplina da classe para melhor assistir os cidadãos na saúde, para o bem-estar físico, psíquico e social em prol da dignidade da pessoa humana. (CFP, 2021).

Vale ressaltar que o CFP, a OMS e a FIOCRUZ vêm sistematicamente fomentando discussões sobre atenção no campo da saúde mental e com o caráter inovador da reforma psiquiátrica brasileira em relação aos direitos humanos, descritos a seguir.

2. Aspectos históricos da desigualdade: a atenção no campo da saúde mental

Na historicidade dos direitos humanos, destaca-se o movimento de afirmação e universalização iniciado após a Segunda Guerra Mundial. Esse marco histórico deu ensejo a um período de grandes reflexões pelo mundo, em reação às barbáries ali perpetradas. Nesse contexto de conscientização, compreendeu-se como um relevante valor para proteção em um Ordenamento Jurídico o princípio da dignidade da pessoa humana, elemento norteador e base de todas as sociedades.

Nas palavras do constitucionalista português:

[...] a ligação jurídico-positiva entre direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana só começa com o Estado Social de Direito e, mais rigorosamente, com as Constituições e textos

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

internacionais subsequentes à Segunda Guerra Mundial, não por acaso. Surge em resposta aos regimes que 'tentaram sujeitar a degradar a pessoa humana' (preâmbulo da Constituição Francesa de 1946) e quando se proclama que a dignidade da pessoa humana é sagrada (art. 1º da Constituição alemã de 1949). (MIRANDA, 2010, p. 360).

Assim, a humanidade elege o Homem como centro, fim em si, sendo o Estado e sociedade instrumentos para o seu desenvolvimento, com o florescimento das discussões doutrinárias a respeito da efetivação dos direitos fundamentais, tenham eles conteúdo individual, político, social ou econômico, tornando-se base para a concepção contemporânea de direitos humanos.

Portanto, alicerçado nesse princípio fundante, o sistema internacional de proteção aos direitos humanos começa a ser construído, realçando a singularidade que os direitos humanos resguardam; também foram construídos os Sistemas Regionais de Direitos Humanos, com especial destaque ao Sistema Interamericano e o Sistema Europeu.

Segundo Ramos (2018), o Sistema Global é complexo e não se limita à Carta Internacional de Direitos Humanos; é composto por diversos tratados multilaterais de direitos humanos, a exemplo da Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial e da Convenção sobre os Direitos da Criança.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

De fato, como disse alhures Piovesan (2006-2007), nesse cenário que se vislumbra o esforço de reconstrução dos direitos humanos, como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional, se a Segunda Guerra Mundial significou a ruptura com os direitos humanos, o Pós-Guerra deveria significar a sua reconstrução.

Nas palavras do embaixador na ONU entre 1995 e 1998, Lafer (2006), esse sistema “configurou-se como a primeira resposta jurídica da comunidade internacional” (p. 26). É ainda no decorrer dessa transformação que a humanidade constata que, mais do que a necessidade de impor limites à atuação estatal, faz-se necessário, especialmente, que o Estado efetive os direitos ali contidos, por meio das políticas públicas sociais, a fim de prover condições mínimas para seus cidadãos. (COMPARATO, 2008).

Segundo Silva (1994), direitos sociais são prestações positivas estatais, “enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais” (p. 258). Tais direitos têm como objetivo proporcionar meios necessários aos desfavorecidos para que estes participem e desenvolvam as suas faculdades na

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

sociedade, o que justifica a necessidade do Estado Social. (CARBONELL, 2013).

Ganha destaque a figura do Estado Provedor como marco político para o advento dos direitos sociais, mediante o reconhecimento dessas necessidades e novas demandas. Torna-se evidente que, para que a dignidade da pessoa humana seja efetivada, é imprescindível que esses direitos humanos sejam concretizados a fim de realizar a igualdade material (ALEXY, 2015), considerando que há duas proporções da igualdade: a igualdade perante a lei, identificada de igualdade formal; e a igualdade na lei, chamada de igualdade material". (SARMENTO, 2006).

Essa premissa acaba por estabelecer uma proibição à "proteção deficiente do Estado" – ou seja, o Estado deve agir proativamente, no sentido de garantir tais direitos; e, com eles, proverá efetivamente vida digna. *"La historia del nacimiento de los Estados Sociales es la historia de la transformación de la ayuda a los pobres motivada en la caridade y en la discrecionalidad de la autoridade publica, em beneficios concretos que corresponden a derechos individuales de los ciudadanos"*. (ABRAMOVICH & COURTIS, 2002, p.37).

Nesse contexto de afirmação internacional da gramática dos direitos humanos e de reconhecimento dos direitos sociais

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

atrelado ao desenvolvimento humano, fez-se necessária a adoção dos princípios e garantias ali enumerados, bem como a formulação de estratégias jurídicas e políticas públicas para sua efetivação nos Estados nacionais, que, segundo Alexy (2010), “são tão importantes que a decisão sobre garanti-las ou não garanti-las não pode ser simplesmente deixada para a maioria parlamentar simples” (p. 511).

Assim, ao longo da segunda metade do século XX, inspirados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) e seus ideais, diversos documentos internacionais foram adotados e internalizados pelos Estados, objetivando proteção aos grupos vulneráveis e/ou potencialmente marginalizados⁶.

São vulneráveis aqueles que têm diminuídas, por diferentes razões, as capacidades de enfrentar as eventuais violações de direitos. Decerto,

[...] essa vulnerabilidade está associada à determinada condição que permite identificar o sujeito como membro de um grupo específico que, como regra geral, está em condições de clara desigualdade material em relação ao grupo majoritário (...). No que diz respeito à proteção dos direitos humanos, as noções de igualdade e de

⁶ Assim, o que se viu foi um movimento de ascensão e fortalecimento aos direitos sociais em especial com a adoção do Pacto Internacional dos Direitos Sociais, Econômicos e Culturais – PIDESC, galgando-os ao patamar internacional e atribuindo a eles especial relevância.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

*vulnerabilidade estão unidas (BELTRÃO, BRITO
FILHO & GÓMEZ, 2014).*

Vale lembrar que, durante muito tempo, a despeito de a Constituição Federal de 1988 apontar os direitos fundamentais dos brasileiros, não havia o reconhecimento formal dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. O respeito às diferenças traz a marca de equidade, porque reconhece a dificuldade e os desafios enfrentados pelos sujeitos. É a partir do movimento da Luta Antimanicomial, em defesa da Reforma Psiquiátrica e com a criação de leis, que asseguraram a estas pessoas a condição de sujeitos de direitos. É nesse contexto que se inicia no Brasil a mudança de perspectiva no campo da Saúde Mental.

No Brasil, a precariedade de acesso a direitos sociais para sobrevivência é cotidiana. Grande parte da população tem seus direitos sociais básicos desrespeitados. No caso de pessoas em sofrimento psíquico, por experimentar formas de relação com o mundo e com o outro que contrastam com os códigos socialmente estabelecidos, geralmente, nem sequer tem acesso às informações sobre seus direitos.

A preocupação com o tema que aqui se propõe é pensar a saúde mental e identificá-la como um campo dos direitos humanos, isso significa afirmar o reconhecimento de que as pessoas em sofrimento psíquico podem possuir tais direitos a partir do momento em que são reconhecidas como cidadãos.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

Esse desrespeito aos direitos humanos às pessoas em sofrimento psíquico começou a ser apontado no final dos anos 1970, através de graves denúncias de práticas de violência e abandono a que eram submetidos pacientes internados em asilos psiquiátricos. Durante séculos, o sistema de atenção era exclusivamente baseado no modelo hospitalocêntrico e centralizado na doença. De acordo com esse modelo, essas pessoas eram consideradas desviantes, tidas como doentes mentais e recebiam tratamentos desumanos.

Assim sendo, a segunda etapa da Reforma Psiquiátrica tem início com a Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em dezembro de 1992. Teve como bandeira a Luta Antimanicomial e a implementação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Com a aprovação da Lei Federal nº 10.216, são disponibilizados financiamentos específicos para os serviços substitutivos em saúde mental, tais como: CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), Hospital-dia, Ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde, Emergência Psiquiátrica, Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, bem como outras formas de atenção com conteúdo não manicomial (BRASIL, 2005).

Nesse caso, ao abordar o movimento da Reforma Psiquiátrica, passa-se a tratar também os sistemas de proteção

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

ao direito humano à saúde mental, englobando também direitos humanos à saúde e à vida. É precisamente a partir de questionamentos quanto às violências ocorridas na Segunda Guerra Mundial que as comunidades internacionais dão dimensões em níveis globais para os direitos humanos. A esse respeito, Arendt (1989) aponta como os direitos humanos são o produto de uma construção social que vem se alterando ao longo da história pela ação dos homens de cada época.

No início do século XXI, existem dois momentos significativos para aqueles que vêm atuando na militância em defesa de uma “sociedade sem manicômios”. A promulgação da referida Lei 10.216, em abril de 2001 (redireciona o modelo assistencial em saúde mental), e o Decreto nº 678, em novembro de 2002 (torna obrigatório o cumprimento da Convenção Interamericana de Direitos Humanos – CIDH). Como compreender de que forma a instância jurídica tem um papel histórico de conquista no campo da saúde mental e dos direitos humanos? É justamente a partir do caso Damião Ximenes, quando o Brasil foi condenado por violação de direitos humanos em um tribunal internacional, que leva ao processo de incorporação do direito humano à saúde mental no Brasil.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

Damião Ximenes, 30 anos, usuário de um serviço de saúde mental, morre em 04 de outubro de 1999, após quatro dias de internação no Hospital Casa de Repouso Guararapes, de Sobral (Ceará). Esse caso recebeu notoriedade internacional. No total, foram quase sete anos de trâmites na Comissão e Corte, até acontecer o julgamento e a decisão sair em julho de 2006, condenando o Brasil ao pagamento de indenização aos familiares de Damião e outras medidas, como a melhoria da assistência em saúde mental no país (SILVA, 2013).

Dentro dessa perspectiva, a morte de Damião Ximenes possibilitou o surgimento de novos sentidos e práticas mais democráticas no campo da saúde mental brasileira. O reconhecimento de que as pessoas têm direitos iguais e de que, no entanto, possuem realidades e oportunidades diferenciadas, vem sendo observado através de legislações específicas de proteção para garantir a equidade e proteção da dignidade humana.

Engloba-se assim o direito à singularidade, à subjetividade e à diferença, o que constitui uma grande conquista para o movimento da Luta Antimanicomial. No entanto, em 2020, a humanidade se depara com a situação de Pandemia e as desigualdades existentes na sociedade são novamente

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

descortinadas. Em um colóquio da Abrasco⁷, Benilton Bezerra alertava que “o vírus trouxe à tona coisas que estavam ali e que não eram vistas. A desigualdade se tornou pela primeira vez na história algo disfuncional”.

Neste cenário de pandemia do Covid-19, morte, medo e solidão prevalecem nos cotidianos dos sujeitos, invadindo e exigindo um trabalho de luto no qual estão impedidos de realizar. Qual será a saída psíquica para algo que, neste momento, tem se mostrado incerto e desconhecido? No entanto, percebe-se uma precariedade com populações mais vulneráveis e que, portanto, continuam sendo negligenciadas há tempos na nossa sociedade, o vírus não tem se mostrado tão “democrático”. Neste sentido, torna-se fundamental que se faça uma revisão acerca do que é hoje saúde mental.

De acordo com um documento das Nações Unidas lançado pelo secretário-geral, a pandemia de COVID-19 está destacando a necessidade de aumentar urgentemente o investimento em serviços de saúde mental ou arriscar um aumento maciço de condições de saúde mental nos próximos meses (OMS, 2020).

⁷ Colóquio virtual da Ágora Abrasco com o tema Saúde Mental e Covid-19: quais estratégias para lidar com essa realidade?”, no dia 21 de maio de 2020 na plataforma da TV Abrasco.

A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19

3. A humanidade diante da pandemia: saúde mental e o aporte teórico psicanalítico

Em situações de catástrofes tais como a pandemia do Covid-19, é preciso rever e explorar questões como liberdade, responsabilidade, religiosidade, moral, morte e esperança. O que fazer com algumas escolhas ante as contingências da vida?

No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto da COVID-19, definindo uma situação de emergência na Saúde Pública Mundial. No dia 11 de março de 2020, a OMS caracterizou o surto como uma pandemia. Nesse contexto, são necessárias ações que contenham o avanço da doença e protejam a sociedade mundial. (CFP, 2020).

Propõe-se ao leitor a pensar a pandemia tal qual uma guerra, onde o inimigo invisível ataca a humanidade, sem levar em conta a riqueza ou a pobreza das nações, as desigualdades internas, os acordos políticos, as economias em ascensão ou em queda, onde o alvo é a vida humana para que o vírus garanta sua existência.

É diante desse clima mundial que o Jornal BBC News (2020) aponta como o romance *A Peste* (1947), do franco-argelino Albert Camus, têm atraído leitores de diversos países da Europa. É justamente em um clima de pós-guerra que ocorre a chegada de uma epidemia à cidade argelina de Orã,

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

causando um enorme extermínio à sua população. Em sua narrativa, Camus apresenta os dilemas éticos de seus personagens, tais como fugir da peste e conseqüentemente da iminência da morte, aguardar o fim da doença ou se engajar em ações para o enfrentamento da pandemia.

Desde a Segunda Guerra Mundial, a humanidade não se encontra diante de algo que tenha mobilizado a população mundial. Registros de morte diária, recomendações sobre cuidados, isolamento social com controle sanitário com vistas a evitar o contágio, levam a população a romper os laços sociais, promovendo a solidão e o desamparo diante da grave ameaça da peste. De forma análoga, mas em circunstâncias diferenciadas, o coronavírus -Covid-19 é hoje uma ameaça globalizada, um inimigo invisível que nos revela, dentre outras coisas, a fragilidade existencial da condição humana.

Judith Butler, no livro *Quadros de Guerra* (2015), traz à tona a questão da vulnerabilidade do corpo, a sua exposição aos outros, o corpo como um fenômeno social. Ela trata da dependência do social para esse corpo que, para sobreviver, necessita de algo que está fora dele. Há uma precariedade como condição generalizada que advém de um mundo do qual o humano depende, mas que também o invade e surge uma responsabilidade que se encontra justamente nas reações

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

afetivas a esse mundo que sustenta e impõe. Para a autora, essa responsabilidade implica que se possa refletir sobre as normas excludentes, implícitas culturalmente, que levam a sentir a perda de algumas vidas e de não se afetar com outras.

Nessa guerra com o inimigo invisível, onde o corpo é invadido, fica-se diariamente em confronto com a vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, que o outro pode portar o inimigo e o trazer até você, são as relações com o outro, ou seja, o laço social, algo fundamental para impedir consequências psíquicas, como experiências depressivas e melancólicas.

Edgar Morin, aos 100 anos, diz em sua entrevista a Guillaume Erner, na *France Culture*:

A humanidade hoje vive ao mesmo tempo um momento de tragédia inacreditável, mas também um momento de ultrapassá-la rumo a outra via. É preciso não permanecer cego diante das circunstâncias, mas também não professar um otimismo ingênuo. É preciso estar presente, porque é nossa vida que está em jogo. Nosso destino está ligado ao destino coletivo, e nesta pandemia também.

Freud em 1916, no segundo ano da Primeira Guerra Mundial, já sob seus efeitos escreve o texto “Transitoriedade”. Nesse trabalho, ele fala sobre a continuidade e a descontinuidade humana. Hoje, diante da pandemia, há um confronto cotidianamente com a transitoriedade, com os

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

noticiários, arautos das mortes diárias, com a impossibilidade de circular no ambiente, com trabalhos suspensos, com todos os encontros com a possibilidade da finitude. Se o olhar de cada um de nós pode ser diferente diante da transitoriedade, há um mal-estar que é coletivo.

Observa-se nesse texto que se para o seu amigo poeta havia o tédio em relação ao mundo, “já que a beleza estava destinada a perecer”, para Freud, era justamente a percepção da restrição do tempo da existência que fazia com que as coisas do mundo ganhassem valor. Há, portanto, um valor em ser efêmero, pode-se rebelar contra a realidade existente, opor-se à desvalorização que o poeta faz da transitoriedade do que é belo. Para o pai da psicanálise, trata-se de valorizar a partir da percepção de que a transitoriedade é inevitável. Se as estações do ano retornam o belo da natureza, a beleza do corpo desaparece, mas se agrega algo novo com o passar do tempo, se agrega experiência na vida, uma nova beleza (FREUD,1916/2015).

Se não é possível impedir a transitoriedade em si, ela mostra que tudo é passageiro, raro, especial, faz-se necessário valorizar a vida, seguir o desejo. A guerra revelou cruamente a questão da finitude, destruiu a beleza, abalou a esperança, trouxe angústia. A pandemia com sua face mortífera trouxe, ao

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

mesmo tempo, angústia, estranheza e solidariedade. Deixou a nu as diferenças sociais, onde alguns puderam ficar em casa e outros precisaram trabalhar, onde algumas mortes para muitos eram menos sentidas do que outras, ao redor do mundo.

Para a psicanálise, o que há de verdadeiramente universal é a singularidade de cada um e, como Freud e Morin apontaram, há caminhos diferentes, seja na ideia de que há algo na transitoriedade que alerta para a preciosidade do viver o tempo que se tem, seja na ideia de que as grandes adversidades, as guerras, podem nos fazer diferentes enquanto seres humanos.

No documentário “A vida em mim”⁸, crianças refugiadas na Suécia se abandonam, deixam de comer, de andar e ficam inconscientes por não suportarem a dor de existir em um mundo que não lhes oferece segurança. Quando se sentem ameaçadas de voltar ao ambiente hostil, elas simplesmente se recolhem em si mesmas. Chamada Síndrome da Resignação, pode-se pensar que, para elas, foi a saída possível para suportar o que não tinham capacidade de elaborar. As crianças que conseguiam sair dessa condição estavam em momentos de maior estabilidade, onde suas famílias também conseguiam

⁸ SAMUELSON, K.; HAPTAS, J. Documentário. **A vida em mim**. In: Netflix. Suécia, 2020.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

relaxar diante do horror de voltar ao lugar que significava dor e morte. Os pais eram orientados a ler os documentos em que era dito que a família poderia ficar no país (SAMUELSON & HAPTAS, 2020). Quantos idosos ao redor do mundo se sentiram isolados, abandonados, desamparados e se abandonaram, deixaram de comer, tomar banho, sair da cama durante a pandemia?

Transformemos esse jogo entre o atual e o futuro na relação entre uma ilha e mar que a cerca. Tudo o que acontece na ilha, de bom ou de ruim, segundo um dado indivíduo, é trazido pelo mar. Quando um perigo chega, já está visível e identificado, e há uma possibilidade de enfrentá-lo. Alguém mais temeroso pode observar que os diversos perigos até então contornados chegaram em diferentes praias e que algum de seus conterrâneos foram derrotados por um ou outro. Percebe, então que sua morte pode vir de qualquer lugar, a qualquer momento e que não conseguirá não morrer. A angústia se instala; a ilha é mero coágulo do mar, que já está em toda parte. A angústia acontece quando antecipamos a morte (BIRMAN, 2018, p. 108-9).

Vive-se um momento pandêmico, quando milhões de pessoas ao redor do planeta não têm condições de elaborar psiquicamente as experiências que estão vivendo; a transitoriedade ficou e está em evidência. Muitas neuroses e psicoses foram desencadeadas, doenças autoimunes foram ativadas, ocorreram muitos enfartes e houve um aumento significativo das tentativas de suicídio, além de outros

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

fenômenos. Mas o que fazer diante de tal fato, em âmbito mundial?

4. Conselho Federal de Psicologia: estratégia perante a pandemia pela Covid-19

O CFP “é uma autarquia dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira, cujos objetivos, além de regulamentar, orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de psicólogo, como previsto na Lei 5766/1971”, regulamentada pelo Decreto 79.822, de 17 de junho de 1977, também é responsável por estabelecer a criação dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP). (CFP,2020).

De acordo com o Planejamento Estratégico do CFP Gestão 2019-2022:

A missão da Autarquia é “promover processos que assegurem o compromisso ético e a qualidade técnico-científica do exercício profissional de modo a ampliar o impacto e a relevância da Psicologia no enfrentamento das desigualdades estruturais para a construção de uma sociedade justa, inclusiva e democrática, alicerçada na garantia dos direitos humanos, no exercício da cidadania e no bem viver. (Relatório de Gestão, 2020, p. 9).

Ao ser decretada a pandemia Covid-19, o CFP e todo o Sistema de Conselhos de Psicologia tiveram o compromisso de apresentar à categoria profissional de psicólogos, informações

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

e orientações para o atendimento profissional e enfrentamento da pandemia. Através de materiais teóricos, vídeos, *podcasts* com informações sobre o exercício profissional e atuação em emergências e desastres, em contextos clínicos, de assistência social, saúde, políticas públicas, entre outros. Com alerta no que foi preconizado como recomendações pelo Ministério da Saúde, OMS, Secretarias de Saúde e autoridades civis sobre eventuais possibilidades de quarentena, isolamento e prevenções de cuidados específicos para cada sujeito, como: lavagem das mãos com água e sabão, higienização das mãos com álcool em gel, uso de máscaras e diminuição das aglomerações.

Leonel (2021) ressalta que uma pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) aponta para a gravidade das consequências para a saúde mental dos profissionais que atuam na assistência aos pacientes infectados. Segundo outra pesquisa realizada pela Fundação, os profissionais citaram como alterações mais comuns no seu dia a dia, os fenômenos:

[...] perturbação do sono (15,8%), irritabilidade/choro frequente/distúrbios em geral (13,6%), incapacidade de relaxar/estresse (11,7%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (9,2%), perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia (9,1%), sensação negativa do futuro/pensamento negativo, suicida (8,3%) e alteração no apetite/alteração do peso (8,1%).

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

Os profissionais relataram um trabalho extenuante, e o estudo demonstra que 14% dos trabalhadores que estão em atuação na linha de frente da luta contra o Covid-19 no Brasil estão no limite da exaustão.

A FIOCRUZ desenvolve um trabalho junto às populações vulneráveis, como as populações indígenas e com moradores de favelas. Uma de suas ações é a campanha “Se liga no corona”, que visa a comunicação comunitária em favelas; outra é a chamada pública com o intuito de financiar ações para o combate da pandemia gerenciadas por organizações coletivas das favelas. Há também o selo “Fiocruz tá junto”, que valida a informação produzida por esses grupos e um trabalho realizado por pesquisadores da FIOCRUZ em parceria com pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas (FGV) sobre os povos indígenas e a sugestão de estratégias para a redução dos impactos do Covid19 nessas populações.

Vale ressaltar novamente o empenho do CFP, desde o início da pandemia da Covid-19, ao adotar algumas medidas através de informativos e notas para respaldar e orientar as práticas profissionais de psicologia. Em julho de 2020, foi lançado um *site* intitulado “Saúde mental e Covid-19”, contendo informações, notícias, cursos, legislações e outros materiais sobre saúde mental. Este *site* é direcionado a profissionais da

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

área e/ou qualquer pessoa que busque informações sobre a temática. Algumas sociedades psicanalíticas também vêm oferecendo atendimento em caráter de emergência e urgência para fazer frente à angústia decorrente de situações de sofrimento psíquico potencializados pelo Covid-19.

5. Considerações finais

Desde a chegada do Covid-19, transita-se por mundos virtualizados, pois o risco da contaminação vem se agravando com efeitos traumáticos. Segundo o relatório de Gestão do CFP (2020), o isolamento social reconhecido por autoridades em saúde como uma das mais eficientes estratégias de enfrentamento à pandemia, na espera da vacinação em massa, mobilizou a gestão para a estratégia de atendimento remoto no CFP, bem como a realização de ações necessárias para propiciar a assistência no âmbito da saúde mental nas diferentes áreas de atuação na modalidade *on-line*, orientando os profissionais diante deste cenário, sempre com diálogo e discussão construtivas em busca de soluções.

Esta interlocução refletiu-se nos esforços junto a outras instituições e entidades, como da área da formação e da prática profissional da Psicologia, por exemplo, visando problematizar os procedimentos para os estágios durante a pandemia e as

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

adequações na aplicação da avaliação psicológica de maneira remota.

Segundo a autora da cartilha, houve participação e atuação com outras entidades da saúde para o enfrentamento do Covid-19 junto à Saúde Mental, colocando à disposição da sociedade e dos profissionais da saúde o site: <http://saudementalcovid19.org.br>. Frente a todos esses esforços, é importante ressaltar, levaram o CFP e os respectivos Conselhos Regionais de Psicologia do Brasil a irem além de suas atribuições meramente funcionais.

Para a presidente do CFP (2020), Ana Sandra Fernandes, na apresentação da cartilha intitulada “Boas práticas para avaliação psicológica em contexto de pandemia”, o momento que a humanidade atravessa com a pandemia do Covid-19 “é um desses contextos que desafiam governos, pesquisadores, profissionais e a própria sociedade, exigindo resiliência” e simultaneamente criatividade para minimizar o mal-estar pelos impactos do isolamento social, dos sofrimentos físico e mental, das desigualdades sociais e da crise econômica.

Nessa empreitada, o profissional psicólogo/psicanalista tem sido cotidianamente desafiado a rever suas práticas e adequar seus processos na exigência do seu tempo, sem que

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

haja prejuízos éticos e de qualidade do serviço ofertado à população.

Uma questão que se apresenta, neste momento, é como permitir que o sujeito não fuja da angústia e ao mesmo tempo que ele não se afunde nela. Em um ano no qual os atendimentos psicológicos foram exaustivamente demandados, percebe-se que as estratégias da autarquia foram de suma relevância para levar à sociedade a importância e a necessidade do cuidado da saúde mental frente a uma verdadeira devastação de saúde pública instalada no país. Diante do mal-estar e sofrimento psíquico promovido pela pandemia do Covid-19, os profissionais da área de assistência à saúde mental, no lugar de escuta, apropriaram-se de estratégias virtuais para que o sujeito, adoecido psiquicamente, pudesse falar. (FRANCO, 2021).

Referências

ABRAMOVICH, V.; COURTIS, C. **Prólogo de Luigi Ferrajoli. Los derechos sociales como derechos exigibles**. Madri: Trotta, 2002.

ADHANOM, T. Organização Mundial da Saúde - **Pandemia de Coronavírus**: Publicado em 11/03/2020, Agência Brasil – Brasília, 2020.

ALEMANHA. Lei Fundamental da República Federal da Alemanha (RFA) (1949). Art. 1. **Dignidade da pessoa humana – Direitos humanos – Vinculação jurídica dos direitos**

A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19

fundamentais. Disponível em: <https://www.btg-bestellservice.de>pdf>.

ALEXY, R. **Constitucionalismo Discursivo**. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015. p.155.

_____. Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. São Paulo: Editora Malheiros, 2010.

AMARANTE, P.D.C. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ARENDT, H. **As origens do totalitarismo**. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.

BELTRÃO, J. F; BRITO FILHO, J. C. M.; GÓMEZ, I. (org.). Direitos humanos dos grupos vulneráveis. Rede Direitos Humanos e Educação Superior. Barcelona: 2014. Disponível em: https://www.upf.edu/dhes-alfa/materials/DDGV_PORT_Manual_v4.pdf. Acesso em: 27 abril 2021.

BIRMA, J. **Guerra, catástrofe e risco: uma leitura interdisciplinar do trauma**. São Paulo: Zagadoni, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Decreto nº. 4.463**, de 08 de novembro de 2002. Declaração de Reconhecimento da Competência Obrigatória da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Art. 62 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José), de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF. 08 nov. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4463.htm. Acesso em: 15 mai. 2021.

_____. **Lei nº. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 15 mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, Brasília, nov.2005.

BUTTLER, J. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2015.

CARBONELL, M. Los derechos sociales: elementos para una lectura en clave normativa. *In*: MONTEROS, J. E. de los; ORDÓÑEZ, J. **Los derechos sociales en el Estado Constitucional**. Valencia, ES: Tirant lo Blanch, 2013. p. 201-203.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 37-68.

CFP-CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – **Conheça o CFP**. Brasília, DF. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp/conheca-o-cfp>. Acesso em 17 de maio de 2021.

_____. **Cartilha de Boas Práticas para Avaliação Psicológica em Contexto de Pandemia**. Brasília, DF, CFP, 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Cartilha-Boas-Pra%C3%81ticas-na-pandemia.pdf>. Acesso em 17 de maio de 2021.

_____. **Relatório gestão (CFP)**. Brasília, DF, CFP, 2020, p.9. Disponível em:

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

file:///C:/Users/ACER/OneDrive/Desktop/Relatorio_CFP_para_TCU_2020.pdf. Acesso em 17 de maio de 2021.

DA SILVA, Jose Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros Editorial, 1994. p. 258.

EBC. Agência Brasil. **Organização Mundial da Saúde declara pandemia de coronavírus**. Brasília, 11 de março de 2020.

Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/organizacao-mundial-da-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso 24 de maio de 2021.

FREUD, S. Transitoriedade (1916/2015). In **Obras Incompletas de Sigmund Freud**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2015.

FRANCO, A. A. DE M. Preâmbulos nas Constituições. **Revista de Ciência Política**, v. 29, n.4, p. 38-48, 1986. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rcp/article/download/60201/58518>. Acesso 20 de Janeiro de 2021.

FRANCO, Y. "Coronavirus: trauma, angustia y deseo". **El país**, Argentina, 23 abr. 2021. Suplemento Página12. Disponível em: <https://www.pagina12.com.ar/261563-coronavirus-trauma-angustia-y-deseo>. Acesso em: 11 de maio de 2021 b.

JORNAL BBC. 'A Peste', de Albert Camus, vira best-seller em meio à pandemia de coronavírus. **BBC News Brasil**, 12 mar. 2020. Disponível em:

<https://www.bbc.com/portuguese/curiosidades-51843967>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

LAFER, C. "Prefácio". In: PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e Justiça Internacional**. São Paulo: Saraiva, 2006.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da->

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

pandemia-entre-profissionais-de-saude. Acesso: 22 de maio de 2021.

MIRANDA, J. **A dignidade da pessoa humana e a unidade valorativa do Sistema de Direitos Fundamentais**. Justitia, São Paulo, p. 359-365, dez/2010.

MORIN, E. Aos 100, Edgar Morin fala sobre a juventude. [Entrevista cedida a] Guillaume Erner, **Outras mídias**, São Paulo, 25 fev. 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/aos-100-edgar-morin-fala-sobre-a-juventude>. Acesso em: 24 mai. 2021.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Folha Informativa COVID-19**. Geneva: OMS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 16 mai. 2020.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos. Dicionário de Direitos Humanos**. ESMPU, 2019. Disponível em: <http://www.escola.mpu.mp.br/tiki-index.php?page=Direitos%20humanos>. Acesso em 25 abril - 2021.

_____. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. São Paulo: Saraiva, 2007.

RAMOS, A. de C. **Curso de Direitos Humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

SAMUELSON, K.; HAPTAS, J. Documentário. **A vida em mim**. In: Netflix. Suécia, 2020.

SARMENTO, D. **Livres e iguais: estudos de direito constitucional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

SILVA, M. B. Um caso entre a saúde mental e os direitos humanos: as versões e a vítima. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p: 1257-1275, 2013.

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

UNA-SUS. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus.** Brasil, UNA-SUS, Quarta-feira, 11 de março do 2020. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>, 2020. Acesso 24 de maio de 2021.

How to cite:

POURCHET, Márcia. R.M.; CARVALHO, Lusanir S.; DIAS, Márcia P.R. A saúde mental em emergências humanitárias: tempo de pandemia da COVID-19. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 191-225, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

**A saúde mental em emergências humanitárias:
tempo de pandemia da COVID-19**

Denise Abreu Cavalcanti – Mariana Von Linde Moura

ÁREA DE PROTEÇÃO E CUIDADO: O PRINCÍPIO DA SOLIDARIEDADE HUMANA E DIREITOS FUNDAMENTAIS CONSTITUCIONALMENTE ASSEGURADOS NA OPERAÇÃO ACOLHIDA ¹

Denise Abreu Cavalcanti²

Mariana Von Linde Moura³

¹ How to cite:

CAVALCANTI, Denise Abreu; MOURA, Mariana Von Linde Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 227-276, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Denise Abreu Cavalcanti

Mestranda em Direito das Migrações Transnacionais, mestrado profissional internacional conjunto Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI e Università degli Studi di Perugia – Itália.

Aluna do curso de extensão em Direito Internacional e Comunitário de Imigração e Asilo através da Jurisprudência, na Universidade de Barcelona. Advogada especializada em Direito de Família, Infância e Juventude.

Presidente do Instituto Brasileiro de Direito de Família em Roraima.

Presidente da Comissão da Criança e do Adolescente da OAB/RR.

Membro da Comissão Nacional da Criança e do Adolescente do CFOAB.

Vice-Presidente da Comissão Nacional de Refugiados do Instituto Brasileiro de Direito de Família em Roraima.

Assessora Jurídica voluntária na Operação Acolhida – Brasil.

Assessora junto Ministério da Saúde. Membro do Subcomitê Federal para Acolhimento aos Imigrantes em Situação de Vulnerabilidade.

³ Mariana Von Linde Moura

Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Roraima.

Pós-Graduada em Direito Constitucional pela Universidade Estácio de Sá/CERS.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida**Resumo**

A situação política e econômica da Venezuela gerou um contexto de deslocamento de milhares de venezuelanos a outros países. Após uma breve contextualização histórica dessa realidade, o artigo apresentará a resposta do Estado Brasileiro para receber o grande fluxo de refugiados e migrantes provenientes da Venezuela: a Operação Acolhida. Nesse trabalho, o foco será a análise do serviço de saúde prestado na Área de Proteção e Cuidado (APC), hospital de campanha construído pela Força Tarefa Logística Humanitária - FTLH. Dessa forma, o objetivo será analisar as ações que estão sendo realizadas pela Operação Acolhida, na cidade de Boa Vista/RR, com vistas a examinar a praxe do princípio da solidariedade humana e direitos constitucionalmente assegurados em favor dos refugiados e migrantes venezuelanos. Assim sendo, para cumprir a finalidade deste artigo científico, o método de pesquisa utilizado foi a revisão bibliográfica e documental sobre o tema, além da análise de campo por meio da observação participante. **Palavras-chave:** Operação Acolhida, Princípio da Solidariedade, Direitos Fundamentais.

Introdução

De acordo com os dados atualizados até maio de 2021 (R4V), o número de refugiados e migrantes venezuelanos alcança a marca de 5.643,665 milhões de pessoas, número que reflete a contexto de instabilidade política e econômica que atinge a Venezuela, trazendo, por consequência, o

Advogada – OAB/RR.

Graduada em Direito pela Universidade Federal de Roraima.

Funcionária da ONU pela Agência da ONU para Refugiados (ACNUR).

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

deslocamento forçado de venezuelanos a outros países. O marco temporal do aumento significativo da diáspora venezuelana é o ano de 2015, tendo, a partir daí, gerado forte impacto no país fronteiriço, Brasil, especificamente, no Estado de Roraima. Isso demandou a criação de uma resposta humanitária de caráter emergencial que mais tarde foi denominada de Operação Acolhida.

A compreensão geral do contexto histórico-social da crise venezuelana até a resposta para a crise migratória (Operação Acolhida) no Brasil, é o ponto inicial para o desenvolvimento desse artigo. Esse contexto possibilitará margem para o objetivo principal da pesquisa que é analisar o princípio da solidariedade humana e alguns direitos constitucionalmente assegurados na Área de Proteção e Cuidados (APC) a refugiados e migrantes em Boa Vista/RR. Para isso, será necessário analisar a história fundamentada em revisão bibliográfica conjuntamente com uma pesquisa de campo sob a perspectiva das autoras.

O artigo, portanto, será dividido em 03 partes. A primeira parte apresentará um breve esboço histórico da crise política e econômica da Venezuela, bem como a repercussão que esse cenário trouxe ao Brasil, especificamente para o Estado de Roraima. A segunda parte será descritiva sobre a Operação

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Acolhida no Estado de Roraima, especificamente no que condiz a Área de Proteção e Cuidado. A partir disso, a terceira parte irá focar nos direitos e princípio, a partir de um panorama geral, para poder trazer a aplicabilidade na Operação Acolhida/APC ao âmbito constitucional.

Por fim, é imperioso descrever que o interesse pelo tema decorre do fato que as autoras atuam no contexto da Operação Acolhida em Roraima, vivenciado o cotidiano de uma experiência inovadora no contexto de gestão migratória no Brasil e que levou ao questionamento de pensar a estrutura ideal para melhor resposta emergencial e humanitária.

1. Esboço histórico da diáspora venezuelana

“O processo político, econômico e social vivido pela Venezuela nos últimos quinze anos teve um grande impacto no mundo” (DAMASCENO, 2015, p. 11). É com essa frase que o Doutor em História Social Damasceno (2015) inicia a esculpir as linhas do que ele denominou de “A face Oculta da Venezuela”, colocando por menores a hegemonia da Venezuela sobre a produção e venda bem-sucedida do petróleo até a crise política e econômica que assolou o país. Longe de seguir o exaurimento da temática histórica, o presente tópico busca contextualizar a crise da diáspora

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

venezuelana, sobre a qual de fato se justifica o objetivo principal dessa pesquisa. Sendo assim, no primeiro capítulo será apresentada dos principais aspectos que originou a saída de milhares de cidadãos venezuelanos a outros países, para que, assim, seja possível aprofundar o desaguar disso no Brasil, especificamente na resposta humanitária à crise venezuelana: a Operação Acolhida.

Na Venezuela, o estopim da diáspora contemporânea, foco dessa pesquisa, deu-se por volta do ano de 2013, após os sucessivos eventos relacionados à doença do então presidente Hugo Chávez (que culminaria um ano depois, em 2014, na sua morte) e ao enfraquecimento das lideranças políticas chavistas (BBC News, 2019). Apesar disso, eventos antecessores⁴ - que iniciaram com o declínio do *Pacto de Punto Fijo*⁵ (1958)

⁴ Durante quase 130 anos de independência, a Venezuela teve apenas um período de pouco meses de governo democraticamente eleito, durante a gestão do presidente Rómulo Galegos, em 1948. Esse longo período de sucessões indiretas, no entanto, foi sucedido por uma era democrática que se iniciou com a derrubada da ditadura militar de Pérez Jiménez, em 1958, e que já se prolonga por 53 anos, até os dias de hoje, apesar de duas tentativas de golpe, uma em 1992 e outra em 2002 (VALENTE, 2013, p. 2).

⁵ O *Pacto de Punto Fijo* estabeleceu um novo arcabouço de normas políticas, prevendo um sistema eleitoral bipartidário. Os dois partidos que faziam parte desse sistema eram o *Acción Democrática* (AD) e o Comitê de Organização Política Eleitoral Independente (COPEI), que possuíam ideologias e programáticas semelhantes (BARROS, 1999). Além das similitudes, ambos eram demasiadamente institucionalizados, contando com representantes das variadas esferas institucionais da Venezuela - igrejas, forças armadas, comerciantes e aliados norte-americanos - permitindo que houvesse sempre uma alternância de poder entre eles

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

durante a década de 1980 - impactaram fortemente para o aumento da dívida externa do país e a diminuição do preço do petróleo, dois pontos que até hoje impedem a mudança de cenário do país.

No início do século XX, o petróleo já despontava como o grande vetor da economia venezuelana: “a Venezuela é um país petroleiro desde a década de 1920, quando o petróleo superou o café como principal produto de exportação” (BARROS, 1999, p. 211), sendo de tal importância que, a partir dos anos de 1970, o produto representava 75% das exportações e 50% da arrecadação estatal. A economia venezuelana é essencial para compreender o fracasso do *Pacto de Punto Fijo*, a crise fiscal que assolou o país, e a abertura para surpresas políticas/eleitorais (culminando anos depois com a eleição de Hugo Chávez). Todos esses eventos são relacionados à queda do preço do petróleo a nível global e que impediu qualquer possibilidade de estabilidade no país.

Diversas intervenções adotadas para tentar recuperar o *superávit* impactaram na renda dos cidadãos, gerando empobrecimento, deterioração e polarização social (SOARES,

(VILLA, 2005). Essas características permitiam que o país se desenvolvesse em torno de uma política conservadora e oligárquica, que criou um ambiente para a propagação de corrupção e insatisfação populacional, apesar de estabilidade política (BARROS, 2007).

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

2003). Uma dessas intervenções foi a reformulação do *Pacto de Punto Finjo*, em 1989, proposta por um dos mais influentes políticos da época, Carlos Andrés Perez, que adotou medidas neoliberais, tais como a modernização, abertura e liberalização da economia (BACOCINA, 2008). Os efeitos não foram suficientes para evitar uma crise econômica e a necessidade de um acordo de ajuda entre a Venezuela e o FMI (Fundo Internacional Monetário), juntamente com os Estados Unidos (VALENTE, 2013).

Na década de 90, a instabilidade democrática e a ruptura no sistema político venezuelano eram latentes. Isso criou um ambiente para que, em 1992, um grupo de oficiais liderados pelo Tenente-Coronel Hugo Chávez, executasse uma malsucedida tentativa de golpe de Estado (VALENTE, 2013). Esse evento tornou-se uma referência de oposição ao bipartidarismo venezuelano instituído pelo *Punto Fijo* (BARROS, 1999). Após esse episódio, Hugo Chávez abandonou a vida militar e passou a se dedicar a política, passando a difundir ideais e projetos na Venezuela e, mais do que isso, recebendo confiança política de parte da população. Em 1997, Hugo Chávez, personificando uma figura de mudança e esperança de novos tempos para a população venezuelana, fundou o seu partido – Movimento Quinta

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

República – e se lançou com uma estratégia política que prometia modificar as instituições de dentro para fora (VILLA, 2005). Após o trabalho da construção da sua imagem política, Chávez foi eleito em 1998 com 58% dos votos válidos (LOMBARDI 2003):

A chegada Hugo Chávez à Presidência da Venezuela, em 1999, é, sem dúvida, um marco de mudanças fundamentais na política externa do país. Por mais de quatro décadas, os governos que passaram pelo Palácio Miraflores ficaram conhecidos por seus alinhamentos em relação aos Estados Unidos, especialmente na questão fundamental de quase todo período: a Guerra Fria e o combate ao comunismo. Chávez não somente rompeu com uma alternância de poder de 40 anos entre dois partidos, mas também ao assumir o país dez anos após a queda do Muro de Berlim retirou a Venezuela, tanto da antiga da lógica bipolar que não fazia mais sentido, mas que resistia agonizante, tanto quanto da política neoliberal, esta unipolar e típica da hegemonia americana dos anos 90, usada como receita ortodoxa de salvação de uma economia à beira do precipício (VALENTE, 2013, p. 1- 2).

De acordo com Barros (2007, p. 2018), a política adotada inicialmente por Hugo Chávez foi a conjunção de “um programa econômico ortodoxo de curto prazo, a rearticulação do cartel da OPEP - Organização dos Países Exportadores de Petróleo - e um plebiscito para a convocação de uma nova assembleia constituinte”.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

O governo de Chávez seguiu um modelo nacional-desenvolvimentista, com forte apelo nacionalista, por meio da criação de empresas estatais, da reestatização (nacionalizou empresas que tinham sido privatizadas em governos anteriores e as colocou sobre o controle estatal), da intervenção na economia (fixando os valores de produtos de necessidade primária e isentando de impostos produtos de mercados populares), da expansão de direitos trabalhistas e sociais, do aumento de empregabilidade no setor público (MORAES, 2011). Além disso, como apresentado acima, projetou a rearticulação junto à Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), o que, juntamente com a nacionalização da indústria petroleira, contrariava fortemente os interesses norte-americanos (BARRO, 2007).

Seguindo os passos planejados, foi realizada uma Assembleia Nacional Constituinte que deu ensejo, em dezembro de 1999, a uma nova Constituição. Essa nova Constituição reconhecia o país pelo nome oficial de “República Bolivariana da Venezuela” e regulamentava cinco poderes públicos: o Executivo, Legislativo, Judiciário, Cidadão e Eleitoral (VILLA, 2005).

Ressalta-se que, à época, havia uma importante ambição do governo chavista de integração das Forças Armadas no

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

cenário político. Dessa forma, Hugo Chávez, por meio do Plano Bolívar, incluiu representantes militares em cada um dos poderes públicos regulamentados pela nova constituição, além de acrescê-los às atividades socioeconômicas do país (AZEREDO, 2003).

Ademais, uma das políticas mais marcantes do governo de Hugo Chávez foram os diversos programas sociais – denominadas de *Misiones* - patrocinadas pela receita do petróleo. De acordo com Vieira (2016), as *Misiones* foram políticas de cunho assistencialistas que procuraram dar soluções imediatas a problemas de âmbito social (saúde, educação, etc.) e que trouxeram significativa melhoria na qualidade de vida dos cidadãos venezuelanos, sobretudo das populações mais marginalizadas. Podemos citar como exemplo entre as *Misiones* mais importantes e de maiores alcances: (i) *Missión Barrio Adentro* - convênio entre Venezuela e Cuba para levar serviços médicos ofertados por profissionais cubanos a bairros pobres do país; (ii) *Missión Robinson* - missão educativa com objetivo de erradicar o analfabetismo na Venezuela (relacionada a essa missão tem-se as *Missión Ribas* e *Sucre* que concederam bolsas de estudo universitário); (iii) *Missión Mercal* – visava a construção de armazéns e supermercados com produtos de primeira necessidade a

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

baixos preços (buscava-se com isso valorizar as cooperativas venezuelanas em face de empresas internacionais); (iv) *Missión Madres del Barrio* - apoio a mães com dificuldade econômica; (v) *Missión Negra Hipólita* - apoio a moradores de rua; (vi) *Missión Piar* – com o propósito de criar casas populares e ações de recuperação ambiental; (vii) *Missión Vuelvan Caracas* - visava em uma macro perspectiva transformar toda a estrutura produtiva do país, criando empregos para superar a dependência petroleira (VIERA, 2016)⁶.

⁶ Em sua tese de doutorado, a autora Mariana de Oliveira Lopes Vieira (2006, p. 42) faz um trabalho histórico preciso com dados estáticos sobre o impacto das *Misiones* na Venezuela “... a missão Robinson, criada em 2003, tirou 1,5 milhões de pessoas do analfabetismo; em 2005, 20.000 médicos cubanos trabalhavam em ambulatórios de bairro, o número de aposentados passou de 380.000 a 860.000, a reforma agrária redistribuiu 2.800.000 hectares de terra a 130.000 famílias camponesas, 15.000.000 de pessoas tinham acesso a alimentos subvencionados, 41.500 novas casas foram construídas (LEMOINE, 2005, p.19 e 24). Além disso, nos bairros pobres, mães carentes recebem salário mínimo mensal a título de ajuda. Estima-se que 200.000 mães tenham recebido esse auxílio (Apud ZUBIRI 2012, p. 45). Foram feitas também mudanças importantes no acesso ao crédito e nas comunicações, como a criação do Banco de la Mujer e do Banco del Pueblo, e de meios de comunicação coletivos, da Telesur (rede de comunicações latino-americana alternativa às grandes mídias) e da Agência Bolivariana de Notícias (ABN). As Misiones representam políticas sociais alternativas à estrutura tradicional com alta capacidade de intervenção social e desburocratização do aparelho estatal. Isso se dá por meio da participação popular na execução de políticas. Por outro lado, essas políticas proporcionam um grande avanço em termos de organização popular (SCARTEZINI, 2012). Além dos avanços representados pelas Misiones e demais programas sociais, a mudança na relação do governo com as classes populares passou pela abertura de espaço para a participação política direta...”

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

O final da era chavista se encerrou após o quarto mandato de Hugo Chávez (1999-2013), com a sua morte em 05 de março de 2013, por razões de saúde. Por fim, foi convocado um novo pleito para eleger um novo presidente, tendo Nicolás Maduro⁷, em 14 de abril de 2013, sido eleito com 50,61% dos votos válidos (BACOCINA, 2008).

1.2. Das violações de direitos humanos e da necessidade de apoio internacional

A Venezuela figura atualmente nos jornais nacionais e internacionais como um país afundado em uma forte crise social, política e econômica. Apesar disso, segundo Soares (2003), os fatos dos últimos 50 anos, de instabilidade política e econômica foram substanciais para o abismo que a Venezuela entraria e que causaria a saída de milhões de venezuelanos do país.

A venda do petróleo, produto que foi o principal dinamizador econômico da Venezuela desde 1920 - chegando a ser responsável por 95% da exportação do país - sofreu grande impacto com a queda nos preços dos barris à nível internacional, sobretudo a partir de 2014, forçando ainda mais

⁷ Vice-presidente de Hugo Chávez e apadrinhado politicamente por ele, Nicolás Maduro, até o fechamento dessa dissertação, ano 2020, ainda era o presidente da Venezuela.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

a ruína econômica venezuelana, que não tinha outro produto à altura para ser substituído com fins de exportação (BARROS, 2007). A inflação subiu descontroladamente, sendo um período de desestruturação do modelo Socialista-Bolivariano, onde todas as tentativas de controlar a inflação se mostraram frustradas (VALENTE, 2013). De uma perspectiva social, uma das primeiras consequências advindas com a crise econômica do século XXI foi a impossibilidade de manter as políticas assistencialistas do governo de Chávez.

Dessa forma, com a queda do preço do petróleo e a morte de Hugo Chávez, mais uma vez a instabilidade política voltava a operar fortemente no país venezuelano, caracterizada por uma forte oposição e por manifestações políticas violentas contra com o governo de Nicolás Maduro (BACOCINA, 2008). Como resultado do colapso social, econômico e político, por volta de 2014, se intensificou no país a falta de alimentos, a alta taxa de desemprego e a precariedade de serviços básicos (como saúde, educação e segurança), impulsionando o deslocamento forçado de milhões de cidadãos da Venezuela:

A situação tem sido complexa durante muitos meses devido a vários fatores: crise econômica, manifestações de cunho social, deterioração dos serviços básicos, fluxos migratórios e altos índices de violência. Desde janeiro, a renovada crise política e o aumento na violência agravaram o quadro, colocando em risco os frágeis mecanismos para lidar com a situação e os recursos limitados da

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

população. Os desafios para manter o sistema de saúde em funcionamento e para consertar a infraestrutura, por exemplo, estão tendo um impacto nos mais vulneráveis e na população em geral. Como consequência, as pessoas continuam deixando o país (Comitê Internacional da Cruz Vermelha sobre a crise humanitária na Venezuela, 2019).

Ao analisar o fluxo da diáspora venezuelana, além da crise relacionada ao setor econômico, há outras questões que motivam a saída de milhares de pessoas da Venezuela, entre elas: perseguição política, riscos de saúde, situações de insegurança, violência generalizada e etc (MILESI; COURY; ROVERY, 2018). Na perspectiva de segurança, de acordo com o relatório emitido pelo “*The Human Rights Watch*” (2017), há uma situação de caos generalizada no país, ocasionada pela presença de grupos armados, práticas corriqueiras de roubos e crimes de extorsão, inclusive por representantes estatais. Na perspectiva social, temos outras violações de direitos humanos, tais como a impossibilidade de acesso à educação, emprego e serviços básicos de saúde. Sobre isso, foi implementada uma ferramenta pelo governo de Nicolás Maduro que vincula o acesso a serviços de saúde, à educação, de distribuição de alimentos e remédios, de oportunidade de trabalho, de emissão de documentação oficial (como identidade e passaporte) e de bancos, à obtenção do *Carnet*

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida de la Patria⁸ (HUMAN RIGHTS WATCH, 2018). Explorando esses pilares, conclui-se que há uma tendência do governo a reduzir ou dificultar o acesso de cidadãos a liberdades civis e políticas, ou seja, a direitos humanos garantidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (SASAKI; ASSIS, 2000; SILVA, 2017).

Em face do que foi previamente descrito, diversos países do continente americano passaram a receber o fluxo de pessoas proveniente da Venezuela. De acordo com a Plataforma de Coordenação para Refugiados e Migrantes da Venezuela (R4V, 2021), até maio de 2021, já tinham sido contabilizados 5.643,665 milhões de refugiados e migrantes venezuelanos. Entre os países que mais receberam esse fluxo encontra-se a Colômbia em primeiro lugar (tendo recepcionado 720.112 mil pessoas), seguido pelo Chile (610.035 mil pessoas), Peru (465.858 mil pessoas), Argentina (251.200 mil

⁸ Na perspectiva ilustrada por Maria Carolina Baú (2019), o *Carnet de la Patria* é um mecanismo de controle socioeconômico da população venezuelana - denominado pela autora de “*método coercitivo indireto*” – que tem como propósito o poder de manipulação populacional em face das necessidades básicas da comunidade. Hoje em dia, aquele cidadão, principalmente de perfil mais vulnerável, que não possui o carnê dificilmente tem acesso a serviços básicos na Venezuela. Além de funcionar como um *marketing* do governo, também funciona como uma vinculação eleitoral à Maduro, tendo em vista que apenas em posse desse documento é permitido exercer direitos políticos, como por exemplo votar (BAÚ, 2019).

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida pessoas), Equador (202.489 mil pessoas) e, em sexto lugar, o Brasil (145. 462 mil pessoas)⁹.

Desde o início, a principal rota utilizada para entrar no Brasil foi a via terrestre por meio do Estado brasileiro que faz fronteira com a Venezuela: Roraima. O Estado de Roraima possui 224.299 km² de extensão e tem 631.181 mil habitantes, de acordo com o último censo feito pelo IBGE em 2020. Em uma perspectiva econômica, há uma grande dependência do Estado de Roraima ao funcionalismo público e há pouca perspectiva de crescimento industrial e, em 2018, Roraima atingiu 11 bilhões de reais referente ao Produto Interno Bruto (PIB), sendo o menor PIB do Brasil (GLOBO, 2019).

O deslocamento de pessoas saindo da Venezuela até o Estado de Roraima iniciou por volta do ano de 2015 (MILESI; ROVERY, 2018) e teve imediata repercussão na capital do Estado, Boa Vista, e na cidade fronteira de Pacaraima. Devido à crise na Venezuela, a população de refugiados e migrantes chegaram ao Brasil com as mais diversas vulnerabilidades, buscando apoio, sobretudo, com alimentação, saúde e oportunidade de trabalho. O pequeno Estado de Roraima não conseguiu atender e responder todas

⁹ Todos os dados desse parágrafo foram retirados da Plataforma de Monitoramento R4V, com números atualizados do ano de 2021. Disponível em: <https://r4v.info/es/situations/platform>. Acesso em 28 de maio de 2021.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

as demandas, que gerou sobrecarga ao serviço público, sobretudo nas áreas de saúde e educação (SILVA, 2017). Ressalta-se que na perspectiva de Vasconcelos (2018) a estrutura estatal, mesmo antes do fluxo migratório da Venezuela, já era insuficiente para atender as demandas internas. Com o agravamento do contexto social e da intensificação da migração venezuelana, em dezembro de 2017, a então governadora do Estado de Roraima, por intermédio do Decreto Estadual Nº 24.469-E, declarou Estado de Emergência (GLOBO, 2017). O objetivo com isso foi obter apoio logístico e financeiro do governo federal brasileiro e chamar atenção para o estado de emergência social que passava o Estado. A declaração de Estado de Emergência de Roraima foi o estopim para que houvesse uma resposta coordenada a nível federativo com diferentes agentes públicos e organizações internacionais, a qual daria ensejo a um conjunto de ações inéditas no Brasil: a Operação Acolhida!

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

2. A força tarefa logística humanitária – a Operação Acolhida

Com base no artigo 62 da Constituição Federal brasileira¹⁰ – que dispõe sobre a adoção de medidas em caso de relevância e urgência - o Governo Federal editou a Medida Provisória nº 820, de 15 de fevereiro de 2018, e passou a liderar a resposta ao grande fluxo de refugiados e migrantes venezuelanos. A ementa da Medida Provisória nº 820 resumia sobre o que ela se destinava: “dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária” (BRASIL, 2018). A MP nº 820 decretou ações gerais de assistência e acolhimento a população dentro do contexto de crise humanitária e, acima de tudo, trouxe à baila a responsabilização das três esferas políticas - federal, estadual e municipal. Além disso, criou o Comitê Federal de Assistência Emergencial (art. 6º)¹¹, o qual, em 21 de fevereiro de 2018, nomeou o General de Brigada

¹⁰ Art. 62. Em caso de relevância e urgência, o Presidente da República poderá adotar medidas provisórias, com força de lei, devendo submetê-las de imediato ao Congresso Nacional.

¹¹ Art. 6 da Lei nº 13.684: Fica instituído o Comitê Federal de Assistência Emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária, e sua composição, suas competências e seu funcionamento serão definidos em regulamento.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Eduardo Pazuello como Coordenador Operacional no território brasileiro.

Em março do ano de 2018, a Medida Provisória nº 823 concedeu crédito extraordinário no valor de R\$ 190 milhões de reais em favor do Ministério da Defesa, com objetivo de financiar ações emergenciais, por meio das Forças Armadas, relativas ao apoio logístico e de pessoal, “para minimizar a grave situação de vulnerabilidade decorrente do fluxo migratório provocado pela crise humanitária na República Bolivariana da Venezuela, que levou a um aumento populacional temporário, desordenado e imprevisível no Estado de Roraima” (BRASIL, 2018). A estrutura criada pelo Comitê Federal para atender aos refugiados e migrantes foi dividida em 04 Subcomitês Federais: a) Subcomitê de Recepção; b) Subcomitê de Identificação e Triagem; c) Subcomitê Interiorização e d) Subcomitê de Ações de Saúde (BRASIL, 2018).

Em 21 de junho de 2018, a Medida Provisória nº 820 foi convertida na Lei nº 13.684, a qual previu a ampliação de políticas para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária. A partir daí consolidava-se a Operação Acolhida, que, de acordo com Roberto Caiafa (2018), pode ser

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

entendida como um conjunto de ações do Estado brasileiro que visa apoiar a estruturação e outras atividades necessárias para acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente do fluxo migratório para o Estado de Roraima, provocado pela crise humanitária na Venezuela. Para que essas finalidades possam ser executadas, além dos setores governamentais brasileiros, trabalham em cooperação na Operação Acolhida diversas organizações internacionais, ONGs, etc. (BRASIL, 2018).

A despeito disso, é válido ressaltar que mesmo antes da previsão legal de cooperação entre atores nacionais e internacionais, algumas organizações internacionais e entidades da sociedade civil já atuavam em solo brasileiro para responder à crise venezuelana. Por exemplo, com anúncio pelo Estado de calamidade social em Roraima devido ao grande fluxo de pessoas em vulnerabilidade provenientes da Venezuela, em junho de 2017, agências da ONU, como o Alto Comissariado da ONU para Refugiados (ACNUR), a Organização Internacional para Migrações (OIM) e Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA) chegaram ao país, com o objetivo de prestar apoio ao governo, trabalhando junto com as organizações da sociedade civil (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2018). A fim de gerenciar as demandas provenientes

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

do fluxo migratório, a Operação Acolhida trabalha em três níveis: Ordenamento de Fronteira, Abrigamento e Interiorização.

2.1 Da Área de Proteção e Cuidado (APC)

Com o início das atividades em Roraima, a Operação Acolhida montou na cidade fronteira de Pacaraima, um Posto de Atendimento Avançado (PAA), construído com um módulo do hospital de campanha do Rio de Janeiro, tendo como objetivo, prestar atendimento para os migrantes e refugiados que chegavam, muitos caminhando a pé, desde seus locais de origem.

Em 04/02/2020, através da Portaria n. 188/GM/MS, foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e, em ato contínuo, Lei no 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública, de importância internacional, decorrente do novo coronavírus.

A Organização Mundial de Saúde, em 11 de março de 2020, declarou situação de pandemia em relação ao novo coronavírus.

Ante o aumento dos casos, o estado de Roraima publicou os Decretos n. 28.587-E, impondo medidas para enfrentamento

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

da crise sanitária decorrente do COVID-19 e 28.635-E, de 22 de março de 2020, que decretou Estado de Calamidade Pública.

Com a pandemia, o PAA foi desmontado em Pacaraima e transferido para Boa Vista, para construção da Área de Proteção e Cuidado, com objetivo de prestar assistência médica ambulatorial não só aos migrantes e refugiados, mas igualmente aos indígenas das diversas etnias do estado. Em 28 de abril de 2020, o hospital de campanha estava com sua estrutura concluída, contudo, por falta de profissionais e equipamentos, não pode iniciar os atendimentos, conforme restou amplamente divulgado na mídia regional e nacional¹².

Em 18 de maio de 2020, foi celebrado o Termo de Cooperação n. 003/2020 entre a União, através do Comitê Federal e Assistência Emergencial e o estado de Roraima, prevendo atribuições as partes, dentre elas que a gestão da Área de Cuidados caberia ao Comitê e, a disponibilização de insumos, pessoal, equipamentos hospitalares, dentre outros, ficaria a cargo do estado, conforme verifica-se abaixo:

¹² Vide em:

https://globoplay.globo.com/v/8576107/?utm_source=whatsapp&utm_medium=share-bar

<https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Hospital-de-Campanha-devera-iniciar-atividades-neste-mes/65320> e <http://g1.globo.com/rr/roraima/bom-dia-amazonia/videos/v/governo-nao-inaugura-hospital-de-campanha-por-falta-de-equipamentos-e-profissionais/8557031/>. Acesso em 03 de junho de 2021.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DO COMITÊ FEDERAL DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL E O ESTADO DE RORAIMA, PARA OS FINS QUE ESPECÍFICA.

**Processo nº 00001.001645/2020-10
Termo de Cooperação nº 03**

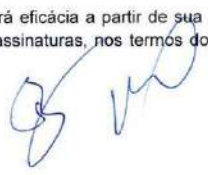
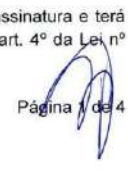
A **UNIÃO**, por intermédio do **COMITÊ FEDERAL DE ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL**, situada no Palácio do Planalto – Praça dos Três Poderes – Brasília, DF, neste ato representada pelo seu Presidente, Ministro de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, **o Senhor Walter Souza Braga Netto**, portador da CI nº 049.444.191-8 e CPF nº 500.217.537-68 e o **ESTADO DE RORAIMA**, pessoa jurídica de direito público Interno, inscrita no CNPJ sob o nº 05.370.016/000100, com sede no Palácio Senador Hélio Campos, situado na Praça do Centro Cívico, 350 - Centro, Boa Vista - RR, neste ato representado pelo **Senhor Olivan Pereira de Melo Júnior**, portador da CI nº 028815773-8 e CPF nº 002.753.007-81 acordam em celebrar o presente **TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA**, para o estabelecimento de mútua cooperação mediante as cláusulas e condições a seguir ajustadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Cooperação Técnica tem por objeto estabelecer a mútua cooperação entre o Comitê Federal de Assistência Emergencial e o Estado de Roraima, visando ampliar a resposta médico sanitária no Estado de Roraima para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19 (Coronavírus), de acordo com a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1 Este Termo de Cooperação Técnica terá eficácia a partir de sua assinatura e terá vigência até 06 (seis) meses a partir das assinaturas, nos termos do art. 4º da Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.

 
Página 1 de 4

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

2.2 A vigência poderá ser prorrogada, desde que acordado por ambos os signatários, mediante a emissão de Aditivo a este Termo de Cooperação Técnica, após a avaliação do quadro geral da saúde no estado pelos partícipes deste Termo de Cooperação Técnica, por tempo a ser definido quando dessa avaliação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES DOS PARTÍCIPES

3.1 Do Estado de Roraima, de acordo com os preceitos legais e disponibilidades de seus meios para estabelecimento, funcionamento e eventual expansão da Área de Proteção e Cuidados:

- a. Disponibilizar insumos, pessoal, equipamentos hospitalares e de uso geral;
- b. Prover serviços administrativos e logísticos;
- c. Apoiar com serviços de infraestrutura;
- d. Definir os fluxos de atendimento para acesso à Área de Cuidados e sua eventual expansão; e
- e. De acordo com a evolução da crise e de comum acordo com o Coordenador Operacional do Comitê Federal de Assistência Emergencial, assumir o gerenciamento da Área de Cuidados.

3.2 Do Comitê Federal de Assistência Emergencial:

- a. O Comitê Federal de Assistência Emergencial, por intermédio de seu Coordenador Operacional, será responsável, inicialmente, pela gestão da Área de Cuidados;
- b. Prover insumos e os meios necessários (recursos humanos e materiais), de acordo com os preceitos legais e disponibilidade, para o estabelecimento, funcionamento e eventual expansão.

3.3 Das atribuições comuns:

- a. Capacitação e treinamento dos profissionais envolvidos na atuação no combate ao coronavírus, constante do Plano Emergencial de Contingenciamento para COVID-19;
- b. Estabelecimento de reuniões para discussões técnicas relativas ao aprimoramento das ações a serem executados;
- c. Cooperação entre instituições envolvidas, a fim de coordenar estratégias visando aumentar a eficiência da resposta; e
- d. Colaboração na elaboração ou ajuste de protocolos relativos ao Plano Emergencial de Contingenciamento para a COVID-19.



Página 2 de 4

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

CLÁUSULA NONA – DO DISTRATO E DA RESILIAÇÃO UNILATERAL

É facultado aos partícipes promover o distrato do presente Termo de Cooperação Técnica, a qualquer tempo, por mútuo consentimento, ou a resilição unilateral por iniciativa de qualquer deles, mediante notificação por escrito, com antecedência mínima de um mês, restando para qual, tão somente, a responsabilidade pelas tarefas em execução no período anterior à notificação. A utilização do direito à resilição unilateral não ensejará, em nenhuma circunstância, no direito ao pagamento de indenização por conta da resilição.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

O Foro para solucionar os litígios que decorrem da execução deste Termo de Cooperação Técnica será o Justiça Federal - Seção Judiciária do Distrito Federal.

E, por estarem assim, de pleno acordo, assinam as partes o presente instrumento em 02 (duas) vias, para todos os fins de direito.

Brasília – DF, 18 de maio de 2020.



Walter Souza Braga Netto

Ministro de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República e Presidente do Comitê Federal de Assistência Emergencial



Olivan Pereira de Melo Júnior
Secretário de Estado da Saúde



Página 4 de 4

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

A Operação Acolhida desde o início dos trabalhos elaborou um Plano Emergencial para Contingenciamento para COVID 19¹³ e que passou por diversas atualizações, estabelecendo Normas Gerais de Ação para prevenção, controle e tratamento referentes à infecção pelo Coronavírus (COVID-19) nas instalações da Operação Acolhida, nas tarefas de Ordenamento da Fronteira, Abrigamento, Interiorização e atividades administrativas, incluindo abrigos, Posto de Recepção e Informação (PRI), Postos de Interiorização e Triagem (PITrigs) e Posto de Recepção e Apoio (PRA). Assim como determinar ações específicas em Ocupações Espontâneas (OEs).

Destaca-se que, quando do início dos trabalhos, a Operação Acolhida possuía sob sua administração 12 Abrigos, existindo ainda em Roraima, 10 Ocupações Espontâneas.

Em 17 de junho de 2020 a APC passou a funcionar com 80 leitos, que gradativamente foram sendo ampliados. Abaixo, trazemos algumas imagens da APC, demonstrando a grandiosidade da estrutura montada¹⁴, vejamos:

¹³Vide em:

https://www.eb.mil.br/documents/10138/12585551/PLANO+EMERGENCIAL+DE+CONTIGENCIAMENTO+PARA+COVID-19_10+OUT+20.pdf/f5778b29-fde3-7160-3c46-2c839f3561b9.

¹⁴ Arquivo cedidos pelo Coordenador Adjunto da Força Tarefa Logística Humanitária.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida



Entre os meses de junho de dezembro de 2020, foram atendidos na APC 5.942 pessoas, dentre as quais, 658 venezuelanos.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

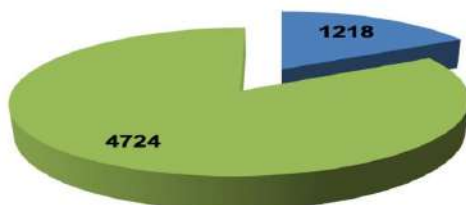


OPERAÇÃO ACOLHIDA – COVID-19



Estadísticas AC – 04 DEZ 20

■ INTERNADOS ■ ASSISTIDOS



Prestação de serviços para um total de 5942 pessoas, sendo destes 658 venezuelanos (11 %).

ASSISTIDOS	
Venezuelanos	658
Indígenas	212
Cubanos	12
Cabo-verdianos	2
Bolivianos	4
Peruanos	3
Guianense	5
Transferidos	32 – 0,5 %

MORTES	
COVID	39 (3,2 %)
NÃO COVID	21 (1,7 %)



OPERAÇÃO ACOLHIDA



A Prefeitura de Boa Vista instalou na área da APC uma Unidade Básica de Saúde, que atendeu no período 7.107 pessoas.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

O trabalho realizado pela Operação Acolhida, enquanto resposta governamental ao intenso fluxo de migrantes e refugiados venezuelanos no Brasil, através do trabalho desenvolvido na APC, mereceu destaque no sítio do ACNUR¹⁵.

As parcerias firmadas entre o Comitê Federal, os governos do estado, do município e a Operação Acolhida, com seus colaboradores, como as agências das Nações Unidas, foram essenciais para o sucesso do trabalho desenvolvido até a transferência da gestão da APC a Secretária de Saúde do Estado de Roraima.

3. Acerca dos princípios e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados

3.1 Noções Gerais sobre princípios e direitos fundamentais

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

¹⁵ Vide: <https://www.acnur.org/portugues/2020/08/08/hospital-de-campanha-salva-vidas-de-indigenas-contaminados-por-covid-19-no-brasil/>.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

O direito à saúde é reconhecido como um direito humano universal e, portanto, encontra-se previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948¹⁶.

A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem de 1948, igualmente assegura que o direito à saúde da pessoa deve ser garantido através de medidas sanitárias, sociais e de cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade. Pedimos ainda vênha para citar a Declaração de Viena (1993), que ao reiterar os enunciados da Declaração Universal dos Direitos Humanos assim se pronunciou:

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de forma global, justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase. (...), é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, sejam quais forem seus sistemas políticos, econômicos e culturais.

Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do

¹⁶ Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948: "Toda pessoa humana tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive a alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, (...)".

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Cazaquistão, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. A Declaração de Alma Ata – documento síntese desse encontro – afirmava a partir de dez pontos que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento. Naquele momento, conforme defesa feita pela própria OMS, a saúde era entendida como “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Facchini, 2018).

É importante salientar que, entre o acervo bibliográfico utilizado para fazer essa pesquisa, a expressão “direitos fundamentais” foi referida também como direitos humanos, direitos do homem, liberdades fundamentais, direitos individuais, liberdades públicas e direitos fundamentais do homem. Dessa forma, utilizaremos neste tópico todas essas expressões como sinônimas, respeitando a preferência de cada doutrinador sobre o tema.

A despeito da positivação dos direitos fundamentais ter sido realizada na idade moderna, Sarlet (2013) traz uma importante reflexão sobre a essência desses direitos,

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

afirmando que a origem se encontra na filosofia clássica greco-romana e na tradição judaico-cristã, em especial, nos valores da dignidade da pessoa humana e no princípio da igualdade entre os homens. A positivação dos direitos fundamentais ocorreu a partir dos preceitos iluministas oriundos dos séculos XVII e XVIII – período histórico marcado pelo desenvolvimento das primeiras constituições escritas - com objetivo de proteger o homem do poder do Estado (IURCONVITE, 2007). O emblemático doutrinador Konrad Hesse (1986 apud BONAVIDES, 2004, p. 560) reafirma a ideia apresentada acima sobre o propósito dos direitos fundamentais: “criar e manter os pressupostos elementares de uma vida na liberdade e na dignidade humana, eis aquilo que os direitos fundamentais almejam”. Sobre isso, Bonavides (2004) ensina que a codificação dos direitos fundamentais teve por estopim as reverberações da Revolução Francesa - época que culminou na edição da Declaração dos Direitos do Homem (1789). Na Declaração dos Direitos do Homem de 1789 foram apresentados em forma de texto valores históricos e filosóficos ligados à liberdade, igualdade e fraternidade.

Sobre a definição da expressão “direitos fundamentais do homem”, José Afonso da Silva (2015, p. 180) com maestria preceitua que:

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Além de referir-se a princípios que resumem a concepção do mundo e informam a ideologia política de cada ordenamento jurídico, é reservada para designar, no nível do direito positivo, aquelas prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantias de uma convivência digna, livre e igual de todas as pessoas. No qualitativo fundamentais acha-se a indicação de que se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive; fundamentais do homem no sentido de que a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados. Do homem, não como o macho da espécie, mas no sentido de pessoa humana. Direitos fundamentais do homem significa direitos fundamentais da pessoa humana... (destaque do autor)

Sobre características comuns aos direitos fundamentais, Silva (2015) cita a historicidade, inalienabilidade, imprescritibilidade e irrenunciabilidade. A esses, Lenza (2012) inclui à universalidade, limitabilidade e concorrência:

A primeira característica diz respeito tanto à antiguidade de tais direitos, quanto à mutabilidade destes ao longo dos anos. A segunda preconiza que os direitos fundamentais não possuem natureza econômica, ou seja, não podem ser negociados, vendidos ou transferidos. A terceira significa que o decurso do tempo não prejudica a titularidade e o exercício dos direitos. A quarta que esses direitos não podem ser renunciados pelos seus titulares.

Ademais, a universalidade refere-se a um direito que pertence a todos, sem distinção de fronteiras físicas ou políticas. A limitabilidade justifica-se por nenhum direito ser absoluto e a concorrência porque são direitos que podem ser exercidos

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

cumulativamente e em simultaneidade (LENZA, 2017, p. 35).

Os direitos fundamentais foram alterados diversas vezes desde o reconhecimento nas primeiras constituições. Com isso, em um primeiro momento, desenvolveu-se a premissa de evolução dos direitos fundamentais divididos em 03 (três) gerações¹⁷. No entanto, há doutrinadores que defendam a divisão até 05 (cinco) gerações (SARLET, 2013).

Os direitos fundamentais de primeira dimensão “são o produto peculiar (...) do pensamento liberal-burguês do século XVIII, caracterizados por um cunho fortemente individualista, concebidos como direitos do indivíduo frente ao Estado” (SARLET, 2013, p. 272). Os direitos fundamentais de 1ª (primeira) geração são “os direitos da liberdade (...) os direitos civis e políticos, que em grande parte correspondem, por um prisma histórico, aquela fase inaugural do constitucionalismo do Ocidente”. (BONAVIDES, 2004, p. 563). Esses direitos possuem o indivíduo como titular, são oponíveis em face do Estado e “traduzem-se como faculdades ou atributos da pessoa e ostentam uma subjetividade que é seu traço mais característico” (BONAVIDES, 2004, p. 563-564). Bonavides (2004) informa que são direitos de resistência contra o Estado

¹⁷ Por não se tratar do objetivo dessa pesquisa, não adentraremos no debate quanto à nomenclatura (dimensões *versus* gerações).

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

e por isso que são tidos como direitos negativos, que reclamam a abstenção Estatal. Em suma, “dizem respeito às liberdades públicas e aos direitos políticos, ou seja, direitos civis e políticos a traduzir o valor liberdade” (LENZA, 2012, p. 958).

Os direitos de segunda geração têm como marco os episódios da Revolução Industrial Europeia (século XIX) e evidenciam os direitos sociais, culturais e econômicos, bem como dos direitos coletivos/de coletividade, correspondentes aos direitos de igualdade (BONAVIDES, 2004).

Por sua vez, os direitos de terceira geração são marcados pela transindividualidade (que vai além do indivíduo), tendo em vista que são relativos a humanidade e à universalidade, ou seja, segundo LENZA (2012) são aqueles relativos ao direito ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente, propriedade e à comunicação.

Não há propriamente um consenso entre os doutrinadores de quais seriam os direitos de quarta, quinta e sexta geração. Por exemplo, para Bonavides (2004) o direito de democracia, informação e pluralismo marcariam a quarta geração, que seriam aqueles decorrentes da globalização política. Para Bobbio (1992), os direitos fundamentais de quarta geração seriam aqueles decorrentes do desenvolvimento da engenharia genética. Sobre os direitos de quinta geração, para

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Bonavides (2004) seria o direito à paz, ao passo que Lenza os caracteriza como de terceira geração (conforme citado acima).

No Brasil, na Constituição atual, que é vigente desde 1988, os direitos fundamentais encontram-se concentrados no art. 5º, divididos em gênero: direitos e deveres individuais e coletivos, direitos sociais, direito de nacionalidade, direitos políticos e partidos políticos. Ressalta-se que já é consolidado nas doutrinas mais atualizadas que os direitos fundamentais não se restringem ao art. 5º da CF/88, podendo ser identificado em toda Constituição Federal e em tratados e convenções internacionais que o Brasil seja signatário.

3.2 Dos direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na área de Proteção e Cuidado da Operação Acolhida

Internamente a Constituição Republicana de 1988, em seu art. 5º., § 2º ¹⁸, assevera que os direitos e garantias fundamentais compreendem também os direitos humanos previstos nos tratados internacionais em que o Brasil seja parte.

¹⁸ Art. 5º., § 2º CF “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

A Constituição Federal de 1988 trouxe ainda avanços sociais e jurídicos profundos. Além de seu rico e abrangente rol de direitos previstos no artigo 5º e outros incontáveis avanços protetivos previstos no texto constitucional, o artigo 196¹⁹ da nossa Constituição elevou o direito à saúde a um patamar até então inédito e o considerou um dever do Estado a ser prestados por todos os seus entes, a União, os estados e os municípios (MORAES, 2019).

A Constituição de 1988, de forma inédita, elevou os direitos e as garantias individuais a cláusulas pétreas, compondo, assim, o núcleo intangível da Constituição (PIOVESAN, 2015).

A Constituição Federal de 1988 reservou aos direitos fundamentais importante posicionamento, sobretudo, no Art. 5º, cujo *caput* prescreve o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à propriedade, consagrando-os invioláveis com o seguinte texto: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes”.

O primeiro direito fundamental a ser destacado é o direito à vida, cujo qual, nas palavras de Luciana Russo (2009), é o

¹⁹ Art. 196, CF. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e **o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação**”. Grifo nosso.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

bem mais relevante de todo ser humano. Nesse mesmo sentido, Tavares (2010, p. 569) ensina que “é o mais básico de todos os direitos, no sentido de que surge como verdadeiro pré-requisito da existência dos demais direitos consagrados constitucionalmente”. A vida humana é o princípio mais importante existente em nossa Constituição. Tornando-se um direito imprescindível à pessoa humana, o direito à vida se afirma no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Além disso, “o direito à vida, previsto de forma genérica no art. 5º, caput, abrange tanto o direito de não ser morto, de não ser privado da vida, portanto o direito de continuar vivo, como também ter uma vida digna” (LENZA, 2017, p. 1112). De maneira mais ampla, a Área de Proteção e Cuidado da Operação Acolhida configura o Estado Brasileiro atuando para resguardar a vida humana com o alicerce para a prerrogativa jurídica da pessoa prevista na legislação brasileira.

No âmbito dos direitos fundamentais, mas não mais no Art. 5º da Constituição Federal, merece destaque nesse artigo os direitos sociais encontrados no Art. 6º, o qual possui o seguinte texto: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Os direitos sociais são ações positivas que devem ser implementadas pelo Estado e buscam uma concretização da isonomia substancial e social por melhores e adequadas condições de vida (LENZA, 2017).

O direito à saúde se insere na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos a todos que ingressam no território nacional ou que aqui vivem, como migrantes e refugiados, que vêm enfrentando dificuldades no acesso à saúde, haja vista possuírem vulnerabilidades específicas, decorrentes da desnutrição e da falta de medicamentos e tratamentos médicos inexistentes nos países de origem.

A Lei 8.080/90, complementando o artigo 196 da Constituição Federal, dispõe sobre as ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, asseverando ainda, em consonância com os tratados e convenções internacionais, que a saúde é um direito fundamental do ser humano²⁰.

²⁰ Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Na perspectiva da APC, os direitos sociais também são prioritariamente assegurados e aqui irei priorizar o direito à saúde. O direito à saúde encontra-se intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana (PARANHOS, 2007). Nesse sentido, o direito à saúde pode ser compreendido de duas formas:

...tanto como um direito de defesa (proteção do Estado à integridade corporal das pessoas contra agressões de terceiros, por exemplo), quanto como um direito positivo (impondo ao Estado a realização de políticas públicas buscando sua efetivação, tais como atendimento médico e hospitalar, por exemplo), e ambas as dimensões demandam o emprego de recursos públicos para a sua garantia (OHLAND, 2010, p. 31).

A Operação Acolhida tem como pilar o desenvolvimento de ações com cunho humanitário, visando o acolhimento do refugiado e migrantes venezuelanos no território nacional. Essa Operação ratifica o posicionamento do Brasil, diante da comunidade internacional, em proteger a legislação acerca do Direito Humanitário Internacional, bem como reforça a prevalência dos direitos fundamentais como guia das relações do Estado brasileiro, conforme o artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

Nesse viés, destacamos nesse artigo o princípio da solidariedade humana e os seguintes direitos fundamentais que restaram assegurados no contexto do Ordenamento de

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Fronteira dentro da Operação Acolhida: direitos à vida, à igualdade, e à saúde.

Nessa mesma linha de raciocínio, corroborando com o trabalho que vinha sendo realizado, foi criada a Área de Proteção e Cuidados - APC da Operação Acolhida como instrumento de consagração do princípio da igualdade, tendo em vista que o moderno Estado Democrático não pode admitir quaisquer ações de caráter discriminatórias ou atentatórias à igualdade dos cidadãos, em especial nos tempos pandêmicos em que estamos inseridos devido à COVID-19.

Ao fazer cumprir o direito de igualdade o Estado Brasileiro se afasta da possibilidade de retrocesso da humanidade ou de tempos despóticos, em que apenas alguns tinham direitos, ao passo que a grande maioria da população ficava a margem (JUNIOR, 2010). Segundo João Irineu Junior (2010), o significado do direito de igualdade está embasado nas ideias de Aristóteles, as quais foram disseminadas em nosso país por Ruy Barbosa, que em suma significa que sobre a égide da regra da igualdade devemos tratar desigualmente os desiguais, na medida em que se desigalam. A criação da APC compactua com o direito da igualdade na medida que promove um conjunto de ações para apoiar um estado de alta vulnerabilidade social personificados nos refugiados e

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

migrantes que atualmente estão saindo da Venezuela, buscando no Brasil proteção e refúgio.

Mais que um direito de solidariedade, deve haver um dever em observância dos princípios de solidariedade, com escopo de assegurar o direito ao desenvolvimento da humanidade.

Nesse sentido, o art. 3º. da Constituição Federal nos indica que dentre os objetivos fundamentais da República está o de construir uma sociedade livre, justa e solidária. Nesse sentido, o Ministro Reynaldo Fonseca do Superior Tribunal de Justiça, assim asseverou:

vive-se um desastre humanitário, provocado por uma pandemia que tornou ou tornará todos os seres humanos mais pobres em termos materiais. O momento, ressaltou, exige uma reflexão sobre temas importantes como a integridade, a fraternidade e os caminhos do direito e da humanidade na sociedade democrática.

Efetivamente, o caminho da solidariedade, o caminho daquilo que estamos propondo como um princípio esquecido para que seja reavivado – o princípio da fraternidade –, é o caminho do século XXI, especialmente depois da pandemia. Esperamos que todos consigamos ultrapassar essa fase e possamos voltar a discutir políticas públicas, afirmou²¹.

²¹ Vide em:

<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/Ministro-Reynaldo-fala-do-principio-da-fraternidade-em-debate-sobre-direito-e-futuro-na-crise-do-virus.aspx>. Último acesso em 28 de maio de 2021.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Conclusão

A história contemporânea da Venezuela é marcada por um conjunto de desafios políticos, econômicos e sociais que ocasionaram a diáspora de milhares de cidadãos venezuelanos do seu país e a busca por apoio em países vizinhos, entre eles o Brasil. Por serem países que fazem fronteira, após a saída da Venezuela e entrada no Brasil, o primeiro Estado encontrado é Roraima. O grande fluxo de refugiados e migrantes venezuelanos que se dirigiu ao pequeno (em termos geográficos e econômicos) Estado de Roraima fez com que houvesse um adiantamento do colapso dos setores públicos e, conseqüentemente, uma resposta não proporcional à nova demanda.

Diante da insuficiência estrutural e humana que existia no Estado de Roraima e, a partir de um apelo a nível federal, instaurou-se à Operação Acolhida, com objetivo de promover o apoio logístico e humanitário ao fluxo venezuelanos. A Operação Acolhida pode ser entendida como um conjunto de ações promovidas por diferentes órgãos brasileiros e organizações internacionais, conjuntamente com a sociedade civil, para responder emergencialmente às demandas provenientes da entrada de imigrantes venezuelanos no Brasil.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

Após apresentar as estruturas que compõem a Área de Proteção e Cuidado inserida na Operação Acolhida, o artigo chegou no seu objetivo principal: juntar o contexto da resposta humanitária com o princípio da solidariedade e direitos fundamentais assegurados constitucionalmente a todos no Brasil.

Diante disso, foi possível concluir com base nos principais atos normativos vigentes sobre o funcionamento da APC, que os pressupostos elementares almejados pelo princípio da solidariedade e os direitos fundamentais foram postos como metas nas atividades realizadas cotidianamente pelos atores envolvidos. Isso decorre pelo fato que a Operação Acolhida tem como base de atuação a resposta humanitária e o acolhimento em território nacional, seja qual for a motivação política envolvida por trás.

Em um cenário internacional, o modelo desenvolvido nessa Operação, posiciona o Brasil como guardião do Direito Humanitário Internacional, por meio da prevalência dos direitos fundamentais.

Com isso, destacamos nesse artigo o cumprimento do direito fundamental à vida, à igualdade e à saúde, todos previstos na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Por fim, insta narrar que, apesar do que tem sido

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

realizado, muito ainda pode ser feito, com novas ações que visem integrar a população refugiada e migrante venezuelana ao cotidiano brasileiro, por meio de propostas de soluções duradoras que sejam lideradas por governanças nacionais, com foco a mitigar e extinguir qualquer discriminação, xenofobia ou desigualdade.

Referências

- AZEREDO, Mauro. **A crise da democracia venezuelana: relações com os Estados Unidos**. In: GUIMARÃES, Samuel Pinheiro; CARDIM, Carlos Henrique (org.). Venezuela: Visões brasileiras. Brasília: IPRI, 2003.
- BACOCINA, D. A. **Brasil e Venezuela: Aproximação e afastamento nos governos Lula e Chávez de 2003 a 2008**. 55f. Monografia (Especialização). Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- BARROS, P. S. **Chávez e Petróleo: Uma Análise da Nova Política Econômica Venezuelana**. p. 209–237, 1999.
- _____. **Governo Chávez e desenvolvimento: a política econômica em processo**. 167 f. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Economia Política - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BONAVIDES. Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 15ª Ed. São Paulo: Malheiros, 2004.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.h](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
tm>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2020.

_____. Congresso Nacional. **Medida Provisória nº 820 de 2018 (Refugiados)**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/mat>. Acesso em: 29 de janeiro de 2020.

_____. Congresso Nacional. **Medida Provisória nº 823 de 2018**. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/mpv%20823-2018?OpenDocument. Acesso em 29 de janeiro de 2020.

_____. Operação Acolhida. **Ordenamento de Fronteira (2019)**. Disponível em: <https://www.gov.br/acolhida/historico/>. Acesso em 17 de fevereiro de 2020.

CAIAFA, Roberto. **Operação Acolhida em Roraima: Ação de solidariedade**. 2018. Disponível em: <<http://tecnodefesa.com.br/operacao-acolhida-em-roraima-acao-de-solidariedade/>>. Acesso em 30 de janeiro de 2020.

DAMASCENO, Fernando Sérgio. **A face oculta da Venezuela. Do controle operário da produção à hegemonia de Chávez**. São Paulo: ILAEESE, 2015.

FACCHINI, Luiz Augusto. **A declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos**. Portal EPSJV/Fiocruz - EPSJV/Fiocruz (2018). Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Último acesso em 28 de maio de 2021.

HUMAN RIGHTS WATCH. **World Report 2018: Events of 2017**. 2017.

_____. **Venezuela: Crise de refugiados exige resposta regional coordenada**. 2018. Disponível em:

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

<<https://www.hrw.org/pt/news/2018/09/03/322090>>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População no último censo: Censo Demográfico 2020**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>. Acesso em 28 de maio de 2021.

IURCONVITE, Adriano dos Santos. **Os direitos fundamentais: suas dimensões e sua incidência na Constituição**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, X, n. 48, dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&%20artigo_id=4528>. Acesso em 18 de fevereiro de 2020.

JUNIOR, João Irineu. **O princípio da igualdade como expressão dos direitos fundamentais do cidadão**. Âmbito Jurídico: 2010. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-principio-da-igualdade-como-expressao-dos-direitos-fundamentais-do-cidadao/>. Acesso em 21 de fevereiro de 2020.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 16^a ed. rev., atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. **Direito Constitucional Esquematizado**. 21^a ed. rev., atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2017.

LOMBARDI, John V. **"El permanente dilema de Venezuela: antecedentes de las transformaciones chavistas"**. Em ELLNER, Steve e HELLINGER, Daniel (eds.). La política Venezolana en la época de Chávez: clases, polarización y conflicto. Caracas, Nueva Sociedad, 2003.

MILESI, R.; COURY, P.; ROVERY, J. **Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual**. Aedos, v. 10, n. 22, p. 53–70, 2018. Disponível em:<<https://www.seer.ufrgs.br/aedos/article/view/83376/49791>

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

%0Ahttp://seer.ufrgs.br/index.php/aedos/article/view/67044>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

MORAES, W. S. **“Por que Chávez chegou ao poder e como permanece por mais de uma década? Um balanço dos onze anos de chavismo na Venezuela”**. São Paulo: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, 2011. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300593175_ARQUIVO_PorqueChavezchegouaopoderecomopermanec epormaisdeumadecada.pdf. Acesso em 17 de janeiro de 2021.

MORAES, José Luiz Souza. **Os refugiados do SUS e a judicialização da saúde no Brasil**. Revista Consultor Jurídico (2019). Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-mai-14/jose-moraes-refugiados-sus-judicializacao-saude>. Último acesso em: 28 de maio de 2021.

ONU, Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. **Declaração Universal dos Direitos Humanos em Paris**. 1948. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf> Acesso em 21 de janeiro de 2020.

OHLAND, Luciana. **Responsabilidade solidária dos entes da Federação no fornecimento de medicamentos**. v. 36. n. 1. Porto Alegre: Direito & Justiça, 2010.

PARANHOS, Vinícius Lucas. **Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde: Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado**. v.2. n.1. Belo Horizonte: Meritum, 2007.

R4V. Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuelano. **Respuesta a los Venezolanos**. Disponível em: <https://r4v.info/es/situations/platform>. Acesso em 25 de maio de 2021.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

PIOVESAN, Flávia. **Justiciabilidade dos Direitos Sociais e Econômicos: Desafios e Perspectivas** in Direitos Fundamentais Sociais. 2ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

RUSSO, Luciana. **Direito Constitucional**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2009, p. 91.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 2ª Ed., rev., e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

SASAKI, E. M.; ASSIS, G. de O. **Teorias das Migrações Internacionais**. XII Encontro Nacional da ABEP, 2000. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/migt16_2.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 38ª Ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2015.

SILVA, João Carlos Jarochinski. **Migrações internacionais: Estado, controle e fronteiras Migração forçada de venezuelanos pela fronteira norte do Brasil**. 41º Encontro Anual da Anpocs, 2017. Disponível em:<<https://www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro-2/gt-30/gt16-26/10744-migracao-forcada-de-venezuelanos-pela-fronteira-norte-do-brasil/file>>. Acesso em 20 jan. 2020.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Venezuela: possibilidades e limites para um novo modelo de desenvolvimento e de integração regional**. In: CARDIM, Carlos Henrique; GUIMARÃES, Samuel Pinheiro (org.). Venezuela: visões brasileiras. Brasília: Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais, 2003.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 8ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 569.

Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida

VALENTE, Leonardo. **A política externa da Venezuela entre Punto Fijo e Hugo Chávez: Rupturas e Continuidades**. Pernambuco: Tempo Presente, 2013.

VASCONCELOS, I. dos S. **Receber, enviar e compartilhar comida: aspectos da migração venezuelana em Boa Vista**. Brasil. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, v. 26, n. 53, p. 135–151, 2018.

VIEIRA, M. O. L. **O debate teórico sobre o governo Chávez: paradócos do chavismo na Venezuela**. 226f. Tese (Doutorado), IFCH, UNICAMP, Campinas, 2016.

VILLA, R. D. **Venezuela: mudanças políticas na era Chávez**. Estudos Avançados, v. 19, n. 55, p. 153–172, 2005.

How to cite:

CAVALCANTI, Denise Abreu; MOURA, Mariana Von Linde **Área de proteção e cuidado: o princípio da solidariedade humana e direitos fundamentais constitucionalmente assegurados na Operação Acolhida**. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 227-276, 2023, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Global Health Law Journal



Submissions - Call for papers

Submissions to the **Global Health Law Journal** are peer-reviewed by our distinguished Editorial Board and reviewers, consisting of internationally recognized experts.

Please send your submission* to: **global@unisanta.br**

Articles can be submitted in English, Spanish, French, Italian or Portuguese.

If you have any questions about the Global Health Law Journal, please contact our Editor-in-Chief Profa. Dra. Verônica Scriptore Freire e Almeida.

e-mail: **global@unisanta.br**



***Guidelines:**

Title of the article: Arial 14 in Bold, 1.5 spacing

Authors: left aligned, Arial 12, 1.5 spacing

Presentation (mini CV) of the authors: insert a footnote for each author: Arial 10, single space, skipping a line between each author.

Abstract: Title in Arial 12 – abstract text in Arial 11, single space. Key words: up to 5, separated by a comma.

Article text and Titles within article: Arial 12, 1.5 spacing.

-Use the "Author-Date" style, as follows: (NOBEL, 2023, p. 127).

Direct citation (more than 3 lines): Arial 10 font, single spacing, in italic, 4 cm indentation.

Footnotes: Arial 10, single spacing

References: Arial 12, single spaced, with 5 pt (after). Example: NOBEL, Alfred. Health Law. New York: Basic Books, 2023.

Please send your submission to: global@unisanta.br

The cover features a dark blue background with a faint world map. Overlaid on the map are stylized molecular structures, represented by blue lines and dots, suggesting a connection between health, law, and science. The title is prominently displayed in the center-left.

GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL