

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 font.

GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL

Global Health Law Journal

GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL

VOLUME 2 - N° 01 - 2024



GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL

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

FEATURED AUTHORS

VOLUME 2 - Nº 01 – 2024

Alexandre Moura Lima Neto

Anderson Flávio Lindoso Santana

André Dias Pereira

Danilo Fontenele Sampaio Cunha

Edith Maria Barbosa Ramos

Klauss Carvalho De Malta

Luiz Alberto Calil Antonio

Marcelo Lamy

Matheus Atalanio

Nancy Ramacciotti de Oliveira Monteiro

Pedro Garrido Rodríguez

Regina Celia Spadari

Editorial – Volume 2 – nº 01- 2024

A new issue of the **Global Health Law Journal-GHLJ** opens with a distinctive group of articles, with excellence always sought by our publications.

Within this context, 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.

Global Health Law Journal

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.

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- MIGRACIONES EN PERSPECTIVA HISTÓRICA HASTA LA ACTUALIDAD

Pedro Garrido Rodríguez

.....13

2- PANORAMA DO DIREITO DA MEDICINA EM PORTUGAL, EM ESPECIAL AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM PORTUGAL

André Dias Pereira

.....49

3- INFORMAÇÃO, DIREITO À SAÚDE E TUBERCULOSE: CONHECER PARA CURAR

Edith Maria Barbosa Ramos

Anderson Flávio Lindoso Santana

Alexandre Moura Lima Neto

.....81

**4- ESTRESSE OCUPACIONAL: CARACTERÍSTICAS,
CONSEQUÊNCIAS E LEGISLAÇÃO**

Regina Celia Spadari

Nancy Ramacciotti de Oliveira Monteiro

Luiz Alberto Calil Antonio

.....119

**5- ADVANCES AND RISKS FOR ARTIFICIAL
INTELLIGENCE IN HEALTHCARE**

Marcelo Lamy

Klauss Carvalho De Malta

.....153

**6- REFLEXÕES SOBRE A PROTEÇÃO JURÍDICA DOS
MIGRANTES INTERNACIONAIS NO BRASIL DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19**

Matheus Atalanio

Danilo Fontenele Sampaio Cunha

.....181

Pedro Garrido Rodríguez

MIGRACIONES EN PERSPECTIVA HISTÓRICA HASTA LA ACTUALIDAD ¹

MIGRATIONS IN HISTORICAL PERSPECTIVE UNTIL THE PRESENT

Pedro Garrido Rodríguez ²

¹ How to cite:

RODRÍGUEZ, Pedro Garrido. Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 13-48, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Pedro Garrido Rodríguez

Doctor por la Universidad de Salamanca.

Profesor de los Programas Postdoctorales de Derechos Humanos de la Universidad de Salamanca y de Políticas Públicas y Seguridad de la Universidade Portuçalense (Oporto, Portugal).

Ha sido profesor visitante en la Faculdade Damas (Recife, Brasil), Universidade UNIFACS (Bahia, Brasil), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Brasil) y Universidade Portuçalense.

Miembro investigador del Seminario Internacional de Historia Contemporánea de los Derechos Humanos de la Universidad de Salamanca, del Instituto Jurídico Portuçalense de la Universidade Portuçalense y en diversos proyectos internacionales en Europa y América. Miembro fundador y del equipo editorial de la revista científica "Humanities and Rights".

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Abstract

Migratory movements are extremely complex, heterogeneous and diverse processes. All peoples experience or have experienced migration phenomena and are influenced by them. In today's history, these processes have been increasing and their impact has become more and more visible. Moreover, they have undergone alterations. Proof of this is that countries that were mainly senders of migratory flows have become receivers and vice versa. The effects of climate change, the pandemic situation caused by COVID-19, the Russian invasion of Ukraine and more recently the conflict in Gaza have further aggravated the already difficult conditions of migrants.

Keywords: Migrations, Human Rights, refugees, migratory flows.

Resumen

Los movimientos migratorios son procesos extremadamente complejos, heterogéneos y diversos. Todos los pueblos viven o han vivido fenómenos migratorios y están influenciados por ellos. En la historia actual, estos procesos han ido en aumento y su impacto se ha vuelto cada vez más visible. Además, han experimentado alteraciones. Prueba de ello es que países que eran principalmente emisores de flujos migratorios se han convertido en receptores y viceversa. Los efectos del cambio climático, la situación pandémica causada por COVID-19, la invasión rusa de Ucrania y más recientemente el conflicto en la Franja de Gaza han agravado aún más las ya difíciles condiciones de los migrantes.

Palabras clave: Migraciones, Derechos Humanos, refugiados, flujos migratorios.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad**Introducción**

Los movimientos migratorios han existido desde el comienzo de la humanidad. La Revolución Neolítica comenzó ya en el 9000 a.C. y se extendió lentamente desde el Medio Oriente a otras regiones de Europa a través de la migración.

A lo largo de la Edad Contemporánea, la migración tomó un volumen enorme y una tipología más diversa que solo puede entenderse en su conjunto desde un enfoque multidimensional que integre todas sus variables. Es necesario distinguir entre dos periodos fundamentales: migraciones entre 1850 y 1973 y migraciones desde 1973 hasta la actualidad. El aumento de la presión migratoria en los estados industrializados comenzó a percibirse como un problema a resolver y se empezó a considerar con mayor receptividad la dimensión sociocultural y política de la migración, no solo el factor económico que había sido predominante hasta entonces. Si a esto se le suman los cambios traídos por la pandemia global y, especialmente, por la desigualdad creciente y los conflictos armados, que nunca dejaron de estar presentes y algunos con especial violencia, la cuestión se vuelve aún más compleja. Esta investigación tiene como objetivo arrojar algo de luz sobre este fenómeno.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Una Breve Historia Contemporánea de la Migración

En el período de 1850 a 1973, hubo una diversificación significativa en los tipos de migración. Cristina Blanco ³ distingue entre dos subprocesos migratorios: el de los inicios de la industrialización (1850-1920) y el de la consolidación económica y política del mundo occidental después de la Segunda Guerra Mundial (1945-1973).

En el primer período, el de los inicios de la industrialización (1850-1920), los principales flujos migratorios son: flujos migratorios espontáneos de Europa a las colonias del Nuevo Mundo; flujos migratorios forzados de las colonias asiáticas a otras colonias europeas; y flujos migratorios dirigidos de la Europa menos desarrollada a la Europa que empieza a industrializarse. También debe señalarse aquí la importancia de los flujos intranacionales del campo a la ciudad, ya que se volvieron muy importantes durante este periodo de industrialización⁴.

³ Blanco, Cristina (2000): *Las migraciones contemporáneas*. Alianza Editorial. Madrid. Op. Cit. Pp. 38.

⁴ En España, el caso de Madrid es ilustrativo: entre 1850 y 1900 experimentó un crecimiento demográfico de casi el 150%, pasando de 221.707 habitantes a 539.835. Como señala Carballo Barral, de la Universidad Complutense de Madrid: "La mayor parte de los movimientos migratorios interiores en España desde mediados del siglo XIX estuvieron vinculados a la nueva organización socioeconómica y a los diversos procesos desamortizadores liberales, a los cambios en los comportamientos demográficos y a la dualidad existente tanto en el sistema sucesorio como en la distribución y propiedad de la tierra en el conjunto de España. Estos

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Los principales destinos fueron Estados Unidos y la Europa industrial. Entre 1800 y 1930, Estados Unidos recibió más de 40 millones de europeos en busca de autonomía y libertad frente a las expectativas poco atractivas de proletarización que ofrecía su Europa natal. Estados Unidos no impuso restricciones a la inmigración hasta 1880. En Europa, Gran Bretaña, Alemania y Francia fueron los países donde la inmigración fue más pronunciada. Gran Bretaña fue el primer país europeo afectado por este proceso de inmigración a gran escala. En gran parte como consecuencia de la Revolución Industrial y la expansión del Imperio Británico. Su primera gran ola de inmigración fue liderada por los irlandeses, atraídos por la incipiente industria británica pero también por la precariedad de su agricultura y la falta de competitividad de su pequeña industria en comparación con la británica. En 1851 había 700,000 inmigrantes irlandeses en Gran Bretaña. En 1851 había 700,000 irlandeses en Gran Bretaña, la mayoría de ellos empleados en trabajos duros en la industria textil y en la

factores contribuyeron a la expulsión de la población de amplias zonas rurales del interior hacia Madrid y las zonas mineras e industriales del País Vasco y Cataluña". En su artículo, el autor analiza el proceso de creación de redes de apoyo a la inmigración rural y su integración en la ciudad a través de lazos familiares, de parentesco y campesinos. Carballo Barral, Borja (2008): "Redes familiares en la inmigración hacia el Ensanche Este de Madrid (1860-1878)". En revista electrónica: *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Coloquios, 2008:

<http://nuevomundo.revues.org/30993>

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

construcción de canales y ferrocarriles. La segunda gran ola fue la de los judíos que huían de Rusia. Eran alrededor de 120,000 en el intervalo de 1875 a 1914. Estas migraciones fueron en su mayoría permanentes. Los inmigrantes tenían una naturalización accesible y las terceras generaciones de descendientes ya ocupaban importantes posiciones sociales y ocupacionales. Alemania tuvo un proceso de reclutamiento forzado y temporal. Los terratenientes en el este activaron una inmigración estacionaria de polacos y ucranianos bajo condiciones de trabajo muy duras y a través de un sistema que impedía el asentamiento permanente. También hubo flujos migratorios significativos como resultado de la industrialización y el crecimiento económico, especialmente desde Polonia, Austria y Hungría. Francia fue el destino de un importante flujo migratorio espontáneo. La nueva industria creó una creciente necesidad de mano de obra en trabajos que los franceses trataban de evitar en la medida de lo posible. Así, en 1911 había 1.2 millones de extranjeros en Francia, o el 3% de la población. La mayoría de ellos procedían de Bélgica e Italia.

En el segundo período, el período de consolidación occidental (1945-1973), se produjeron cambios importantes. El cambio más significativo fue que los países menos desarrollados se convirtieron tanto en emisores como en receptores de flujos migratorios. Así se establecieron redes

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

regionales de corta distancia con países vecinos. Por ejemplo, Argentina en América del Sur recibió numerosos inmigrantes de Chile, Bolivia y Paraguay. En África, Sudáfrica, Nigeria y Mauritania se convirtieron en sitios de inmigración regional. Los países productores de petróleo de Oriente Medio también se convirtieron en destino para trabajadores de Asia y el norte de África.

Por otro lado, desaparecieron algunos movimientos de larga distancia, como los de los trabajadores asiáticos reclutados forzosamente para las colonias europeas en el Nuevo Mundo; la emigración europea a Estados Unidos disminuyó; surgieron nuevas redes intercontinentales en América del Sur, África y Oriente Medio; aumentó la inmigración europea desde la Europa menos industrializada y las antiguas colonias; y comenzó un cambio de dirección en las migraciones intercontinentales entre América del Sur y Europa.

Los movimientos laborales hacia Europa aumentaron. Principalmente con trabajadores "invitados" por los países de destino y aquellos de las antiguas colonias que marcharon a las antiguas metrópolis. Los trabajadores "invitados" fueron reclutados por acuerdo entre los países emisores y receptores. Este es el caso de Gran Bretaña, Bélgica, Francia, Suiza, los Países Bajos y Alemania, que trajeron trabajadores de países como Italia, Grecia, España, Portugal, Yugoslavia, Marruecos,

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Turquía y Túnez. Este sistema promovió el trabajo temporal e impidió el asentamiento permanente. Sin embargo, a pesar de las restricciones, el envío se convirtió en permanente en muchas ocasiones. Los trabajadores de las antiguas colonias fueron otra fuente importante de inmigración. Ejemplos de esto son los numerosos irlandeses y personas de la Commonwealth que emigraron a Gran Bretaña, los trabajadores de Argelia, Marruecos, Túnez, Senegal y Mauritania que fueron a Francia, y los indonesios y caribeños que fueron a los Países Bajos.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la migración experimentó cambios sustanciales. Se agregaron nuevos flujos migratorios con características igualmente novedosas. En este sentido, la intervención de los estados es fundamental, no solo en las migraciones relacionadas con eventos políticos, sino una intervención extendida a todo tipo de migración. Prueba de ello es la creación por parte de los estados de ministerios de inmigración, la firma de convenciones y tratados multilaterales, el establecimiento de leyes o la institución de acuerdos internacionales sobre el tema.

Por su parte, Louis Dollot señala que el entorno beligerante previo a la Primera Guerra Mundial⁵ llevó a una disminución

⁵ Acerca de los movimientos migratorios en los momentos previos a la I Gerra Mundia, léase: Lucassen, Leo (2005): *The Immigrant Threat: The Integration of Old and New Migrants in Western Europe since 1850*. University of Illinois Press. Illinois.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

gradual de los flujos migratorios tradicionales⁶. En primer lugar, las migraciones transoceánicas se redujeron y prácticamente se interrumpieron años más tarde con la crisis económica de 1929, que también fue la causa del fin de las grandes migraciones continentales. Al comienzo de la Segunda Guerra Mundial, la emigración europea era muy baja. Prueba de ello es que en 1938 solo había 100,000 emigrantes en comparación con 600,000 en 1927 y 1,400,000 en 1913. Hay varias razones para este cambio: en los nuevos países hay cada vez menos espacio útil para asentarse y menos necesidad de mano de obra extranjera; los estados establecen barreras a la migración; el desarrollo industrial en Europa requiere mano de obra que absorbe a un gran número de potenciales emigrantes; los países aplican políticas proteccionistas que priorizan a su población nacional. Estas políticas proteccionistas y nacionalistas resultaron en una disminución muy pronunciada de los flujos migratorios en 1929. El leve repunte en los años previos a la Segunda Guerra Mundial se caracterizó por un proceso de flujos migratorios inversos, es decir, los países de emigración se convirtieron en países de inmigración y viceversa. Para 1939 ya había un equilibrio entre los movimientos de emigración e inmigración. También hubo flujos

⁶ Dollot Louis (1971): *Las migraciones humanas*. Oikos-Tau. Barcelona. Op. Cit. Pp. 97-120.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

migratorios de refugiados, aproximadamente 7 millones de refugiados judíos y disidentes políticos que huyeron de los regímenes nazis⁷.

De manera similar, en la posguerra (1945-1973) también se invirtieron los flujos migratorios tradicionales. Los estados europeos que anteriormente habían sido emisores de grandes cantidades de emigrantes se convirtieron en receptores de una fuerte inmigración. Durante este período, Europa recibió una importante afluencia de trabajadores de las antiguas colonias (Argelia, Marruecos y Túnez a Francia, de la Commonwealth a Gran Bretaña). Esta inmigración se debió en gran parte a las estrechas relaciones políticas y económicas que persistieron entre las metrópolis y sus antiguas colonias. Es importante señalar que, a partir de la segunda mitad de los años cincuenta, la inmigración a Europa fue claramente planificada y organizada. Además de este flujo migratorio, hay otro de trabajadores del sur de Europa (España, Italia, Grecia y Portugal), quienes debido a las malas condiciones laborales en sus países de origen, emigraron al norte de Europa.

En este contexto del siglo XX, la migración forzada de refugiados y desplazados adquirió una dimensión sin precedentes. Las tensiones políticas y militares de la

⁷ Acerca de esto, véase: Reimers, David M. (1992). *Still the Golden Door: The Third World Comes to America*. Columbia University Press.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

comunidad internacional durante el siglo XX condujeron gradualmente a la formación de una red cada vez más amplia de estos movimientos migratorios que se extendieron por todo el mundo. Durante la primera mitad del siglo XX, estos movimientos fueron provocados por las luchas armadas, la desintegración de imperios y Estados, el nacionalismo más radical y beligerante y los regímenes dictatoriales europeos. En Europa, los primeros grandes movimientos de refugiados estuvieron motivados por el estallido de las guerras de los Balcanes en 1911-1912, con especial implicación de búlgaros, griegos y turcos. El colapso de Rusia y la revolución bolchevique de 1917 provocaron que 1,5 millones de refugiados rusos abandonaran el país y se refugiaran en Europa Occidental y Extremo Oriente. El Tratado de Lausana⁸ obligó a 1,3 millones de griegos y 400.000 turcos a regresar a sus países de origen. En los años siguientes al final de la Primera Guerra Mundial, unos 9,5 millones de europeos fueron

⁸ El Tratado de Lausana se firmó el 24 de julio de 1922 en la ciudad suiza de Lausana entre los gobiernos de Grecia, Turquía y los Estados aliados de la Primera Guerra Mundial. El acuerdo concedía a Turquía Tracia oriental, las islas de Imbros y Tenedos y garantizaba la integridad de la minoría griega en Turquía, así como la de la minoría turca en Grecia. El acuerdo concedía a Turquía Tracia oriental, las islas de Imbros y Tenedos y garantizaba la integridad de la minoría griega en Turquía, así como la de la minoría turca en Grecia. Sin embargo, el acuerdo también significó que la mayoría de la población griega de Turquía fue transferida a Grecia y, del mismo modo, una gran parte de la población turca de Tracia fue transferida a Turquía.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

desplazados. Las dictaduras de España, Italia y Alemania provocaron numerosos desplazamientos; por ejemplo, 1,5 millones de alemanes, en su mayoría judíos, tuvieron que abandonar Alemania entre 1933 y 1939⁹. Durante el régimen fascista de Mussolini se produjeron numerosos desplazamientos internos. Tras la Segunda Guerra Mundial, muchos italianos emigraron en busca de nuevas oportunidades ante la destrucción y la pobreza en que se había sumido el país¹⁰. La dictadura en España produjo voluminosos flujos migratorios a otros países europeos y a América para huir del régimen o en busca de libertades y oportunidades laborales y económicas ¹¹. La Segunda Guerra Mundial provocó el desplazamiento de cuarenta millones y medio de europeos, el mayor de la historia. Las migraciones fueron internas y externas en Europa y otras partes del mundo, especialmente América¹².

⁹ Sobre esto, véase: Wyman, David. (1996). *Paper Walls: America and the Refugee Crisis, 1938-1941*. Pantheon.

¹⁰ Sobre estas cuestiones, véase: Bedani, Gino. (2005). *Italians in Britain: The Shaping of a Community, 1870-1970*. Palgrave Macmillan.

¹¹ Para un estudio más profundo de esto, consúltese: Richards, Michael. (2003). *A Time of Silence: Civil War and the Culture of Repression in Franco's Spain, 1936-1945*. Cambridge University Press.

¹² Este tema ha sido estudiado en profundidad en: Wyman, Mark (1998). *DPS: Europe's Displaced Persons, 1945-1951*. Cornell University Press.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Durante la segunda mitad del siglo XX se han producido migraciones cada vez más voluminosas, motivadas por razones políticas, sociales y económicas que han tenido un gran impacto en la política, la demografía y la cultura de muchos países¹³. La cuestión de los refugiados se ha hecho cada vez más global y compleja. Las décadas de 1940 y 1950 fueron testigos de la desintegración de varios Estados en Asia. La separación de la India en los estados de India y Pakistán provocó el desplazamiento de 15 millones de personas entre ambos países. La división de Corea en Corea del Norte y Corea del Sur provocó el intercambio de 5 millones de coreanos entre ambos territorios. La división de Vietnam en Vietnam del Norte y Vietnam del Sur provocó el movimiento de 1 millón de personas entre ambos. Desde la guerra árabe-israelí de 1948, muchos palestinos, 2,7 millones en 1993, han sido desplazados. En las décadas de 1960 y 1970, la descolonización de muchos países africanos, como Argelia, Angola, Ruanda y Zaire, estuvo marcada por los conflictos sociales y la violencia, lo que provocó numerosos desplazamientos dentro del continente. La Guerra Fría también influyó en esta cuestión, ya que las potencias implicadas

¹³ Haas, Hein de; Castles, Stephen & Miller, Mark J. (2020). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. Red Globe Press.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

intervinieron en conflictos internos de otros países como Camboya, Afganistán, Angola y Mozambique, agravando así la situación.

Volviendo a la cuestión migratoria, Louis Dollot distingue dos tipos de grandes movimientos internacionales posteriores a 1945: *las migraciones políticas: resultado de desplazamientos fronterizos, transferencias de soberanía, cambios de régimen, factores demográficos y política demográfica o maltusiana, que pueden desempeñar un papel accesorio, y las migraciones económicas: destinadas, para los expatriados temporales o permanentes, a la promoción social y a la consecución de un mejor nivel de vida; para los países receptores, al desarrollo y la expansión industrial y agrícola*¹⁴.

El periodo comprendido entre 1973 y la actualidad viene precedido de un enorme crecimiento económico en Europa Occidental¹⁵, que promovió un gran flujo migratorio. Los grandes centros industriales de la época: Alemania, Luxemburgo, Países Bajos, Inglaterra, Francia y Bélgica, se

¹⁴ Dollot, Louis (1971). *Las migraciones humanas*. Oikos-Tau. Barcelona. Op. Cit. P. 109.

¹⁵ Panadero Moya, Miguel (1997): *Las nuevas realidades de las migraciones extranjeras en la Europa comunitaria*. En: Panadero Moya, Miguel y García Martínez, Carmen. *Migraciones extranjeras en la Unión Europea*. Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca. Op. Cit. Pp. 15-26. A lo largo de este capítulo, Panadero Moya analiza también la población extranjera en la UE, distinguiendo entre aquellos que poseen la ciudadanía europea y los que no.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

nutrieron de numerosos inmigrantes procedentes de los países vecinos del sur, principalmente Italia, Portugal, España y Grecia. De 1960 a 1973, esta mano de obra inmigrante tuvo una enorme importancia económica en los países desarrollados y fue crucial para sus tasas de crecimiento del producto nacional bruto, en torno al 4% anual desde 1960 hasta la crisis de 1973¹⁶. En 1950 ya había unos cinco millones de trabajadores extranjeros en los catorce países que formaban la UE antes de 2004, y el número aumentó considerablemente. Entre 1960 y 1973 el número de residentes incluso se duplicó, pasando de 3,3 a 6,6 en los entonces doce países de la UE, y la población extranjera representaba alrededor del 6% del total. A lo largo de los años 60, los principales países receptores de inmigración concebían sus sociedades como culturalmente homogéneas y no veían las repercusiones culturales, sociales y políticas que la creciente presencia de inmigrantes generaría a largo plazo¹⁷.

¹⁶ Hidalgo, Paloma (1994): Los desplazamientos humanos en una perspectiva histórica. De las migraciones en la Edad Antigua a la emigración atlántica y post-bélica europea. En Marrodán Serrano, D. y Prado Martínez, C. (Coords.): Las migraciones: su repercusión en la sociedad y en la biología de las poblaciones humanas. Ed. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

¹⁷ Merino Hernando, Asunción y González Martínez, Elda (2006): *Las migraciones internacionales*. Dastin. Madrid. Op. Cit. Pp. 93-120. Las autoras también llevan a cabo un análisis exhaustivo de las migraciones internacionales a lo largo del siglo XX, focalizando en los dos destinos con mayores flujos migratorios: América y Europa.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Con la crisis del petróleo de 1973, estos flujos migratorios disminuyeron bruscamente. El considerable aumento de la inmigración de la década anterior, la recesión provocada por la crisis del petróleo y el proceso de cambio del sector industrial al de servicios en las economías europeas llevaron a la mayoría de los países europeos a establecer condiciones de entrada más restrictivas para los inmigrantes, combinadas con programas de retorno. Tras la recesión económica, la década de 1980 fue testigo de una importante transformación de los flujos migratorios. Los países del sur de Europa, principalmente Italia, España y Grecia, cambiaron la dirección de sus flujos migratorios, convirtiéndose en destino de la inmigración extranjera. Por otra parte, los países del norte de Europa, que habían sido países receptores en décadas anteriores, intentaron estabilizar sus flujos migratorios imponiendo fuertes restricciones a la inmigración en sus diferentes formas: inmigración regular, inmigración irregular y asilo. Sin embargo, junto a estas políticas restrictivas, también se produjo una ampliación de los derechos de los trabajadores inmigrantes. En Suecia y los Países Bajos, por ejemplo, se pusieron en marcha asociaciones, se facilitó el aprendizaje y mantenimiento de la lengua materna, se promovió la igualdad de oportunidades en

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

el mercado laboral y se permitió a los inmigrantes participar en las votaciones locales¹⁸.

Desde principios de los años noventa, todos los países de la UE se han convertido en países receptores de inmigración, siendo la existencia de relaciones previas un criterio muy importante en la intensidad de sus flujos migratorios. Ejemplos de ello son los indopaquistaníes que emigran a Inglaterra, los turcos que van a Alemania, los magrebíes que parten hacia Francia y España, y los iberoamericanos que también llegan a España. Una constante en los últimos años ha sido el considerable aumento de la presión migratoria, principalmente del Este, con la caída del comunismo, y del Sur de Europa, sobre todo de África y América Latina, debido a los vínculos de España y Portugal con sus antiguas colonias. La inmigración irregular ha crecido desproporcionadamente en esta década, ante lo cual los países europeos han articulado diversas medidas. Éstas son básicamente de dos tipos: la regularización de los inmigrantes en situación irregular, basada en criterios como el tiempo de residencia, el rendimiento laboral, etc.; y la deportación o denegación de entrada en la propia frontera, que en muchos casos va acompañada de una sanción a empresarios y empresas de transporte. Junto a la inmigración

¹⁸ *Ibidem*.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

irregular, los Estados han prestado especial atención en los años 90 al aumento de las solicitudes de asilo, sobre todo en los primeros años de la década. Las condiciones para la concesión de asilo se han endurecido considerablemente para disuadir a los posibles emigrantes económicos disfrazados de solicitantes de asilo. Las políticas de inmigración de los países europeos a lo largo de la década de 1990 se han centrado principalmente en las restricciones de entrada, descuidando el objetivo de la integración de los inmigrantes y sus familias¹⁹.

A principios del siglo XXI se ha intentado avanzar a favor de una política de inmigración comunitaria y se ha experimentado una cierta apertura hacia la inmigración, aunque ésta se ha ido desvaneciendo con el agravamiento de los conflictos sociales y el aumento de la xenofobia. La política francesa de inmigración, presentada en 2002 por el Alto Consejo de la Inmigración, se centró en la reducción de las restricciones y la lucha contra la discriminación. En Alemania, donde en 2001 se introdujo la Tarjeta Verde para 20.000 técnicos informáticos, la ley de 2003 prevé dos vías para obtener un permiso de trabajo: personal cualificado con las cualificaciones necesarias en el país con una oferta de trabajo

¹⁹ Merino Hernando, Asunción y González Martínez, Elda (2006): *Las migraciones internacionales...* Op. Cit. P.116.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

y personal cualificado seleccionado mediante un sistema de puntos²⁰.

El modelo migratorio ha experimentado cambios vertiginosos en las últimas décadas. Según Panadero Moya²¹, las características del actual modelo migratorio en la Unión Europea son: 1.) *El escaso volumen de sus manifestaciones*; 2.) *La tendencia a la consolidación de la población extranjera residente en su territorio*; 3.) *La promulgación de estrictas normativas nacionales que someten a los inmigrantes de terceros países carentes de la ciudadanía de la Unión Europea*.

A lo largo de este periodo, han surgido nuevas pautas migratorias: el volumen de inmigrantes flotantes ha aumentado muy significativamente; las redes migratorias se han ampliado; han aparecido nuevos países emisores y receptores; y se han diversificado los tipos y formas de los movimientos migratorios. Todos estos cambios han dado a la migración una entidad y una importancia social nunca vistas. Cristina Blanco²² sostiene que este carácter identitario global de las actuales migraciones internacionales se manifiesta principalmente en tres

²⁰ Merino Hernando, Asunción y González Martínez, Elda (2006)... Op. Cit. Pp. 93-120.

²¹ Panadero Moya, Miguel (1997): *Las nuevas realidades de las migraciones extranjeras en la Europa comunitaria*. En: Panadero Moya, Miguel y García Martínez, Carmen. *Migraciones extranjeras en la Unión Europea*. Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca. Op. Cit. Pp. 25- 26.

²² Blanco, Cristina (2000): *Las migraciones contemporáneas*. Alianza Editorial. Madrid. Op. Cit. Pp. 34-56.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

dimensiones: el aumento del volumen de migrantes, la ampliación de las redes migratorias y la diversificación de los tipos migratorios.

El aumento del volumen de emigrantes es evidente en las últimas décadas. Según la ONU, en 1965 había 76 millones de personas que residían fuera de su país de nacimiento; en 1995 eran 125 millones. No sólo los países más desarrollados son los receptores de este aumento; factores como el establecimiento de redes migratorias entre países en desarrollo o las estrictas restricciones a la inmigración establecidas por los países más poderosos explican que los países menos desarrollados reciban un gran volumen de inmigración.

La expansión de las redes migratorias, que tuvo lugar durante las décadas de 1980 y 1990, ha contribuido en gran medida a consolidar una compleja red de flujos migratorios internacionales. En esencia, las redes de sur a norte y transoceánicas son las más significativas, seguidas de las redes intraasiáticas e intraafricanas. Tras la caída del Muro de Berlín, la migración Este-Oeste adquirió gran importancia, siendo Alemania, Suiza y Dinamarca los principales receptores de la inmigración procedente de la antigua Yugoslavia y la antigua Unión Soviética.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

La diversificación de los tipos de migración ha sido enorme en las últimas décadas. Los tipos y formas de migración han aumentado enormemente. Aunque los tipos de migración más comunes son los económicos, también hay otros tipos de migración que antes no existían o eran de una escala mucho menor que la actual.

Los refugiados y desplazados son un ejemplo de ello. Aunque, como ya se ha mencionado, este tipo de migración forzada tiene una larga historia que se remonta a la antigüedad, en las últimas décadas este problema ha afectado a un número cada vez mayor de países y personas, y se ha extendido a nivel mundial. Según ACNUR, en 1960 había 1,4 millones de refugiados en el mundo, en 1995 la cifra había aumentado a 27 millones y a finales de 2009 había 36,4 millones²³. Sin embargo, como señala Klaus J. Bade²⁴, en el contexto nacional, europeo e internacional, las políticas de inmigración optan mayoritariamente por medidas restrictivas contra la

²³ De forma más concreta, la cifra a finales de 2009 era de 36.460.306 personas. De ellas, 10.396.549 eran refugiados, 983.420 solicitantes de asilo, 15.628.057 desplazados internos, 2.481.018 retornados, 6.559.573 apátridas y 411.678 personas en serio riesgo que preocupaban enormemente a la organización. En: Agencia de la ONU Para los Refugiados (2009): *La historia de los refugiados en estadísticas*. ACNUR. Fuente electrónica: <http://www.acnur.org/t3/recursos/estadisticas>

²⁴ Bade, Klaus J. (2005): *Europa y los movimientos migratorios de finales del S. XX*. En Fernández-Rufete, J. y García Jiménez, M. (Eds.): *Movimientos migratorios contemporáneos*. Ed. Universidad Católica San Antonio. Murcia.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

inmigración de refugiados y solicitantes de asilo en lugar de medidas para combatir las causas de la huida en los países de origen.

La cuestión de los refugiados y solicitantes de asilo representa una frontera en la que se pone a prueba la universalidad de los derechos humanos. Se trata de una auténtica crisis humanitaria. Puesto que es la comunidad política la que garantiza a los individuos sus derechos fundamentales, lo que está en juego en el caso del refugiado es el derecho mismo a tener derechos ²⁵.

La pandemia global del COVID-19 ha complicado todavía más la situación. Como ocurre con todos los colectivos -y especialmente con los más vulnerables-, la pandemia no hizo sino dificultar aún más la situación de los migrantes. La Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) informa de que en 2020 había 79,5 millones de personas desplazadas en el mundo. Si se compara esta cifra con los datos de 2018, en los que había 68,5 millones, se aprecia un aumento de 11 millones de personas. En 2021 la cifra ya ascendía a 89,3 millones de personas. Los datos de ACNUR a finales de 2022 son aún más dramáticos: 108,4 millones de desplazados en el mundo. Por primera vez en la historia se ha superado la barrera

²⁵ De Lucas, Javier (1996): *Puertas que se cierran. Europa como fortaleza*. Ed. Icaria. Barcelona.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

de los 100 millones de personas. Algo que hasta hace poco parecía impensable. Los datos de 2023 sitúan la cifra en 111 millones de personas.

Los refugiados y otros desplazados son algunos de los miembros más marginados y vulnerables de la sociedad. Corren un riesgo especial durante este brote de COVID-19 porque a menudo tienen un acceso limitado al agua, a los sistemas de saneamiento y a las instalaciones sanitarias. Más del 80% de los refugiados y casi todos los desplazados internos del mundo viven en países de ingresos bajos y medios.

Ante esta situación, ACNUR actuó en todo el mundo con proyectos de sensibilización, asesoramiento y apoyo logístico. En Brasil, se establecieron zonas de aislamiento para casos sospechosos en Boa Vista y se distribuyeron paquetes de higiene a las comunidades indígenas de Belém y Santarém. En Colombia, se crearon más de 30 líneas telefónicas de ayuda para ofrecer asesoramiento a los refugiados e inmigrantes de Venezuela. En Venezuela, ACNUR ofreció una respuesta con recursos médicos y asistencia técnica. En México, se proporcionó información y equipamiento para los refugios, con el fin de establecer zonas de aislamiento. También se localizó personal médico entre los refugiados que podría realizar una importante labor de socorro.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Ya en África, en Uganda, se tomaron medidas especiales de prevención, concienciando sobre hábitos de higiene, distribuyendo material desinfectante y apoyando la formación del personal sanitario. En Etiopía, los socios del ACNUR contrataron y formaron a refugiados para concienciarlos sobre el distanciamiento interpersonal, el lavado de manos y la higiene respiratoria.

En Siria, se llevaron a cabo actividades de información sobre buenos hábitos de higiene y se está formando a personal médico para posibles intervenciones. En Irak, se adquirieron equipos de protección para su uso en fronteras y campos de refugiados. ACNUR envió 4,4 toneladas de material médico a Irán para apoyar su debilitado sistema sanitario.

En Grecia, se incrementaron los servicios de agua, saneamiento e higiene en los lugares donde se concentra la mayor población de refugiados, en las islas del Mar Egeo. En ellas había 35.000 refugiados en centros y asentamientos con gran superpoblación.

Estas son algunas de las iniciativas más importantes puestas en marcha por ACNUR, que hizo un llamamiento de emergencia por el coronavirus.

Cáritas alertó de la desprotección a la que están expuestos los habitantes de la Amazonia. En este sentido, apoyó, en coordinación con el Consejo Indigenista Misionero, a las

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

comunidades indígenas de Amazonas y Roraima y de la cuenca del río Tapajós. Ha señalado el grave riesgo de contagio debido al aumento de las invasiones de territorios. Lo que representa un grave peligro aún más cuando se trata de comunidades con un sistema sanitario muy precario. El apoyo se centra en la prevención y protección frente a la pandemia y en apoyar al Estado en la aplicación de medidas urgentes que eviten consecuencias irreversibles en las comunidades indígenas.

La Cruz Roja está llevando a cabo acciones destacables. Destaca la elaboración de una Guía de Actividades para el manejo del confinamiento familiar. Está realizando intervención familiar con niños, basada principalmente en apoyo psicosocial. Está proporcionando cuidados alternativos a niños y adolescentes separados de sus familias biológicas y bajo el sistema de protección de menores. También destaca su iniciativa Seracogedor Servicio Multicanal, es decir, el apoyo a las familias acogedoras y a los profesionales de los servicios sociales a través de recursos digitales.

Ucrania

Con todo este contexto, la situación se agrava más todavía con la invasión rusa de Ucrania, el 24 de febrero de 2022. Las previsiones iniciales de ACNUR eran que el conflicto

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

provocaría más de 4 millones de personas desplazadas. Sin embargo, a día de hoy, ya se han superado los 12 millones²⁶. La mayor parte son mujeres y niños. El caso ucraniano nos muestra, una vez más, que la mayor parte de las personas refugiadas no van a los países más ricos, sino a los limítrofes o cercanos a la propia zona en conflicto. Hasta el momento, los países que más ucranianos han acogido son: Polonia (casi 7 millones), Rumanía (más de 1.300.000), Hungría (más de un millón y medio o Eslovaquia (casi un millón). La realidad es que, dentro del conjunto de personas desplazadas en el mundo, más del 85% están en países en desarrollo.

El caso ucraniano también ha puesto de manifiesto las poderosas contradicciones en la política migratoria europea. En esta ocasión sí se ha activado la Directiva 2001/55, que pone en marcha un mecanismo de protección rápida y eficazmente. Un mecanismo que permite a los refugiados ucranianos liberarse de buena parte de los obstáculos burocráticos que sí tuvieron y siguen teniendo los africanos: libios, sirios, afganos, etc.

Por otra parte, también es realmente grotesca la situación del FRONTEX. El propio Parlamento Europeo ha dictaminado que, aunque no ha incurrido en delitos con las devoluciones en

²⁶ Acerca de la emergencia humanitaria en Ucrania, véase: <https://www.acnur.org/es-es/emergencias/emergencia-en-ucrania>

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Grecia, estas carecieron de las garantías mínimas y ha reconocido que existen importantes disfunciones en el sistema de protección de fronteras exteriores. Esto ha llegado al punto de forzar la dimisión de su antiguo Director, Fabrice Leggeri, por las flagrantes vulneraciones de Derechos Humanos acontecidas en las devoluciones en caliente en las costas de Grecia e Italia.

Gaza

El 7 de octubre de 2023, grupos armados palestinos en Gaza lanzaron miles de proyectiles contra Israel, atravesaron la valla perimetral de Gaza, se adentraron en ciudades israelíes y mataron y capturaron a soldados y civiles israelíes. El ejército israelí declaró el “estado de alerta de guerra” y atacó numerosas ciudades de Gaza, incluidas instalaciones residenciales y sanitarias.

La situación que se vive en Gaza también es de extrema gravedad²⁷. Se ha cobrado ya la vida de decenas de miles de personas, la mayor parte mujeres y niños. También ha provocado más de dos millones de desplazados. Por otra parte, toda la población de Gaza se enfrenta a una grave crisis

²⁷ Sobre la situación humanitaria en Gaza, consúltase: <https://unrwa.es/mision/>

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

alimentaria, que afecta especialmente a los grupos más vulnerables.

Naciones Unidas ha puesto en marcha un plan que pretende llevar a cabo acciones humanitarias y cubrir las necesidades de más dos millones de personas en la Franja de Gaza y las 500.000 más vulnerables de Cisjordania. El presupuesto es de 1.200 millones de dólares.

Asimismo, la propuesta de la ONU se centra en tres puntos: permitir el acceso humanitario para asegurar suministros de primera necesidad de forma rápida, evitar el “castigo colectivo” de la población de Gaza y la liberación inmediata de los rehenes israelíes.

Conclusiones

Por último, las actuales políticas restrictivas de inmigración han favorecido directa o indirectamente la aparición de otros tipos de migración. Los países desarrollados de Occidente han ido reforzando sus fronteras exteriores, sin embargo, esto no es en sí mismo una solución porque, como subraya Cristina Blanco: Dado que las causas más sangrantes de la migración permanecen inalteradas, los intentos de cruzar las fronteras también permanecen inalterados. Por otro lado, el reconocimiento de la reagrupación familiar como factor fundamental para la correcta integración del inmigrante ha

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

generado un tipo de movimiento migratorio de enormes dimensiones.

Uno de los grandes problemas de la inmigración actual, con especial incidencia en Europa, es la inmigración ilegal. Existen diversos tipos dentro de esta forma de inmigración y diversas formas de expansión del sector irregular, principalmente en el área de la construcción, limpieza, trabajos estacionales y otros trabajos complementarios o de sustitución. En el empleo irregular intervienen siempre dos componentes²⁸: el trabajador en situación irregular y el empresario, que actúa ilegalmente.

Otros tipos de migración que han crecido en las últimas décadas son los derivados de la globalización mundial de la economía o del aumento del nivel de vida en determinados países. Un ejemplo de ello es la llamada «fuga de cerebros» o migración cualificada, que aún no ha sido suficientemente estudiada a pesar de su dimensión cada vez más creciente. Estas migraciones, ligadas a los niveles más altos de la estructura sociolaboral, han crecido muy fuertemente desde los años 90 y apenas sufren limitaciones por los controles de inmigración. Por otra parte, la inmigración de la tercera edad está adquiriendo cierto volumen. Cada vez son más las

²⁸ Bade, Klaus J. (2005): *Europa y los movimientos migratorios de finales del S. XX*. En Fernández-Rufete, J. y García Jiménez, M. (Eds.): *Movimientos migratorios contemporáneos*. Ed. Universidad Católica San Antonio. Murcia. Op. Cit.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

personas de países desarrollados jubiladas o inactivas que aprovechan la oportunidad de pasar largas temporadas en otros países con mejor clima o calidad de vida.

El fenómeno migratorio actual está muy extendido a nivel planetario, tiene un volumen muy grande y presenta una tipología diversa. El grado de complejidad que ha adquirido no se había visto nunca antes en la historia.

La situación de pandemia provocada por el COVID-19 ha puesto en una situación extrema a millones de personas en todo el mundo. Los grupos más vulnerables son los que lo tienen más difícil. Una vez más, se demuestra que ante los problemas globales, las soluciones fáciles, simplistas y de corto alcance no funcionan. Es hora de reforzar la cooperación internacional y el multilateralismo.

Los efectos cada vez más notables del cambio climático también están incrementando los movimientos de población. Los llamados refugiados medioambientales son personas que se ven obligadas a abandonar sus hogares debido a fenómenos relacionados con el cambio climático, la degradación del medio ambiente o las catástrofes naturales. Es un tema al que se ha prestado cada vez más atención en los últimos años y que causa gran preocupación en el futuro a corto y medio plazo.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

La invasión de Ucrania por parte de Rusia ha provocado importantes desplazamientos de población. Al inicio del conflicto, ACNUR estimó que 2,9 millones de personas necesitarían ayuda humanitaria en 2022 y elaboró un Plan de Respuesta Humanitaria que abarcaba seis áreas sectoriales: educación, seguridad alimentaria y medios de subsistencia, salud, protección, refugio/artículos no alimentarios y agua, saneamiento e higiene. En estos momentos, a 6 de junio de 2023, ya hay más de 12 millones y medio de personas desplazadas de sus hogares. Algo más de la mitad son desplazados internos y el resto refugiados que se encuentran en diferentes países de Europa. Es un conflicto que tiene en vilo a la comunidad internacional y a día de hoy sigue sin haber un final a la vista.

Por último, la crisis de Gaza es muy preocupante y ha agravado mucho la situación. Hay más de dos millones de personas desplazadas, la asistencia humanitaria no está pudiendo llegar a todos los lugares y existe un serio riesgo de falta de abastecimiento alimentario para grupos de población vulnerables.

Todo ello nos lleva a hacer hincapié en tres cuestiones fundamentales. En primer lugar, hacen falta soluciones ágiles y precisas en las crisis abiertas, sí, pero más pronto que tarde han de abordarse las causas profundas. Y eso pasa por

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

renovar, corregir las disfunciones y fortalecer la cooperación. Para ello es fundamental también la lucha contra la corrupción. El segundo elemento es la desigualdad. Es esencial reducirla. La desigualdad genera violencia, inseguridad y conflictos. Por último, hay que afianzar el camino de la multilateralidad. El sistema internacional de protección de Derechos Humanos nos ha dado el periodo de mayor prosperidad y bienestar de la historia. Es preciso continuar en él, renovar aquellos aspectos que no funcionan como sería deseable y, *mutatis mutandis*, fortalecer el sistema en su conjunto.

Bibliografía y Fuentes

- Abramovich, V. y Courtis, C. (2004): *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Editorial Trotta. Madrid.
- Agencia de la ONU Para los Refugiados (2018): *Reforzando la educación de los refugiados en crisis*. Ed. ACNUR.
- Agencia de la ONU Para los Refugiados (2009): *La historia de los refugiados en estadísticas*. ACNUR. Electronic resource: <http://www.acnur.org/t3/recursos/estadisticas>
- Asamblea General de Naciones Unidas (2015): *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolution A/RES/70/1, 21 October 2015. New York.
- Bade, Klaus, J. (2003): *Europa en movimiento: las migraciones desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días*. Crítica. Barcelona.
- Bade, Klaus J. (2005): *Europa y los movimientos migratorios de finales del S. XX*. In Fernández-Rufete, J. y García Jiménez, M. (Eds.): *Movimientos migratorios contemporáneos*. Ed. Universidad Católica San Antonio. Murcia

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

- Balderas, G. (2008): *Cristianismo, sociedad y cultura en la Edad Media: una visión contextual*. Universidad Iberoamericana. México, D.F.
- Bañón Hernández, A. (2002): *Discurso e inmigración. Propuestas para un debate social*. Universidad de Murcia. Murcia.
- Bedani, Gino. (2005). *Italians in Britain: The Shaping of a Community, 1870-1970*. Palgrave Macmillan.
- Bernat, J. S. y Gimeno, C. (Eds.) (2006): *Migración e interculturalidad: de lo global a lo local*. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana.
- Blanco, Cristina (2000): *Las migraciones contemporáneas*. Alianza Editorial. Madrid.
- Cachón, L. y Laparra, M. (2009): *Inmigración y políticas sociales*. Ed. Bellaterra, Barcelona.
- Carballo Barral, Borja (2008): "Redes familiares en la inmigración hacia el Ensanche Este de Madrid (1860-1878)". In electronic review: *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Coloquios.
- Chaliand, G. (1994): *Atlas historique des migrations*. Editions du Seuil. Paris.
- Claramunt, S., Portela, E., González, M. y Mitre, E. (1997): *Historia de la Edad Media*. Ariel. Barcelona.
- De Lucas, Javier (1996): *Puertas que se cierran. Europa como fortaleza*. Ed. Icaria. Barcelona.
- Dollot, Louis (1971): *Las migraciones humanas*. Oikos-Tau. Barcelona.
- Fernández-Rufete, José y García Jiménez, Modesto (Eds.) (2005): *Movimientos migratorios contemporáneos*. Universidad Católica San Antonio. Murcia.
- Gaigné, C. (2004): *Aging nations and the future of cities*. Centre for Economic Policy Research. London.
- García Fitz, F. (2003): *Edad Media: guerra e ideología: justificaciones jurídicas y religiosas*. Sílex. Madrid.
- Garrido Rodríguez, Pedro (2018): "Crisis humanitaria de refugiados, cooperación internacional y desarrollo e integración europea". In: *El cincuentenario de los Pactos Internacionales*

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

de Derechos Humanos de la ONU. Homenaje a la Profesora M^a. Esther Martínez Quinteiro. Ediciones Universidad de Salamanca

Garrido Rodríguez, Pedro (2014): *Inmigración y diversidad cultural en España. Su gestión desde la bonanza económica a la crisis.* Ed. Fundamentos. Madrid.

Garrido Rodríguez, Pedro (2012): *Inmigración y diversidad cultural en España. Un análisis histórico desde la perspectiva de los Derechos Humanos.* Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca.

Haas, Hein de; Castles, Stephen & Miller, Mark J. (2020). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World.* Red Globe Press.

Herrera Carassou, R. (2006): *La perspectiva teórica en el estudio de las migraciones.* Siglo Veintiuno. Méjico D.F.

Hidalgo, Paloma (1994): *Los desplazamientos humanos en una perspectiva histórica. De las migraciones en la Edad Antigua a la emigración atlántica y post-bélica europea.* In Marrodán Serrano, D. y Prado Martínez, C. (Coords.): *Las migraciones: su repercusión en la sociedad y en la biología de las poblaciones humanas.* Ed. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Hooper, N. y Bennett, M. (2001): *Atlas ilustrado la guerra en la Edad Media.* Akal. Madrid.

<http://nuevomundo.revues.org/30993>

Ibarrola-Armendariz, A. y H. Firth, C. (Eds.) (2007): *Migraciones en un contexto global: transiciones y transformaciones como resultado de la masiva movilidad humana.* Universidad de Deusto. Bilbao.

Lewis, G. (1982): *Human migration: a geographical perspective.* Croom Helm. London.

Little, L. y Rosenwein, B. (2003): *La Edad Media a debate.* Akal. Madrid.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Lucassen, Leo (2005): *The Immigrant Threat: The Integration of Old and New Migrants in Western Europe since 1850*. University of Illinois Press. Illinois.

Malgesini, Graciela (1998): *Cruzando fronteras. Las migraciones en el sistema mundial*. Icaria: Fundación Hogar del Empleado. Barcelona.

Manning, P. (2005). *Migration in World History*. Routledge

Marrodán, Dolores y Prado, Consuelo (Coords.) (1994): *Las migraciones: su repercusión en la sociedad y en la biología de las poblaciones humanas*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

McKeown, A. (2016). *Global Migrations: The Basics*. Routledge

Merino Hernando, Asunción y González Martínez, Elda (2006): *Las migraciones internacionales*. Dastin. Madrid.

Mitre, E. (2004): *Introducción a la historia de la Edad Media europea*. Istmo. Madrid.

Montes del Castillo, Ángel y Martínez Martínez, M^a José (Eds.) (2008): *Migraciones, cultura y desarrollo*. Universidad de Murcia. Murcia.

Naciones Unidas (2019): *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*. Ed. Naciones Unidas, Nueva York.

Pando Ballesteros, M^a. Paz; Muñoz Ramírez, Alicia y Garrido Rodríguez, Pedro (dirs. y eds.) (2016): *Pasado y Presente de los Derechos Humanos. Mirando al Futuro*. Ed. Los Libros de la Catarata. Madrid.

Pando Ballesteros, M^a. Paz; Garrido Rodríguez, Pedro y Muñoz Ramírez, Alicia (eds.) (2018): *El cincuentenario de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos de la ONU. Homenaje a la Profesora M^a. Esther Martínez Quinteiro*. Ediciones Universidad de Salamanca, Colección Aquilafuente, N^o 243. Salamanca.

Panadero Moya, Miguel y García Martínez, Carmen (Coords.) (1997): *Migraciones extranjeras en la Unión Europea*. Ed. Universidad de Castilla la Mancha. Cuenca.

Reimers, David M. (1992). *Still the Golden Door: The Third World Comes to America*. Columbia University Press.

Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad

Richards, Michael. (2003). *A Time of Silence: Civil War and the Culture of Repression in Franco's Spain, 1936-1945*. Cambridge University Press.

Rodríguez, G. (2008): "Migraciones e Inmigraciones en las religiones: la diversidad religiosa en el Medioevo". In: *Historia*. Vol.27. Nº 2. São Paulo.

Torres, Francisco; Gadea, M^a. Elena (2015): *Crisis, inmigración y sociedad*. Ed. Ágora.

Wyman, David. (1996). *Paper Walls: America and the Refugee Crisis, 1938-1941*. Pantheon.

Wyman, Mark (1998). *DPs: Europe's Displaced Persons, 1945-1951*. Cornell University Press.

How to cite:

RODRÍGUEZ, Pedro Garrido. Migraciones en Perspectiva Histórica hasta la Actualidad. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 13-48, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

André Dias Pereira

PANORAMA DO DIREITO DA MEDICINA EM PORTUGAL, EM ESPECIAL AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM PORTUGAL ¹

André Dias Pereira ²

¹ How to cite:

DIAS PEREIRA, André. Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 49-80, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² André Dias Pereira

Professor Associado da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Presidente da Direção do Centro de Direito Biomédico. Vice-presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Pós-doutorado em Direito e Tecnologia pelo Mediterranean International Centre for Human Rights Research (Itália), Doutorado em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

1. A Emergência da Legislação sobre Direitos dos Doentes no Direito Comparado

A emergência dos direitos das pessoas doentes é uma das marcas da evolução das últimas décadas no contexto cultural das sociedades ocidentais. Por toda a Europa, tem-se registado uma intensa atividade legislativa, quer ao nível nacional, quer ao nível internacional e comunitário³. Já neste século XXI, vários países latinos aprovaram legislação referente a estes direitos, destacando-se, pela sua proximidade geográfica e cultural com Portugal, o caso da França⁴, da Bélgica⁵ e da Espanha⁶.

Esta assunção de que estes direitos concretizam uma dimensão importante da cidadania que tem vindo a ser reforçada. A harmonização europeia é ainda incentivada em virtude da aprovação da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao

³ Desde os anos 90, deu-se uma forte implementação dos direitos dos doentes, com a seguinte cronologia: Finlândia, 1992; Países Baixos, 1994; Lituânia, 1996; Islândia, 1997; Letónia, 1997; Hungria, 1997; Grécia, 1997; Dinamarca, 1998; Noruega, 1999; Geórgia, 2000; França, 2002; Bélgica, 2002; Espanha, 2002; Suíça, 2003; Rússia, 2003; Roménia, 2003, Chipre, 2005; Alemanha, 2013.

⁴ Loi nº 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁵ *Loi relative aux droits du patient*, du 22 août 2002.

⁶ Ley 41/2002, de 14 de noviembre: reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços⁷.

Já em 1984, o Parlamento Europeu havia aprovado a Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes⁸, na qual se enumera um conjunto de direitos com vista a proteger a pessoa doente. Mais recentemente, foi anunciada a Carta Europeia dos Direitos do Paciente, redigida em 2002 pela *Active Citizenship Network* e que mereceu aprovação por parte do Comité Económico e Social Europeu⁹.

Fora da Europa, podemos destacar, a título de exemplo, a lei de Israel¹⁰ e da Nova Zelândia¹¹. Nos Estados Unidos da América, quase todos os Estados têm uma lei sobre direitos dos pacientes e, a nível federal, foi aprovada no Congresso, em 2001, a Lei de Direitos dos Pacientes, no original “A patients’

⁷ Publicada no JOUE de 4 de abril de 2011. A Diretiva aplica-se à prestação de cuidados de saúde aos doentes, independentemente da forma como sejam organizados, prestados ou financiados (n.º 2 do art. 1.º). Sobre a construção de um Direito da Saúde na União Europeia, cf. CORREIA DE CAMPOS/ Jorge SIMÕES, *O Percorso da Saúde: Portugal na Europa*, Coimbra, Almedina, 2011, p. 77 ss; André DIAS PEREIRA, “Um Direito da Saúde para a Europa?”, *Debater a Europa*, n.º 2/3 Janeiro/Dezembro 2010.

⁸ Carta Europeia dos Direitos do Paciente, Resolução de 19 de janeiro de 1984, JOCE C 46, de 20 de fevereiro de 1984, p. 104.

⁹ Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “Os direitos do paciente” (2008/C 10/18), de janeiro de 2008 (*Jornal Oficial da União Europeia*, 15.1.2008, C 10/67 ss.); cf. art. 6: Direito de privacidade e confidencialidade.

¹⁰ Lei de Direitos dos Pacientes de Israel de 1996.

¹¹ *The HDC Code of Health and Disability Services Consumers' Rights Regulation*, de 1996.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

bill of rights”, com o título de “Bipartisan Patient Protection Act”, conhecida por “McCain-Edwards-Kennedy Patients’ Bill of Rights”. Na Argentina, foi promulgada, em 2009, a *Ley sobre Derechos de los Pacientes*¹² e o Chile aprovou em junho de 2012 a *Ley Núm. 20.584 - Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*.

Mas não é só a legislação que tem mudado. No plano das outras fontes do Direito, a relação profissional de saúde – pessoa doente ganha cada vez mais importância. O aumento da jurisprudência e uma intensa discussão doutrinal conduzem à criação de uma disciplina jurídica complexa e autónoma: o Direito da Saúde¹³.

2. A Importância da Convenção Europeia dos Direitos do Homem e a Biomedicina (CEDH Bio)

A Convenção Para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina e o Protocolo Adicional que Proíbe a Clonagem de

¹² B.O. 20/11/09 – Ley 26.529 – SALUD PUBLICA – Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

¹³ André DIAS PEREIRA, “Direito da Medicina: a emergência de um novo ramo da ciência do Direito”, in RUEFF, Maria do Céu, *Direito da Medicina: Eventos Adversos, Responsabilidade, Risco*; Lisboa, 2013, p. 111-128.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

Seres Humanos estão em vigor na ordem jurídica portuguesa desde o início deste século¹⁴.

Esta Convenção foi de extrema importância para os Estados, como Portugal, com carências legislativas em matéria de direitos dos pacientes, genoma humano e investigação científica, entretanto colmatadas pela evolução da legislação e da doutrina nacionais nestas matérias.

Tal como em 1950, através da CEDH e, em 1987, com a Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e das Penas e Tratamentos desumanos ou degradantes ¹⁵, de 26 de Novembro, o Conselho da Europa voltou a mostrar um espírito pioneiro ao elaborar o primeiro tratado internacional sobre uma questão que havia sido estudada sobretudo por alguns ordenamentos jurídicos dos países tecnologicamente mais desenvolvidos: o impacto das novas tecnologias no campo da medicina e da biologia sobre o ser humano e a sua dignidade¹⁶.

¹⁴ Decreto do Presidente da República n.º 01/2001, in DR n.º 2, 1ª Série A de 3 de Janeiro e Resolução da AR nº1/2001, in DR nº. 2, 1ª Série A, de 3 de Janeiro.

¹⁵ Sobre esta Convenção, vide, André DIAS PEREIRA, in GOMES CANOTILHO (Coord.), *Direitos Humanos, Estrangeiros, Comunidades Migrantes e Minorias*, Oeiras, Celta Editora, 2000, pp. 273. ss e bibliografia citada.

¹⁶ Cfr. Fernández de CASADEVANTE ROMANÍ, “El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser humano con respecto a la aplicación de la Biología y la Medicina: Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina”, *Rev Der Gen H* 7/1997, p.106.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

O Conselho da Europa desenvolveu um trabalho intenso em matéria de direito biomédico¹⁷, no sentido de efetuar um maior esforço tendente à harmonização das regras existentes. No “rapport Palacios” à Assembleia Parlamentar, de 12 de janeiro de 1995, ficou claramente registado que as diferenças no que respeita aos níveis de proteção existentes nos distintos Estados-membros poderiam conduzir a atrativos “paraísos bioéticos”, onde vigoram normas menos rigorosas que exerceriam um atrativo para médicos e investigadores pertencentes a países com maiores níveis de proteção¹⁸. Realidade que ainda hoje se verifica, sobretudo em matérias de procriação assistida (máxime no que respeita à gestação de substituição) e de cuidados em fim de vida.

Assim, no dia 16 de novembro de 1996, o Comité de Ministros do Conselho da Europa aprovou o texto definitivo da Convenção dos Direitos Humanos e a Biomedicina, e a Convenção foi aberta para assinaturas em Oviedo, a 4 de abril de 1997, tendo sido imediatamente assinada por parte de vinte e um Estados-Membros do Conselho da Europa (de um total

¹⁷ Esse labor tem vindo a ser realizado na Assembleia Parlamentar, no Comité *ad hoc* de peritos em Bioética (CAHBI), posteriormente denominado CDBI (Comité Diretor de Bioética) e em 2012 o Committee DH-Bio - cfr. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/dh-bio>

¹⁸ Herman NYS, “La Convención Europea de Bioética. Objetivos, principios rectores y posibles limitaciones”, *Rev Der Gen H* 12/2000, p. 69.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

de quarenta países que nessa altura integravam a referida organização), entre os quais se contava o Estado Português¹⁹.

Este não é um texto que se queira fechado e perene. Antes, pelo contrário, trata-se de uma Convenção-quadro que irá, progressivamente, sendo complementada através de Protocolos Adicionais que densifiquem a regulamentação jurídica dos temas da Convenção que mais careçam de aprofundamento (artigo 31.º da CEDH Bio)²⁰. Assim, está já em vigor o Protocolo Adicional que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos (Paris, 12 de janeiro de 1998), o Protocolo Adicional sobre a transplantação de órgãos e tecidos de origem humana (Estrasburgo, 24 de Janeiro de 2002), o Protocolo sobre a investigação biomédica (Estrasburgo, 25 de Janeiro de 2005) e o Protocolo sobre testes Genéticos para fins de saúde (Estrasburgo, 27 de Novembro de 2008)²¹, tendo sido todos ratificados pela República portuguesa.

¹⁹ A Convenção está aberta tanto aos Estados membros do Conselho da Europa, como à União Europeia e aos Estados que participaram na sua elaboração: Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Japão e a Santa Sé. Isto traduz a intenção de se afirmar como uma *referência normativa mundial* no campo do direito biomédico. O que, sendo um fator de glória para o Conselho da Europa, acarreta responsabilidades acrescidas.

²⁰ Técnica habitual no Conselho da Europa. Veja-se, como exemplo paradigmático, a própria CEDH, já complementada por onze protocolos.

²¹ Neste sentido, com todas as informações relevantes, consulte-se o seguinte endereço: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/oviedo-convention>.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

A Convenção tem como princípios fundamentais, em primeiro lugar, a proteção do ser humano e de toda a pessoa. Na verdade, o artigo 1.º começa por afirmar que “as Partes ... protegem o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina.”²². Em segundo lugar, a Convenção de Oviedo promove a proteção da dignidade e identidade do ser humano. Com efeito, o artigo 2.º reza: “o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse da sociedade ou da ciência.”²³. Em terceiro lugar, é dado lugar de destaque à

²² A Convenção não tomou posição quanto ao estatuto jurídico do embrião. Esta é uma das linhas de fratura mais acentuada na Europa, pelo que, nessa busca do “consenso” se deixou para o direito interno a resolução desse problema. Contudo, o artigo 18.º garante alguma proteção ao embrião, na medida em que *proíbe a sua criação para fins de investigação* e exige que, quando o Estado-parte admita a experimentação em embriões excedentários, a lei nacional deverá garantir *adequada proteção* (Cfr., sobre esta matéria, André DIAS PEREIRA, “Country Report Portugal”, in Jochen TAUPITZ, *Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates – taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung?*, Berlin, Heidelberg, [etc.], Springer, 2002, p. 726). A Lei da 32/2006, de 26 de julho, sobre a Procriação Medicamente Assistida admite experimentação em alguns tipos de embriões não viáveis e excedentários (cfr. art. 9.º), mas estabelece tutela penal para o caso de utilização indevida de embriões (art. 40.º).

²³ Como expressão destes princípios, Herman NYS aponta os seguintes artigos: (1) quanto à *dignidade do ser humano*, o artigo 14.º (Proibição de seleção do sexo), o artigo 18.º, n.º 2 (proibição de criação de embriões para fins de experimentação) e o artigo 21.º (Proibição de obtenção de lucros);

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

proteção da integridade física e moral da pessoa por via da exigência do consentimento: neste âmbito encontramos os artigos 5.º (consentimento), 9.º (diretivas antecipadas), 16.º (investigação) e 22.º (transplantes)²⁴.

No texto da Convenção encontramos normas referentes a matérias de elevado desenvolvimento tecnológico, mas, simultaneamente também é aplicável à “medicina do quotidiano” – e, nesse sentido, a Convenção é um autêntico “Tratado de direitos dos pacientes”²⁵.

quanto à *identidade*, o artigo 13.º (proibição de terapia génica na linha germinal).

²⁴ A Convenção protege ainda outros direitos, tais como: Vida privada e direito à informação (art. 10º); Direito a saber e direito a não saber; Proibição da discriminação em virtude do património genético (art.11º); Acesso equitativo, sem discriminações, aos cuidados de saúde (art. 3º); Direito a uma indemnização equitativa, quando se produz um dano injusto (art. 24º); Proteção dos incapazes (art. 6º, 17º, 20º); Respeito pelas obrigações profissionais, deontológicas e outras regras de conduta (art. 4º).

Sobre todos estes temas – vide LOUREIRO, João Carlos/ PEREIRA, André Dias, BARBOSA, Carla (Coord.), *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face as Aplicações da Biologia e da Medicina – 20 Anos de Vigência em Portugal*, Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2022.

²⁵ Herman NYS, “Patient’s Rights in the context of internationalisation of care and cross-border care”, in 14th World Congress n Medical Law, *Book of Proceedings*, I, p. 13. Efetivamente, aí se proclamam os direitos básicos como o direito ao consentimento informado (art. 5º), o respeito pela vida privada (art. 10º), o direito a saber e a não saber (art. 10, n.º2) e o direito de queixa e de pedir indemnizações (art. 23º).

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

A ratificação da Convenção de Oviedo significou para os Estados-parte a obrigação de tomar posição definitiva sobre a orientação e o alcance jurídico das Diretivas Antecipadas de Vontade. Ao estabelecer, no seu artigo 9.º, que “A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção medica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta”, a Convenção instou os Estados a determinarem, no plano jurídico interno, se consideram as diretivas antecipadas como prescritivas, ou meramente orientadoras da atividade médica. No primeiro caso, tratar-se-á de afirmar que a vontade anteriormente manifestada quanto a cuidados de saúde que se deseja ou não receber, e a maneira de os prestar/receber, vale como uma determinação idêntica à da vontade atual diretamente manifestada, de natureza análoga à do consentimento informado. Ao optar por esta via, é necessário determinar, com rigor, quais os pressupostos de validade e eficácia daquela manifestação, quais as suas balizas deontológicas e jurídicas, e em que circunstâncias poderão os profissionais de saúde afastar-se delas – se tais circunstâncias deverem ser consideradas, em concreto. No segundo caso, ao contrário, tratar-se-á de afirmar que, não obstante se reconheça à pessoa liberdade prospetiva quanto

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

aos cuidados de saúde, a mesma não é tão ampla, nem tão robusta, que deva sobrepor-se à análise técnica do caso concreto, devendo apenas servir de orientação para os profissionais de saúde; portanto, como critério de intenção, mas não como critério de ação.

3. Direitos das pessoas em contexto de saúde

Em 1974, aquando da Revolução do 25 de abril – que superou uma ditadura de 41 anos, em Portugal – os direitos dos doentes constituíam ainda uma ideia vaga e longe das preocupações dos juristas e da comunidade política. Com efeito, é só nos anos 90 do século passado que, pela Europa, se foi intensificando a defesa dos cidadãos, nesta fase de vulnerabilidade da sua vida, sendo de destacar a Declaração da OMS para a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa (aprovada em Amesterdão em 1994)²⁶ e a Convenção

²⁶ No seio dos “*Bureaux Regionaux*” da Europa da OMS decorreu, em Amesterdão, entre 28 e 30 de março de 1994, uma Conferência Europeia sobre os Direitos dos Pacientes. Dessa reunião resultou uma “*Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Doentes na Europa*”, a qual continha anexa uma “*Carta*” contendo princípios básicos relativos aos direitos dos doentes na Europa. A “*Carta dos Direitos das Pessoas Doentes*” foi posteriormente aprovada na reunião dos “*Bureaux Regionaux*” da Europa da OMS, de 18 de Junho de 1996, em Ljubljana. As suas fontes inspiradoras foram os grandes instrumentos internacionais, até então adotados, como a DUDH, o PIDCP, o PIDESC, a CEDH e a CSE; na sequência deste documento, muitos países produziram legislação sobre esta matéria.

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, assinada em 1997, em Oviedo, sob os auspícios do Conselho da Europa.

Ao nível interno, se o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de abril de 1968) já previa alguns direitos, é com a Base XVI da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), de 1990, que, verdadeiramente, são proclamados os direitos dos utentes²⁷. Por seu turno, em 1997, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes veio dar-lhes mais publicidade e divulgação prática.

Todavia, o movimento de positivação e consolidação legislativa e prática destes direitos tem sido lento, sinuoso e desprovido de uma orientação global. Assim, encontramos diplomas dispersos, que ao longo dos últimos 30 anos vão abordando, de forma nem sempre completa e harmoniosa, alguns direitos dos doentes, sendo de frisar que ainda hoje subsistem paradoxos, contradições e lacunas importantes, que mereceriam um olhar mais cuidado e uma intervenção legislativa atenta²⁸.

²⁷ Esta lei foi revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, cuja base 2 se refere Base 2 aos *Direitos e deveres das pessoas*.

²⁸ A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, procurou trazer uma nova Primavera ao Direito da Medicina, tendo como propósito apresentar de forma clara e integrada os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Todavia, foi pouco ambiciosa em várias matérias, designadamente no consentimento informado e no processo clínico, acabando por ser, em grande medida, uma consolidação das matérias respeitantes ao direito de visita de familiares,

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

Mas a direção é clara e vai no sentido de uma crescente proteção dos direitos dos doentes, isto é, da afirmação da plena cidadania na doença e da emergência da democracia sanitária.

Elenquemos, por ordem cronológica, a título meramente exemplificativo, alguns dos diplomas que nos parecem mais relevantes:

Ainda antes da Revolução de Abril foi sido aprovado a 27/4/1968 o Estatuto Hospitalar, através do Decreto-Lei n.º 48 357, dando cumprimento à regulação que se impunha desde a Lei n.º 2011, de 02 de abril de 1946. Nesta senda, o Estatuto Hospitalar previa já alguns direitos dos doentes: no seu Capítulo VII, reconhece-se aos doentes o direito de recusarem a assistência, salvo se houver disposição legal em contrário, e o de recusarem exames ou tratamentos desnecessários ao diagnóstico e tratamento que precisem. Além disso, o n.º 4 do artigo 79.º reconhece igualmente o direito à assistência religiosa, por solicitação dos pacientes. Por outro lado, é de salientar igualmente a imposição de deveres aos doentes, ainda que se tratasse de meros deveres de urbanidade. Com efeito, o artigo 81.º estabelece o dever de colaboração com os médicos e pessoal de assistência, o dever

bem como dos tempos de espera máximos permitidos. Ainda assim, trata-se de um esforço louvável no sentido da harmonização legislativa na área do Direito da Medicina.

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

de acatar as regras da organização hospitalar e a disciplina interna dos hospitais e ainda o dever de não deteriorar os bens do hospital, bem como a satisfação dos pagamentos legalmente exigíveis.

O 25 de abril contribui para uma forte evolução na matéria dos direitos dos utentes, ao abrir Portugal à convivência com as organizações internacionais e à evolução da sociedade portuguesa. Todavia, se o 25 de abril tivesse sido mais tardio, ou se a opção pelo SNS (modelo de *Beveridge*) não tivesse sido tão firme, julgamos que teria havido consideráveis atrasos em conseguir os ganhos em saúde que se registaram e que são a condição para depois se passar para o aperfeiçoamento que é dado ao sistema com o desenvolvimento dos direitos dos doentes. Ou seja, o 25 de abril veio libertar o país de amarras políticas, sociais e económicas que impediam o desenvolvimento da Sociedade e do Direito em geral²⁹ e com isso veio estar na base da construção de uma democracia sanitária³⁰.

²⁹ Sobre o sistema de saúde português, vide Licínio LOPES, *Direito Administrativo da Saúde*, in Paulo OTERO/ Pedro GONÇALVES, *Tratado de Direito Administrativo Especial*, Vol. III, 2010 e ainda Maria João ESTORNINHO, Tiago MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, 2014, p. 66-181.

³⁰ A democracia nos cuidados de saúde é uma exigência da doutrina francesa, tendo a lei de 4 de março de 2002, com o reconhecimento da autonomia do paciente e o desenvolvimento do direito à informação e à

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

Na década de 80, cumpre-nos destacar a Lei da Educação Sexual e Planeamento Familiar (Lei n.º 03/84, de 24 de Março) e a Lei que regulava o acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto – Lei n.º 14/85, de 06 de julho, entretanto revogada pela Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, que consolidou a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e a Lei n.º 6/84, de 11 de maio que altera o Código penal ao despenalizar a Interrupção Voluntária da Gravidez em algumas indicações típicas, designadamente nos casos de perigo de vida para a mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, quando existe malformação fetal ou quando a gravidez resultou duma violação.

participação no sistema de saúde sido um marco fundamental nesta direção – como afirma Benjamin PITCHO, *Le statut juridique du patient*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2004, p. 548. Segundo este autor, a Organização Mundial de Saúde tem contribuído para este novo papel do paciente nos cuidados de saúde, desde logo com a *Declaração de Alma-Ata* de 1978 que impõe aos Estados membros uma direção em matéria de política de saúde e procura a mobilização dos indivíduos no sentido da concretização do direito e do dever de saúde, recordando ainda a sua noção subjetiva e ampla de saúde (“saúde é um estado de pleno bem estar físico, psíquico e social” (OMS, 1947) e o seu ideal democrático dos Direitos do Homem, concebido como condição necessária para alcançar a sua missão. A *démocratie sanitaire* foi um dos motes da *loi Kouchner* (cf. Claude EVIN/ Bernard CHARLES/ Jean-Jacques DENIS, *Rapport sur le Projet de loi no 3258 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Assemblée Nationale, 2001); cf. ainda Emmanuel TERRIER, *Déontologie médicale et droit*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2003.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

O diploma mais estruturante do direito médico nesta década é o Código Penal (1982). Com efeito, nos seus artigos 156.º e 157.º trata-se de forma cabal toda a doutrina do consentimento informado e coloca-se em evidência que a pessoa é titular do direito à liberdade e livre de consentir ou recusar intervenções médico-cirúrgicas após um adequado esclarecimento. Por outro lado, os artigos 134.º e 135.º preveem tipos legais de crime com penas mais humanistas, em que se atende a uma menor ilicitude e um grau de culpa menor nos casos de homicídio a pedido da vítima (eventualmente a eutanásia voluntária ativa) e o suicídio assistido³¹.

Na década de 90, assumem especial relevância a Lei dos Transplantes de Órgãos e Tecidos (Lei n.º 12/93, de 22 de abril, alterada mais recentemente pelo Decreto-Lei n.º 168/2015, de 21 de agosto) e que revogou o Decreto-Lei n.º 553/76, de 13 de julho, a Lei dos Ensaios Clínicos (Decreto-Lei n.º 97/94, entretanto revogado pela Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, que por sua vez foi revogada pela Lei n.º 21/2014, de 16 de abril), a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada mais recentemente pelo Regulamento

³¹ Cf. Manuel da COSTA ANDRADE, Comentário aos artigos 135.º 150.º, 156.º e 157.º in Jorge de FIGUEIREDO DIAS (Org.) *Comentário Conimbricense ao Código Penal*, Tomo I, Coimbra, Coimbra Editora, 1999.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

Europeu de Proteção de Dados Pessoais ³² e pela Lei n.º 58/2019 de Dados Pessoais, de 8 de agosto; a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, 24 de julho, alterada pela Lei n.º 101/99, de 26 de julho)³³.

Nos Anos 2000-2005, destacam-se a Lei dos Ensaios Clínicos de Medicamentos de uso humano (Lei n.º 46/2004, 19 de agosto), a Lei da Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde (Lei n.º 12/2005, 26 de janeiro)³⁴ e a Lei das Associações de Defesa dos Utentes de Saúde (Decreto-Lei n.º 44/2005, 29 de agosto).

Na segunda metade da década, nos anos 2006-2010, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado mais recentemente pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de Julho) e

³² Regulamento Europeu de Proteção de Dados Pessoais de 2016 - Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) e pela Lei n.º 58/2019 de Dados Pessoais, de 8 de agosto; Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, 24 de julho).

³³ Entretanto revogada pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, aprova a Lei da Saúde Mental.

³⁴ Só 9 anos depois é publicado o Decreto-Lei n.º 131/2014, de 29 de agosto, que regulamenta a Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, no que se refere à proteção e confidencialidade da informação genética, às bases de dados genéticos humanos com fins de prestação de cuidados de saúde e investigação em saúde, às condições de oferta e realização de testes genéticos e aos termos em que é assegurada a consulta de genética médica.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

foi aprovada a Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de julho), a Lei que Proíbe e Pune a Discriminação em razão da Deficiência e da existência de Risco Agravado de Saúde (Lei n.º 46/2006, 28 de agosto) e – após um referendo, é aprovada a Lei da Exclusão da ilicitude nos casos de Interrupção Voluntária da Gravidez (Lei n.º 16/2007, de 17 de abril) e ainda é publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto – revogada pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março) e o Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 33/2009, de 14 de julho – revogada pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março) e o Regime do acompanhamento familiar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde (Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro – revogada pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março), bem como o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (RAER), (Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de setembro).

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

Assim, neste início de século a Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 06 de julho com as alterações introduzida pela Lei de 17/2016, de 20 de junho e pela Lei n.º 58/2017, de 25 de Julho) e a Lei da Exclusão da ilicitude nos casos de Interrupção Voluntária da Gravidez (Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, alterada pela Lei n.º 136/2015, de 07 de Setembro) mudaram – de forma importante – os direitos reprodutivos em Portugal. Quer os direitos reprodutivos positivos (numa primeira fase dos casais inférteis, agora de todas as mulheres)³⁵, quer os direitos reprodutivos negativos, estando o aborto a pedido da mulher estabilizado no quadro da medicina e do direito nacionais.

Nos anos 2011-2015 destacamos a Lei das Diretivas Antecipadas de Vontade (Lei n.º 25/2012, 16 de agosto), a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro), a Lei n.º 15/2014, de 21 de março - Lei de consolidação legislativa em matéria de direitos e deveres do

³⁵ Para uma leitura crítica – à luz do direito da filiação – cf. André Gonçalo DIAS PEREIRA, “Filhos de pai anónimo no século XXI!”, in NETO, Luísa/ PEDRO, Rute Teixeira (Org.), *Debatendo a Procriação Medicamente Assistida, Actas do Seminário Internacional*, Porto e FDUP, 16 e 17 de março de 2017, Projecto FCT UID 443_CIJ (ISBN: 978-989-746-154-5), pp.41 e ss.

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

utente dos serviços de saúde³⁶, e a Lei da Investigação Clínica (Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada mais recentemente pela Lei n.º 73/2015, de 27/07).

Na última década (2015-2024), destaca-se a influência direta do Direito da União Europeia, com a publicação do REGULAMENTO (UE) 2016/679 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados; o REGULAMENTO (UE) N.º 536/2014 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 16 de abril de 2014 relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano; o REGULAMENTO (UE) 2017/745 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 5 de abril de 2017 relativo aos dispositivos médicos.

A nível nacional, o período de 2015 a 2024 é marcado por alterações (algumas não consumadas) no domínio da Procriação Medicamente Assistida e os cuidados em Fim de Vida, incluindo a Morte Medicamente Assistida.

Assim, na área da reprodução assistida, destaca-se a Lei n.º 25/2016, de 22/08 (acesso de todas as mulheres à

³⁶ Esta lei revoga a) Lei n.º 14/85, de 6 de julho; b) Lei n.º 27/99, de 3 de maio; c) Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto; d) Lei n.º 33/2009, de 14 de julho; e) Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro.

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

Procriação Medicamente Assistida) e a Lei n.º 90/2021, de 16/12 (sobre a Gestação de Substituição, mas ainda não regulamentada).

Na  rea do fim de vida, a Lei n.º 31/2018, de 18 de julho (Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida) e a Lei n.º 22/2023, de 25 de Maio, que regula as condições em que a morte medicamente assistida não   punível e altera o Código Penal (ainda não regulamentada).

Também o direito   autodeterminação da identidade de g nero e expressão de g nero e   proteção das características sexuais de cada pessoa foi consagrado pela Lei n.º 38/2018, de agosto.³⁷

Finalmente, destaca-se a Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro - Lei de Bases da Saúde – cuja Base 2 prevê um elenco de *Direitos e Deveres das pessoas em contexto de saúde*. Esta Lei ao referir-se, não a utentes ou doentes ou pacientes, mas a PESSOAS, opera uma mudança estrutural na conceção de Direito da Saúde.

³⁷ A Lei n.º 15/2024, de 29 de Janeiro proíbe as denominadas práticas de «conversão sexual» contra pessoas LGBT+, criminalizando os atos dirigidos   alteração, limitação ou repressão da orientação sexual, da identidade ou expressão de g nero, alterando a Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, e o Código Penal

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

4. As Diretivas Antecipadas de Vontade no seio de um Movimento pelos Direitos dos Pacientes

Com a Lei das Diretivas Antecipadas de Vontade (Lei n.º 25/2012, de 16 de julho), resulta hoje claro que o médico tem de respeitar a vontade do paciente, mesmo que expressa anteriormente, com a formalidade necessária, através de um testamento vital.³⁸

De igual modo, a nomeação de um Procurador de Cuidados de Saúde revela-se de grande importância para que a equipa médica tenha um interlocutor legitimado no momento de tomar decisões clínicas em face de um doente em estado de incapacidade. Ainda sobre o fim de vida, mencione-se igualmente a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro).

Em 2018 teve lugar uma reforma na Parte geral do Código Civil ao instituir o regime jurídico do *maior acompanhado*. Esta reforma é de grande importância no domínio da saúde e

³⁸ Na base desta Lei, esteve, em certa medida, uma pequena parte do Projeto de Lei 788/X, de 2009, sobre *Direito à informação e ao consentimento informado*, aprovado na generalidade na Assembleia da República, poderia ter – nessa altura – trazido alguma luz ao direito médico português, mas apesar de aprovada na generalidade, acabou por ver o processo legislativo caducar. Cfr. Guilherme de OLIVEIRA / Helena MONIZ/ André DIAS PEREIRA, “Consentimento Informado e Acesso ao Processo Clínico – Um Anteprojeto de 2010”, *Lex medicinae – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 9, n.º 18, Julho/Dezembro 2012, p. 13-33.

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

decorre da Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, que vem modificar o Código Civil, criando o *regime do maior acompanhado* e extinguindo os institutos da interdição e da inabilitação.

Segundo o novo artigo 147.º, n.º 1, “o exercício pelo acompanhado de direitos pessoais e a celebração de negócios da vida corrente são livres, salvo disposição da lei ou decisão judicial em contrário”. Ou seja, em regra, as pessoas maiores – mesmo que sujeitas a um regime de acompanhamento – manterão o máximo de autonomia na sua esfera pessoal, incluindo na área do consentimento informado para intervenções médico-cirúrgicas, o que vai de encontro à Convenção de Oviedo que estabelecia, nos termos do artigo 6.º que “a pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização”.³⁹

5. Diretivas Antecipadas de Vontade, hoje – análise legislativa

As diretivas antecipadas de vontade revestem, no plano material a forma de testamento vital. Correspondem, por isso, a um documento no qual se encontra inscrita uma declaração

³⁹ Para mais desenvolvimentos, cfr. PEREIRA, André Dias, “A convenção de Nova Iorque, o regime jurídico do maior acompanhado e o consentimento para atos em saúde em Portugal”, *Revista da Faculdade de Direito da UFG (Universidade Federal de Goiás)*, Vol. 45(3).

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

do outorgante. Existe um formulário para o efeito, do qual podem destacar-se três partes essenciais: uma parte onde se elencam cuidados de saúde que o outorgante escolhe receber ou não receber, dentro de um elenco determinado; uma parte de escrita livre, onde podem ser aditadas situações específicas não contempladas no elenco anterior; e uma terceira parte onde consta a designação de um procurador de cuidados de saúde e de um procurador substituto do primeiro.

A declaração que é unilateral, e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, tem de ser feita por pessoa maior de idade e capaz, sobre a qual não impenda medida judicial diminutiva da sua capacidade de exercício de direitos, e caracteriza-se pela manifestação antecipada de uma vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

O testamento vital é registado num sistema criado especialmente para esse efeito – o RENTEV. O testamento vital não pode conter quaisquer declarações contrárias à lei ou à ordem pública, nem serve para a pessoa se declarar não dadora de órgãos, tecidos ou células (situação que pressupõe um registo diferente).

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

O registo do testamento vital é auxiliado por um técnico superior do sistema público de saúde (habitualmente, um jurista), em locais designados para o efeito. Este técnico assegura a conformidade legal das diretivas do signatário do documento e garante que não existem contradições lógicas ou práticas entre as mesmas.

Além da possibilidade de escolher os cuidados de saúde que se desejará ou não receber no futuro, em Portugal, o testamento vital pode conter a designação de um procurador de cuidados de saúde, isto é, uma pessoa previamente nomeada e chamada a decidir sobre quais os cuidados de saúde a receber pelo doente que o nomeou, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. O procurador de cuidados de saúde deve ser uma pessoa da confiança do paciente, podendo ou não ser um familiar deste. Apenas não podem ser procuradores de cuidados de saúde os funcionários do RENTEV que tenham tido intervenção nas diretivas antecipadas de vontade, funcionários de cartório notarial que tenham tido intervenção nas diretivas antecipadas de vontade, e proprietários e gestores de unidades que administram ou prestam cuidados de saúde, a não ser que tenham relação familiar com o outorgante.

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

No documento de diretivas antecipadas de vontade podem constar as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante de, nomeadamente:

a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;

b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;

c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;

d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;

e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

Estas últimas alíneas ganham uma nova luz, face ao Regulamento Europeu dos Ensaios Clínicos e dos Dispositivos

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

Médicos, que admitem – perante apertados requisitos – a experimentação em contexto de urgência.

A realização de investigação clínica em situações de emergência, respeitando critérios éticos e jurídicos rigorosos, é aceite quer pelo Regulamento Europeu dos Ensaio Clínicos de Medicamentos (Regulamento (UE) n.º 536/2014, de 14 de abril de 2014) quer pelo Regulamento (UE) 2017/745, de 5 de abril de 2017, referente aos Dispositivos Médicos (DM). Estes Regulamentos fazem parte do direito derivado da União Europeia, tendo valor normativo superior à legislação nacional, conforme o artigo 8.º/4 da Constituição da República e decisões do Tribunal de Justiça da União Europeia, que consagram a prevalência do direito da União Europeia. Isso significa que os Regulamentos devem ser aplicados diretamente em Portugal, sem necessidade de transposição.

Assim, é permitida a inclusão de doentes em estudos clínicos de emergência sem consentimento informado prévio, desde que várias exigências sejam cumpridas. Além disso, impõem a obrigatoriedade de fornecer todas as informações e obter o consentimento informado “o mais rápido possível”, seja por parte do próprio doente, seja por parte do seu “representante legalmente autorizado” para a continuidade da participação no ensaio clínico.

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

A inclusão de pessoas em estudos sem consentimento prévio só é permitida em casos de emergência, ausência de recusa anterior do paciente, benefício direto para a classe de pacientes e risco mínimo para o participante, além da impossibilidade de recrutar participantes capazes de consentir. O CNECV e a CEIC⁴⁰ recomendam que todas as pessoas incapazes de prestar consentimento em situações de emergência e que possam se beneficiar da inclusão em protocolos de investigação devem ter medidas adicionais de proteção, respeitando sua dignidade e vulnerabilidade.

Na ausência de diretivas antecipadas de vontade (testamento vital e/ou procuradores de cuidados de saúde) ou outro representante legalmente autorizado, como um acompanhante com legitimidade para prestar consentimento, são exigidas soluções eticamente adequadas para a participação desses pacientes. Esses ensaios clínicos em situações de emergência justificam-se eticamente pelo princípio da beneficência, considerando que uma parte significativa da população sofre de doenças cardiovasculares que se manifestam de forma súbita e muitas vezes fatal, tornando a investigação nessas áreas crucial.

⁴⁰ <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-conjunto-cneqv-ceic-sobre-aspetos-eticos-da-investigacao>

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

No que respeita aos requisitos de validade das diretivas, encontramos alguns pressupostos quanto à capacidade do outorgante e alguns requisitos ínsitos à própria formulação das declarações prospetivas. Quanto à capacidade do outorgante, é de referir que apenas podem outorgar um documento de diretivas antecipadas de vontade as pessoas que, cumulativamente:

- a) Sejam maiores de idade;
- b) Não estejam em situação de acompanhamento, caso a sentença que a haja decretado vede o exercício do direito pessoal de testar;
- c) Se encontrem capazes de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.

Quanto à substância das declarações, a lei considera São juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as diretivas antecipadas de vontade:

- a) Que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;
- b) Cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal;
- c) Em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade.

**Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as
Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal**

Ademais, a lei prevê que as diretivas antecipadas de vontade não devam ser respeitadas quando se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las, quando se verifique evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado, e quando as mesmas não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura. Estes factos têm de ser devidamente registados no processo clínico do doente e tem de ser deles dado conhecimento ao RENTEV e ao procurador de cuidados de saúde, quando exista.

Acresce que, em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, a lei prevê, expressamente, a inexigibilidade para a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde de ter em consideração as diretivas antecipadas de vontade, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante.

Finalmente, no que tange à eficácia, o documento de diretivas antecipadas de vontade é eficaz por um prazo de cinco anos a contar da sua assinatura. Este prazo é sucessivamente renovável mediante declaração de

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

confirmação do disposto no documento de diretivas antecipadas de vontade.

No que concerne aos dados do registo, destaca-se que a situação pandémica acelerou muito significativamente o registo de diretivas antecipadas de vontade em Portugal. Mais de 13 mil portugueses registaram o seu testamento vital em 2022, duplicando o número de registos em relação ao ano anterior. Este número tem vindo a aumentar entre 2020 e 2023. O Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), sistema gerido pela SPMS que permite registar toda a informação relativa a este documento, entrou em funcionamento em 2014 e, desde essa data, mais de 53 mil portugueses registaram o seu testamento vital.⁴¹

6. Conclusão

A legislação do Direito da Medicina em Portugal tem acompanhado os grandes debates e evoluções que se registam no mundo em geral, e no mundo ocidental em geral. O caminho – aprece-nos ser – o de uma crescente emancipação das pessoas, quer ao nível do exercício dos seus direitos reprodutivos, quer no plano do fim de vida.

⁴¹ Cfr. <https://www.spms.min-saude.pt/tema/testamentovital/> .

Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal

Ora, a Lei das Declarações Antecipadas de Vontade, de 2012, assinalou um momento de consolidação do direito à recusa de tratamento, incluindo o direito à recusa antecipada de tratamento, o que representou um definitivo abandono do paternalismo médico, que veio desaguar em alterações do biodireito que se vão afirmando, embora com dificuldades políticas nos anos mais recentes, designadamente no âmbito da regulamentação da morte medicamente assistida.⁴²

How to cite:

DIAS PEREIRA, André. Panorama do Direito da Medicina em Portugal, em Especial as Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 49-80, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

⁴² Cf. PEREIRA, André Dias / GODINHO, Inês F., “Analisi critica della legge portoghese sulla morte medicalmente assistita”, in Responsabilità Medica – Diritto e pratica clinica, Rivista trimestrale diretta da Roberto Pucella, No. 4, Ottobre-Dicembre 2023, Pacini Giuridica, pp. 469-478

Edith Maria Barbosa Ramos - Anderson Flávio Lindoso Santana -
Alexandre Moura Lima Neto

INFORMAÇÃO, DIREITO À SAÚDE E TUBERCULOSE: CONHECER PARA CURAR ¹

Edith Maria Barbosa Ramos ²

Anderson Flávio Lindoso Santana ³

Alexandre Moura Lima Neto ⁴

¹ **How to cite:**

RAMOS, Edith Maria Barbosa; SANTANA, Anderson Flávio Lindoso Santana; LIMA NETO, Alexandre Moura. Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 81-118, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² **Edith Maria Barbosa Ramos**

Pós-Doutora em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/Brasília/DF. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. Professora do Departamento de Direito da Universidade Federal do Maranhão. Professora do Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário (NEDISA/UFMA). Professora da graduação e Pós-graduação da Universidade do CEUMA - UNICEUMA. Coordenadora do Mestrado em Direito e Afirmação de Vulneráveis da Universidade do CEUMA - UNICEUMA. Professora do Curso de Graduação em Direito da Faculdade Santa Luzia/Santa Inês (MA).

³ **Anderson Flávio Lindoso Santana**

Professor Universitário. Advogado. Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. Mestrando em Direito e Afirmação de Vulneráveis na Universidade CEUMA. Especialista em Direito Educacional e Gestão de Instituições Educacionais. Especialista em Docência do Ensino Superior. Especialista em Direito Administrativo. É Auditor do Pleno do Tribunal de Justiça Desportiva do Maranhão. Subsecretário de Estado da Educação do Maranhão.

⁴ **Alexandre Moura Lima Neto**

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar**Abstract**

The purpose of this research is to demonstrate the communicative and informational role of the Municipality of São Luís in combating Tuberculosis in the capital of Maranhão. Tuberculosis treatment is free and available through the Unified Health System (SUS). It should be started as soon as possible in case of a positive test for the disease. Curing tuberculosis is intrinsically linked to tackling prejudice and stigmatization, therefore, it is understood that these obstacles can only be overcome through positive, safe and reliable information. This research sought to identify and qualify the official information made available by the City of São Luís, in the years 2022 and 2023, in the fight against tuberculosis in the municipality. It was concluded that Municipal Management did not adequately present the issue and has acted in a timid and fragmented manner, a stance that has increased the vulnerability aspect of sick people and made a more efficient active search impossible.

Keywords: Right to health, Communication, Tuberculosis, Diagnosis, Treatment.

Resumo

A presente pesquisa tem por escopo demonstrar o papel comunicativo e informacional do Município de São Luís no enfrentamento da Tuberculose na capital maranhense. O tratamento para tuberculose é gratuito e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Deve ser iniciado o mais rápido possível em caso de exame positivo para a doença. A cura da tuberculose está intrinsecamente vinculada ao enfrentamento do

Doutorando em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Mestre em Cultura e Sociedade pelo Programa de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade da Universidade Federal do Maranhão (PGCult- UFMA), vinculado a Linha Cultura, Educação e Tecnologia. Advogado (OAB/MA 6727). Professor Universitário. Mestrando em Direito pela Universidade CEUMA. Bolsista da Fundação de Amparo a Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão - FAPEMA. Membro do Núcleo de Estudos em Municipalidades e Direito (NEMUD-UNICEUMA). Membro do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário (NEDISA/UFMA).

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

preconceito e da estigmatização, assim, entende-se que esses obstáculos somente podem ser superados por meio de informação positiva, segura e confiável. A presente pesquisa buscou identificar e qualificar as informações oficiais disponibilizadas pela Prefeitura de São Luís, nos anos de 2022 e 2023, no enfrentamento da tuberculose no município. Concluiu-se que a Gestão Municipal não apresentou adequadamente a temática e tem atuado de forma tímida e fragmentada, postura que tem ampliado o aspecto de vulnerabilidade das pessoas doentes e impossibilitado uma busca ativa mais eficiente.

Palavras-chave: Direito à Saúde, Comunicação, Tuberculose, Diagnóstico, Tratamento.

Introdução

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), consagrou-se um amplo rol de direito e garantias, e os direitos fundamentais sociais assumiram um destaque no cenário jurídico brasileiro, dentre eles, saúde. Contudo, a perspectiva pós redemocratização do país, que idealizou efetivação de direitos sociais, na busca da asseveração de uma cidadania ampla por meio da universalização do direito à saúde esbarrou em problemas e mazelas sociais, que estão imbricadas à formação do próprio estado brasileiro.

A título de exemplo, tem-se no deficitário acesso à saúde, as políticas públicas de combate à Tuberculose (TB), que visam combater a enfermidade por ser dever constitucional do Estado brasileiro, que deveria promover o direito à saúde de

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar
forma universal e igualitária a todas as pessoas (Brasil, 1998; Ramos, 2014).

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa transmissível, principalmente, entre a população mais vulnerável. A transmissão ocorre pela via respiratória, pela eliminação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa com tuberculose ativa (Brasil, 2023). O diagnóstico precoce é essencial para que o início do tratamento ocorra nas fases iniciais da doença e a chance de cura seja assegurado, notadamente entre a população que tem maior risco para sintomas graves. A doença permanece entre as doenças infecciosas que mais matam no mundo, atrás apenas da Covid-19 (Braga, Herrero e Cuellar, 2011; Nogueira et al, 2012; Ministério da Saúde, 2019 e 2023).

O dia 24 de março de 2023 foi marcado pelo lançamento pelo Ministério da Saúde da campanha de combate à tuberculose e, segundo informação do site oficial do órgão ministerial (Brasil, 2023), haverá um reforço para eliminação da doença no país. A mesma notícia, indica que em 2021, houve número recorde de mortes, em torno de 5 (cinco) mil óbitos. Ressalta, que as iniciativas para prevenção são focadas principalmente em informação no que diz respeito a contágio e prevenção da TB junto a populações vulneráveis.

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

Frente à realidade factual dos problemas sanitários brasileiros, especialmente a crescente incidência de tuberculose no país e suas consequências sociais, econômicas e jurídicas, quando confrontadas com o amplo conjunto de leis estabelecidas no ordenamento jurídico brasileiro após a Constituição de 1988, observou-se que a abordagem da doença e os progressos relacionados à TB não estão alinhados com as normas legalmente estabelecidas.

Recorde-se que a saúde assumiu novamente um papel de destaque com a emergência do vírus SARS-CoV-2 e sua disseminação global, desencadeando uma das maiores crises de saúde pública do século XXI, Sindemia da COVID-19⁵. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desempenhou um papel crucial na resposta à sindemia, ao emitir o documento de Situação de Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (PHEIC) em 30 de janeiro de 2020, destacando a

⁵ Nessa pesquisa optou-se pelo uso da terminologia sindemia (concebida por Merrill Charles Singer in Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inq Creat Social* 1996; 24:99-110) e empregado por Richar Horton na Revista *Lancet* de 26 de setembro de 2020, em que o autor afirma que em populações específicas, duas categorias de doenças estão interagindo: a infecção pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) e uma série de doenças não transmissíveis (DNT). E por fim assevera, ainda, que essas condições estão se manifestando em grupos sociais conforme padrões de desigualdade profundamente arraigados em nossas sociedades. (Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020; 396:874)

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

gravidade do problema (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020). Isso levou a uma mobilização nacional de recursos para conter a propagação do vírus, trazendo novamente o Supremo Tribunal Federal (STF) para o centro das atenções no cenário político, midiático e jurídico brasileiro, tema de interesse desta pesquisa.

Para tanto, vale a proposta de análise, reconhecendo-se, por meio das decisões, que o STF atualmente é: “O Poder Judiciário [que] passa a ser também o garantidor último da regularidade da Ordem Jurídica” (Tavares, 2021, p. 333). O direito social à saúde ganha destaque e relevância acadêmica com a CRFB/88, como realçam Saldanha e Limberger (2011, p. 284): “[...] em razão do grande número de ações na esfera judicial, em prol da efetividade. A acessibilidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) é de grande vulto, o que dificulta e torna mais complexa a resolução do conflito”.

Diante dessa quadra, a presente pesquisa intentou demonstrar qual o papel do Município de São Luís no enfrentamento da TB na capital maranhense, em especial após as decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) que remodelaram o sistema sanitário federalista cooperativista brasileiro e a eficiência das campanhas publicitárias da Prefeitura da Capital maranhense no enfrentamento da tuberculose.

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

A análise do fenômeno da sindemia de Covid-19 em relação ao federalismo sanitário demanda a aplicação de métodos precisos, com objetivos bem definidos e rigor metodológico. Para tanto, neste estudo, realizou-se uma revisão bibliográfica documental e multidisciplinar, conforme recomendado por Gil (2019), que consiste na análise de estudos científicos previamente publicados sobre um tema específico, sob a ótica de vários ramos do conhecimento. Esse enfoque é relevante, especialmente no contexto da Covid-19, pois durante a sindemia observou-se que as ações isoladas foram pouco eficazes ou até mesmo ineficazes.

Como conclusões e resultados, verificou-se que, após as decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) durante o ápice da sindemia de COVID-19, houve um aumento significativo do nível de responsabilidade atribuído a todos os entes federativos, antes concentrado principalmente na União Federal. Ao contrário do que ocorria anteriormente, agora os Municípios e Estados da Federação Brasileira adquiriram ou tiveram suas atribuições constitucionais ampliadas pelo STF, resultando em um maior engajamento no direito sanitário brasileiro e tornando-os responsáveis diretos no enfrentamento da tuberculose.

Observou-se, adicionalmente, que as campanhas publicitárias realizadas pelo Município de São Luís nos anos de

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

2022 e 2023 apresentaram eficácia questionável diante do incremento no número de casos de tuberculose entre os habitantes da cidade ou do aumento nas notificações, refletindo-se em um acréscimo nos casos identificados.

1. Aproximação dos dados epidemiológicos e a situação da tuberculose no país: breves anotações

A tuberculose continua ser um grande desafio para a saúde pública brasileira. Os dados negativos de enfrentamento e cura foram agravados com a sindemia de Covid-19. Muitos progressos anteriormente alcançados arrefeceram ou estagnaram (GOV.BR, 2023). Dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2023 estima que “no primeiro ano da pandemia, no mundo aproximadamente 10,1 milhões de pessoas desenvolveram a doença, das quais apenas 5,8 milhões (57,4%) foram diagnosticadas e notificadas”. Os dados revelam uma redução de 18% em relação a **2019**, quando os países relatam uma notificação de 7,1 milhão de casos dos 10 milhões (71%) estimados.

Em 2019, segundo dados do Ministério da Saúde (2023) a cobertura vacinal caiu e não ultrapassou 88%. Essa diminuição de cobertura representa aumento do risco de transmissão da doença. Cabe considerar, ainda, que o cenário da tuberculose no país também foi agravado pela sindemia do coronavírus,

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

haja visto que houve uma redução no número de notificações. Dados da edição especial do Boletim Epidemiológico da Tuberculose (GOV.BR, 2023) dão conta de importante diminuição da proporção de cura entre os casos novos da doença.

Deve-se ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) elencou o Brasil entre os países prioritários para o enfrentamento da doença, pois encontra-se entre os 30 países do mundo com maior índice de transmissão da doença (OPAS, 2023). Ramos (2014, p.262-263) evidencia que o objetivo da OMS é que todos os povos possam gozar do máximo grau de saúde possível, destacando “a erradicação das epidemias e endemias e a assistência técnica e os serviços sanitários” (p. 262), como forma de contribuição para alcançar esse desiderato. Menciona, ainda, a existência da “Aliança Mundial pelo fim da Tuberculose e o Plano Mundial para deter Tuberculose: 2006-2015”. (Ramos, 2014, p. 263)

A Campanha Nacional de Combate à Tuberculose reforça a fundamentalidade de medidas de prevenção, do diagnóstico e do tratamento adequando. A campanha tem a seguinte mensagem “Quem tem tuberculose nunca está sozinho. A gente testa, a gente trata, a gente vence”, veiculada na televisão aberta e segmentada, rádio, internet e em locais de grande circulação de pessoas em todo o país, dirigida as

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar regiões prioritárias com maior incidência da doença. A campanha chama atenção para os sintomas mais aparentes, quais sejam: tosse por três semanas ou mais, febre e emagrecimento. Reforça o diagnóstico e o tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2024).

O Brasil está comprometido em zerar a tuberculose até 2035, o Ministério da Saúde (2023) apresenta a previsão de criação do Comitê Interministerial para a eliminação da doença, o país deve participar da 2ª reunião de Alto Nível pelo Fim da Tuberculose na Organização das Nações Unidas. No ano de 2023, a Ministra da Saúde, Nísia Trindade, afirmou que “o Brasil, junto com a Índia, a Indonésia e a coalizão de líderes, firmarão o compromisso para ter a tuberculose como uma prioridade para agenda do G20” (GOV.BR, 2023).

O tratamento para tuberculose é gratuito, está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e deve, como afirmado acima, ser iniciado o mais rápido possível em caso de exame positivo para a doença. Draurio Barreira, diretor do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde explica que:

Quando se inicia o tratamento da tuberculose, em pouco tempo a pessoa se sente muito bem, porque o remédio mata grande parte das formas ativas dos bacilos, então os sintomas acabam. A pessoa tende a achar que já está melhor e, por isso, acaba

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

interrompendo. Só que algumas bactérias que ainda estão em crescimento, só serão mortas quando o tratamento for realizado por completo" (...) "Se você interrompe o cuidado, essas bactérias remanescentes irão se multiplicar e a pessoa voltará a manifestar os sintomas da tuberculose em dias ou mesmo semanas, só que com um agravante: como ela já teve contato anteriormente com o medicamento, o risco de desenvolver resistência é muito grande. Esse é o fenômeno da tuberculose resistente ao tratamento, que é mais grave e mais difícil de tratar, necessitando, inclusive, de um tempo muito mais prolongado de tratamento, com menos resultado (2023b)

Uma das principais formas de proteção contra casos graves da doença é a vacina BCG, recomendada pelo Calendário de Vacinação logo após o nascimento: "Em 1974 a vacina BCG entrou para o calendário de vacinação do Programa Amplo de Imunizações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em 1976, o Ministério da Saúde tornou obrigatória sua administração às crianças brasileiras." (Rede-TB, 2021)

Os dados revelam que com a redução de notificações de pessoas identificadas com a doença em 2020 e 2021, o número de pessoas não diagnosticadas e não tratadas com a doença aumentou. Isso resulta no aumento de transmissão comunitária da infecção e por derradeiro uma elevação no número de pessoas convivendo com tuberculose e o número de óbitos.

Os serviços de enfrentamento a tuberculose foram significativamente afetados com a sindemia da Covid-19 o que

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

comprometeu a continuidade do tratamento, das ações de busca ativa dos casos na comunidade e de rastreamento de contatos. O Boletim Epidemiológico informa que:

(...) no primeiro ano da pandemia, houve uma redução de 12,1% no coeficiente de incidência da doença, que passou de 37,9 casos a cada 100 mil hab., em 2019, para 33,3 casos a cada 100 mil hab., em 2020. Em 2021, foram registrados 34,9 casos a cada 100 mil hab. e, em 2022, 36,3 casos, valor, todavia aquém dos observados nos anos pré-pandêmicos. Quanto aos óbitos por TB, houve um aumento de 0,8% entre 2019 e 2020. Já em 2021, com a recuperação parcial da rede de atenção à saúde, foram registrados 5.074 óbitos por TB, um aumento de 12,0% em relação a 2019. Esse número foi semelhante ao observado há 20 anos, quando, em 2002, registraram-se 5.162 óbitos por TB no país. (Ministério da Saúde, 2023, p. 7).

Essas informações demonstram as dificuldades do alcance das metas e compromissos globais pela erradicação da tuberculose. Assim, serão necessárias ações multissetoriais e urgência de investimentos para o fortalecimento de sistemas de saúde, de fomento à inovação tecnológica e de amplo engajamento com vistas ao aperfeiçoamento da proteção social, ao controle à pobreza e à incidência sobre diferentes determinantes da doença (ONU, 2015). O Boletim Epidemiológico desta que:

No contexto nacional, o combate à pobreza, à fome e às iniquidades sociais tem relevância incontestável. Esses aspectos vulnerabilizam pessoas e comunidades, impondo maior risco de acometimento pela TB, de interrupção do

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

tratamento e de custos catastróficos em decorrência da doença – ainda que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento estejam disponíveis nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). (Ministério da Saúde, 2023, p.7)

Assim, deve-se buscar a afirmação e construção de uma agenda de enfrentamento da TB, com a prioridade de pautas sociais e de defesa do acesso universal à saúde. As diferenças regionais e a grande extensão territorial num contexto de grande desigualdade social constituem desafios à garantia de acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde, o que faz com que alguns autores considerem o controle da TB como “um indicativo da qualidade da atenção à saúde, mas também da justiça social de um país” (Rodrigues et al, 2007).

O ano de 2023 foi “estratégico para a agenda global da TB” (Ministério da Saúde, 2023, p.9), foi realizada a 2ª Reunião de Alto Nível sobre Tuberculose, sob a organização da Organização das Nações Unidas (ONU). Nesse momento os países signatários prestaram conta das ações desenvolvidas e do cumprimento dos compromissos pela eliminação da doença.

Sobre esses compromissos, deve-se destacar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), notadamente as metas da Estratégia Global pelo fim da tuberculose e o conjunto de recomendações e metas estabelecidas na Declaração Política da 1ª Reunião de Alto Nível sobre Tuberculose, ocorrida em 2018. Na 2ª Reunião de Alto Nível sobre

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

Tuberculose representando o Brasil, participou o deputado federal Antônio Brito, no âmbito do painel sobre financiamento sustentável. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável refletem um marco histórico no comprometimento dos países-membros da ONU para:

(...) erradicar a pobreza; combater as desigualdades; construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas; proteger os direitos humanos e promover a igualdade de gênero; assegurar a proteção duradoura do planeta e de seus recursos naturais; criar condições para o crescimento econômico sustentável, prosperidade e trabalho digno para todos (ONU, 2015).

Destaca-se o ODS número 3 “Saúde e Bem-estar”, pois será impossível cumprir as metas sem asseguramento de uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Para tanto, no objetivo 3.3, os países se comprometem a “até 2030, acabar com as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças veiculadas pela água, e outras doenças transmissíveis” (ONU, 2015). O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde assinala que:

A inclusão da TB em metas específicas dos ODS representa o reconhecimento de que esta é uma questão humanitária relevante em nível internacional, por afetar principalmente grupos em situação de vulnerabilidade em regiões pobres. Além disso, estima-se que a economia global pode perder cerca de 1 trilhão de dólares entre 2015 e 2030 devido à mortalidade por TB (KPMG, 2017). Portanto, o adoecimento e as mortes por essa

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

doença causam grave impacto econômico.
(Ministério da Saúde, 2023, p. 9)

A Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose, como iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), está alocada entre os esforços da agência internacional para alcançar a concretização dos ODS. Esses esforços integram três metas principais a serem alcançadas até 2035: “a) reduzir o coeficiente de TB em 90% e c) o número de mortes pela doença em 95% em relação ao ano de 2015, assim também, c) zerar o número de pessoas afetadas por custos catastróficos em decorrência da TB (Ministério da Saúde, 2023, p. 10).

O Ministério da Saúde brasileiro lançou em 2017 o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, organizado em quatro fases de execução, quais sejam: 2017-2020; 2021-2025; 2026-2030 e 2031-2035. Atualmente o plano está na sua segunda fase. O impacto da sindemia da covid-19 foi imediato no enfrentamento à tuberculose, houve um incremento no coeficiente de incidência nos anos de 2018 e 2019, apesar da redução em 2020 e 2021, voltou a tomar fôlego em 2022, conforme figura abaixo:

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

Figura 1 – Coeficiente de incidência (casos por mil habitantes e número de casos novos de tuberculose. Brasil, 2012-2022



Fonte: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, 2023, p. 13.

Em 2022, as notificações de Tuberculose em 12 Unidades da Federação ultrapassaram os níveis de 2019, entre as quais encontra-se o Estado do Maranhão. (Ministério da Saúde, 2023, 13)

No que tange ao perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose, cabe destacar que entre os anos de 2020 e 2022, a maior incidência (70%) afetou pessoas do sexo masculino, ou seja, os homens têm maior risco de adoecimento em todas as faixas etárias, com exceção na de 5 a 14 anos de idade. Cabe ainda considerar que o maior número de casos novos de

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar
tuberculose foi registrado em pessoas que se autodeclararam negras. (Ministério da Saúde, 2023, p. 18)

Considerando que as pessoas negras no Brasil apresentam menor escolaridade, menor renda e menos acesso aos serviços de saúde, pode-se inferir que a pobreza é um fator importante a ser considerando que se lida com o risco de infecção por tuberculose (Ministério da Saúde, 2023, p. 19). A tuberculose é mais comum entre pessoas pobres. O enfrentamento da tuberculose é também o enfrentamento da pobreza. A erradicação da tuberculose está intrinsecamente vinculada redução da pobreza (Ministério da Saúde, 2023, p. 19).

Entre os anos de 2015 e 2022 ocorreu uma ampliação de casos novos de tuberculose entre pessoas consideradas mais vulneráveis ao adoecimento, quais sejam: população privada de liberdade, população em situação de rua, profissionais de saúde, imigrantes e indígenas. O controle da tuberculose para esses segmentos populacionais se tornou um enorme desafio, pós-sindemia. Essas populações apresentam complexidades específicas para a implementação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. O Boletim Epidemiológico (Ministério da Saúde, 2023, p. 28) ressalta que:

Ademais, é importante considerar que iniquidades atreladas a contextos sanitários locais e disparidades sociais, econômicas,

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

comportamentais e culturais, sobrepostas à organização dos serviços de saúde, também podem influenciar no cuidado prestado a esses grupos populacionais. Nesse sentido, torna-se urgente intensificar as ações de prevenção e o cuidado integral voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade ao adoecimento por TB, assim como a articulação intersetorial e a inclusão da pauta da TB nas agendas da Justiça e Segurança Pública, Assistência Social, Direitos Humanos, dentre outras. Por fim, reforçasse a importância do conhecimento e da garantia dos direitos sociais já previstos para as pessoas em situação de vulnerabilidade e/ou em tratamento para a TB no país.

Assim, percebe-se que os obstáculos para o acesso ao diagnóstico e ao tratamento representam graves riscos à qualidade de vida da população brasileira. O enfrentamento à tuberculose representa um passo importante na garantia da saúde e bem-estar aos grupos mais vulneráveis nas regiões mais vulneráveis econômico e socialmente do país.

Em 16 de março de 2023 foi publicada a Resolução nº 709 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A Resolução trata das diretrizes e propostas de ação relativas à vigilância, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de tuberculose no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2023).

A tuberculose é compreendida pelo CNS com uma doença de forte determinação social, tendo em vista que a pobreza, a insegurança alimentar, a falta de moradia e as barreiras para acesso à saúde são circunstâncias que elevam o risco de

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

adoecimento e aumentam a possibilidade de interrupção do tratamento. Ou seja, as pessoas em situação de vulnerabilidade apresentam maior risco de adoecimento, devendo-se considerar as intersecções de aspectos como etnia/raça/cor, gênero, orientação sexual, classe social, dentre outros.

Deve-se destacar que o Brasil é signatário de diferentes acordos internacionais que empreendem esforços para eliminação da tuberculose, deve-se ressaltar a Declaração da Reunião de Alto Nível pelo Fim da Tuberculose da Organização das Nações Unidas (ONU), da Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).



Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

Apesar disso, o Brasil é um país com alta carga de tuberculose e coinfeção TB-HIV (Tuberculose-HIV), assim apresenta preocupação e é considerado prioritário para a OMS no âmbito global e na região das Américas, notadamente após a síndrome da Covid-19. Deve-se considerar que a tuberculose é a primeira causa de morte entre pessoas vivendo com HIV e Aids, dados do Ministério da Saúde do Brasil afirmam que 48,2% das pessoas com TB-HIV tiveram o diagnóstico do HIV em razão da confirmação da tuberculose, além disso, os dados apontam que 35,8% das pessoas com coinfeção TB_HIV não iniciaram a terapia antirretroviral em 2020, caracterizando uma falha na assistência e no enfrentamento da doença. (Brasil, 2023 – exposição de motivos)

Além disso, o próprio Ministério da Saúde, em 2020, apontou que 40,7% dos diagnósticos de tuberculose foram realizados em serviços do nível secundário e terciário, demonstrando uma falha na Atenção Primária em Saúde. Essa última deve ser a porta de entrada preferencial na rede de atenção, especialmente com “a busca ativa de pessoas com sintomas de tuberculose, o diagnóstico e tratamento da tuberculose sensível e a avaliação de contatos são atribuições esperadas desse nível de atenção”. Observa-se um declínio no orçamento nacional aplicado ao enfrentamento da tuberculose na última década (Brasil, 2023 - exposição de motivos).

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

A Resolução nº 709, de 16 de março de 2023 do CNS visa estabelecer diretrizes e propostas ao enfrentamento da doença. O artigo 5º ressalta a necessidade de analisar e incluir diretrizes para a política nacional de inclusão das ações de diagnóstico no processo de atenção à saúde. Destaca ainda, em seu artigo 11, o estabelecimento de diretrizes para o controle da infecção/biossegurança nos ambientes de saúde que atendem pessoas com tuberculose, contemplando medidas administrativas/gerenciais, engenharia/de controle ambiental, e de proteção individual. No artigo 18 alerta para a promoção, com a coordenação do Ministério da Saúde, a incorporação de tecnologias, em tempo oportuno, de acordo com diretrizes internacionais e as evidências técnico-científicas disponíveis, garantindo revisões periódicas das recomendações nacionais e associadas ao desenvolvimento de estratégias que confirmem acesso da população às tecnologias, especialmente as em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2023).

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

2. Informações, comunicações e campanhas para enfrentamento da tuberculose no município de São Luís do Maranhão nos anos de 2022 e 2023

Pesquisa realizada no sítio oficial da Prefeitura do Município de São Luís (MA) foram localizados 18 resultados para “tuberculose”. 5 (cinco) resultadas do ano de 2024, 12 (doze) resultados do ano de 2023 e 1 (um) resultado do ano de 2022. Como critério de exclusão, os resultados de 2024 foram desconsiderados. Para a presente análise levou-se em consideração apenas os resultados dos 2022 e 2023.

A notícia do ano de 2022 fez referência a entrega de dois ônibus destinados a atendimento volante para população sem cobertura do programa Estratégia da Família. Dos resultados de 2023, pode-se observar que 3 (três) faziam referência a campanha informativa em Festa de Carnaval (Lava-Pratos) e na Feirinha São Luís; 3 (três) faziam referência a assinatura de Ordem de Serviço para início de obra em rede hospitalar; 2 (dois) tratava-se de informação sobre Campanha de Vacinação e 4 (quatro) faziam referência a inauguração de obra em estrutura hospitalar. O quadro abaixo indica os títulos das notícias e um resuma das informações prestadas.

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

Imagem da Notícia	Título da Notícia	Resumo da Informação
	Prefeitura de São Luís amplia atendimentos com entrega de Ônibus da Saúde (07/09/2022)	Trata da entrega de ônibus destinados a atendimento volantes para população sem cobertura do programa Estratégia de Saúde da Família. Entre outras ações informa que haverá acompanhamento de pacientes diagnosticados com tuberculose.
	Folia com Lava-pratos acontece na Feirinha São Luís (25/02/2023)	Trata sobre a festa municipal de Lava-pratos da Feirinha São Luís, informa que haverá espaço saúde, que entre outras ações realizará distribuição de folders educativos sobre Tuberculose.
	Prefeito Eduardo Braide assina Ordem de Serviço e dá início à obra de reforma do Centro de Saúde Coqueiro (05/04/2023)	Trata da assinatura de Ordem de Serviço para dar início às obras de reforma e requalificação do Centro de Saúde Coqueiro, localizado

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

		naquela comunidade, na região da Estiva. Informa que o equipamento terá entre outras funções garantir o tratamento de tuberculose.
	Prefeito Eduardo Braide assina Ordem de Serviço para reforma de mais dois centros de Saúde em São Luís (17/05/2023)	Ordem de Serviço para início das obras de reforma de mais dois centros de Saúde em São Luís. Desta vez, passarão por requalificação total o Centro de Saúde Amar (Vila Vicente Fialho) e o Centro de Saúde Santa Bárbara (Bairro Santa Bárbara, Zona Rural). Entre os serviços de saúde, serão ofertados tratamento da tuberculose.
	Prefeito Eduardo Braide assina Ordem de Serviço para reforma de mais dois centros de Saúde em São Luís (16/08/2023)	Trata-se de assinatura de Ordem de Serviço para início das obras de reforma de dois centros de Saúde em São Luís. Requalificação total do Centro de Saúde Amar (Vila Vicente Fialho) e

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

		o Centro de Saúde Santa Bárbara (Bairro Santa Bárbara, Zona Rural). Entre os serviços de saúde, serão ofertados tratamento da tuberculose.
	Prefeitura de São Luís começa campanha de multivacinação (11/08/2023)	Informa que a Prefeitura de São Luís participa da Campanha Nacional de Vacinação. Com vacinação contra a tuberculose.
	Prefeitura de São Luís realiza Dia D da Campanha de Multivacinação (16/08/2023)	Informação sobre o funcionamento dos postos de saúde, no sábado, para o Dia D da Campanha de Multivacinação. Entre as vacinas estava a de tuberculose.
	Prefeito Eduardo Braide entrega novo Centro de Saúde na Vila Itamar (18/09/2023)	Informa sobre o Centro de Saúde na Vila Itamar. Na indicação dos serviços a serem prestados está tratamento para tuberculose.

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

	Feirinha São Luís recebe Festival Internacional de Folclore do Maranhão (22/09/2023)	Informa que a Feirinha São Luís terá orientações e informações sobre prevenção da tuberculose
	Prefeito Eduardo Braide entrega Centro de Saúde Salomão Fiquene requalificado, no Cohatrac (25/09/2023)	Informa que o Centro de Saúde Salomão Fiquene terá tratamento de tuberculose
	Prefeito Eduardo Braide inaugura Clínica da Família no Centro da cidade (28/09/2023)	Informa que a Clínica da Família, entre outros serviços, terá acompanhamento de tuberculose
	Feirinha São Luís em clima de Bazar Solidário do Projeto Cuidar + (28/10/2023)	Informa que na Feirinha São Luís terá ações de prevenção e conscientização sobre HIV/AIDS, Hepatites Virais e outras, distribuição de preservativos e testes rápidos; além da ação educativa de conscientização de diversas patologias (Dengue, Covid-

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

		19, Tuberculose, Hanseníase e outras).
	Prefeito Eduardo Braide entrega novo Centro de Saúde, no bairro Coqueiro, Zona Rural de São Luís (31/10/2023)	Informa que a unidade realizar diferentes serviços, entre os quais tratamento de tuberculose

Fonte: Agência de Notícias da Prefeitura de São Luís, 2024.

Entende-se que a comunicação é “uma ferramenta de mudança de comportamento que tem por objetivo transformar o conhecimento, atitudes e práticas entre os vários grupos de pessoas” (Ministério da Saúde, 2019). A OMS (2007) entende que a comunicação é responsável por informar ao público os serviços disponíveis de diagnóstico e tratamento da doença. A repetição de mensagens como “tosse por mais de três semanas pode ser tuberculose” ou “tuberculose tem cura”, são importantes e muito significativas (Ministério da Saúde, 2019).

Esse tipo de informação é uma estratégia para promover mais conhecimento a indivíduos e grupos. Compreende-se que apenas a informação considerada isoladamente não tem o condão de gerar mudanças, mas entende-se que a comunicação é empreendimento fundamental no âmbito do processo educativo

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

Na era da informação, o compartilhamento de conhecimentos e práticas pode contribuir significativamente para o alcance de resultados mais efetivos na condição de vida da população, notadamente a mais vulnerabilizada. (Ministério da Saúde, 2019). Nunes e Carvalho (2016, p. 174) realçam a importância da informação:

(...) unidades de informação, têm evoluído com o passar do tempo a fim de atender não apenas às necessidades de informação do público, como também no sentido de acompanhar as mudanças no campo das tecnologias da informação e comunicação, assim como as mudanças de nível comportamental dos usuários, cada vez mais conectados.

Precisa-se destacar que o processo de comunicação deve estar fundamentado em “princípios éticos, de transparência e de respeito a aspectos culturais e às diferenças nas populações envolvidas” (Ministério da Saúde, 2019), nesse sentido: “A informação é fator vital tanto para a subsistência do indivíduo como da sociedade. O grau de desenvolvimento de uma sociedade pode ser evidenciado pela qualidade da informação disponível para a sua comunidade” (Varela, 2007, p. 29). Informação de qualidade e veiculado no momento certo com linguagem clara e objetiva, caracteriza-se como importante instrumento de promoção da saúde (MOISÉS et al, 2010). De acordo com Varela (2007. p. 31) a informação é um

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

bem social quando as pessoas a utilizam em suas atividades sociais, educacionais e culturais:

Coisas são trocadas, mas uma ideia não, ela pode ser partilhada, assim, emissor e receptor podem retê-la, e o que lhe dá forma é quem a usa, a finalidade do uso e a natureza dos objetivos. O uso da informação traz implicações marcantes aos estilos de vida, às formas de trabalho, aos conflitos que caracterizam cada sociedade denominada, hoje, pós-moderna (...)

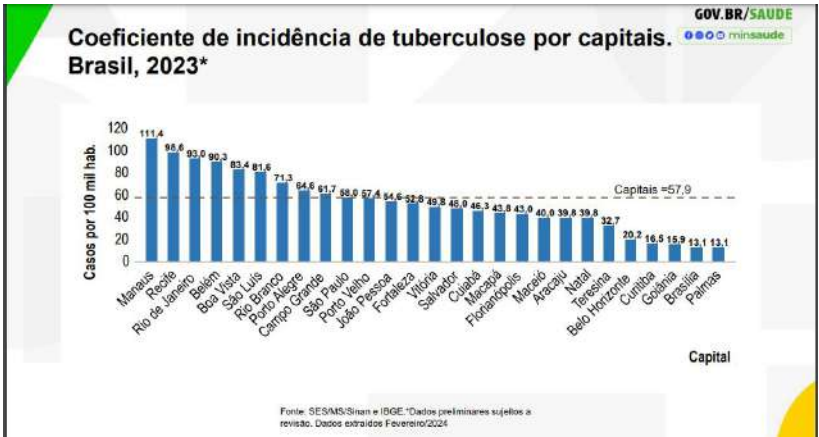
Na Sociedade da Informação, a informação é usada pelas organizações como recurso econômico para aumentar a eficiência e efetividade, para estimular inovação e posicionamento competitivo, através da melhoria na qualidade de produtos e serviços. Como atividade econômica, a função do setor informacional é satisfazer a demanda geral por serviços e acesso à informação. (sic)

Segundo Dupas (2000) o domínio da tecnologia constitui um elemento fundamental no contexto do jogo de poder da sociedade contemporânea e seu controle constitui uma garantia de supremacia na circulação de conhecimentos: “A qualidade e quantidade de informações que hoje circulam na Internet são o melhor exemplo da dependência da sociedade contemporânea aos detentores de sistemas de informação e redes de conexão” (Dupas, 2000, p. 105).

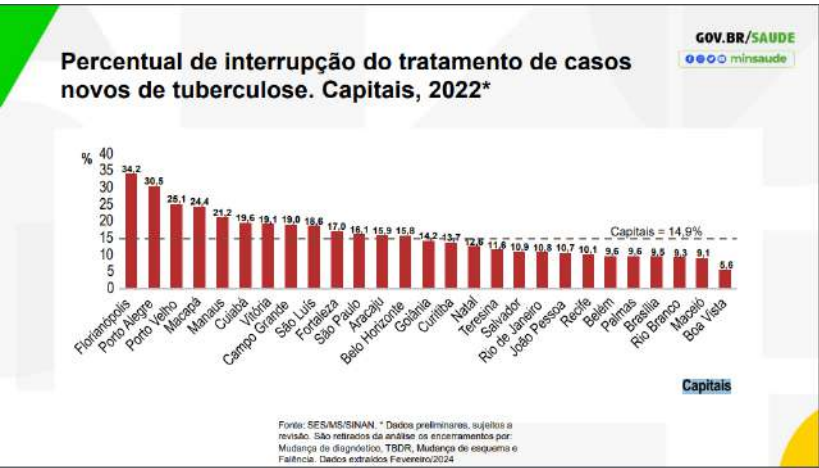
3. Resultados e discussões

Segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2024) São Luís ocupa a sexta posição entre as capitais com maior índice de

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar incidência de tuberculose e a nona posição no percentual de interrupção do tratamento da TB, conforme figuras abaixo.



Fonte: Brasil (2024, p. 38)



Fonte: Brasil (2024, p. 39)

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

A análise do sítio oficial da Prefeitura de São Luís (MA) denota que a gestão municipal não tem aproveitado adequadamente e com eficiência os canais de comunicação com a população no que tange ao enfrentamento da tuberculose. Quando a doença é tratada no site está associada a diferentes enfermidades, assim verifica-se que a tuberculose aparece apenas como mais uma doença. Observou-se campanhas ou ações dirigidas de forma específica a tuberculose, as informações ainda são tímidas e fragmentadas. Deve-se destacar que a falta de informação sobre a tuberculose ainda é um dos principais desafios enfrentados para seu controle.

A falta de conhecimento sobre a tuberculose possibilita ações preconceituosas que acabam por discriminar e isolar as pessoas com a doença. Não raro os doentes são estigmatizados, esse tipo de atitude tem como consequência o retardamento no diagnóstico e limitam e/ou obstaculizam a adesão ao tratamento.

4. Conclusão

As decisões do Supremo Tribunal Federal - STF que reestruturaram o sistema cooperativista sanitário brasileiro, conferindo maior protagonismo aos Municípios e Estados em períodos de crises sanitárias, representam uma mudança

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

significativa na dinâmica administrativa do país. Tal redistribuição de responsabilidades permite que esses entes federativos atuem de forma mais direta e ágil na implementação de medidas de combate à tuberculose e outras enfermidades em seus respectivos territórios.

Essa mudança não apenas descentraliza a gestão da saúde, mas também fortalece a capacidade de resposta local diante de emergências epidemiológicas, possibilitando a adoção de estratégias adaptadas às realidades regionais e promovendo uma abordagem mais efetiva na erradicação de doenças como a tuberculose. Assim, é essencial que os municípios, como São Luís (que possui altos índices de TB), reconheçam essa nova dinâmica como uma oportunidade ímpar de contribuir significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde e o bem-estar da população em seus respectivos territórios.

As campanhas publicitárias de enfrentamento à tuberculose desempenham um papel crucial na conscientização da população sobre a doença, seus sintomas, métodos de prevenção e tratamento. Contudo, restou demonstrado que o município de São Luís não conseguiu nos anos de 2022 e 2023 resultados satisfatórios no enfrentamento da TB e conscientização da população da Capital. Além disso, as campanhas constituem-se em uma ferramenta de suma

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

importância para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, especialmente o ODS 3 - Saúde e Bem-Estar, essas campanhas contribuem para a promoção de sistemas de saúde mais eficientes e equitativos em todo o mundo.

Ao abordar questões relacionadas à tuberculose, tais iniciativas não apenas visam reduzir a incidência da doença, mas também promover a igualdade de acesso a serviços de saúde de qualidade, alinhando-se aos princípios de justiça social e direito à saúde para todos. Portanto, investir em campanhas publicitárias bem elaboradas e estrategicamente direcionadas é fundamental para alcançar os objetivos globais de saúde pública e garantir um futuro mais saudável e sustentável para a população de São Luís.

Referências

- BRAGA, J. U.; HERRERO, M. B.; CUELLAR, C. M. DE. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1271–1280, jul. 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 709, DE 16 DE MARÇO DE 2023**: dispõe sobre diretrizes e propostas de ação relativas à vigilância, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da tuberculose no sistema único de saúde (SUS). Dispõe sobre diretrizes e propostas de ação relativas à vigilância, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da tuberculose no Sistema Único de Saúde (SUS).

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

2023. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2023/3084-resolucao-n-709-de-16-de-marco-de-2025#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20diretrizes%20e%20propostas,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2023/3084-resolucao-n-709-de-16-de-marco-de-2025#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20diretrizes%20e%20propostas,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS))). Acesso em: 27 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil avança na prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose**: campanha nacional de combate à doença foi lançada hoje (21). Ministério da Saúde vem ampliando o investimento em ciência e tecnologia para a resposta à tuberculose. Campanha nacional de combate à doença foi lançada hoje (21). Ministério da Saúde vem ampliando o investimento em ciência e tecnologia para a resposta à tuberculose. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/brasil-avanca-na-prevencao-diagnostico-e-tratamento-da-tuberculose>. Acesso em: 27 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A à Z tuberculose situação epidemiológica**: apresentação de dados da tuberculose do Brasil. Apresentação de dados da tuberculose do Brasil. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/situacao-epidemiologica/apresentacao-dos-dados-epidemiologicos-da-tuberculose-no-brasil/@@download/file>. Acesso em: 27 abr. 2024.

Com a criação de Comitê Interministerial, Brasil reforça ações para a eliminação da tuberculose e de outras doenças determinadas socialmente, avaliam OPAS e OMS.

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/noticias/27-4-2023-com-criacao-comite-interministerial-brasil-reforca-aco-es-para-eliminacao-da>>. Acesso em 30 abril 2024.

DUPAS, Gilberto. **Economia Global e Exclusão Social: pobreza, emprego, estado e o futuro do Capitalismo**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

Entenda por que interromper o tratamento pode resultar em uma tuberculose ainda mais grave e mais difícil de cuidar. BRASIL. GOV.BR. Ministério da Saúde. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/entenda-porque-interromper-o-tratamento-pode-resultar-em-uma-tuberculose-ainda-mais-grave-e-mais-dificil-de-cuidar>>. Acesso em 30 abril 2024

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **Lancet** **2020**; 396:874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6). Disponível:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext) Acesso em:25abr2024.

Ministério da Saúde lança campanha de combate à tuberculose e reforça ações para eliminação da doença no Brasil. GOV.BR. Ministério da Saúde. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-combate-a-tuberculose-e-reforca-aco-es-para-eliminacao-da-doenca-no-brasil>> . Acesso em 30 abril 2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico. Disponível: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar.2023/>>. Acesso em 18 abril 2024.

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf>. Acesso Em 21 abril 2024.

MOISÉS, M. et al. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, p. 2581-2591, 2010.

NOGUEIRA, Antônio Francisco et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. **Rev. Bras. Farm**, v. 93, n. 1, p. 3-9, 2012.

NUNES, Martha Suzana Cabral; CARVALHO, Kátia. Bibliotecas universitárias em perspectiva histórica: a caminho do desenvolvimento durável. **Perspectivas em Ciência da Informação (Online)**, v. 21, p. 173-193, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. In: Resolution A/RES/70/1 - Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2015. p. 35. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf. Acesso em: 24 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Situação de Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional – COVID-19. **Organização Mundial de Saúde**, 2020.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Universalidade do direito à saúde**. São Luís: EDUFMA, 2014.

REDE-TB (Brasil). **100 ANOS DA BCG: COMO A VACINA MUDOU HISTÓRIA DO COMBATE À TUBERCULOSE**. 2021. Disponível em: <https://redetb.org.br/100-anos-da-bcg-como-a-vacina-mudou-historia-do-combate-a-tuberculose/>. Acesso em: 27 abr. 2024.

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

RODRIGUES, L. et al. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 1–2, set. 2007.

SALDANHA, J. M. L.; LIMBERGER, T. A Judicialização da Política Pública e o Direito à Saúde: a construção de critérios judiciais e a contribuição do Supremo Tribunal Federal. **Espaço Jurídico**, [S. l.], v. 12, p. 283-302, 2011.

SINGER M, CLAIR S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. **Med Anthropol Q.** 2003 Dec;17(4):423-41. doi: 10.1525/maq.2003.17.4.423. PMID: 14716917. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14716917/>. Acesso em: 24abr2024.

TAVARES, André Ramos. Controle de constitucionalidade do efeito colateral de lei por meio de decisão intermédia reconstrutiva. **Revista Jurídica da Presidência**, [S. l.], v. 23, p. 318-340, 2021.

VARELA, Aida Varela. **Informação e Construção da Cidadania**. 01. ed. Brasília: Thesaurus, 2007. v. 01. 167p.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control: a handbook for country programmes. 2007.

How to cite:

RAMOS, Edith Maria Barbosa; SANTANA, Anderson Flávio Lindoso Santana; LIMA NETO, Alexandre Moura. Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 81-118, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Informação, Direito à Saúde e Tuberculose: conhecer para curar

Regina Celia Spadari - Nancy Ramacciotti de Oliveira Monteiro –
Luiz Alberto Calil Antonio

ESTRESSE OCUPACIONAL: CARACTERÍSTICAS, CONSEQUÊNCIAS E LEGISLAÇÃO ¹

Regina Celia Spadari ²

Nancy Ramacciotti de Oliveira Monteiro ³

Luiz Alberto Calil Antonio ⁴

¹ How to cite:

SPADARI, Regina Celia; MONTEIRO, Nancy Ramacciotti de Oliveira; ANTONIO, Luiz Alberto Calil. Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 119-152, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Regina Celia Spadari

Laboratório de Biologia do Estresse (BEST), Departamento de Biociências, Instituto Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Autor para correspondência

Profa. Dra. Regina Celia Spadari

Professora Titular

Laboratório de Biologia do Estresse (BEST),

Departamento de Biociências, Instituto Saúde e Sociedade,

Campus Baixada Santista,

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Rua Silva Jardim, 136 Vila Mathias - 11015-020 Santos – SP, Brazil.

³ Nancy Ramacciotti de Oliveira Monteiro

Laboratório de Desenvolvimento Humano (LADH), Departamento de Ciências do Mar, Instituto de Ciências do Mar, Campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁴ Luiz Alberto Calil Antonio

Laboratório de Biologia do Estresse (BEST), Departamento de Biociências, Instituto Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação**Abstract**

Work stress is the physical and psychological stress caused by the imbalance between the work objective needs and the individual adaptive abilities under certain occupational conditions. The syndrome due to work stress is known as burnout and it is characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and sense of reduced personal fulfillments. Work stress correlated diseases are the main cause of absenteeism and early retirements causing damage not only the individual's quality of life but also to the companies. Stress intensity can be estimated through the determination of the salivary cortisol concentration (SCC) and the heart rate variability (HRV), that are both non-invasive methods. The SCC is proportional to the stress intensity and the HRV decreases when sympathetic nervous system activation increases. Work stress management must be done in the personal and organizational spheres. The absence of specific legislation is an impeding factor in the determination by the judiciary of incidents caused by stress, both in terms of responsibility and possible compensation and treatment of the worker diagnosed with stress. Thus, decisions are based on jurisprudence.

Keywords: work stress, burnout, cortisol, heart rate variability, law and work.

Resumo

Estresse do trabalho é definido como o estresse físico e psicológico causado pelo desequilíbrio entre as necessidades laborais objetivas e a capacidade adaptativa do indivíduo sob certas condições ocupacionais. A síndrome resultante do estresse crônico associado com demandas de trabalho emocionalmente intenso é chamada de burnout e se caracteriza por exaustão emocional, despersonalização e sensação de reduzida realização pessoal. Doenças relacionadas ao estresse do trabalho são a principal causa de afastamentos e aposentadorias precoces causando prejuízo não apenas à qualidade de vida do indivíduo como também às empresas. A intensidade do estresse pode ser avaliada determinando-se a concentração salivar de cortisol (CSC) e a variabilidade da

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

frequência cardíaca, dois métodos não invasivos. A CSC varia em proporção direta à variação da intensidade do estresse e a VFC diminui com o aumento da ativação simpática que ocorre durante a reação de estresse. O manejo do estresse do trabalho deve ser feito nos âmbitos pessoal e organizacional. Sendo que ambos são responsáveis por garantir que o trabalho não seja causador de estresse e burnout. A ausência de uma legislação específica é um fator impeditivo na apuração pelo poder judiciário dos advenços originados pelo estresse tanto no que se refere a responsabilidade quanto a uma eventual indenização e tratamento do trabalhador diagnosticado com estresse. Dessa forma, as decisões se baseiam em jurisprudências.

Palavras-chave: estresse do trabalho, burnout, cortisol, variabilidade de frequência cardíaca, legislação trabalhista.

Introdução

Trabalho é compreendido como atividade profissional, remunerada ou não, produtiva ou criativa, exercida para determinado fim. O trabalho possibilita ao ser humano garantir sua sobrevivência, concretizar seus sonhos, atingir suas metas e objetivos de vida, além de ser uma forma de expressão. Assim, o trabalho pode ser fonte de satisfação, autoestima e bem-estar, se for uma atividade lícita com remuneração justa e acompanhado de dignidade, liberdade, igualdade, saúde e segurança. Caso contrário, o trabalho pode causar frustração, insatisfação e estresse na medida em que pode comprometer a realização de objetivos, tanto individuais quanto organizacionais (Michie, 2002).

Estresse do trabalho, estresse ocupacional ou organizacional se refere ao estresse físico e psicológico

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação causado pelo desequilíbrio entre as necessidades laborais objetivas e a capacidade adaptativa do indivíduo sob certas condições ocupacionais (Michie, 2002).

O estresse ocupacional não somente compromete a saúde física e mental da população economicamente ativa como também causa perdas econômicas para as empresas e a sociedade. Na China, estudos mostraram que quanto maior o grau de estresse ocupacional mais óbvios são os sintomas psicológicos e pior a saúde mental de operadores em campos de petróleo (Kawakami et al., 1997), empregados de manufaturas e motoristas de caminhões e ônibus (Bianchi et al., 2014). Estima-se que as empresas americanas gastam cerca de 300 bilhões de dólares por ano (mais de 1,1 trilhão de reais) para cobrir problemas relacionados a doenças de funcionários (<https://veja.abril.com.br/saude/2019>). No Reino Unido, segundo dados do *Health and Safety Executive*, um total de 15.4 milhões de dias de trabalho foram perdidos em 2017/2018, como resultado da depressão, ansiedade ou estresse relacionados com o trabalho. Isto equivale a 57.3% dos 26.8 milhões de dias de trabalho perdidos devido a doença. Estimativas recentes mostram que nos biênios 2018/2019 a 2021/2022, 612.000 trabalhadores sofreram injúrias em acidentes de trabalho por ano e adicionais 619.000 desenvolveram alguma doença. O custo financeiro deste

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

quadro foi de 18 milhões de libras/ano. De acordo com dados da Organização Internacional do Trabalho, a perda econômica anual causada pelo estresse ocupacional é de aproximadamente USD 300 bilhões. O Brasil registrou, em 2022, 612.900 acidentes de trabalho e 2.538 mortes (<https://sindsaude.org.br/nova/noticia.php>). No mesmo ano, foram concedidos 148.8 mil benefícios previdenciários em auxílio por doença e 6.5 mil benefícios na forma de aposentadoria por invalidez devidos a acidente de trabalho. Transtornos mentais e do comportamento são a terceira maior causa de afastamento do trabalho (INSS, 2022/Observatório de Segurança do Trabalho).

Com o desenvolvimento da sociedade, as exigências do trabalho estão cada vez maiores e, conseqüentemente, as taxas de estresse ocupacional também aumentam (Beswick et al., 2006). Este alto custo para a sociedade justifica o interesse pelo conhecimento das origens, natureza e consequências do estresse do trabalho. Além disso, torna-se necessário estabelecer uma legislação que regule as relações de trabalho.

Apresentamos a seguir as definições vigentes de estresse e de estresse do trabalho, efeitos biológicos e psicológicos do estresse do trabalho, bem como reflexões sobre seu impacto sobre a saúde e a qualidade de vida, além de alguns aspectos

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação da legislação que regulamenta as relações de trabalho no Brasil.

Estresse

A definição pioneira de estresse feita por Hans Selye (1936), segundo a qual “estresse é a resposta inespecífica do organismo a qualquer ameaça à sua integridade”, sugere que a reação de estresse tem caráter adaptativo cujo objetivo é garantir a sobrevivência diante da adversidade. No entanto, o estresse pode ter outra face quando se torna gatilho para desencadear doenças para as quais o indivíduo tenha predisposição genética. A partir de então emergiram várias outras definições de estresse, geralmente implicando em um desequilíbrio duradouro e prejudicial entre os recursos individuais e as demandas do meio ambiente (Weinhardt e Vancouver, 2012). Acredita-se que o estilo de vida atual contribui para o estresse causador de doenças – distresse - sendo o estresse ocupacional crônico um dos mais prevalentes riscos à saúde na sociedade contemporânea (Hassard et al., 2018). Situações prováveis de causar estresse são as que são imprevisíveis e incontroláveis, incertas, ambíguas ou não familiares, ou aquelas que envolvem conflito, expectativa de perdas ou performance. Estresse pode também ser causado por eventos com tempo limitado, tais como pressão por prazos,

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação
ou por situações paralelas como demandas familiares, insegurança de emprego, ou jornadas muito longas.

Os processos fisiológicos que medeiam a relação causal entre estresse e doença são descritos na teoria da carga alostática. Esta se baseia no princípio que situações estressantes rompem com o estado de equilíbrio estável dos sistemas fisiológicos (homeostase), causando inicialmente um desequilíbrio em que parâmetros orgânicos fundamentais se alteram para atender a demanda. O retorno desses parâmetros ao equilíbrio depende da variação de outros parâmetros (alostase). Geralmente, alostasia envolve aumento da atividade do Sistema Nervoso Simpático (SNS) e do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). Como resultado, ocorre aumento da frequência cardíaca, liberação de nutrientes na corrente sanguínea, supressão da digestão, assim como várias outras alterações (Sapolski et al., 2000; Sapolski, 2004). Embora a transição para alostase seja, usualmente, saudável (i.e., ajuda o indivíduo a enfrentar e conviver com os estressores), a alostase impõem uma sobrecarga aos sistemas fisiológicos. Em muitos casos, este impacto é totalmente reversível, e não causa danos permanentes (eustresse). Entretanto, quando a alostase ocorre muito frequentemente (Tipo I), quando é mantida por longo tempo (Tipo II), ou quando a adaptação fisiológica é inadequada (Tipo III), danos

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

duradouros podem ocorrer. À medida em que a carga alostática se acumula, sobrevêm a sobrecarga alostática e esta pode desencadear doenças (distresse). A síndrome que emerge de condições relacionadas ao estresse do trabalho é conhecida como *burnout*, e será analisada abaixo (Demerouti et al., 2001).

Os principais mediadores periféricos da reação de estresse são o SNS e o eixo HPA. Assume-se que a intensidade da ativação de ambos tem correlação positiva com a intensidade do estresse. A atividade do eixo HPA é avaliada pela concentração de cortisol nos líquidos corporais, plasma ou saliva, e a intensidade da ativação simpática, em geral, é avaliada por métodos indiretos, sendo que atualmente o mais comum é a medida da variabilidade da frequência cardíaca (VFC).

Cortisol como biomarcador de estresse

O eixo HPA regula uma cadeia de eventos corporais que levam a produção de cortisol (Sapolski et al., 2000). Este eixo consiste em três glândulas endócrinas: o hipotálamo e a pituitária (ambos localizados profundamente no cérebro) e as glândulas adrenais (localizadas sobre os rins). Essas glândulas produzem hormônio liberador de corticotropina (CRH), hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) e cortisol, respectivamente, e operam em cascata. Impulsos neurais (por

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação ex., devidos a estressores) estimulam o hipotálamo a liberar CRH; este estimula a pituitária a liberar ACTH que, por sua vez, estimula a adrenal a liberar cortisol. Todas as três glândulas têm receptores para seus próprios hormônios e cada um dos outros. Juntas, elas formam um intrincado sistema dinâmico, que também inclui o fígado, uma vez que este remove o cortisol da corrente sanguínea e o metaboliza (Hosseinichimeh et al., 2015).

As concentrações de cortisol no sangue obedecem a um padrão circadiano: a partir de um nadir que ocorre no meio da noite, aumentam bruscamente durante as últimas horas da madrugada, atingem um pico antes do acordar e, então, gradualmente, decrescem durante o dia (Wilhem et al., 2007). Sobrepondo-se a este ritmo, ocorre um pico adicional de secreção de cortisol ao acordar, chamado de “resposta do cortisol ao acordar” (RCA). Os níveis de cortisol apresentam grande variação de um indivíduo para outro enquanto a RCA é mais estável (Carroll et al., 2007). Fontes importantes de variação são as diferenças individuais na intensidade da resposta do eixo HPA aos impulsos nervosos (Dickerson e Kemeny, 2004) e a taxa de metabolização do cortisol pelo fígado, cuja meia vida varia entre 60 e 90 minutos (Carroll et al., 2007). Além disso, é possível que haja correlação entre a amplitude do pico matinal e a intensidade da resposta de

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

cortisol aos estressores agudos. Em particular, o pico matinal pode refletir a antecipação das demandas fisiológicas e psicológicas daquele dia (Brosscott et al., 2005; Fries et al., 2007). Em suporte a essa hipótese, verificou-se que os picos matinais de cortisol nos dias úteis são mais altos do que nos finais de semana (Schlotz et al., 2004; Thorn et al., 2006) e maiores nos dias de competição em dançarinos quando comparados aos dias de treino (Rohleder et al., 2004).

Cortisol é um glicocorticoide e, portanto, graças a sua natureza lipídica, atravessa livremente as membranas celulares. Assim, a concentração de cortisol na saliva tem correlação positiva com a concentração da fração livre de cortisol no plasma, ou seja, a concentração salivar de cortisol corresponde a 5-10% da concentração do hormônio no plasma. Atualmente, a dosagem de cortisol na saliva tornou-se o método padrão ouro de avaliação da atividade do eixo HPA (Hellhamer et al., 2009).

A concentração sanguínea de cortisol também aumenta após contato com o estressor, atinge o pico em cerca de 30 min e após, diminui novamente (Dickerson e Kemeny, 2004; Goodman et al., 2017). Há uma correlação direta entre o aumento do cortisol e a intensidade do estressor. Todavia, em algumas circunstâncias de estresse crônico a concentração plasmática de cortisol pode ficar reduzida (Fries et al., 2005;

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

Miller et al., 2007a). Hipocortisolismo foi registrado em associação com doenças inflamatórias (Petrelluzzi et al., 2008), distúrbios pós-traumáticos (Rohleder et al., 2004) e *burnout* (Lennartsson et al., 2015).

Estresse, Cortisol e Doença

Altas concentrações de cortisol apresentam correlação positiva com várias doenças. Cada sistema de órgãos é afetado de uma maneira e, mesmo dentro de cada sistema orgânico há múltiplas maneiras pelas quais cortisol pode causar danos. Cortisol pode causar aumento na pressão arterial, frequência cardíaca e débito cardíaco (Sapolski et al., 2000; Grunfeld e Eloy, 1987; Sambhi et al., 1965). Essas alterações cardiovasculares (CV) contribuem para a reação ao estressor e são totalmente reversíveis (carga alostática). Contudo, quando são prolongadas, aumentam o risco de lesões vasculares que, por sua vez, promovem a formação de placas (Singh et al., 2002) o que leva a arteriosclerose (Singh et al., 2002; Falk, 2006). Este processo é potencialmente letal, especialmente quando ocorre no coração (infarto do miocárdio) ou no cérebro (derrame, acidente vascular cerebral). A relação entre estresse ocupacional e doença CV foi confirmada em uma meta-análise que incluiu mais de 600.000 participantes em

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

27 estudos de coorte (Nyberg et al., 2013; Steptoe e Kivimaki, 2013; Kivimaki e Kawachi, 2015; Theorell et al., 2016).

Cortisol também pode causar doença através de suas ações no sistema imunológico (Zhou et al., 1993). Sob circunstância normal, cortisol suprime a resposta inflamatória rápida (Sapolski et al., 2000). Esse efeito é adaptativo e totalmente reversível (carga alostática). Já, quando os níveis de cortisol permanecem altos por longos períodos, o sistema imune se torna menos sensível ao cortisol (Miller et al., 2002; Cole, 2008; Cohen et al., 2012) e o organismo se torna mais vulnerável à inflamação, uma condição que pode progredir para muitas doenças, incluindo artrite, asma e câncer (Nathan e Ding, 2010; Scrivo et al., 2011).

Cortisol também pode causar doenças metabólicas pois aumenta a glicemia. Esse processo dá suporte energético às ações de enfrentamento do estressor (Sapolski et al., 2000), é adaptativo e totalmente reversível (carga alostática). Entretanto, quando os níveis de cortisol permanecem altos, ocorre uma cascata de reações metabólicas que podem resultar em resistência à insulina (Joseph e Golden, 2017) e acúmulo de gordura abdominal (Rosmond et al., 1998; Bjornthorp, 2001). Esses dois processos podem juntos progredir para diabetes tipo 2 (Joseph e Golden, 2017).

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

Assim, a essência da relação entre cortisol e doença pode ser resumida da seguinte forma: (a) a resposta do cortisol impõe uma sobrecarga (*burden*) ao corpo que é, em princípio, totalmente reversível (carga alostática); (b) quando esta carga é mantida, ocorrem danos aos tecidos (sobrecarga alostática); (c) tal dano pode levar a doenças (*burnout*).

Variabilidade da Frequência Cardíaca como indicador da atividade do SNA

Embora as células musculares especializadas do nó sinoatrial gerem o impulso elétrico cardíaco, os sistemas Simpático e Parassimpático modulam a frequência de batimentos do coração e, conseqüentemente, a duração do intervalo entre os batimentos (Cambri et al., 2008). Este intervalo é variável e a medida dessa variação, chamada de variabilidade da frequência cardíaca (VFC), é um indicador da saúde cardiovascular (Wolf, 1978). Assim, redução da VFC vem sendo utilizada como marcador para determinadas doenças e condições (Thayer et al., 2011), incluindo alterações cardíacas associadas ao estresse (Bianchim et al., 2016).

As oscilações da duração do intervalo entre os batimentos cardíacos são analisadas medindo-se o intervalo entre ondas R consecutivas do eletrocardiograma (ECG), denominado intervalo RR. Estas oscilações são ocasionadas, em grande

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

parte, pela cinética de liberação e remoção dos neurotransmissores do SNA no coração. A acetilcolina, liberada pelas terminações vagais nas proximidades do nó sinoatrial, é rapidamente metabolizada pela ação da colinesterase (Cambri *et al.*, 2008; Vanderlei *et al.*, 2009). Já, a remoção de noradrenalina liberada pelos terminais nervosos simpáticos ocorre de forma mais lenta. Dessa forma, a VFC é determinada pela integração entre a modulação rápida (vagal) e a lenta (simpática) do SNA para o coração (Cambri *et al.*, 2008; Vanderlei *et al.*, 2009). A VFC é analisada aplicando-se cálculos matemáticos aos dados extraídos do ECG, de modo a se obter vários índices que representam a modulação feita pelo sistema parassimpático ou pelo sistema simpático (Malik *et al.*, 1996; Vanderlei *et al.*, 2009).

A VFC diminui com a idade (Gerritsen *et al.*, 2003; Koskisen *et al.*, 2009) e é influenciada pelo sexo (Gerritsen *et al.*, 2003), saúde (Ragendr *et al.*, 2006; Dekker *et al.*, 2000; Thayer *et al.* 2012), preparo físico (Buchhert *et al.*, 2006), hereditariedade (Singh *et al.*, 1999; Snieder *et al.*, 2007; Neijtis *et al.*, 2014). Jarvelin-Pasanen *et al.* (2018) mostraram que estresse ocupacional está associado com redução da VFC, causada por redução da ativação parassimpática no coração.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação**Estresse do trabalho**

Na 87^a. Reunião da Conferência Internacional do Trabalho, em 1999, o conceito de Trabalho Decente foi apresentado à comunidade internacional pelo então Diretor-Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Essa nova concepção do trabalho tinha como principal alvo o trabalho produtivo, em condições de liberdade, igualdade, segurança e dignidade (Bentranelli Neto e Voltani, 2019). Essa definição original vem sendo revista ao longo dos anos, mas sua essência permanece. Esse conceito se contrapõe a condições de trabalho em ambientes laborais que se tornaram adoecedores de modo que o trabalho é, muitas vezes, marcado pelo mal-estar e estresse.

Para designar o estresse relacionado ao trabalho Freudenberg (1974) criou o termo *burnout*, que foi subsequentemente desenvolvido por Maslach e colaboradores (Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 2009).

Síndrome de *burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional é a resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Resulta de uma vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador, que antes era muito envolvido afetivamente com seu trabalho, desgasta-se e, em um dado

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

momento, desiste, perde a energia, ou seja, perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil (Maslach et al., 1996).

Inicialmente surge um estado de exaustão emocional em que predomina um sentimento de esgotamento físico e mental e perda de forças para realizar tarefas laborais cotidianas. Em seguida, ocorre a despersonalização, que representa uma característica defensiva na qual o sujeito apresenta um sentimento de indiferença e afastamento emocional, com alterações significativas no comportamento. Segue-se o sentimento de baixa realização profissional caracterizado pela insatisfação com as atividades laborais e avaliação negativa de si mesmo, muitas vezes impossibilitando o trabalhador de desempenhar suas funções, além de reduzir sua autoestima (Maslach et al., 1996; Benevides-Pereira, 2002, 2012). O *burnout* atinge diretamente o ideal de si e do trabalho, levando a pessoa à frustração (Franco, Druc & Seligmann-Silva, 2010).

É importante distinguir *burnout* de outros constructos tais como insatisfação, fadiga, estresse ocupacional e depressão (Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 2009), embora *burnout* correlacione com esses problemas (Williams et al., 2007). Igualmente importante é enfatizar que *burnout* não é um problema apenas individual, mas também uma questão

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação psicossocial decorrente do ambiente laboral e do complexo contexto social em que ele está inserido.

Os fatores ocupacionais que contribuem para o estresse do trabalho incluem o ambiente organizacional (temperatura, pressão, ruído, vibração, radiação, fumaça, poeira, gases tóxicos, material biológico), as condições de trabalho (grau de responsabilidade, características do posto de trabalho tais como higiene, segurança) e as relações interpessoais (reuniões frequentes, manejo de conflitos, ambiguidade de papel na organização, falta de oportunidade de desenvolvimento na carreira, estrutura e clima organizacional). Os fatores individuais compreendem gênero, idade, tipo de personalidade, autopercepção, habilidade para lidar com pressão e interface trabalho-família (Aasa et al., 2004; Ferreira et al., 2022).

Há vários modelos e teorias para explicar o estresse ocupacional. O modelo de Karasek considera a relação entre “Demanda e Controle” (Karasek, 1979). Este modelo propõe que o estresse surge quando a demanda imposta pelo trabalho é desproporcional ao controle sobre suas responsabilidades (discrição, autoridade, latitude da decisão, etc). Por outro lado, altas demandas com alto poder de decisão aumentam a motivação para aprender, estimulam o aprendizado ativo e o senso de comprometimento. O modelo do “Desequilíbrio entre

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

Esforço e Recompensa” (Siegrist e Peter, 1994) diz que o estresse do trabalho ocorre quando o trabalhador não recebe reconhecimento adequado ou justo por seu trabalho na forma de salário e oportunidades de progressão na carreira (Siegrist, 1999). Um terceiro modelo, conhecido como “modelo da justiça organizacional” (Uusitalo et al., 2011) opera sob o preceito de que a justiça é um valor fundamental para a organização da sociedade e para as interações sociais individuais (Vahle-Hins et al., 2014) de modo que a percepção de injustiça pode contribuir para o estresse no trabalho (Siegrist e Peter, 1994).

Embora esses modelos integrem e combinem múltiplas e diferentes facetas da vida profissional, eles apresentam limitações, uma vez que não podem abranger todos os fatores psicossociais e biológicos que coexistem e contribuem para o estresse do trabalho e sua relação com doenças e saúde adversa em geral. Além disso, as consequências do estresse no trabalho são diversas e não se referem somente à saúde mas também causam absenteísmo e, portanto, perdas financeiras para as empresas (Hootman et al., 1999; Mauss et al., 2015).

A associação entre pressão e bem-estar pode ser representada por um U invertido, em que bem-estar e desempenho são baixos quando as pressões são altas ou baixas demais (por ex., em situação de desemprego). Pessoas

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

diferentes mostram diferentes formatos deste U invertido, refletindo diferentes limiares da resposta de estresse (Michie, 2002).

A prevenção e o gerenciamento do estresse do trabalho, portanto, é de interesse pessoal bem como da própria organização, e requer intervenções em ambos os níveis. Os recursos pessoais que ajudam a superar as pressões e demandas do trabalho incluem estratégias de enfrentamento (facilidade para solucionar problemas, assertividade e gerenciamento do tempo, segurança financeira) e recursos psicológicos (autoestima, por ex.) (Michie, 2002). Intervenções organizacionais podem ser de muitos tipos, variando desde estruturais (nível do estafe, escalas de trabalho, ambiente físico) a psicológicos (suporte social, controle sobre o trabalho, participação nas decisões) (Karasek, 1990). Também contribuem para o bem-estar, o bom ambiente de trabalho e suporte social. Esses recursos podem ser aumentados por investimentos na infraestrutura, treinamento, bom gerenciamento, empregabilidade e a maneira como o trabalho é organizado (Michie, 2002).

Entretanto, historicamente, a resposta típica dos empregadores tem sido culpar as vítimas e não as causas do estresse. Todavia, tem crescido o reconhecimento que empregadores tem o dever, em muitos casos expresso na lei,

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

de assegurar que seus empregados não adoecem. É também de seu interesse econômico a longo prazo prevenir estresse, uma vez que estresse nos colaboradores ainda ativos leva a alta taxa de rotatividade, de ausências por doença, aposentadoria precoce, piora da performance e alta taxa de acidentes, além de reduzida satisfação dos clientes.

Legislação trabalhista e o estresse organizacional

No Brasil as relações laborais são pautadas pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), que data dos tempos de Getúlio Vargas, e tem forte inspiração no positivismo de Augusto Comte e na Carta di Lavoro, criada por Mussolini.

A CLT, por conta da sua idade (1º. de maio de 1943) e origem, não aborda o problema da tensão nas relações de trabalho em geral e suas consequências ao trabalhador.

Assim, a falta de uma legislação específica é um fator impeditivo na apuração pelo poder judiciário dos adventos originados pelo estresse tanto no que se refere a responsabilidade quanto a uma eventual indenização e tratamento do trabalhador diagnosticado com estresse.

O que se tem de mais recente é o fato de alguns tribunais, mas não todos, estarem mais sensíveis a reconhecer o trabalho como fonte de estresse. E, mesmo assim, isso

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

somente ocorre quando este se encontra em seu mais alto nível.

O diagnóstico de estresse pelas vias judiciais é feito por meio de perícia, seja ela médica ou psicológica. Peritos são nomeados pelo juiz com a função de detectar quaisquer patologias. Assim, para um diagnóstico correto é fundamental que o perito se valha, além do que sabe ser necessário, de outros especialistas com formação adequada em psicologia, psiquiatria, sociologia.

Assim sendo, o estresse somente tem sido reconhecido nas relações de trabalho quando o trabalhador já se encontra em seu estágio mais grave, ou seja, em *burnout*, e as decisões judiciais são tomadas em nível de jurisprudência, não em nível de legislação.

A Síndrome de *Burnout*, uma vez detectada e reconhecida, pode resultar na concessão de afastamento, com estabilidade empregatícia garantida de 12 meses após o tratamento, além de indenização.

Para melhor esclarecer o que se expôs acima, transcrevemos dois acórdãos, guardando para o momento oportuno a discussão do mérito, dando ênfase ao fato de que o julgamento ocorre sempre que se chega ao diagnóstico de *burnout* e não a estágios inferiores.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

Jurisprudência 1:

"reparação por danos morais. Síndrome de *Burnout*. Doença ocupacional equiparada a acidente de trabalho. Valor arbitrado à condenação. R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), a título de danos morais, reduzido para r\$ 10.000,00 (dez mil reais) pelo Tribunal Regional. Stress ocupacional e qualidade de vida no trabalho. Majoração devida. R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais)."

Neste caso, o importante jurista, Dallegrave Neto, citado no acórdão, define *burnout* como "um esgotamento profissional provocado por constante tensão emocional no ambiente de trabalho, ocasionado por um sistema de gestão competitivo, com sujeição do empregado às agressivas políticas mercantilistas da empresa".

Jurisprudência 2:

"Recurso ordinário em mandado de segurança. Tutela Provisória de Urgência deferida na reclamação trabalhista. Reintegração de empregada dispensada quando portadora de Síndrome de *Burnout*. Nexo de causalidade com a prestação de serviços para o empregador. Ausência de ilegalidade."

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação**Considerações finais**

As condições de enfrentamento do estresse variam em cada indivíduo, por dimensões específicas de seu organismo, mas também, e especialmente, por suas interações nos diferentes contextos ambientais, mais ou menos proximais em que este se insere. Aspectos cronológicos também interagem nas estratégias desse enfrentamento, diferindo nas diversas etapas da vida e nos contextos histórico-geográficos pertinentes.

Apesar dessa diversidade, exposição prolongada a condições estressantes tem impacto sobre a saúde física, mental e social, podendo causar doenças que reduzem a capacidade de conviver no ambiente de trabalho e na vida em geral. Um comportamento social disfuncional no campo laboral pode se manifestar por absenteísmo, acidentes frequentes e alta rotatividade (Weippert et al., 2010) e, portanto, perdas sociais e financeiras. Nesse panorama, é importante que se conheçam os fatores causadores, os mecanismos e os agravos à saúde causados pelo estresse para que sejam identificados os meios de lançar mão dos recursos que aumentem a resiliência e promovam o bem-estar. Nesse sentido, estresse e bem-estar são variantes que se complementam na avaliação e monitoramento da qualidade de vida no trabalho e em todo o desenvolvimento humano.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação**Referências**

- Aasa, U., Kalezic, N., Lyskov, E., Angquist, K. A., & Barnekow-Bergkvist, M. (2006). Stress monitoring of ambulance personnel during work and leisure time. *Int Arch Occup Environ Health*; 80(1): 51-9.
- Baltes, B. B., Briggs, T. E., Huff, J. W., Wright, J. A., & Neuman, G. A. (1999). Flexible and compressed workweek schedules: A meta-analysis of their effects on work-related criteria. *J Appl Psychol*; 84(4): 496-513.
- Bambra, C., Whitehead, M., Sowden, A., Akers, J., & Petticrew, M. (2008). "A hard day's night?" The effects of compressed working week interventions on the health and work-life balance of shift workers: a systematic review. *J Epidemiol Comm Health*; 62(9): 764-77.
- Basu, S., Qayyum, H., & Mason, S. (2018). Occupational stress in the ED: a systematic review. *Emerg Med J*; 35(6): 359-64.
- Beckers, D. G. J., Kompier, M. A. J., Kecklund, G., & Härmä, M. (2012). Worktime control: Theoretical conceptualization, current empirical knowledge, and research agenda. *Scand J Work, Environ Health*; 38(4): 291-7.
- Beltramelli Neto, S., Voltani, J. C. (2019). Investigação histórica do conteúdo da concepção de Trabalho Decente no âmbito da OIT e uma análise de sua justiciabilidade. *Rev de Dir Int*; 16 (1): 165-85.
- Benthem de Grave, R., Hasselman, F., & Bijleveld, E. (2017). From work stress to disease: A dynamic approach. *Occup Med*; 67(6), 438-41.
- Beswick, J., Gore, G., & Palferman, D. (2006). Bullying at work: a review of the literature. *Health and Safety Laboratory*; WPS/06/04.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2014). Is burnout a depressive disorder? A re-examination with special focus on atypical depression. *Int J Stress Manag*; 21(4), 307-24.
- Bianchim, M. S., Sperandio, E. F., Martinhao, G.S., Matheus, A. C., Lauria, V.T., da Silva, R. P., Spadari, R. C., Gagliardi,

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

- A.R.T., Arantes, R. L., Romiti, M., Dourado, V. Z. (2016). Correlation between heart rate variability and pulmonary function adjusted by confounding factors in healthy adults. *Braz J Biol Med Res*; 49(00): e4435, doi.org/10.1590/1414-431X2015 435.
- Björntorp, P. (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obesity Rev*; 2(2), 73-86.
- Brosschot, J. F., Pieper, S., & Thayer, J. F. (2005). Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*; 30(10): 1043–49.
- Carroll, B. J., Cassidy, F., Naftolowitz, D., Tatham, N. E., Wilson, W. H., Iranmanesh, A., Rittmaster, R. S. (2007). Pathophysiology of hypercortisolism in depression. *Acta Psyc Scand*; 115 (SUPPL. 433), 90–103.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Doyle, W. J., Miller, G. E., Frank, E., Rabin, B. S., Turner, R. B. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proc Nat Acad Sci*; 109(16), 5995–99.
- Cole, S. W. (2008). Social regulation of leukocyte homeostasis: The role of glucocorticoid sensitivity. *Brain, Beh, and Immu*; 22(7), 1049–55.
- Collins, S., & Karasek, R. (2010). Reduced vagal cardiac control variance in exhausted and high strain job subjects. *Int J Occup Med Environ Health*; 23(3), 267–78.
- Collins, S. M., Karasek, R. A., & Costas, K. (2005). Job strain and autonomic indices of cardiovascular disease risk. *Am J Ind Med*; 48(3), 182–93.
- Dall'ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., & Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *Int J Nurs Stu*; 57, 12–27.
- Dekker, J. M., Crow, R. S., Folsom, A. R., Hannan, P. J., Liao, D., Swenne, C. A., & Schouten, E. G. (2000). Low heart rate variability in a 2-minute rhythm strip predicts risk of coronary heart disease and mortality from several causes: The ARIC

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

study. *Atherosclerosis Risk in Communities. Circulation*; 102(11), 1239–44.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *J App Psych*; 86(3), 499–512.

Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bul*; 130(3), 355–91.

European Agency for Safety and Health at Work. (2014). *OSH in figures: Stress at work – Facts and figures*.

Falk, E. (2006). Pathogenesis of atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol*; 47(8), C7–C12.

Ferreira, M. C., Santos, L. A., & Paschoal, T. (2022). Well-being, malaise, and quality of working life management. *Psicol Teo Prát*; 24(3): ePTPSS15511, 2022.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *J Soc Issues*; 30, 159–65.

Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J., & Hellhammer, D. H. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1010–16.

Garza, J. L., Cavallari, J. M., Eijkelhof, B. H. W., Huysmans, M. A., Thamsuwan, O., Johnson, P. W., van der Beek, A. J., & Dennerlein, J. T. (2015). Office workers with high effort-reward imbalance and overcommitment have greater decreases in heart rate variability over a 2-h working period. *Int Arc Occup Environ Health*; 88, 565–75.

Gerritsen, J., TenVoorde, B. J., Dekker, J. M., Kingma, R., Kostense, P. J., Bouter, L. M., & Heethaar, R. M. (2003). Measures of cardiovascular autonomic nervous function: Agreement, reproducibility, and reference values in middle age and elderly subjects. *Diabetologia*; 46, 330–8.

Goodman, W. K., Janson, J., & Wolf, J. M. (2017). Meta-analytical assessment of the effects of protocol variations on cortisol responses to the Trier Social Stress Test. *Psychoneuroendocrinology*; 80, 26–35.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

- Grunfeld, J. P., & Eloy, L. (1987). Glucocorticoids modulate vascular reactivity in the rat. *Hypertension*; 10(6), 608–18.
- Hassard, J., Teoh, K. R. H., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *J Occup Health Psychol*; 23(1), 1–17.
- Hellhammer, D. H., Wüst, S., & Kudielka, B. M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*; 34(2), 163–71.
- Hernández-Gaytan, S. I., Rothenberg, S. J., Landsbergis, P., Becerril, L. C., De León-León, G., Collins, S. M., & Díaz-Vásquez, F. J. (2013). Job strain and heart rate variability in resident physicians within a general hospital. *Amer J Ind Med*; 56, 38–48.
- Hosseinihimeh, N., Rahmandad, H., & Wittenborn, A. K. (2015). Modeling the hypothalamus-pituitary-adrenal axis: A review and extension. *Mathematical Biosci*; 268, 52–65.
- Järvelin-Pasanen, S., Ropponen, A., Tarvainen, M., Paukkonen, M., Hakola, T., Puttonen, S., . . . Pohjonen, T. (2013). Effects of implementing an ergonomic work schedule on heart rate variability in shift-working nurses. *J Occupa Health*; 55, 225–233.
- Järvelin-Pasanen, S., Ropponen, A., Tarvainen, M. P., Karjalainen, P. A., & Louhevaara, V. (2013). Differences in heart rate variability of female nurses between and within normal and extended work shifts. *Industrial Health*; 51, 154–64.
- Järvelin-Pasanen, S., Sinikallio, S., & Tarvainen, M. P. (2018). Heart rate variability and work-related stress: A systematic review. *Industrial Health*; 56, 500–11.
- Joseph, J. J., & Golden, S. H. (2017). Cortisol dysregulation: the bidirectional link between stress, depression, and type 2 diabetes mellitus. *Ann New York Acad Sc*; 1391(1), 20–34.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, productivity and reconstruction of working life*. Basic Books.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Quarterly*; 24, 285–308.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

Kawakami, N., Tanigawa, T., Araki, S., Nakata, A., Sakurai, S., Yokoyama, K., & Morita, Y. (1997). Effects of Job Strain on Helper-Inducer (D4+CD29+) and Suppressor-Inducer (CD4+CD45RA+) T Cells in Japanese Blue-Collar Workers. *Psychother and Psychos*; 66, 192-8.

Kjellberg, A., & Wadman, C. (2002). Subjektiv stress och dess samband med psykosociala förhållanden och besvär: en prövning av stress-energi-modellen [Subjective stress and its relationship to psychosocial conditions and symptoms: a test of the stress-energy model]. *Arbete och hälsa/Vetenskaplig skriftserie*, 37, Arbetslivinstitutet. Stockholm. (In Swedish)

Koskinen, T., Kähönen, M., Jula, A., Laitinen, T., Keltikangas-Järvinen, L., Viikari, J., Välimäki, I., & Raitakari, O. T. (2009). Short-term heart rate variability in healthy young adults: the cardiovascular risk in young Finns study. *Aut Neurosc*; 145, 81–88.

Langelotz, C., Scharfenberg, M., Haase, O., & Schwenk, W. (2008). Stress and heart rate variability in surgeons during a 24-hour shift. *Arch Surg*; 143, 751–5.

Lennartsson, A. K., Sjörs, A., Währborg, P., Ljung, T., & Jonsdottir, I. H. (2015). Burnout and hypocortisolism—a matter of severity? A study on ACTH and cortisol responses to acute psychosocial stress. *Front Psyc*, 6(FEB), 8.

Lindholm, H., Sinisalo, J., Ahlberg, J., Jahkola, A., Partinen, M., Hublin, C., & Savolainen, A. (2009). High job control enhances vagal recovery in media work. *Occup Med (London)*; 59, 570–573.

Loerbroks, A., Schilling, O., Haxsen, V., Jarczok, M. N., Thayer, J. F., & Fischer, J. E. (2010). The fruits of one's labor: Effort-reward imbalance but not job strain is related to heart rate variability across the day in 35–44-year-old workers. *J Psych Res*; 69, 151–9.

Manfredini, R., Boari, B., Smolensky, M. H., Salmi, R., la Cecilia, O., Maria Malagoni, A., ... Gallerani, M. (2005). Circadian variation in stroke onset: Identical temporal pattern in

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

ischemic and hemorrhagic events. *Chronobiol Int*; 22(3), 417–53.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Malik, M., Bigger, J. T., Camm A. J., Kleiger, R. E., Malliani A., Moss, A. J., P.J. (1996). Heart rate variability standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *Eur Heart J*; 17(3) 354-81.

Mauss, D., Li, J., Schmidt, B., Angerer, P., & Jarczok, M. N. (2015). Measuring allostatic load in the workforce: A systematic review. *Industrial Health*; 53, 5–20.

Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review. *Occup Environ Med*; 60, 3-9.

Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occup Environ Med*; 59, 67-72.

Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychol Bull*; 133(1), 25-45

Miller, G. E., Cohen, S., & Ritchey, A. K. (2002). Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: A glucocorticoid-resistance model. *Health Psychol*; 21(6), 531-41. doi: 10.1037/0278-6133.21.6.531

Muller, J. E., Stone, P. H., Turi, Z. G., Rutherford, J. D., Czeisler, C. A., Parker, C., et al. (1985). Circadian Variation in the Frequency of Onset of Acute Myocardial Infarction. *New Engl J Med*; 313(21), 1315-22.

Nathan, C., & Ding, A. (2010). Review Nonresolving Inflammation. *Cell*; 140(6), 871-82.

Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., Casini, A., Clays, E., et al. (2013). Job Strain and Cardiovascular Disease Risk Factors: Meta-Analysis of Individual-Participant Data from 47,000 Men and Women. *PLoS ONE*; 8(6), e67323.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

Oltermann, P. (2017, January 4). Sweden sees benefits of six-hour working day in trial for care workers. *The Guardian*.

Orsila, R., Virtanen, M., Luukkaala, T., Tarvainen, M., Karjalainen, P., Viik, J., Savinainen, M., & Nygård, C. H. (2008). Perceived mental stress and reactions in heart rate variability—a pilot study among employees of an electronics company. *Int J Occup Saf Ergon*; 14, 275-83.

Papadatou, A. (2018, December 12). New research asks whether we could be closer to a four-day week. *HR review*.

Rieger, A., Stoll, R., Kreuzfeld, S., Behrens, K., & Weippert, M. (2014). Heart rate and heart rate variability as indirect markers of surgeons' intraoperative stress. *Int Arch Occup Env Health*; 87, 165-74.

Rohleder, N., Joksimovic, L., Wolf, J. M., & Kirschbaum, C. (2004). Hypocortisolism and increased glucocorticoid sensitivity of pro-inflammatory cytokine production in Bosnian war refugees with posttraumatic stress disorder. *Biol Psyc*; 55(7), 745-51.

Rosmond, R., Dallman, M. F., & Björntorp, P. (1998). Stress-related cortisol secretion in men: Relationships with abdominal obesity and endocrine, metabolic and hemodynamic abnormalities. *The J Clin Endoc Met*; 83(6):1853-1859.

Sambhi, M. P., Weil, M. H., & Uofdhaji, V. N. (1965). Acute pharmacodynamic effects of glucocorticoids. *Circulation*; 31(4), 523-530.

Sapolsky, R. M., Romero, L. M., & Munck, A. U. (2000). How Do Glucocorticoids Influence Stress Responses? Integrating Permissive, Suppressive, Stimulatory, and Preparative Actions*. *Endoc Rev*; 21(1), 55–89.

Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3rd ed.). New York: Holt.

Schaufeli, W., Bakker, A., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol & Health*; 16, 565–82.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development*; 14, 204–220.

Schlotz, W., Hellhammer, J., Schulz, P., & Stone, A. (2004). Perceived work overload and chronic worrying predict weekend-weekday differences in the cortisol awakening response. *Psych Med*; 66, 207–14.

Scrive, R., Vasile, M., Bartosiewicz, I., & Valesini, G. (2011). Inflammation as “common soil” of the multifactorial diseases. *Autoimmunity Rev*; 10(7), 369–374.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.

Siegrist, J. (1999). Occupational health and public health in Germany. In P M. Le Blanc, M. C. W. Peeters, A. Bussing, & W. B. Schaufeli (Eds.), *Organizational psychology and healthcare: European contributions* (pp. 35–44). Augsburg: Rainer Hampp Verlag.

Siegrist, J., & Peter, R. (1994). Job stressors and coping characteristics in work-related disease: issues of validity. *Work & Stress*, 8, 130–140.

Singh, R. B., Mengi, S. A., Xu, Y. J., Arneja, A. S., Dhalla, N. S., Naranjan, D., et al. (2002). Pathogenesis of atherosclerosis: A multifactorial process. *Exp & Clin Cardiol*; 7(1), 40–53.

Steptoe, A., & Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: An update on current knowledge. *Ann Rev Public Health*; 34(1), 337–54.

Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. (1996). Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. *Circulation*; 93, 1043-65.

Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers, J. J., 3rd, & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neurosc & Biobeh Rev*; 36, 747-56.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

- Thayer, J. F., Verkuil, B., Brosschot, J. F., Kampschroer, K., West, A., Sterling, C., Christie, I. C., Abernethy, D. R., Sollers, J. J., Cizza, G., Marques, A. H., & Sternberg, E. M. (2010). Effects of the physical work environment on physiological measures of stress. *Eur J Cardiov Prev Rehab*; 17, 431-9.
- Theorell, T., Jood, K., Järholm, L. S., Vingård, E., Perk, J., Östergren, P. O., et al. (2016). A systematic review of studies on the contributions of the work environment to ischaemic heart disease development. *The Eur J Public Health*; 26(3), 470-7.
- Thorn, L., Hucklebridge, F., Evans, P., & Clow, A. (2006). Suspected non-adherence and weekend versus weekday differences in the awakening cortisol response. *Psychoneuroendocrinology*; 31(8), 1009-18.
- Uusitalo, A., Mets, T., Martinmäki, K., Mauno, S., Kinnunen, U., & Rusko, H. (2011). Heart rate variability related to effort at work. *Applied Ergonomics*; 42, 830-8.
- Vahle-Hinz, T., Bamberg, E., Dettmers, J., Friedrich, N., & Keller, M. (2014). Effects of work stress on work-related rumination, restful sleep, and nocturnal heart rate variability experienced on workdays and weekends. *J Occup Health Psychol*; 19, 217-30.
- Vanderlei, L. C., Pastrie, C. M., Freitas Jr., I. F., Godoy, M. F. (2010). Analysis of cardiac autonomic modulation in obese and eutrophic children. *Clinics*; 65(8), 789-92.
- von Thiele, U., Lindfors, P., & Lundberg, U. (2006). Self-rated recovery from work stress and allostatic load in women. *J Psychos Res*; 61, 237-42.
- Weinhardt, J. M., & Vancouver, J. B. (2012). Computational models and organizational psychology: Opportunities abound. *Org Psychol Revi*, 2(4), 267-92. doi: 10.1177/2041386612450455
- Weippert, M., Kumar, M., Kreuzfeld, S., Arndt, D., Rieger, A., & Stoll, R. (2010). Comparison of three mobile devices for measuring R-R intervals and heart rate variability: Polar S810i, Suunto t6 and an ambulatory ECG system. *Eur J Applied Physiol*; 109, 779-86.

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

West, C. P., Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solution. *J Int Med*; 283, 516-29.

Wilhelm I, Born J, Kudielka BM, Schlotz W, Wüst S. (2007) Is the cortisol awakening rise a response to awakening? *Psychoneuroendocrinology*; 32(4), 358–66.

Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. (207) The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Man Rev* 32, 203–12.

Wong IS, Ostry AS, Demers PA, Davies HW. (2012) Job strain and shift work influences on biomarkers and subclinical heart disease indicators: a pilot study. *J Occup Environ Hyg*; 9, 467–77.

Zhou D, Kusnecov AW, Shurin MR, DePaoli M, Rabin BS. (1993) Exposure to physical and psychological stressors elevates plasma interleukin 6: relationship to the activation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Endocrinology*. 133(6), 2523–2530.

How to cite:

SPADARI, Regina Celia; MONTEIRO, Nancy Ramacciotti de Oliveira; ANTONIO, Luiz Alberto Calil. Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 119-152, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Estresse Ocupacional: características, consequências e legislação

Marcelo Lamy - Klauss Carvalho De Malta

ADVANCES AND RISKS FOR ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE ¹

Marcelo Lamy ²

Klauss Carvalho De Malta ³

¹ **How to cite:**

LAMY, Marcelo; DE MALTA, Klauss Carvalho. Advances and risks for artificial intelligence in healthcare. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 153-180, 2024, available at: <https://ojs.unisantabr/index.php/GHL/index>

² **Marcelo Lamy**

PhD, PPGD in Health Law (UNISANTA).

³ **Klauss Carvalho De Malta**

Master's student, PPGD in Health Law (UNISANTA).

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

Abstract

Context: Artificial Intelligence (AI) has experienced remarkable progress, becoming an indispensable tool for solving a wide range of technological and economic challenges. **Problem:** This article explores the current state of AI, with a special focus on machine learning techniques, including artificial neural networks, discusses the current state of these areas, the challenges they face and the research opportunities that present themselves; in addition, it highlights concerns related to the social impacts and ethical issues of AI. **Objectives:** to present problems and issues related to AI, assessing the impact on society and presenting possible ways to mitigate the risks of AI. **Methods:** A critical-narrative review was carried out based on scientific texts and documents. **Results:** AI is a promising technology with the potential to generate significant benefits for society. However, AI also presents risks and challenges that need to be considered. Studies into the social impacts and ethical issues of AI are important to ensure that this technology is developed and used responsibly. **Conclusions:** AI is a technology with the potential for positive impact, but it also presents risks that need to be mitigated. It is important that studies into the social impacts and ethical issues of AI are carried out on an ongoing basis and that they tackle the following aspects: (1) technical: a) prejudice and discrimination; b) lack of transparency; c) lack of control; (2) social: d) loss of jobs; e) social inequality; f) environmental impacts; (3) ethical: g) autonomy; h) responsibility; i) privacy.

Keywords: social discrimination, equity, personal autonomy, damage liability, social control policies.

Introduction

In recent years, science has witnessed a remarkable advancement in the application of artificial intelligence (AI) in healthcare, marking a revolution in medicine and healthcare across the world.

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

This transformation is driven by the dizzying progress of information technologies, of which AI emerges as a driving force. Unlike the early days of AI, where machines were restricted to repetitive tasks and specific commands, modern AI encompasses an impressive range of cognitive functions, encompassing aspects of what we traditionally refer to as human intelligence.

Swaminathan (WHO, 2021, p.5) recognizes the transformative potential of AI in healthcare, stating that it represents a promising opportunity to raise standards of medical care on a global scale.

AI not only promises to improve the speed and accuracy of disease diagnosis and screening, but also supports clinical services and strengthens medical research, while also contributing to significant advances in drug development.

However, the increasing use of AI in healthcare is not without its challenges. The collection and processing of confidential patient data raises ethical and privacy concerns, requiring strict protection measures. Furthermore, enthusiasm around the potential of AI can lead to overly technological approaches to complex health problems, challenging the quest for equity in access to medical innovations. Issues of racial bias and prejudice also arise when low-quality or inadequate data is used in AI.

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

This article explores the rise of AI in medicine, highlighting its positive impacts and ethical challenges. It also examines the evolution of deep neural networks and their applications in healthcare, as well as the importance of high-quality data and the careful selection of algorithms.

It also addresses the need for equitable distribution of AI-based health technologies and the importance of maintaining up-to-date and effective systems. In this context, we analyze how AI is redefining diagnoses, treatments and medical research, with a critical focus on the ethical and social issues surrounding this technological advance.

Regarding legislation, the imminent artificial intelligence (AI) revolution in healthcare is redefining paradigms, with the implementation of AI, in particular the deep learning approach, playing a prominent role. Oversight of AI in healthcare has become crucial, requiring the promotion of technological innovations and the creation of a solid regulatory framework to ensure its use for human well-being.

The Bill n. 2338/2023 in Brazil, in line with the General Data Protection Law, proposes a comprehensive principled approach, aiming to regulate AI in healthcare. These principles encompass issues of privacy, ethics, transparency and responsibility, reflecting ongoing international debates.

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

The project also deals with high-risk systems, sandboxes (testing environment used by programmers and developers to safely test new programs, applications and platforms in isolation, without the risk of interfering or damaging any environment, without ramifications on the real world) and the supervision exercised by the National Data Protection Authority, representing a significant advance in the regulation of AI in the country, with an emphasis on the responsible development of this technology.

Using the collection of scientific texts (carried out on the Scielo portals, the Virtual Health Library and the World Health Organization portal) and documents (collected on the Brazilian legislation portal), a critical-narrative review of qualitative bias (Lamy, 2020, pp. 337-340).

1. Structuring technical concepts

Before entering the specific scope of health, it is important to establish some structuring technical concepts that allow for a more in-depth discussion on the topic of this investigation.

1.1 Machine Learning

The goal of machine learning is to train programs using examples. With a substantial number of examples (input), the

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

machine builds hypotheses (output), derived from these data (Mitchell, 1997).

Machine learning is the result of an area of computer science that focuses on the development of algorithms (sequence of logical and structured steps to carry out a task) that allow this learning and adapt accordingly. Machine learning algorithms are designed to find patterns in data and use them to make predictions, suggestions, or decisions.

Inductive inference is one of the main methods used in machine learning. It is a process of generalizing patterns observed in a set of data. The accuracy of inductive inference depends on the quantity and quality of the data. More data and more accurate data lead to more accurate generalizations.

There are three main categories of machine learning: supervised, unsupervised, and reinforcement (Honda et al, 2017).

In supervised learning – the most commonly employed approach (Sas, 2023) – the algorithm is provided with a training data set that includes examples of objects and their desired classifications. The purpose of the algorithm is to enable the automated process of identifying objects and their classifications from examples that have not yet been labeled.

In unsupervised learning, examples are presented to the algorithm without being labeled. The algorithm then analyzes

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

the similarities between the attributes of the examples and groups them based on these similarities. From this analysis, the algorithm tries to identify whether there are natural groupings or clusters among the examples. After identifying the groupings, it is common to conduct additional analysis to understand the meaning of each group within the context of the problem at hand.

In reinforcement learning, the algorithm is not given the correct answer, but is guided by signals of reinforcement, reward or punishment. The algorithm formulates hypotheses based on the examples and evaluates whether these hypotheses were successful or not based on the reinforcing signals. Reinforcement learning finds significant application in fields such as gaming and robotics, and is widely used in these contexts (Honda et al, 2017).

Solving problems through machine learning is not always a simple task and requires certain requirements. First, it is essential to have a solid set of examples, often requiring the construction and ongoing maintenance of that set, as the data is not always ideal. It is crucial to employ techniques to improve data quality when necessary.

Furthermore, it is worth highlighting that not all machine learning algorithms are suitable for solving all types of

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

problems. Therefore, it is important to carefully select the appropriate algorithms for each problem in question.

After training, it is crucial to evaluate whether the algorithm is effectively solving the problem and with what degree of accuracy. Finally, it is important to highlight that machine learning systems must be updated regularly, as changes in data can affect the performance and effectiveness of the system.

Machine learning also depends on two major challenges: (a) making machines understand human language in the same way that humans understand it (natural language processing, in English: NLP), (b) allow machines to perform tasks that normally require human vision, such as object recognition, movement detection, analysis of facial expressions (computer vision).

1.2 Artificial neural networks

Artificial neural networks (ANN) – mathematical models inspired by the structure of biological neural networks – allow machine learning to solve several problems simultaneously. Because of this, they allow deep learning.

The perceptron, one of the most basic learning models in neural networks, was designed by Frank Rosenblatt in 1957 to solve simple linear separation problems. This is a simple

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

learning model composed of a single layer of McCulloch-Pitts - MCP neurons (McCulloch et al, 1943).

This model uses a learning rule based on error correction, that is, on the difference between the desired response (inserted by humans) and the network response (resulting from the application of the algorithm).

The process involves two phases: training and testing. During the training phase, the network is presented with a labeled data set, that is, a data set that contains expected input and output examples. Network parameters, such as weights, are adjusted for each new example, so that the network learns to generate the expected response for each input (Rosenblatt, 1957). After tuning the parameters, the network is evaluated with a different, unlabeled dataset. The network's performance is evaluated based on its ability to generate correct answers to the test examples.

Simple perceptron neural networks, like the original perceptron, can only solve linear problems. For more complex problems, neural networks with more than one layer of neurons are needed. These networks are called multilayer neural networks (multi-layer perceptron – MLP). The most common method for training MLPs is the backpropagation algorithm, which adjusts the weights of connections between neurons in

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

order to minimize the error between the network output and the desired value (Rumelhart; Hinton; Williams, 1986).

Other techniques, such as support vector machines - SVM (Cortes et al., 1995) - began to demonstrate superior results to MLPs in several applications, such as image recognition. However, the scenario changed (Bengio et al., 2015) with the emergence of deep neural networks (DNN).

DNNs are MLPs with multiple hidden layers, which allow them to learn more complex representations of data. DNNs have revolutionized the field of Machine Learning, achieving superior results across a wide range of tasks, including image recognition, Natural Language Processing (NLP), and machine translation.

Deep neural networks (DNNs) were inspired by the human brain's ability to detect local features and perform selection of relevant information. They are currently the most effective machine learning technique for solving problems.

1.3 Artificial intelligence

Starting from the concept that artificial intelligence (AI) is the ability of a non-natural entity to evaluate information received and draw inferences from this information, Boldissera (2023) states that artificial intelligence can be classified into

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

three categories: specialized AI, general AI and superintelligent AI.

Expert AI, also known as narrow or weak AI, is shaped by highly specialized algorithms in specific domains. These systems store large volumes of data and apply algorithms to perform complex tasks, but limited to the scope for which they were developed. This category, which is very developed, includes expert systems and recommendation systems (Granatyr, 2017).

General AI, or strong AI, is structured by algorithms with human-like capabilities across a wide variety of tasks, such as those sought in natural language processing and computer vision. According to Boldissera (2023), this is the stage at which science focuses its current efforts.

Superintelligent AI relies on algorithms that significantly outperform humans at virtually every task. There are still no AI systems with this level of capability and it remains uncertain whether systems more intelligent than humans will be developed in the future (Trueman, 2013).

Successful solutions using AI have in common the ability to solve complex problems efficiently and effectively. These solutions are often based on machine learning techniques, which allow systems to learn from data and adapt to new situations.

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

2. Artificial intelligence in healthcare

We are currently witnessing a new era of industrial transformation, driven by the advancement of information technologies, including artificial intelligence (AI). In this context, machines are no longer limited to repetitive tasks, but also perform cognitive functions, involving the use of what we traditionally consider as intelligence.

Swaminathan (WHO, 2021, p.5) stated in the first global report for guidance and use of AI: artificial intelligence (AI) represents a promising opportunity to improve healthcare on a global scale; it has the potential to improve the speed and accuracy of diagnoses and disease screening, provide support in clinical services and strengthen health investigations, in addition to contributing to the advancement of drug research.

AI is a technology increasingly explored in healthcare. The advancement of future medicine is the focus of research in several countries and Brazil has advanced in the implementation of public health policies that use AI (Lemes, 2020, p.166).

According to Torres (2023), AI has the potential to be a powerful tool for combating tropical diseases, as early detection of outbreaks is one of the applications of AI in public health. It can be used to analyze large sets of patient data, including clinical data, environmental data, and social media data. This

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

can help identify patterns and trends that could indicate an outbreak is in progress.

In areas with limited resources and infrastructure, this technology may be a viable solution for improving disease surveillance. It can be used to automate tasks such as classifying suspected cases, contact tracing and analyzing epidemiological data. This can free up human resources for other activities, such as medical care and health education (WHO, 2021, p.6).

In addition to early detection of outbreaks, neural networks can improve the diagnosis and treatment of tropical diseases, assist in the development of new medicines and vaccines, and expand responses to public health emergencies (SBMT, 2023).

Automation has taken on a certain role in the area of diagnosis, with notable advances. Currently, there are automatic diagnostic systems that have exceptional precision and accuracy, occasionally surpassing even the diagnoses made by healthcare professionals. A notable example is the robot developed by the company iFlytek, which passed China's national medical licensing exam, demonstrating the ability of these technologies to offer reliable, high-quality diagnoses (Costa, 2019).

The evolution of AI is revolutionizing medicine, improving diagnostics and accelerating medical research. With great

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

optimism, Swaminathan (WHO, 2021, p. 5) highlights its global potential in improving health. However, its use raises ethical and data security concerns.

Despite advances, the use of AI in healthcare raises transnational ethical, legal, commercial and social concerns. Many of these concerns are not unique to AI. The use of software and computing in healthcare has challenged developers, governments, and healthcare providers for half a century, and AI presents additional and new ethical challenges that go beyond the purview of traditional regulators and participants in healthcare systems.

Ethical challenges must be adequately addressed if AI is to be widely used to improve human health, notably those of preserving human autonomy and ensuring equitable access to these technologies (WHO, 2021, p.25).

Unbridled optimism regarding the potential benefits of AI must not worsen the unequal distribution of access to health technologies within and between rich and low-income countries. The digital divide could worsen unequal access to health technologies by geography, gender, age or device availability if countries do not take appropriate action. Furthermore, the inappropriate use of AI can also perpetuate or worsen prejudices (OPAS, 2021).

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

Using limited, low-quality, and unrepresentative data in AI can deepen biases and disparities in healthcare. Biased inferences, misleading data analyses, and poorly designed health apps and tools can be harmful. Predictive algorithms based on inadequate or inappropriate data can result in significant racial or ethnic bias (LEME, 2020, p. 117).

2.1 AI in medicine

AI in medicine has as its main focus the creation of programs that can perform diagnoses and offer therapeutic recommendations.

Coiera (2014) explained long ago that programs or expert systems (ES), based on cognitive models of diseases, due to their connections with patient data and clinical symptoms, consider medical decision-making to be a result of controllable reasoning.

ES can be used for a variety of medical applications, including diagnosis, prognosis and therapeutic planning. They have the potential to improve the quality of medical care, making it more accurate, efficient and accessible (Widman, 1998).

The software used in the field of medicine, many of them equipped with artificial intelligence, are the result of an evolutionary trajectory that dates back to the beginnings of the

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

development of expert systems (ES). An important milestone in this process was MYCIN, a system developed at Stanford University in 1970 that stood out for its ability to make diagnoses and recommend medical treatments based on even uncertain or incomplete information.

Artificial intelligence (AI) and robotics have become increasingly important tools in medicine. However, the adoption of these resources by healthcare professionals still faces reasonable obstacles, such as doctors' resistance to losing control of the decision-making process, distrust in the machines' own capabilities and the systems' difficulty in learning.

An example of a medical decision support system (sequence-aware diffusion model for longitudinal medical image generation - SADM) is DXplain, developed at the Computer Science Laboratory at Massachusetts General Hospital, which assists in diagnosis through the analysis of clinical data. It generates a list of the most likely diagnoses and justifies each of them, when necessary. Another example of SADM is the Surgical Risk MED software, which assesses the patient's cardiological and pulmonary risk before surgery (Silva, 2013).

AI and robotics are used to improve the diagnosis and treatment of diseases, as well as to reduce hospital-acquired

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

infections. The use of robots in medicine began in 1985, with the PUMA 560, developed to guide needles during a brain biopsy (Claudio, 2020).

Albert Einstein Hospital, for example, adopted robotic technology in 2008. Since then, a team of doctors specializing in robotic surgeries has used the Vinci Surgical System, a robot surgeon developed by Intuitive Surgical (Claudio, 2020).

Advances in AI and robotics in medicine illustrate how these technologies have the potential to improve the quality of care and patient safety.

The emerging technology of AI is redefining paradigms and is seen as one of the most significant innovations in the field of healthcare. The implementation of AI in the medical field, particularly the deep learning approach, is especially notable (Obermeyer & Emanuel, 2016). It is expected to have a notable effect in the coming years on medical care, the administration of healthcare systems, and the interaction between patients and healthcare services, empowering patients to manage their own data and improve their health (Topol, 2019).

3. Challenges of regulating AI in healthcare

Unlike products that follow traditional regulation, such as medicines and medical equipment, algorithms are always

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

developing and raise many new problems (Rajkomar et al., 2019).

So far, laws and regulations that understand all the new problems have not been produced, only the area of data privacy is advanced, as was done in Brazil with the General Data Protection Law (LGPD), although there are several proposals for more regulatory comprehensive, as is the Brazilian proposal outlined in bill no. 2338/2023 (Jobin; Ienca; Vayena, 2019). At the international level, the focus of discussions has led to the establishment of essential regulatory principles (Richman, 2018), such as ensuring automated decision reviews.

Bill n. 2,338/2023 presents a principle framework (articles 2 and 3) that deals with the implementation and use of artificial intelligence systems in Brazil:

“a) Valuing human dignity; b) Respect for fundamental rights and democratic principles; c) Freedom for the development of individuality; d) Protection of the environment and encouragement of sustainability; e) Equality, non-discrimination, diversity and respect for labor rights; f) Stimulating technological progress and innovation; g) Encouragement of free enterprise, fair competition and consumer protection; h) Privacy protection, data security and control of personal information; i) Encouraging research and development to promote innovation in the productive sectors and the public sector; j) Access to information and education on artificial intelligence systems and their applications; k) Inclusive growth, sustainable development and general well-being; l) Self-determination and freedom of choice; m) Active human participation in the artificial intelligence cycle and effective human

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

supervision; n) Fight against discrimination; o) Justice, equity and social inclusion; p) Transparency, clarity, comprehensibility and auditability; q) Reliability and robustness of artificial intelligence and information security systems; r) Guarantee of due legal process, contestation and contradiction; s) Traceability of decisions throughout the life cycle of AI systems for accountability; t) Responsibility, accountability and full compensation for damages; u) Accountability for AI systems, responsibility for their actions and full compensation for any losses; x) Prevention, precaution and mitigation of systemic risks arising from intentional or unintentional uses, as well as unforeseen effects of artificial intelligence systems; y) Do not harm and maintain the proportion between the methods used and the legitimate purposes of AI systems.” (Federal Senate, 2023).

Presented by the President of the Senate, Rodrigo Pacheco, on May 3, 2023, it proposes the regulation of the use of artificial intelligence in Brazil. This project is based on the work of a commission of jurists and experts who studied the topic and held more than 70 public hearings (STJ, 2023).

The Project follows the regulatory model of the AI Act, approved by the European Parliament in May 2023. This European regulation advocates the need for human supervision, security, transparency and sustainability in the development and application of AI technologies (EU, 2023).

The National Data Protection Authority (ANPD) published a preliminary analysis of Bill no. 2,338/2023. The document presents the points of convergence and conflict between the bill

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

(PL) and the LGPD, reinforcing ANPD's position on promoting innovation in AI, as long as it is done responsibly (ANPD, 2023).

The PL and the LGPD share the objective of protecting the individual and collective rights of holders of personal data, especially with regard to privacy, security and transparency in data processing (ANPD, 2023).

Furthermore, both the PL and the LGPD establish that the controller is responsible for the processing of personal data and must adopt technical and administrative measures to ensure the security and protection of data. The PL's normative provisions grant the holder of personal data a series of rights, such as the right of access, rectification, deletion, portability and opposition to data processing.

Furthermore, the bill assigns to a competent authority defined by the Executive (ANPD) the competence to supervise and apply administrative sanctions in relation to the processing of personal data, and other attributes of artificial intelligence, in accordance with article 32 (Federal Senate, 2023).

The bill establishes objective civil liability for high-risk systems, which are those that present a significant risk to the fundamental rights and freedoms of personal data holders (articles 16, 17 and 18 of bill 2,338/2023). This constitutes a significant advance in relation to the LGPD, which has not been expressed on this matter (BRAZIL, 2023).

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

Also worth mentioning is the bill's regulation of the use of sandboxes, of controlled environments for the development and testing of new technologies. Topic that the LGPD also did not regulate. (ANTT, 2023)

The ANPD recommends that points of conflict between the bill and the LGPD be resolved, especially those that concern the ANPD's legal responsibilities. The Authority also highlights the importance of the bill detailing issues relating to the protection of personal data in sandboxes, especially in high-risk systems (ANPD 2023).

In ANPD's preliminary analysis, this bill is an important step towards the regulation of artificial intelligence in Brazil: "Project Law No. 2338/2023, by establishing principles, guidelines and governance instruments for the development and responsible use of intelligence artificial, represents a significant advance in the regulation of this technology in Brazil" (ANPD, 2023).

Final Considerations

AI is a technology whose use has significant positive potential, but which also presents a series of risks that need to be mitigated.

Ethical and responsible use depends on practical and regulatory consideration of the following aspects, which we summarize:

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

(1) Technical aspects:

a. Prejudice and discrimination (ensure that the use of the technologist does not generate new discrimination, for example, by restricting the usability of analyzes anchored in samples of non-diversified groups);

b. Lack of transparency and intelligibility (ensure the publication of the design of the intelligence used, and that this publication is understandable to all recipients, that is, developers, information providers, health professionals, health managers and users);

c. Lack of control (checking the quality of the inputs and analysis methods undertaken; observing whether the technology's responses are adequate and appropriate to constitutive expectations; ensuring that the machine's suggestions are only revealed if they pass the security, precision and reliability filters effectiveness for defined uses, setting points of human supervision);

(2) Social aspects:

a. Loss of jobs (verify and control the adverse effects of AI that transcend medical issues, such as those with a labor dimension);

b. Social inequality (ensure technology is made available to all audiences);

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

c. Environmental impacts (verify and control the adverse effects of AI that transcend medical issues, such as those with an environmental dimension);

(3) Ethical aspects:

a. Autonomy (ensure that the decision is only suggested by the machine and always taken by the healthcare professional together with the patient; ensure that the people who will decide, in each case, receive the information that was considered in the suggestion and the method that guided the analysis and machine suggestion);

b. Responsibility (ensure that responsibility for possible damages remains human and build accountability models appropriate to the reality of AI, in which the responsibility of technology providers, care systems that use technology, professionals who use the technologies);

c. Privacy (ensure that the use of data is authorized, restricted to those authorized and anonymized, ensuring data confidentiality).

References

BENGIO, Yoshua; LECUN, Yann; HINTON, Geoffrey. Deep Learning. Nature, United Kingdom, 521:436-444, 2015.
 BRAZIL. ANPD publishes preliminary analysis of Bill No. 2338/2023, which provides for the use of Artificial Intelligence: ANPD. Brasília, Available at: <https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/noticias/anpd-publica-analise-preliminar-do->

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

projeto-de-lei-no-2338-2023-que-dispoe -about-the-use-of-artificial-intelligence. Accessed on: 11 Oct. 2023.

BRAZIL. Federal Senate. Bill No. 2338, of 2023. Joint processing with bills Bill 5,051 and 5,691, of 2019; Bill 21, of 2020; Bill 872, of 2021; Bill 3,592, of 2023, which provides for the use of Artificial Intelligence. Available at: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/157233> Accessed on: 11 Oct. 2023.

BRAZIL. Project that regulates AI is presented to the Senate after work by the commission led by Minister Cueva: STJ. Brasília, Available at: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/04052023-Projeto-que-regula-IA-e-presentado-ao-Senado-apos-trabalho -of-the-commission-led-by-the-minister-Cueva.aspx> Accessed on: 11 Oct. 2023.

CLAUDIO, Luiz. Summary on the history and future of robotic surgery. Sanar Community. 2020. Available at: < <https://www.sanarmed.com/ia-o-Primeiro-medico-robo-do-mundo-ja-atende-pacientes-colunistas> >. Accessed on: September 25, 2023.

COIERA, Eurico. Artificial Intelligence in Medicine. Medical Informatics, 4(1):27-46, Jul-Aug 1998.

CORTES, Corinna, VAPNIK, Vladimir. Support vector networks. Mach Learn, Berlin, 20: 273–297, 1995.

COSTA, Ana Carolina. AI: The world's first robot doctor is already treating patients. Sanar Community. 2019. Available at: < <https://www.sanarmed.com/ia-o-Primeiro-medico-robo-do-mundo-ja-atende-pacientes-colunistas> >. Accessed on: September 25, 2023.

European Union (EU). EU AI law: first regulation on artificial intelligence. 2023. Available at: <https://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/society/20230601STO93804/eu-ai-act-first-regulation-on-artificial-intelligence>. Accessed on: October 12, 2023.

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

GRANATYR, Jones. Strong AI vs Weak AI. Expert Academy. 2017. Available at: <<https://iaexpert.academy/2017/01/17/ia-forte-x-ia-fraca/>>. Accessed on: September 25, 2023.

HONDA, Hugo et al. The three types of machine learning. UnB. Brasília. 2017. Available at: <<https://lamfo-unb.github.io/2017/07/27/tres-tipos-am/>>. Accessed on: September 25, 2023.

JOBIN, Anna; IENCA, Marcello; VAYENA, Effy. The global landscape of AI ethics guidelines. Nature Machine Intelligence. London, vol. 1, no. 9, p. 389-399, Sep. 2019.

LAMY, Marcelo. Research Methodology: investigation, argumentation and writing techniques. 2nd ed. rev. current. and ampl. São Paulo: Matrioska Editora, 2020.

LEMES, Marcelle Martins; Lemos, Amanda Nunes Lopes Espiñeira. The use of artificial intelligence in health by the Brazilian Public Administration. Brasília: Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitária, 9(3):166-182, Jul-Sep 2020.

MCCULLOCH, Warren; Pitts, Water. A logical calculation of the ideas immanent in nervous activity. Bulletin of Mathematical Biophysics, p.117-135, 1943.

MITCHELL, Thomas Michael. Machine Learning. New York, NY: McGraw-Hill, 1997.

NATIONAL LAND TRANSPORT AGENCY (ANTT). Experimental regulatory environment. Brazil. 2023. available at: <<https://www.antt.gov.br/sandboxregulatorio>>. Accessed on: October 12, 2023.

OBERMEYER, Ziad; EMANUEL, Ezekiel. Predicting the Future — Big Data, Machine Learning, and Clinical Medicine. New England Journal of Medicine. Waltham, vol. 375, no. 13, p. 1216-1219, Sept. 2016.

Pan American Health Organization (PAHO). Ponto BR Information and Coordination Center. Martínez AL, Ortiz NO, Senne F (ed.). Digital health measurement: methodological recommendations and case studies. São Paulo: Internet Steering Committee in Brazil. 2019.

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

Pan American Health Organization (WHO). Ethics and governance of artificial intelligence for health, 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>. Accessed on: September 27, 2023.

RAJKOMAR, Alvin. et al. Machine Learning in Medicine. New England Journal of Medicine. Waltham, vol. 380, n. 14, p. 1347-1358, apr. 2019.

RICHMAN, Barak. Health Regulation for the Digital Era - Correcting the Incompatibility. New England Journal of Medicine. Waltham, vol. 379, no. 18, p. 1694-1695, 2018.

ROSENBLATT, Frank. The Perceptron - An automaton that perceives and recognizes. Report 85-460-1. USA. Cornell Aeronautical Laboratory. 1957.

RUMELHART, David Everett; HINTON, Geoffrey Everest; WILLIAMS, Ronald. Learning representations by backpropagation errors, Nature, London, 323:533-536, 1986.

SILVA, Cleyton César Souto; VIANNA, Rodrigo Pinheiro De Toledo; MORAES, Ronei Marcos De. Decision Support System: Food Security and the Neural Network Model. Brazilian Journal of Health Sciences. 2013; 16(1): 74-89

Topol, Eric. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. Nature Medicine. United Kingdom, vol. 25, no. 1, p. 44-56, 2019.

TRUEMAN, Charlotte, et al. OpenAI warns of risks of superintelligent AI. Computerworld Brasil, Rio de Janeiro, 14(12):12-14, Jul 2013. Available at: <https://itforum.com.br/computerworld/openai-riscos-ia-superinteligente/>. Accessed on: September 25, 2023.

WIDMAN, Lawrence. Expert Systems in Medicine. Medical Informatics 5(1):2-5, Sep-Oct 1998.

World Health Organization (WHO). Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health. Available at: <https://ppl-ai-file-upload.s3.amazonaws.com/web/direct-files/4747645/63aab737-4a7a-4d22-82a1-d64b2007403f/OMS.pdf>. Accessed on: 12 Oct. 2023.

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

ZHANG, Aston. et al. Dive into Deep Learning. Version 2.0. London, England: Cambridge University Press, 2022.

How to cite:

LAMY, Marcelo; DE MALTA, Klauss Carvalho. Advances and risks for artificial intelligence in healthcare. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 153-180, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

Advances and risks for artificial intelligence in healthcare

Matheus Atalanio - Danilo Fontenele Sampaio Cunha

REFLEXÕES SOBRE A PROTEÇÃO JURÍDICA DOS MIGRANTES INTERNACIONAIS NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 ¹

REFLECTIONS AROUND INTERNATIONAL MIGRANTS' LEGAL PROTECTION IN BRAZIL DURING COVID-19 PANDEMIC

Matheus Atalanio ²

Danilo Fontenele Sampaio Cunha ³

¹ How to cite:

ATALANIO, Matheus; CUNHA, Danilo Fontenele Sampaio. Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 181-232, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

² Matheus Atalanio

Mestre em Direito das Relações Privadas pelo Centro Universitário Sete de Setembro (UNI7). Professor de Direito Internacional da UNI7 e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Membro da ILA Brasil. Pesquisador do Centro de Estudos sobre a Proteção Internacional de Minorias da Universidade de São Paulo (USP). Advogado e consultor jurídico. ORCID: 0000-0002-2520-2712.

E-mail: atalaniomatheus@gmail.com .

³ Danilo Fontenele Sampaio Cunha

Doutor em Filosofia do Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestre em Direito pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Juiz Federal da 11ª Vara do Ceará. Professor de Sociologia do Direito da UNI7. ORCID: 0000-0003-1172-4672.

E-mail: daniloffc@uol.com.br .

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19**Abstract**

This paper seeks to analyze the legal protection of international migrants in Brazil during the COVID-19 pandemic. Migration is a constant in human life and shall not be considered a recent phenomenon, but one that develops itself every year. Brazil has its own legislation that is in line with the Brazilian Federal Constitution and that guarantees the protection of migrants. It turns out that Decree no. 9199/2017, which regulates the Brazilian Migration Act, gives rise to controversial interpretations of the proposed principles and directives, giving rise to difficulties in achieving fully migrants' rights. The following study was structured in three parts, the first topic explains an analysis of the normative evolution of the legal protection of international migrants in Brazil. In the second stage, UNs directives about migration are analyzed, especially those published by UN Migration, and how they seek to establish migrants' protection. The last topic details the mechanisms that the new Brazilian migration policy uses to guarantee the rights of international migrants in the face of COVID-19. As a result, it demonstrates the need for the study given the relevant impacts on the reality of Brazilians and foreigners residing in the country, as it is understood that the country guarantees the rights of displaced persons but has difficulties in enforcing them. In this work, it was applied a deductive method, through a bibliographic analysis of periodicals and official documents published by international organizations.

Keywords: brazilian migration policy. human rights. migration law. pandemic. covid-19.

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar a proteção jurídica dos migrantes internacionais no Brasil durante a pandemia. A migração é uma constante na vida humana, não sendo considerado um fenômeno recente, mas que se desenvolve a

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

cada ano. O Brasil possui sua própria legislação que está adequada com a Constituição Federal e que garante a proteção dos migrantes. Ocorre que, o Decreto nº 9199/2017, regulamentador da lei de migração dá ensejo a interpretações controversas dos princípios e diretivas proposta, ensejando a dificuldade na efetivação dos direitos dos migrantes. O estudo foi estruturado em três partes, o primeiro tópico explicita uma análise da evolução normativa da proteção jurídica dos migrantes internacionais no Brasil. No segundo momento, faz-se a análise das diretivas da Organização das Nações Unidas, em especial aqueles da Organização Internacional para as Migrações, e a forma é auxiliam na proteção dos migrantes. O último tópico detalha os mecanismos que a nova política migratória se utiliza para garantir os direitos dos migrantes internacionais em face da COVID-19. Em virtude disso, demonstra-se a necessidade do estudo diante dos relevantes impactos na realidade dos brasileiros e dos estrangeiros residentes no país, por restar compreendido que o país garante os direitos dos migrantes, mas tem dificuldades na sua efetivação. Neste trabalho, utiliza-se o método dedutivo, por meio de uma análise bibliográfica de periódicos e de documentos oficiais publicados por organizações internacionais. **Palavras-chave:** política migratória brasileira. direitos humanos. direito das migrações. pandemia. covid-19.

Introdução

A globalização operou uma mudança na vida em comunidade. Todos se movem. Tudo é rápido. Nada é controlável. É nessa perspectiva que Zygmunt Bauman (1999) disserta sobre a compressão do espaço-tempo, fator que indica que a sociedade já não opera na mesma velocidade que se acostumou. Isso enseja mudanças na política, na cultura e na economia por meio de um processo *transnacional* que

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

confronta as ciências sociais, tendo em vista desafios teóricos e metodológicos.

É certo que a migração é uma constante na vida humana, que não é, de forma alguma, um fenômeno recente. Pelo contrário, desde os primórdios da humanidade, modifica-se e atualiza-se. É, pois, possível que, em determinado momento da vida e de alguma maneira, todos migremos. Geralmente o fazemos por opção, mas em outras a necessidade nos impele. Podemos migrar por questões políticas, por conta de guerras, por causa de desastres naturais, para encontrar um meio de sobrevivência, para fugir de doenças, para poder viver as próprias crenças, ou por vários motivos, todos acompanhados de dor e separação.

Podemos migrar de empregos ou mesmo de áreas de estudo, redesenhando o traçado original de nossas carreiras, o que traz consigo expectativa e ansiedade. Podemos migrar de situação financeira, passando a desfrutar da abundância ou a desejar o mínimo diário para a sobrevivência. Podemos migrar de nossas condições físicas, passando a viver um mundo o onde o acesso ao comum e garantido é negado, restrito ou irregular. Podemos migrar de condições mentais e enfrentar as sombras da existência.

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

Em todas as hipóteses, enfrentaremos o desconhecido, o medo nos envolverá, estaremos hesitantes e tímidos, vivendo momentos de angústia. Em todas as hipóteses a saudade será companheira, a desigualdade estará presente e o abuso, a violência e a ilegalidade serão nossos vizinhos.

Em todas as hipóteses precisamos de refúgio, segurança e bondade, no respeito à dignidade e preservação da esperança, na confirmação que todas as pessoas pertencem ao mundo e somos iguais na jornada terrestre.

Uma das tendências que se pode afirmar existir no século XXI é justamente a ligação entre a globalização e a migração. Isso indica que cada vez mais países devem vir a ser significativamente afetados pela migração internacional. Além disso, os países de imigração tendem a receber migrantes de uma gama cada vez mais diversificada de países de origem, de modo que a maioria dos países de imigração têm ingressantes de um amplo espectro de origens econômicas, sociais e culturais.

No *World Migration Report 2022*, verificou-se que 281 milhões de pessoas possuem o *status* de migrantes (IOM, 2021). Os problemas ocasionados por essa crise aumentam, consequentemente, os problemas da modernidade, gerando um *mal-estar social* em que o racismo e a xenofobia têm

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

figurado como resposta à falta de políticas públicas adequadas para o trato com o direito dos estrangeiros, seja no plano interno ou no plano global (ATALANIO, 2021).

O Brasil não estaria longe disso, tendo em vista que passa por um dos principais fluxos da América do Sul, sobretudo nos últimos anos, quando a crise política, social e econômica afeta um de nossos vizinhos, a Venezuela. Nos primeiros seis meses de 2019, por exemplo, a movimentação de venezuelanos foi superior a todo o ano de 2018 (OBMIGRA, 2019).

Em 2017, o Brasil promulgou a Lei de Migração, revogando o Estatuto do Estrangeiro, e trazendo *status* de vanguarda à sua política migratória. Trata-se de uma profunda mudança paradigmática entre a norma anterior e a atual. No entanto, algumas disposições previstas pela Lei de Migração ensejavam a regulamentação por meio de um instrumento a ser criado *a posteriori*. Logo, pouco após a publicação da Lei de Migração, entrou em vigor o Decreto nº 9.199/2017, a fim de regulamentá-la.

Ocorre que o Decreto operou de forma diversa do esperado, denotando um verdadeiro retrocesso aos direitos adquiridos pela Lei de Migração ao mitigar o reconhecimento dos direitos conferidos aos migrantes, causando inconformidade com a própria lei regulamentada, a

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

Constituição Federal e os instrumentos internacionais que versam sobre o tema, mormente no que diz respeito a condicionamento econômico para a concessão de visto temporário para tratamento de saúde (art.35), apesar de previsto visto temporário para acolhida humanitária (art.36).

No mesmo rumo de desvirtuamento do caráter humanista da lei, não é convencionalmente admitida a restrição, sequer temporária, do ingresso de imigrantes no país, sob pena de mácula ao previsto no art. 13 da Declaração Universal de Direitos Humanos (que reconhece o direito da livre circulação), mesmo em um período de excepcionalidade, como o período da pandemia causada pelo novo coronavírus.

Sabe-se que, no final de 2019, surgiu na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, uma doença que, em poucos meses, evoluiu, no âmbito das autoridades sanitárias internacionais, para uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) e, posteriormente, no dia 13 de março de 2020, para uma pandemia, devido a ter atingido não só todos os continentes, mas diversos países por todo o mundo (OPAS, 2023). Tal condição atingiu não só os nacionais, mas aqueles deslocados, que migravam de maneira voluntária ou forçada, colocando

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

milhões de pessoas numa situação de risco e de vulnerabilidade.

Visando mitigar a entrada do vírus no país, o Ministério da Justiça e Segurança Pública, em conjunto com o Ministério da Casa Civil e Ministério da Saúde, passou a editar Portarias visando a restrição de ingresso de pessoas através das fronteiras brasileiras. Dentre as diversas portarias, destaca-se a nº 340, de 30 de junho de 2020, que determinou a restrição excepcional de entrada no País de estrangeiros de qualquer nacionalidade pelo prazo de trinta dias, em razão da sua temporalidade.

Embora exista a possibilidade de restrição de ingresso temporário, justificada pela tentativa de mitigar a proliferação do novo coronavírus, as sanções previstas pela portaria nº 340/2020, que previu, dentre outras, a possibilidade de inabilitação de pedido de refúgio, indica claro atentado à normativa internacional e doméstica acerca de tal matéria, sendo que prever a possibilidade de deportação ou repatriação imediata também se mostra contrário ao preceituado pela Lei 13.445/2017, bem como a inabilitação do pedido de refúgio como forma de sanção contraria o Estatuto dos Refugiados, de 1951, incorporado ao ordenamento jurídico doméstico através da Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997.

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

A histórica vulnerabilidade dos não nacionais resta, pois, em questão com a problemática da presente pesquisa, que investiga em que medida a legislação brasileira protegeu juridicamente os migrantes durante a pandemia. Nesse estudo, outros questionamentos surgiram de forma a ilustrar o objeto principal. O Brasil, entendido como um jovem país fruto das migrações, adaptou-se ao cenário atual das migrações contemporâneas? Em que medida pode se dizer que a ONU garante os direitos dos migrantes internacionais e que tipos de diretrizes são propostas pela ONU e por suas organizações associadas? De que modo a nova política migratória brasileira pôde proteger juridicamente os interesses dos migrantes internacionais frente à pandemia?

Trata-se de uma pesquisa voltada para um problema atual e que gera impactos relevantes para a realidade dos brasileiros e dos estrangeiros residentes e migrantes no país, bem como pode impactar nas políticas públicas de migração atualmente vigentes. Justifica-se a partir das próprias previsões da Constituição Federal e da legislação federal a eles consequente. A metodologia utilizada foi de natureza dedutiva, por meio de análise bibliográfica de periódicos e de documentos oficiais publicados por organizações internacionais, como aqueles da ONU, da Organização

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

Internacional para as Migrações (OIM) e do Alto-Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR).

1. A Necessária Evolução Normativa da Política Migratória Brasileira Frente aos Desafios do Milênio

Stephen Castles, Mark J. Miller e Hein de Haas entendem que uma das tendências da atual fase da globalização é um incremento das migrações, sobretudo internacionais, o que indica que, cada vez mais, países devem vir a ser afetados pela troca de experiências econômicas, sociais e culturais, dignas de um multiculturalismo (2014).

As migrações internacionais passam, segundo Catherine Wihtol de Wenden, por uma preocupação mundial (WENDEN, 2016), em que se tornou pauta dos mais diversos países do mundo, sejam eles adeptos de fluxos migratórios intensos ou não. A autora explicita, ainda, que a chave para a compreensão da chamada hipermodernidade é o conflito entre a solidariedade internacional em face da relutância dos Estados em reconhecer o direito de migrar (WENDEN, 2017).

Pode-se questionar se, de fato, existiria algo como um *direito de migrar*. Os adeptos ao entendimento baseiam-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, que, por mais que não tenha o *status* de convenção

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

internacional, possuiu forte relevância para a criação dos Pactos de Nova Iorque. Apesar disso, artigo XIII (2) da DUDH, indica que *“Todo ser humano tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio e a este regressar”* (ONU Brasil, 2023). O texto, sobretudo a sua parte final, pode ensejar questionamentos técnicos. Se um indivíduo possui o direito de migrar, qual o *estado da arte* das fronteiras? Da nacionalidade ou, até mesmo, da soberania? Existindo ou não um direito de migrar, é certo que o mencionado artigo influenciou fortemente a redação do artigo 12 (2), do Pacto Internacional para Direitos Civis e Políticos (PIDCP), de 1966 e, no plano regional, a instituição do artigo 22 (2) da Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH), do ano de 1969, que possuem, inclusive, textos correlatos.

O caráter jurídico que começou a ser firmado no plano internacional não obriga diretamente os Estados, em virtude do *princípio da jurisdição doméstica dos Estados* (REZEK, 2011). Tal princípio limita e, de certo modo, regula o funcionamento do direito internacional enquanto disciplina autônoma (ATALANIO, 2023). Logo, não há, de certa maneira, um modo por meio do qual o direito internacional consiga regulamentar a nacionalidade ou a vida dos migrantes em outros países, desde que eles não queiram (ATALANIO, 2022). Iniciativas como a

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados, de 1951, e o Pacto Global para as Migrações, de 2017 são propostas de destaque – e podem ser bem empregadas pelas organizações internacionais governamentais e não governamentais que se debruçam sobre a temática. Ambas possuem a natureza jurídica de convenção internacional e são, além de obrigatórias, vinculantes; no entanto a maioria das normas que trata da temática migratória são de *soft law*, isto é, obrigatórias, mas não vinculantes (ATALANIO, 2022).

A intensificação dos fluxos migratórios ensejou numa crise migratória e, a partir desse momento, muitos países, internamente, se viram diante de polêmicas com as suas legislações migratórias, sendo, inclusive, obrigados a mudar a forma como condicionavam a estadia dos não nacionais em seus territórios (ATALANIO, 2022). Alguns, como é o caso de Brasil e Argentina, modificaram suas políticas migratórias no sentido de reconhecer os direitos humanos dos migrantes (CULPI, 2017), outros, no sentido de dar força as teses de defesa da soberania estatal.

O advento das *transmigrações* colocou em pauta as políticas migratórias, principalmente dos países com fluxos migratórios intensos (WENDEN, 2016), a exemplo do que ocorreu no Brasil. Assim, diante dos mais recentes fluxos

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

migratórios como é o caso do Haiti, da Síria, e, mais recentemente, da Venezuela, o Brasil decidiu, respaldado pelos Acordos de Residência do Mercosul, além da própria influência da Argentina, modificar a legislação sobre o tema, a fim de que fosse, finalmente, respaldada a ótica humanitária das migrações (ATALANIO, 2022).

A política migratória brasileira é, assim, o conjunto de normas e práticas criadas com a finalidade de regular as migrações externas e internas do país. Na esteira do pensamento proposto pela DUDH e, compreendida a necessidade de adequação da política migratória brasileira com a Constituição Federal de 1988, promulgou-se a Lei de Migração (Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017), momento que a política migratória do Brasil passou por uma mudança de paradigma, ultrapassando a teoria adotada pelo revogado Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980) que não respaldava os direitos humanos, mas a defesa da soberania nacional (ATALANIO, 2022).

Apesar de sua natureza infraconstitucional, a Lei de Migração consiste na mais importante legislação nacional que versa sobre os direitos e as garantias dos migrantes de forma geral. Sob a sua forma específica, cabe ressaltar, ainda, a Lei nº 9.474/1997, também chamada de Estatuto dos Refugiados,

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

que versa justamente sobre a proteção específica para esse sujeito das migrações internacionais (ATALANIO, 2022). Esse documento, além de conceituar, no plano infraconstitucional, esses indivíduos que provém de fluxos migratórios forçados, opta pela vinculação do Brasil às premissas da Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados em 1961 (BRASIL, 1961).

O Brasil passou, assim, a ocupar posição de destaque quanto ao trato da legislação doméstica com os estrangeiros, tendo em vista que confere aos imigrantes uma série de direitos até então conferidos apenas aos nacionais do país (GUERRA, 2018). Os direitos humanos passaram a desempenhar, então, um papel de destaque com a nova legislação. Os estrangeiros, agora chamados de migrantes, passaram a ter seus direitos fundamentais compreendidos pela nova medida. Exemplos disso são as mudanças principiológicas propostas pela nova lei que emergiram no acréscimo de direitos importantes para a vida do migrante no território brasileiro, como é o caso da concessão de visto por acolhida humanitária, da possibilidade de regularização documental e da impossibilidade de expulsão do território nacional por tempo indeterminado (ATALANIO, 2022).

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

O visto temporário por acolhida humanitária consiste em uma importante inovação prevista pela Lei de Migração (CLARO, 2020). Ele pode ser concedido para o apátrida ou ao nacional de qualquer país em grave ou iminente instabilidade institucional, ou de conflito armado, ou de desastre ambiental, ou de grave violação de direitos humanos ou de direito humanitário, ou, por fim, de outras hipóteses que possam vir a ser previstas em regulamento (ATALANIO, 2022). O residente fronteiriço, seja nacional de outro país ou apátrida residente em município limítrofe ao Brasil é, também desde o advento da Lei de Migração, um sujeito a ser protegido pela política migratória nacional. Esse indivíduo pode, mediante requerimento, obter uma documentação específica para que possa praticar atos de sua vida civil (CLARO, 2020).

Talvez a mais interessantes das inovações da política migratória brasileira seja a proteção específica, na legislação infraconstitucional, do apátrida. É certo que o Brasil havia ratificado, no ano de 1954, a Convenção para o Estatuto dos Apátridas e, em 1961, a Convenção para a Redução da Apatridia; no entanto, a Lei de Migração inovou no sentido de instituir, em conformidade com as obrigações internacionais anteriormente assumidas pelo Brasil, à luz do seu artigo 26,

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

ditames acerca da condição jurídica do apátrida (ATALANIO, 2022).

Sidney Guerra ressalta, ainda, que as mudanças propostas pela Lei nº 13.445/2017 ocasionaram muitas críticas por setores considerados mais conservadores da sociedade brasileira, por conta de possibilidades e oportunidades que passarão a ser conferidas aos indivíduos que não são nacionais ou naturalizados. Compreende-se, no entanto, que a legislação trouxe contribuições não só para os que se encontram fora do seu país de origem, mas para o próprio Estado brasileiro, que além de respaldar os direitos humanos provenientes de obrigações internacionais que se vinculou por meio de tratados internacionais de direitos humanos, buscou, também, adequação com a Constituição Federal de 1988 (2018).

Além disso, existem várias organizações internacionais que possuem migração ou questões paralelas em seus interesses de atuação, como, por exemplo, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Agência da ONU para Refugiados (ACNUR). No entanto, deve-se mencionar que a Organização Internacional para as Migrações (OIM) faz parte do Sistema das Nações Unidas como a principal organização intergovernamental que promove a migração humana e

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

ordenada para o benefício de todos, estando presente no Brasil desde 2016 (SENADO FEDERAL, 2018).

2. As Nações Unidas e as suas Diretivas em Torno da Proteção dos Migrantes Internacionais

Após a Segunda Guerra Mundial, no ano de 1951, instituiu-se uma agenda internacional que buscava a resolução de questões ligadas às migrações, sobretudo do deslocamento de indivíduos no continente europeu. Nesse contexto, surgiu o *Comitê Intergovernamental Provisório para o Movimento de Migrantes da Europa*, que, mais tarde, passou por mudanças na sua nomenclatura até que se chegou na terminologia OIM, também chamada de ONU Migração (IOM, 2023).

A OIM é uma organização internacional, de natureza intergovernamental, que foi criada com o objetivo de promover as migrações de uma forma segura e ordenada. Apesar de ter sido instituída há quase 70 anos, observa-se que a organização somente tornou-se parte integrante da ONU no ano de 2016, momento em que obteve o *status* de agência relacionada das Nações Unidas (IOM, 2023).

Desde 1951, também, deve-se ressaltar que um importante tema de migração já havia passado pela estipulação de uma proteção jurídica internacional: o *refúgio* (MOREIRA;

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

GORISCH, 2023). Trata-se de tópico que merece profunda reflexão em virtude das complexidades do direito internacional contemporâneo, que limitam a natureza democrática da disciplina em virtude de um *voluntarismo jurídico* dotado de poucos entraves (ATALANIO, 2023). Diferente de outros tópicos relativos às migrações, o refúgio foi convencionado pela Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951, documento redigido ainda no contexto da Guerra Fria e que possuía a tendência a proteger particularmente os dissidentes soviéticos e do conjunto do bloco comunista (WENDEN, 2016).

Destaque-se que o ACNUR é organização internacional distinta da OIM. Apesar de ambas possuírem natureza intergovernamental, data de criação próxima, também no ano de 1951, o ACNUR funciona de acordo com a sua base jurídica internacional: a Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados, do mesmo ano. O objetivo principal da organização é definir e proteger indivíduos que *migravam de maneira forçada*, visto se encontrarem em uma posição de perseguidos – *ou possuintes de um fundado temor* – diante de cinco características específicas: Raça, nacionalidade, religião, opinião política ou participação em um grupo social (ATALANIO, 2022). Inclusive, apesar do foco ser efetivamente

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

o refúgio, outros sujeitos, sobretudo pela proximidade com a conceituação de refugiado, como os apátridas e os deslocados internos também são amparados pelo ACNUR (IPU, 2009).

Após a *queda do Muro de Berlim*, o direito internacional passou por uma séria mudança de perspectiva. Temas, originalmente internos aos países, passaram a ser, finalmente, objeto de estudo e trabalho da ONU (REZEK, 2008). Com isso, assim como o meio ambiente ou as políticas de gênero, as migrações passaram a ter certo destaque. Com um olhar específico, em que as possibilidades dissertativas não eram, até então, possíveis. Tendo em vista a diversidade de sujeitos existentes (WENDEN, 2016), a OIM, então, passou a suprir a necessidade de uma organização dos fluxos migratórios e dos sujeitos das migrações, sejam eles forçados ou voluntários. Isso reflete-se no mandato da organização, que não trata especificamente de um sujeito específico (ou seus afins) como faz o ACNUR, mas da migração como um todo, visto que seu objetivo é a promoção de uma migração ordenada (IOM, 2017).

Inclusive, a organização possui diversos documentos de autoria própria que ensejam a conceituação dos sujeitos e de institutos referentes à migração. Anualmente, a organização publica o *Glossary on Migration*, um glossário que, apesar de não possuir, com garantias, força jurídica internacional

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

vinculante, atua no sentido de diretiva, caráter programático para a formulação e efetivação de estudos e de políticas públicas referentes às migrações, justamente pelo fato de tentar unificar conceitos ligados às migrações (IOM, 2019).

Outro dos importantes documentos trabalhados pela OIM é o *World Migration Report*, que consiste, como o próprio nome diz, em um relatório que, diferentemente dos *Global Compacts* da própria OIM ou do ACNUR, não traz somente as tendências de fluxos, mas uma determinação sobre os fluxos migratórios, além da sua ligação com cada sujeito em diversas zonas pelo mundo (IOM, 2019).

O Brasil é membro da ONU Migração desde o ano de 2004, e, no ano de 2015, ratificou o Decreto nº 8.503, que define o acordo de sede entre o governo brasileiro e a OIM, antes mesmo da organização se tratar de uma agência associada ao sistema da ONU (SENADO FEDERAL, 2018). A organização trabalha para ajudar a garantir a gestão ordenada e humana da migração, promovendo a cooperação internacional em questões migratórias, com o fito de auxiliar na busca de soluções práticas para os problemas migratórios e fornecer assistência humanitária aos migrantes em necessidade, incluindo refugiados e pessoas deslocadas internamente (OIM, 2023).

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

Em 2015, publicou-se o Marco de Governança da Migração (Migration Governance Framework - MiGOF), que surge com o fito de elaborar na primeira definição de política migratória bem gerenciada. (MARTINEAU, 2016). O documento visa apresentar três princípios e três objetivos que devem ser respeitados de modo que as migrações possam ser consideradas seguras, ordenadas e dignas, beneficiando os próprios migrantes e a sociedade como um todo (IOM, 2015). É grande a importância das publicações da organização, posto, segundo a própria OIM, entende-se não é necessária a criação de convenções ou normas para além das que já existem. Os objetivos garantem que a migração seja governada de maneira integrada e respeitosa, de forma a garantir categorias móveis de pessoas, a fim de garantir oportunidades para a saúde econômica e social do Estado (IOM, 2015), isto é, a problemática maior resta na efetivação, e não na proposição de normas jurídicas destinadas aos migrantes internacionais.

O primeiro princípio do MiGOF visa à integração das práticas migratórias com o direito internacional, isto é, deve-se respeitar, proteger e cumprir os direitos de todos os indivíduos, sejam eles nacionais ou estrangeiros, independentemente de sua nacionalidade ou de seu *status* migratório (OIM, 2015).

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

A própria Lei de Migração amparou as disposições acima. O artigo 4º trata dos direitos, garantias do migrante em território nacional. Nesse artigo, pode-se verificar uma premissa de igualdade entre os nacionais e os estrangeiros, ou, sob a leitura da nova política migratória brasileira, migrantes. Ainda, o inciso II do mesmo artigo, além do repúdio e da prevenção à xenofobia e ao racismo e a quaisquer formas de discriminação, liga-se, também, ao artigo 4º, IV, que trata da não discriminação dos migrantes em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoas foi admitida no território nacional (BRASIL, 2017).

O segundo princípio do MiGOF frisa a necessidade de atribuir políticas públicas baseadas na evidência. As políticas migratórias são objetos de intensos debates políticos, baseando-se em sentimentos compreendidos como populistas (IOM, 2015). Assunto que Catherine Wihtol de Wenden corrobora argumentando acerca da ilusão das ideias nacionalistas de fechamento de um Estado para os estrangeiros, tendo em vista a inevitabilidade dos deslocamentos diante do mundo globalizado do século XXI (2017). Faz-se necessário, então, que o Estado colete e analise dados e informações confiáveis sobre dados demográficos, movimentos transfronteiriços, deslocamentos internos,

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

diásporas, mercados de trabalho, educação e saúde. Ademais, compreender os fluxos migratórios dos quais faz parte é fundamental. A política migratória de um país não é fechada, mas aberta, o que indica dizer que degradações ambientais, mudanças climáticas e crises por diversos motivos acabam por refletir na política migratória pátria, ainda que de forma sazonal (IOM, 2015).

A boa governança de migração depende de parcerias. É o que elucida o terceiro princípio do MiGOF. Pela própria natureza, migração e mobilidade envolvem muitos atores, como Estados, Estados vizinhos, comunidades locais, migrantes e suas famílias, diásporas, empregadores, sindicatos etc., além de dezenas de organizações intergovernamentais e não governamentais cujos mandatos se referem às migrações (IOM, 2015).

Quanto aos objetivos do MiGOF, o primeiro consiste no fato de que a boa governança migratória e as políticas com ela relacionadas devem buscar a promoção do bem-estar socioeconômico dos migrantes, pois compreende que muitos dos motivos que levam os indivíduos ao deslocamento são de natureza econômica (IOM, 2015), até por isso algumas pessoas utilizam o termo migrante econômico para designar os indivíduos que se deslocam por razões econômicas, isto é, a

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

busca pela obtenção melhores empregos e salários, ou seja, basicamente, o trabalhador que exerce atividade remunerada no Estado do qual ele não é nacional (APOLINÁRIO; JUBILUT, 2010). Motivos como a pobreza, instabilidade, falta de acesso à educação ou a saúde podem, inclusive, ensejar no considerável aumento dos fluxos migratórios (IOM, 2015).

O primeiro objetivo lembra-se dos migrantes forçados, isto é, aqueles que são pressionados, perseguidos por algum motivo a cruzar as fronteiras e buscar melhores condições de vida em outro Estado (APOLINÁRIO; JUBILUT, 2010), na medida em que podem ser mais propensos a tanto em condições indesejáveis ou perigosas, inclusive, por vezes, utilizando-se do serviço de recrutadores, mais conhecidos como “coiotes”, contrabandistas e traficantes (IOM, 2015).

Vale ressaltar que tais práticas consistem no único crime previsto na Lei de Migração, que é o crime de promoção de migração ilegal, cujo tipo prescreve “promover, por qualquer meio, com o fim de obter vantagem econômica, a entrada ilegal de estrangeiro em território nacional ou de brasileiro em país estrangeiro” (BRASIL, 2017), previsto pelo artigo 115, dispositivo que acresceu o artigo 232-A do Código Penal brasileiro (ATALANIO, 2022).

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

A boa governança de migração significaria, portanto, promover a estabilidade, a educação e as oportunidades de emprego e reduzir os fatores propulsores da migração forçada, inclusive promovendo a resiliência, permitindo assim que os indivíduos façam a escolha entre permanecer ou migrar, eliminando as obrigatoriedades e permitindo que as vontades prevalecessem (IOM, 2015).

A migração e as leis e políticas relacionadas, portanto, precisam ser projetadas para também promover fortes resultados socioeconômicos para migrantes e comunidades de origem, trânsito e destino. Isso prova-se por alguns dos benefícios das migrações, caso do *brain circulation* (TUNG, 2008), que é o deslocamento de qualificados indivíduos entre países, ou da política de remessas internacionais (WINTERS, 2004), um dos grandes benefícios a ideia de migração, pois consiste em princípio para a redução da pobreza. Ambos os benefícios findam consequentemente na ideia de *brain gain* (CÓ, 2009), ou seja, ganho de cérebros. A própria dinâmica acadêmico-científica ganha com essa troca, seja de forma direta, ou de maneira indireta.

O segundo objetivo baseia-se no fato de que a boa governança da migração se liga às efetivas dimensões de mobilidade das crises, pelo próprio argumento de que a crise

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

possui fortes e significativos efeitos a longo prazo sobre migrantes e a sociedade. Por isso, faz-se necessária uma ação direcionada da comunidade internacional para apoiar migrantes, pessoas deslocadas e comunidades afetadas por crises, de forma que sejam trabalhadas as políticas de prevenção (e preparação) de crises, políticas de recuperação e transição, além do desenvolvimento sustentável (IOM, 2015).

O terceiro objetivo insiste que a migração deve ocorrer de maneira segura, ordenada e digna, mitigando os riscos associados à circulação de pessoas. A manutenção da integridade dos esquemas de migração e mobilidade exige a capacidade de detectar migrações irregulares e proibir atividades transfronteiriças ilegais. As agências de migração e fronteira trabalhariam com as agências nacionais e internacionais de justiça e segurança para coletar, analisar e usar a inteligência da informação, inclusive para combater o terrorismo, além de tráfico de pessoas, contrabando de migrantes e outras atividades criminosas transfronteiriças (IOM, 2015).

Interessante ressaltar que se pode perceber que, de certo modo, várias das teses propostas pela OIM por meio de seus documentos foram incorporadas pelo governo brasileiro, ainda que não se trate de instrumentos *vinculantes* como aqueles

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

previstos por tratados internacionais, conforme evidenciado nesse tópico, o que demonstra a importância da organização para a promoção de uma migração ordenada e segura no século XXI. A estrutura proposta pelo MiGOF, por exemplo, apesar de *toothless*, e de ter uma base mais principiológica do que propriamente vinculativa, encontra avanços, como o foco no pragmatismo e na garantia de *expertise* internacional sobre o tema, além de desafios, como a dificuldade de monitoração e de implementação de suas políticas (AHOUGA, 2023).

Em abril de 2020, publicou-se a Estratégia institucional da OIM sobre Migração e Desenvolvimento Sustentável, que visa vincular a organização e sua visão sobre política migratória com a Agenda 2030 e o desenvolvimento sustentável (IOM, 2020).

A proposta é interessante e desafiadora, ainda mais por ter sido publicada em paralelo à emergência da pandemia. Nesse contexto, a OIM já havia publicado seus objetivos no MiGOF com relação às propostas a serem aplicadas em áreas transfronteiriças, em que a saúde pode ser um fator de problemática.

Além disso, destaca-se o fortalecimento de estratégias de saúde pública para impedir a propagação de doenças e proteger a saúde dos migrantes e da sociedade (IOM, 2015),

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

em que a efetiva política pública consiste no grande objetivo do próximo tópico. Afinal, podem ser questionadas quais diretrizes a ONU Migração, como o MiGOF e a Estratégia institucional da OIM sobre Migração e Desenvolvimento Sustentável conseguiu implementar no Brasil face à pandemia de COVID-19.

3. As Políticas Migratórias Vigentes no Brasil Frente à Pandemia

Após o advento da nova política migratória brasileira, consagrada pela Lei de Migração, legislação tida como *vanguardista* em matéria de regulamentação de condição jurídica de estrangeiros, em que os direitos humanos são o principal ponto de proteção, percebe-se que, apesar do avanço, ainda há muito a se fazer.

A certeza disso encontra-se no Decreto nº 9.199/2017, regulamentador da Lei de Migração (BRASIL, 2017a). Esse documento apresentou complicações para a concretização dos direitos outrora previstos pela última normatização, vez que foram *malquistas* por serem compreendidas como diferentes da originalidade proposta pelo projeto de lei ou, ainda, em alguns momentos, *contra legem*, tendo em vista, por exemplo, discricionariedades possibilitadas em situações de

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

impedimento que não condizem com o viés humanístico proposto pela base principiológica da Lei de Migração, a exemplo da *não criminalização das migrações*, previsto pelo artigo 3º, III, (BRASIL, 2017) e nem pela legislação como um todo. (ATALANIO, 2022).

As conquistas históricas, que haviam sido comemoradas e, de certo modo, consolidadas pela Lei de Migração, foram colocadas em risco. Essa situação agravou-se, ainda mais, quando foi publicada a Portaria nº 666/2019, que retomou a possibilidade de deportação sumária de “pessoas perigosas”. O objetivo da portaria, consoante de sua própria introdução, é a de dispor sobre o impedimento, repatriação e deportação sumária de pessoa perigosa ou que tenha praticado ato contrário aos princípios e objetivos dispostos na Constituição Federal (ATALANIO, 2022). Entende-se que tal prática consiste numa violação dos preceitos outrora respeitados, que se consagrou positivamente pela Lei de Migração e negativamente pelo Decreto regulamentador da legislação.

No entanto, faz-se certo de que o advento da COVID-19 teve de mudar não só as expectativas para os dados da política migratória brasileira *pós-Lei de Migração*, mas de adaptar todos os esforços governamentais para sustentar uma crise de saúde e econômica, vez que a doença mostrou uma alta taxa

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

de transmissividade a ponto de atingir rapidamente não só o continente asiático, mas todo o mundo (OPAS, 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), agência especializada da ONU para saúde (UN, 2023), no dia 30 de janeiro de 2020, declarou que o surto da doença causada pelo SARS-CoV-2, da família do coronavírus, tratava-se de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Essa consiste no mais alto nível de alerta da organização, prevista, inclusive, no Regulamento Sanitário Internacional (OPAS, 2023). No dia 11 de março de 2020, o novo coronavírus, em virtude do critério geográfico, foi caracterizado pela OMS como uma pandemia, atingindo um elevado número de países de todo o mundo (WHO, 2020).

As autoridades mundiais, diante da ausência de um tratamento eficaz, como uma vacina ou um tratamento específico, decretaram políticas de quarentena, *lockdown*, em que se objetivava a não proliferação do vírus que passava originalmente pelo contato físico. Essas políticas, em maior ou menor grau, estabeleceram o fechamento de estabelecimentos considerados não essenciais (BERTO; MENDONÇA; QUIRÓZ, 2020).

Os impactos do novo coronavírus ratificaram-se por toda a sociedade, em diversos setores. No campo da economia,

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

segundo Fundo Monetário Internacional (FMI), os Estados, na falta de uma solução eficiente para o controle da pandemia, adotaram medidas árduas, como a estipulação de políticas de distanciamento social e de quarentena. A perspectiva buscada pelos Estados foi a de minimizar danos como a perda de empregos e vidas humanas, até o momento em que os sistemas de saúde nacionais conseguissem se reerguer. Nesse momento, o objetivo visava a obtenção de tempo para que fossem criadas soluções permanentes, como tratamentos e, possivelmente, uma vacina (IMF, 2020).

No campo da saúde o impacto foi agressivo. O embate entre a economia e o direito à saúde dos indivíduos foi o mote principal dos questionamentos. No Brasil, o direito à saúde possui disposição constitucional por força do artigo 196, e deve ser compreendido como direito universal. No entanto, a falta de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) levou as autoridades de saúde brasileiras, e de muitos brasileiros, a um estado de pânico e desespero (SANTOS, 2022).

A resposta do governo federal iniciou com a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 188/2020, inspirada, notadamente pela Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) da OMS. Pouco

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

depois, foi editada a Lei nº 13.979/2020, que foi cunhada por “Lei da Quarentena”. Nessa legislação é que foi adotada uma política de combate à ESPII e, em março de 2020, o Congresso Nacional reconheceu, por meio do Decreto Legislativo nº 06, de 20 de março de 2020, o estado de calamidade pública para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020, que possibilitaria a utilização de medidas de alto custo para o enfrentamento do novo coronavírus (RAMOS, 2020).

O governo brasileiro, ainda em março de 2020, tomou medidas próximas às que foram adotadas por outros países ao falar de quarentena. Uma delas foi a recomendação para cancelamentos de eventos e de cruzeiros turísticos, outra foi, em virtude do receio da proliferação do vírus pelo contato físico, a política de *home office* e de suspensão das aulas presenciais, além do investimento em leitos de UTI e na contratação de médicos em regime emergencial (SHALDERS, 2020). No dia 19 de março de 2020, o governo federal publicou a Portaria nº 125/2020, que restringiu, de forma excepcional, a entrada de estrangeiros oriundos de determinados países por recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tratou-se do fechamento de fronteiras terrestres,

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

sobretudo de países fronteiriços como Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana Francesa, Guiana, Paraguai, Peru e Suriname (BRASIL, 2020).

Faz-se certo de que tais medidas não são aplicadas aos brasileiros, ainda que residentes fora do país, tendo em vista a interpretação ampliativa da previsão constitucional da vedação à pena de banimento (RAMOS, 2020). Entretanto, também é certo que a medida, fundamentada na proteção à vida e à saúde, mesmo que temporária e excepcional, impediu o ingresso de não nacionais, salvo poucas exceções e que ensejou questionamentos relevantes sobre os demandantes de refúgio e de acolhida humanitária (RAMOS, 2020).

Isso tudo restou ainda mais difícil para os migrantes, em virtude de sua condição social e dos desafios por eles travados em razão de aspectos socioeconômicos, políticos, religiosos, culturais *etc.* Nesse caso, não só os migrantes são entendidos como vulneráveis, mas portadores de vulnerabilidades sobrepostas (ANNONI, 2020).

André de Carvalho Ramos disserta sobre o efeito transnacional que as doenças possuem ao não reconhecer as fronteiras políticas delimitadas pelos Estados (RAMOS, 2020). Isso indica que a resposta adequada para uma problemática

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

dessa estirpe demanda uma resposta coordenada para evitar a perda de eficiência dos esforços já empregados.

Além da interpretação do Supremo Tribunal Federal acerca do artigo 5º da Constituição Federal (Informativo 502), que prega a indistinção entre brasileiros e estrangeiros residentes e não residentes no Brasil (ATALANIO, 2022), deve-se mencionar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em seu artigo XIV, indica que *“Todo ser humano, vítima de perseguição, tem o direito de procurar e de gozar e asilo em outros países”* (ONU Brasil, 2023). O documento, apesar de controvérsias sobre o seu caráter vinculante, é compreendido como uma diretriz para a aplicação internacional dos direitos humanos.

Pode-se falar também em documentos internacionais clássicos de natureza vinculante como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP, Decreto Legislativo nº 226, de 12 de dezembro de 1991 e Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992), a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH) – aprovada em 22 de novembro de 1969 pelos Estados Membros da Organização dos Estados Americanos (O conhecido Pacto de San José da Costa Rica entrou em vigor no Brasil em 25 de setembro de 1992, com a promulgação do Decreto 678/1992. Por sua vez, em 1998,

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

houve o reconhecimento da jurisdição contenciosa da Corte Interamericana de Direitos Humanos - Corte IDH, por meio do Decreto Legislativo 89/1998) e, numa perspectiva temática, a Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados, que veda, por meio do seu artigo 33, o devolvimento de um indivíduo para um Estado que possua fundado temor de *perseguição odiosa* (ACNUR, 1951).

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) apresentou um *plano de resposta global* com vistas a reduzir o impacto do novo coronavírus aos objetivos de migração ordenada e segura propostos pela organização. Esses documentos, apesar de não conter um *status* vinculativo aos Estados, conforme visto anteriormente, podem influenciar a instituição de políticas públicas eficientes e coordenadas entre os países (IOM, 2020b). O plano de resposta alinhou-se aos objetivos da OMS e do Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (ENUCAH), tendo em vista o caráter humanitário de um projeto dessa magnitude.

O plano de resposta elaborado pela OIM visou focar em quatro prioridades estratégicas nos níveis internacional (ou comunitário), regional e, também, nacional. Inicialmente, visa-se apresentar uma coordenação, além de parcerias eficazes que possam ensejar não só à migração segura, mas um

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

rastreamento dos fluxos migratórios. Em segundo lugar, é um objetivo instituir medidas que reduzam a mortandade dos indivíduos nas situações de migração. Em terceiro lugar, buscou-se empreender esforços para garantir o acesso das pessoas afetadas a serviços e produtos básicos, incluindo cuidados de saúde e a proteção de serviços sociais. Por fim, e em quarto lugar, visa-se apoiar parceiros internacionais, nacionais e locais para responder aos impactos socioeconômicos proporcionados pela COVID-19 (IOM, 2020b).

Não se pode olvidar que o governo federal apresentou respostas governamentais no sentido de amparar os migrantes na efetivação pelos seus direitos fundamentais, não fazendo distinção entre nacionais e não nacionais, tendo em vista a universalidade do sistema de saúde brasileiro, prevista pelo artigo 196 da Constituição Federal (ATALANIO, 2022).

Em termos econômicos foi implementado o auxílio emergencial, de acordo com o Ministério da Cidadania, consistiu em um benefício de R\$ 600,00 (seiscentos reais) concedido aos brasileiros em uma situação mais vulnerável durante a pandemia evocada pelo novo coronavírus, a fim de garantir uma renda mínima aos brasileiros tendo em vista que

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

o impacto da doença nas atividades econômicas (MARINS; RODRIGUES; SILVA; SILVA, 2021).

Ainda, necessário comentar que os imigrantes residentes no Brasil, inclusive aqueles detentores do *status* de refugiados, são parte da população que puderam receber o auxílio emergencial. Isso decorreu do fato de não haver nenhum impedimento à adesão de imigrantes que se enquadrem nos requisitos exigidos para a obtenção do benefício de natureza social (DELFIM, 2020). A aplicação do benefício social aos migrantes consistiu em uma efetivação de direitos humanos previstos não só pela Lei de Migração e pela Constituição Federal, mas por tratados internacionais que versam sobre direitos humanos, como o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de forma global, ou, de forma regional, a Convenção Americana de Direitos Humanos.

A Operação Acolhida, resposta humanitária ao fluxo venezuelano coordenada pelo Governo Federal que, em 2018, implementou a estratégia de interiorização para oportunizar às pessoas venezuelanas a realocação voluntária e gratuita a estados brasileiros com mais oportunidades de integração socioeconômica, também estabeleceu um plano de resposta, chamado de “Plano Emergencial de Contingenciamento para a COVID-19”, que estabeleceu normas gerais para a prevenção,

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

controle e tratamento da doença, tendo como os públicos-alvo os migrantes e refugiados; os militares da Força-Tarefa Logística Humanitária e todos os demais atores humanitários da Operação Acolhida, com previsão de atividades nas tarefas de Ordenamento da Fronteira, Abrigamento, Interiorização e atividades administrativas, incluindo abrigos, Postos de Recepção e Informação (PRI), Postos de Interiorização e Triagem (PITrigs) e Posto de Recepção e Apoio (PRI) (CERÁVOLO; FRANCHI; PEREIRA, 2020).

A COVID-19 impactou significativamente a vida dos migrantes no Brasil e, sobretudo, seus movimentos migratórios (CASTRO; RIBEIRO, 2020). A escolha dos governantes brasileiros de optar por políticas de distanciamento social e de quarentena ensejou uma série de dificuldades para a vida dos migrantes no país, visto que muitos trabalham e vivem em regiões de fronteira e, devido a impossibilidade de deslocamento, percebeu-se que o direito à liberdade de locomoção foi, notadamente, limitado contingencialmente. André de Carvalho Ramos, por exemplo, exemplifica a inabilitação do pedido de refúgio, que ofende as disposições da Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados (e da Lei nº 9.474/1997), além do artigo 3º, IV da Lei de Migração, que trata do princípio da acolhida humanitária (2020).

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

Numa perspectiva normativa, pode-se dizer que é notória a evolução da política migratória brasileira após o advento da Lei de Migração, mas é também certo que o Decreto nº 9.199/2017, bem como outros decretos posteriores impactam na dificuldade de efetivação de direitos. Além disso, por mais que o governo brasileiro tenha proposto políticas públicas como o auxílio emergencial ou aquelas relativas à informação dos migrantes internacionais sobre os seus direitos, na prática, políticas como o fechamento de fronteiras, inclusive internas, reduzem a proteção.

Considerações Finais

Os migrantes internacionais são indivíduos dotados de vulnerabilidades múltiplas, seja pelo ato de sair do seu local de origem ou de residência habitual, ou por ter que se adaptar a uma cultura diversa da sua.

No Brasil, a Constituição Federal prega a indistinção entre nacionais e não nacionais, mas deixa que a legislação infraconstitucional regule os direitos dos migrantes no país. A condição jurídica do estrangeiro é regida pela Lei de Migração (Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017) que consiste no principal documento da política migratória brasileira e que ensejou uma mudança de paradigma ao tratar das políticas

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

direcionadas aos estrangeiros, passando a enxergar o migrante internacional como um sujeito de direitos.

A legislação, apesar de vanguardista, encontra dificuldades para a efetivação das diretivas propostas por ela mesma. O seu principal obstáculo é o Decreto nº 9.199/2017, regulamentador da Lei de Migração. Esse instrumento limita e, por vezes, enseja uma nova regulação quase contrária aos objetivos que a legislação-matriz objetiva, posto que as discricionariedades tornaram a aparecer.

O Brasil, como membro fundador da ONU, possui uma série de deveres com a comunidade internacional. A organização possui um sistema global protetivo dos direitos humanos, em que existem fundos, programas, agências especializadas como o Alto-Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e, também, agências associadas ou relacionadas como a Organização Internacional para as Migrações (OIM).

A OIM, atualmente, é a principal responsável pela manutenção das migrações de forma ordenada e segura, impedindo problemas de maior natureza. Referida organização, apesar de não possuir um poder vinculante nas suas disposições, e de, até o presente momento, ainda não poder estabelecer uma proteção jurídica em direito

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

internacional como se consegue com os refugiados, publica diversos documentos internacionais que podem auxiliar na conceituação e, também, na elaboração de políticas nacionais e internacionais de promoção e proteção das migrações ordenadas e seguras.

Alguns desses documentos, como o Marco de Governança da Migração (Migration Governance Framework - MiGOF), enseja a modificação não da legislação propriamente dita, mas da forma como ela deve ser observada e, nessa perspectiva, faz-se importante a verificação dos seus ditames que, apesar de não vinculantes, podem influenciar na formulação de políticas vindouras.

A emergência de um vírus de rápida proliferação ensejou milhares de mortes não só no Brasil, mas no mundo inteiro. O impacto do vírus foi numeroso não só em vítimas, mas também se pode dizer que houve um forte impacto na saúde, sobretudo por não haver leitos de UTI suficientes para os doentes.

A nova política migratória brasileira protege os direitos dos migrantes de forma presente, mas limitada, tendo em vista a decisão de muitos países, inclusive o Brasil, optaram pelo fechamento das fronteiras locais e nacionais ao verificar que, à época, não havia um tratamento ou vacina específica para a cura da COVID-19. O fechamento das fronteiras para os

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

estrangeiros acabou atingindo sobretudo os demandantes de refúgio e de acolhida humanitária, o que levanta dúvidas sobre possíveis irregularidades face às obrigações internacionais que o Brasil assumiu anteriormente, bem como por ser a saúde consistente em um direito universal que é constitucionalmente assegurado aos brasileiros e aos estrangeiros residentes ou não residentes no país.

Vale mencionar que o impacto do fechamento das fronteiras foi significativo também para a economia, que ensejou a criação de um plano de resposta emergencial, que consistiu em um benefício social concedido aos indivíduos que haviam perdido parte importante de sua renda, como os trabalhadores informais. Esse auxílio foi, também, concedido aos migrantes, o que prova a indistinção constitucional entre os nacionais e os não nacionais no país.

Por mais que o governo brasileiro tenha proposto políticas públicas como o auxílio emergencial ou aquelas relativas à informação dos migrantes internacionais sobre os seus direitos, entendemos que o fechamento de fronteiras violou a Constituição Federal, os tratados internacionais atinentes e a própria legislação federal quando diferenciou brasileiros e estrangeiros, maculando, à luz da perspectiva da

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

universalização dos Direitos Humanos, a devida acolhida humanitária e a não discriminação.

Referências

ACNUR. Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados. *Alto-Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR)*. 1951. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf. Acesso em: 18 dez. 2023.

AHOUGA, Younes. Managing migration by encompassing the role of the state: the IOM and the Migration Governance Framework. In: PÉCOUD, Antoine; THIOLLET, Hélène. *Research Handbook on the Institutions of Global Migration Governance*. Edward Elgar Publishing, 2023.

ANNONI, Danielle. Mulheres migrantes e pandemia: vulnerabilidades sobrepostas diante da securitização internacional de fronteiras, p. 323-335. In: BAENINGER, Rosana; VEDOVATO, Luís Renato; NANDY, Shailen (coord.). *Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19*. Campinas: Núcleo de Estudos Elza Berquó – Nepo Unicamp, 2020. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/miginternacional/miginternacional.pdf#page=323>. Acesso em: 18 dez. 2020.

APOLINÁRIO, Silvia Menucci de Oliveira Selmi; JUBILUT, Liliana Lyra. A necessidade de proteção internacional no âmbito da migração. *Revista Direito GV*. Faculdade de Direito da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. v. 6, n. 1, p. 275-294, jan-jun 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/wzVCCYn6Jzm9FGdyWWhdxSB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2023.

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

ATALANIO, Matheus. *A política migratória brasileira e a responsabilidade civil do Estado*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2022.

ATALANIO, Matheus. Brasil, multiculturalismo e combate ao racismo. *Focus.jor*. 13 maio 2021, 15:25. Disponível em: <https://focus.jor.br/brasil-multiculturalismo-e-o-combate-ao-racismo-por-matheus-atalanio/>. Acesso em: 3 jun. 2021.

ATALANIO, Matheus. Direito internacional e democracia brasileira: um diálogo necessário. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 14, n. 40, Boa Vista, 2023. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/1125>. Acesso em: 9 dez. 2023.

BAUMAN, Zygmunt. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BERTO, Isadora Volpon; MENDONÇA, Samuel; QUIRÓZ, Julia Costa. O acolhimento de refugiados para Peter Singer e sua eficácia em tempos de coronavírus, p. 312-322. In: BAENINGER, Rosana; VEDOVATO, Luís Renato; NANDY, Shailen (coord.). *Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19*. Campinas: Núcleo de Estudos Elza Berquó – Nepo Unicamp, 2020. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/miginternacional/miginternacional.pdf#page=323>. Acesso em: 18 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 50.215, de 28 de janeiro de 1961. Promulga a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados, concluída em Genebra, em 28 de julho de 1951. *Presidência da República*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d50215.htm. Acesso em: 30 jul. 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei de Migração. *Presidência da República*. 2017a.

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9199.htm. Acesso em: 18 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.445/2017. Institui a Lei de Migração. *Presidência da República*. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Portaria nº 125, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Presidência da República*. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/po/portaria-125-fechamento-fronteiras.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CASTLES, Stephen; MILLER, Mark J.; HAAS, Hein de. *The Age of Migrations: International Population Movements in the Modern World*. 5. Ed. Nova Iorque: Palgrave Macmillan, 2014.

CASTRO, Emília Lana de Freitas; RIBEIRO, Marilda Rosado de Sá. A pandemia da Covid-19 e suas consequências para os movimentos migratórios no mundo, p. 119-131. In: BAENINGER, Rosana; VEDOVATO, Luís Renato; NANDY, Shailen (coord.). *Migrações internacionais e a pandemia de COVID-19*. Campinas: Núcleo de Estudos Elza Berquó – Nepo Unicamp, 2020. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/miginternacional/miginternacional.pdf#page=323>. Acesso em: 13 ago. 2020, p. 119.

CERÁVOLO, Luiz Eduardo Santos; PEREIRA, Dan Milli; FRANCHI, Tássio. O COVID na linha de frente da Operação Acolhida, p. 109-113. In: RODRIGUES, Anselmo de Oliveira. *Coletânea do Observatório Militar da Praia Vermelha*. Rio de Janeiro: ECEME, 2020. Disponível em: <http://ompv.eceme.eb.mil.br/images/publicacoes/anua/Anuario>

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

OMPV-_2020_-_ajustado.pdf#page=108. Acesso em: 18 dez. 2023.

CLARO, Carolina de Abreu Batista. Do Estatuto do Estrangeiro à Lei de Migração: avanços e expectativas. *Boletim de Economia e Política Internacional*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9820>. Acesso em: 11 dez. 2023.

CÓ, João Ribeiro Butiam. Teorias e dinâmicas migratórias internacionais: algumas experiências africanas de “brain drain”, “brain circulation” e “brain gain”. *Socius Working Paper*. Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1205/1/WP_2_2009.pdf. Acesso em: 11 dez. 2023.

CULPI, Ludmila Andrzejewski. Nova lei de migrações brasileira: inspiração no modelo da lei migratória argentina. IV Workshop de pesquisa em relações internacionais da UFPR. *Núcleo de Pesquisa em Relações Internacionais (NEPRI)*. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017. Disponível em: http://www.humanas.ufpr.br/portal/nepri/files/2012/04/Nova-lei-de-migrações-brasileira_Inspiração-no-modelo-da-lei-argentina.pdf. Acesso em: 11 dez. 2023.

DELFIM, Rodrigo Borges. Imigrantes e refugiados têm direito a auxílio emergencial criado em meio ao Covid-19. *MigraMundo*. 8 abr. 2020, 18:50. Disponível em: <https://www.migramundo.com/imigrantes-e-refugiados-tem-direito-a-auxilio-emergencial-criado-em-meio-ao-covid-19/>. Acesso em: 13 dez. 2023.

GUERRA, Sidney. A nova Lei de Migração no Brasil: Avanços e Melhorias no Campo dos Direitos Humanos. *Revista de Direito da Cidade*, v. 9, n. 4, p. 1.717-1.737. 2018. Disponível em: <https://www.e->

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/28937/21967.
Acesso em: 28 abr. 2020, p. 1.722.

IMF. World Economic Outlook. *International Monetary Fund (IMF)*. Washington, 1 maio 2020. Disponível em: <https://www.imf.org/~media/Files/Publications/WEO/2020/April/English/text.ashx?la=en>. Acesso em: 18 dez. 2023.

IOM. About IOM. *International Organization for Migration (IOM)*. 2023. Disponível em: <https://www.iom.int/about-iom>. Acesso em: 9 dez. 2023.

IOM. IOM global strategic preparedness and response plan: coronavirus disease 2019. *International Organization for Migration (IOM)*. Fevereiro-Dezembro 2020b. Disponível em: https://www.iom.int/sites/default/files/default/iom_covid19_appel_15.04.2020.pdf. Acesso em: 18 dez. 2023.

IOM. IOM Institutional Strategy on Migration and Sustainable Development. *International Organization for Migration (IOM)*. 2020a. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/iom-institutional-strategy-migration-and-sustainable-development>. Acesso em: 11 dez. 2023.

IOM. World Migration Report 2022. *International Organization for Migration (IOM)*. 2021. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>. Acesso em: 19 dez. 2023.

MARINS, Mani Tebet; RODRIGUES, Mariana Nogueira; SILVA, Jéssica Maldonado Lado da; SILVA, Karen Cristina Martins da. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. *Sociedade e Estado*, v. 36, p. 669-692, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/xJ7mwmL7hGx9dPDthGYM3m/>. Acesso em: 18 dez. 2023.

MARTINEAU, David. Migration in the UN Sustainable Development Goals IOM implementation strategy. *Global Forum on Migration and Development*. Genebra, 2016.

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

Disponível em:
<https://policycommons.net/artifacts/2105637/migration-in-the-un-sustainable-development-goals-iom-implementation-strategy/2860935/>. Acesso em: 11 dez. 2023.

MOREIRA, Vaninne Arnould de Medeiros, GORISCH, Patrícia. Crianças refugiadas no Brasil: desafios em tempos de pandemia. *Global Health Law Journal*, v. 01, n. 02, p. 159-191, Santos, 2023. Disponível em:
<https://periodicos.unisanta.br/index.php/GHL/article/view/3868/2627>. Acesso em: 11 dez. 2023.

OBMIGRA. Relatório anual 2019: Imigração e refúgio no Brasil. OBMIGRA. 2019. Disponível em:
<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>. Acesso em: 19 dez. 2023.

OIM. Marco de Governança de Migração (MiGOF). *Organização Internacional para as Migrações (OIM)*. 2015. Disponível em:
https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/about-iom/migof_brochure_a4_en.pdf. Acesso em: 11 dez. 2023.

ONU Brasil. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/por.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2023.

ONU BRASIL. Organização Internacional para as Migrações fortalece vínculos com a ONU. *Organização das Nações Unidas Brasil (ONU BRASIL)*. 20 abr. 2017. Disponível em:
<https://nacoesunidas.org/organizacao-internacional-para-as-migracoes-fortalece-vinculos-com-onu/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

OPAS. Folha informativa – COVID-19: histórico da pandemia de COVID-19. *Organização Panamericana de Saúde (OPAS)*. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 18 dez. 2023.

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

RAMOS, André de Carvalho. Construindo muralhas: o fechamento de fronteiras na pandemia do COVID-19, p. 109-118. In: BAENINGER, Rosana; VEDOVATO, Luís Renato; NANDY, Shailen (coord.). *Migrações internacionais e a pandemia de COVID-19*. Campinas: Núcleo de Estudos Elza Berquó – Nepo Unicamp, 2020. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/miginternacio nal/miginternacional.pdf#page=323>. Acesso em: 18 dez. 2023.

RAMOS, André de Carvalho. *Curso de Direitos Humanos*, 6. Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

REZEK, Francisco. *Direito Internacional Público: curso elementar*. 13. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

REZEK, Francisco. Preâmbulo, p. 30-31. In: BRANT, Leonardo Nemer Caldeira. *Comentário à Carta das Nações Unidas*. Belo Horizonte: CEDIN, 2008.

SANTOS, Alexsandra Almeida dos. *Enfrentamento da pandemia: reestruturação para unidades de terapia intensiva COVID-19*. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/37328>. Acesso em: 18 dez. 2023.

SENADO FEDERAL. Agência da ONU para as migrações: breve introdução, migrantes internacionais. *Senado Federal*. 2018. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/a685d878-5312-4ff2-8f4e-8464322da0f6>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SHALDERS, André. Quais são as principais medidas do governo brasileiro contra o Coronavírus até agora? *BBC News Brasil*. 14 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51889723>. Acesso em: 18 dez. 2023.

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

TUNG, Rosalie L. Brain circulation, diaspora, and international competitiveness. *European Management Journal*, v. 26, n. 5, p. 298-304, 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0263237308000388>. Acesso em: 11 dez. 2023.

UN. UN System. *United Nations (UN)*. 2023. Disponível em: <https://www.un.org/en/sections/about-un/funds-programmes-specialized-agencies-and-others/index.html>. Acesso em: 18 dez. 2023.

WENDEN, Catherine Wihtol de. As novas migrações. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 13, n. 23, p. 17-23, 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2016/09/1-sur-23-portugues-catherine-wihtol-de-wenden.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.

WENDEN, Catherine Wihtol de. *Faut-il ouvrir les frontières?* 3. Ed. Paris: Presses de Sciences Po, 2017.

WENDEN, Catherine Wihtol de. *La question migratoire au XXIème siècle: migrants, réfugiés et relations internationales*. 3. Ed. Paris: Sciences Po, 2017.

WHO. Novel Coronavirus (2019-nCov): Situation report – 1. *World Health Organization (WHO)*. 21 jan. 2020, Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4. Acesso em: 18 dez. 2023.

WINTERS, L. Alan. Migration and Development: How to make migration work for poverty reduction. v.1, 2004. *House of Commons International Development Committee*. Disponível em: https://publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmin_tdev/79/79.pdf. Acesso em: 11 dez. 2023.

Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19

How to cite:

ATALANIO, Matheus; CUNHA, Danilo Fontenele Sampaio. Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil Durante a Pandemia de Covid-19. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 02, n. 01, p. 181-232, 2024, available at: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>

**Reflexões sobre a Proteção Jurídica dos Migrantes Internacionais no Brasil
Durante a Pandemia de Covid-19**

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 science, law, and global health. The title is prominently displayed in the center-left in a bold, white, sans-serif font.

GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL