

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Wilson Medeiros Pereira

**ASPECTOS JURÍDICOS, SOCIAIS E DA SAÚDE GERADOS PELA PANDEMIA DA
COVID-19**

Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

Setembro de 2023



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE – PPGCS



Wilson Medeiros Pereira

**ASPECTOS JURÍDICOS, SOCIAIS E DA SAÚDE GERADOS PELA PANDEMIA DA
COVID-19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Educação em saúde, avaliação de programas e serviços.

Orientador: Prof. Dr. Hercílio Martelli Júnior.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Daniella Reis Barbosa Martelli

Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

Setembro de 2023

UNIVERSIDADE ESTADUAL DEMONTES CLAROS - UNIMONTES

Reitor: Prof. Dr. Wagner de Paulo Santiago

Vice-reitor: Prof. Dr. Dalton Caldeira Rocha

Pró-reitora de Pesquisa: Profa. Dra. Maria Das Dores Magalhães Veloso

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Dr. Otávio Cardoso Filho

Coordenadoria de Iniciação Científica: Profa. Dra. Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Profa. Dra. Sara Gonçalves Antunes

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Dr. Marlon Cristian Toledo Pereira

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato sensu*: Prof. Dr. Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto sensu*: Prof. Dr. Diego Dias de Araújo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio

P436a

Pereira, Wilson Medeiros.

Aspectos jurídicos, sociais e da saúde gerados pela Pandemia da COVID-19[manuscrito]/ Wilson Medeiros Pereira. –2023.

167f. : il.

Inclui Bibliografia.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde /PPGCS, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Hercílio Martelli Júnior.

Coorientadora: Profa. Dra. Daniella Reis Barbosa Martelli.

1.COVID-19 - Pandemia. 2. Neoplasias de cabeça e pescoço – Tratamento - Pandemia.3. Perícia virtual. 4. Poder judiciário federal. 5. Pandemia – Aspectos sociais –Solidariedade. 6. Vulnerabilidade - Presidiários - Povos indígenas.I. Martelli Júnior,Hercílio. II. Martelli, Daniella Reis Barbosa. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Anexo nº FA Tese Wilson Medeiros Pereira/UNIMONTES/PRPG/PPGCS/2023

PROCESSO Nº 2310.01.0010799/2023-71

FOLHA DE APROVAÇÃO

Data da Defesa: 15/09/2023 - webconferência, via plataforma “Meet”

NOME DO(A) DISCENTE: WILSON MEDEIROS PEREIRA

() Mestrado Acadêmico em Ciência Da Saúde

(x) Doutorado Acadêmico em Ciências Da Saúde

TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC):

“ASPECTOS JURÍDICOS, SOCIAIS E DA SAÚDE GERADOS PELA PANDEMIA DA COVID-19”.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Prog. e Serviços

BANCA (TITULARES)

Prof. Dr. Hercilio Martelli Júnior videoconferência)	-	ORIENTADOR (participação à distância por
Prof. ^a Dr. ^a Daniella Reis Barbosa Martelli videoconferência)		(participação à distância por
Prof. Dr. Marcos José Burle de Aguiar videoconferência)		(participação à distância por
Prof. ^a Dr. ^a Carla Silvana de Oliveira e Silva videoconferência)		(participação à distância por
Prof. ^a Dr. ^a Vallisney de Souza Oliveira videoconferência)		(participação à distância por
Prof. Dr. Daniel Firmato de Almeida Glória videoconferência)		(participação à distância por

BANCA (SUPLENTES)

Prof.^a Dr.^a Marise Fagundes Silveira
Prof. Dr. Cynara Silde Mesquita Veloso

A análise realizada pelos membros examinadores da presente defesa pública de TCC teve como resultado parecer de:

[x] APROVAÇÃO [] REPROVAÇÃO



Documento assinado eletronicamente por **Hercilio Martelli Junior, Professor de Educação Superior**, em 18/09/2023, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniella Reis Barbosa Martelli, Usuário Externo**, em 18/09/2023, às 10:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Silvana de Oliveira e Silva, Professor(a)**, em 19/09/2023, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **VALLISNEY DE SOUZA OLIVEIRA, Usuário Externo**, em 19/09/2023, às 16:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Gloria registrado(a) civilmente como Daniel Firmato de Almeida Gloria, Usuário Externo**, em 21/09/2023, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcos José Burle de Aguiar, Usuário Externo**, em 27/09/2023, às 10:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **71793156** e o código CRC **3BC7FBA3**.

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai, Laurindo Nunes Pereira,

À minha mãe, Maria das Dores Medeiros (*in memoriam*),

À minha esposa, Maressa, e aos meus filhos Matheus Felipe e Lucca Rafael.

AGRADECIMENTOS

Gratidão ao bondoso Deus pela dádiva da vida e razão da existência.

Ao Professor Orientador, Dr. Hercílio Martelli Júnior, pela extrema paciência e valiosos ensinamentos. Não obstante sua grandeza intelectual e conceituação como professor e pesquisador, mostrou-se acessível e compreensível para com um aprendiz em seus primeiros passos.

À Professora Coorientadora, Dra. Daniela Reis Barbosa Martelli, pelos ensinamentos, confiança e ajuda contínua.

Aos Professores da banca Dr. Marcos José Burle de Aguiar, Dra. Carla Silvana de Oliveira e Silva, Dr. Vallisney de Souza Oliveira, Dr. Daniel Firmato de Almeida Glória, Dra. Marise Fagundes Silveira e Dra. Cynara Silde Mesquita Veloso, pela generosidade em contribuir nesta pesquisa.

À FAPEMIG, à CAPES e ao CNPq, pelo diferencial no incentivo à pesquisa nesse país.

Aos Tribunal Regional Federal da 1ª Região e Tribunal Regional Federal da 6ª Região, os quais factibilizaram a minha experiência na magistratura federal.

À Universidade Estadual de Montes Claros, pelo seu significado de transformação nesta importante região mineira.

Ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, por permitir a realização desse doutorado.

À Associação dos Juízes Federais do Brasil (Ajufe) e às Associações Regionais, pela contribuição na execução da pesquisa.

Aos magistrados federais do Brasil, por participarem da pesquisa.

Aos colegas – Juízes, servidores, cooperadores e estagiários - da Subseção Judiciária de Montes Claros, pela ajuda e compreensão.

Aos professores do Curso de Direito da Unimontes, pelo estímulo e companheirismo.

À Coordenação do Curso de Direito e Chefia do Departamento de Direito Público Substantivo da Universidade Estadual de Montes Claros, pela perene parceria.

Ao colega Fabrício Emanuel Soares de Oliveira, pela contribuição, parceria e ensinamentos.

À acadêmica Gabriela Rocha Ribeiro, pela ajuda no grupo de pesquisa.

A todos os professores e servidores do PPGCS, pela excelência do trabalho desenvolvido.

A todos os colegas discentes, pelas alegrias e aprendizados.

RESUMO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, exploratório e analítico, cujo objetivo geral foi de avaliar os aspectos jurídicos, sociais e da saúde gerados pela pandemia da COVID-19, traduzido em seis objetivos específicos. O primeiro avaliou o impacto da pandemia da COVID-19 no tratamento de câncer e pescoço no Brasil; O segundo consistiu em avaliar a possibilidade de adoção da teleperícia no Brasil como alternativa às restrições geradas pela pandemia da COVID-19. O terceiro objetivo específico estudou os reflexos sociais da pandemia da COVID-19 na perspectiva da solidariedade. O quarto e o quinto objetivos específicos avaliaram os impactos da pandemia da COVID-19 em dois grupos vulneráveis – presidiários e povos indígenas. O último objetivo descreveu o entendimento dos juízes federais do Brasil sobre os desdobramentos da vacina contra a COVID-19. Para alcance desse objetivo, realizou-se uma pesquisa com os juízes federais brasileiros a respeito das implicações da vacinação, incluindo a compulsoriedade da vacina, a aplicação de medidas coercitivas indiretas, a liberdade de se opor à campanha de vacinação, a privacidade de quem foi imunizado, a identificação de grupos prioritários e a possibilidade de comercialização pela rede privada. A pesquisa revelou que a pandemia da COVID-19 impactou no tratamento de câncer de cabeça e pescoço no Brasil; evidenciou a necessidade de adoção da teleperícia; identificou o aumento da solidariedade entre as pessoas; pontuou a necessidade de readequação das estratégias de atuação junto aos povos indígenas e indivíduos encarcerados em caso de crises sanitárias. Com relação aos juízes federais, indicou que a maioria é favorável à compulsoriedade da vacinação contra COVID-19 e a imposição de sanções aos recalcitrantes; desaprova os movimentos anti-vacinação; considera legítima a atuação do Poder Judiciário e da Anvisa e concorda com a adoção do passaporte sanitário. No geral, a pandemia da COVID-19 atingiu de modo intenso a sociedade, atingindo, sobretudo, os extratos mais vulneráveis, exigindo um reposicionamento de conduta e de gestão, e também a necessidade de realinhamento com a cientificidade.

Palavras-chave: Pandemia COVID-19. Neoplasias de cabeça e pescoço. Perícia virtual. Solidariedade. Povos indígenas. Estabelecimento penal. Poder Judiciário Federal.

ABSTRACT

This is an observational, cross-sectional, exploratory, and analytical study, whose overall objective was to evaluate the legal, social, and health aspects generated by the COVID-19 pandemic, translated into six specific objectives. The first one evaluated the impact of the COVID-19 pandemic on the treatment of head and neck cancer in Brazil; the second aimed to assess the possibility of adopting tele-expertise in Brazil as an alternative to the restrictions generated by the COVID-19 pandemic. The third specific objective studied the social repercussions of the COVID-19 pandemic from the perspective of solidarity. The fourth and fifth specific objectives assessed the impacts of the COVID-19 pandemic on two vulnerable groups - prisoners and indigenous peoples. The last objective described the understanding of Brazilian federal judges regarding the ramifications of the COVID-19 vaccine. To achieve this objective, a survey was conducted with Brazilian federal judges regarding the implications of vaccination, including the compulsory nature of vaccination, the application of indirect coercive measures, the freedom to oppose the vaccination campaign, the privacy of those who have been immunized, the identification of priority groups, and the possibility of commercialization by private entities. The research revealed that the COVID-19 pandemic impacted the treatment of head and neck cancer in Brazil; highlighted the need to adopt tele-expertise; identified an increase in solidarity among people; emphasized the need to readjust strategies for dealing with indigenous peoples and incarcerated individuals in times of health crises. Regarding federal judges, the study indicated that the majority are in favor of compulsory COVID-19 vaccination and imposing sanctions on those who resist; disapprove of anti-vaccination movements; consider the actions of the Judiciary and Anvisa (National Health Surveillance Agency) legitimate, and support the adoption of a health passport. Overall, the COVID-19 pandemic deeply affected society, especially the most vulnerable groups, demanding a repositioning of conduct and management, as well as the need to realign with scientific principles.

Keywords: COVID-19 Pandemic. Head and Neck Neoplasms. Virtual forensic assessment. Solidarity. Indigenous peoples. Prison system. Federal Judiciary.

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Diferença entre a média mensal de diagnóstico de câncer (excluindo câncer bucal), realizado em todas as regiões geográficas do Brasil de 2019 em relação a janeiro a agosto de 2020.	18
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABMLPM	Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAMT	Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Anamt)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
BNMP	Banco Nacional de Monitoramento de Prisões
CCP	Câncer Cabeça e Pescoço
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFRB	Constituição da República Federativa do Brasil
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPC	Código de Processo Civil
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DID	Data de Início da Doença
DII	Data de Início da Incapacidade
FUNAI	Fundação Nacional dos Povos Indígenas
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Povos Indígenas Brasileiros
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TRF	Tribunal Regional Federal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Impacto da pandemia da COVID-19 no tratamento do câncer de cabeça e pescoço no Brasil	18
3.2 Impacto da pandemia da COVID-19 na realização de perícias: Necessidade de implantação da teleperícia	19
3.3 Reflexos sociais da pandemia da COVID-19: a proteção do lar comum ...	20
3.4 Impacto da pandemia da COVID-19 nos povos indígenas brasileiros	21
3.5 Impacto da pandemia da COVID-19 no sistema prisional brasileiro.....	21
3.6 A mudança de paradigmas no Brasil decorrente da vacinação contra a COVID-19: visão da magistratura federal brasileira	26
4. METODOLOGIA	36
4.1 Delineamento do estudo	36
4.2 Sujeitos e cenário do estudo	36
4.3 Coleta de dados	36
4.4 Análises de dados.....	36
4.5 Aspectos éticos	37
5. PRODUTOS	38
5.1 Artigo científico 1 - <i>Impact of the COVID-19 pandemic in the head and neck cancer treatment in the Brazil</i>	39
5.2 Artigo científico 2 - A adoção da teleperícia como necessidade pública ...	41
5.3 Artigo científico 3 - <i>Never been such a clear need for science to protect the planet</i>	60
5.4 Artigo científico 4 - Pandemia da COVID-19 e a situação dos povos indígenas brasileiros	63
5.5 Artigo científico 5 - Desdobramentos do direito fundamental à saúde no sistema prisional brasileiro em meio à Pandemia da COVID-19.....	90
5.6 Artigo científico 6 - <i>Vaccination against COVID-19: The insights of</i>	

<i>Brazilian Federal Judges</i>	123
6. CONCLUSÕES	143
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	154
APÊNDICE B – Termo de Consentimento da Instituição	157
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados na Entrevista	158
ANEXOS	
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	163

1 INTRODUÇÃO

A sociedade mundial sempre está sujeita a crises sanitárias. As consequências são generalizadas e marcantes. Uma pandemia gera efeitos em todas as áreas, interfere nas estruturas de governos, Poderes, organismos nacionais e internacionais, revisitam valores, comportamentos e atitudes. Povos e nações passam a lidar com inúmeras alterações, quer do ponto de vista individual, quer familiar, bem como coletivo, nacional e internacional. As consequências são projetadas em perspectiva macro^{1,2}.

No final de 2019 e 2020, o mundo conheceu um novo vírus, com propagação avassaladora entre os povos. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto da doença (COVID-19) causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) configura Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (o mais alto nível de alerta da Organização), e em 11/03/2020 reconheceu esta condição como uma pandemia. Até 26 de julho de 2023, já havia mais de 768,5 milhões de casos confirmados e registradas mais de 6,9 milhões de mortes no mundo. Na mesma data, o Brasil contabilizava mais de 37,7 milhões de pessoas infectadas e 704 mil mortes pela doença³.

Com a propagação do vírus nas diferentes regiões, diferentes países (Argentina, China, Coreia do Norte, Coreia do Sul, Espanha, Estados Unidos, França, Grécia, Irã, Itália, Japão, Malásia e Reino Unido) instituíram políticas restritivas de circulação de pessoas, tais como isolamento social, quarentena. Monitoramento de aeroportos, fechamento de escolas, cancelamento de eventos e eventos artísticos/culturais⁴. No Brasil, sucessivos diplomas legais e atos administrativos regulamentaram os mecanismos a serem aplicados, dentre os quais: isolamento; quarentena; realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas e vacinação; investigação epidemiológica; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; restrição temporária de entrada e saída do país, por rodovias, portos ou aeroportos; requisição de bens e serviços; e, autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa⁵.

O surgimento dos imunizantes trouxe esperança e alento para a população. Todavia, em virtude da limitada quantidade de doses disponibilizadas no Brasil no início da imunização, ocorreram situações inusitadas, tais como desvio de lotes de vacina⁶, pessoas que não estavam nos grupos prioritários utilizando o imunizante⁷, calamidade pública em alguns estados da federação⁸, críticas à atuação do Ministério da Saúde⁹ e divulgação dos nomes das pessoas vacinadas⁷. Com o decorrer dos meses, a vacinação avançou. Na perspectiva mundial,

até março de 2023, mais de 70% da população mundial já havia recebido pelo menos uma dose de uma vacina contra COVID-19¹⁰.

A pesquisa se justificou diante da necessidade de estudar os impactos que a pandemia da COVID-19 gerou em alguns estratos da sociedade, seja por se tratar de grupos vulneráveis, seja por envolver questões de relevante teor social.

Cuida-se de um estudo observacional, transversal, exploratório e analítico com o objetivo de avaliar os aspectos jurídicos, sociais e da saúde gerados pela pandemia da COVID-19. A pesquisa percorreu seis perspectivas. A primeira avaliou o reflexo da pandemia no tratamento de câncer e pescoço no Brasil, demonstrando que as medidas restritivas com o consequente adiamento dos procedimentos cirúrgicos podem aumentar os riscos de morte aos pacientes. Uma segunda perspectiva avaliou a necessidade de estabelecimento da teleperícia no Brasil, uma vez que as perícias presenciais foram suspensas e as entidades de classe médica não concordavam com a modalidade virtual. Milhares de cidadãos aguardavam uma decisão judicial sobre seus pedidos de benefícios previdenciários ou assistenciais, os quais dependiam de uma perícia médica.

A terceira perspectiva abordou a necessidade do estabelecimento de espírito de solidariedade, ajuda ao próximo, quer individual, quer coletivo, na criação um lar comum. A quarta perspectiva de estudo discorreu sobre os efeitos da pandemia em relação aos povos indígenas, os quais merecem uma verificação específica, pois as consequências sobre esta população são mais acentuadas, em razão das especificidades de moradia e costumes, notadamente pela limitada imunidade adquirida. O quinto ponto avaliou os impactos da pandemia no sistema carcerário brasileiro, sobretudo pela análise das consequências da superlotação e falta de itens básicos de saúde para as pessoas privadas da liberdade.

A última perspectiva cuidou dos desdobramentos da vacina contra COVID-19. Para tanto, foi feita uma pesquisa com os juízes federais brasileiros a respeito das implicações da aludida vacinação, incluindo a compulsoriedade da vacina, a aplicação de medidas coercitivas indiretas, a liberdade de se opor à campanha de vacinação, a privacidade de quem foi imunizado, a identificação de grupos prioritários e a possibilidade de comercialização pela rede privada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os aspectos jurídicos, sociais e da saúde gerados pela pandemia da COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no tratamento do câncer de cabeça e pescoço no Brasil.

2.2.2 Avaliar a possibilidade de adoção da teleperícia no Brasil como alternativa às restrições geradas pela pandemia da COVID-19.

2.2.3 Estudar os reflexos sociais da pandemia da COVID-19 na perspectiva da solidariedade.

2.2.4 Avaliar os impactos da pandemia da COVID-19 sobre os povos indígenas brasileiros.

2.2.5 Estudar os impactos da pandemia da COVID-19 no sistema prisional brasileiro.

2.2.6 Descrever o entendimento dos juízes federais do Brasil sobre os desdobramentos da vacina contra a COVID-19.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Impacto da pandemia da COVID-19 no tratamento do câncer de cabeça e pescoço no Brasil

O câncer pode ser identificado como uma das principais demandas de saúde pública em todo o mundo¹¹. O câncer de cabeça e pescoço (CCP) representa 6% de todos os tumores sólidos¹², cujo tratamento depende do local, estágio clínico e critérios histopatológicos. O tratamento cirúrgico associado à radiação ou terapia de quimiorradiação é o mais indicado¹³. A radioterapia restringe o potencial reprodutivo das células cancerígenas; apesar da vantagem sobre o procedimento cirúrgico no sentido da preservação dos órgãos, gera inúmeros eventos adversos locais e generalizados, temporários ou permanentes¹⁴.

Não obstante se enquadrarem como serviços essenciais, os hospitais também passaram por restrições, tais como suspensão de consultas ambulatoriais e cirurgias não emergentes objetivando reduzir o risco de contágio¹⁵. Essas medidas afetaram diretamente os pacientes com doenças crônicas, os quais ficaram sem acompanhamento periódico, e conseqüentemente, sofreram um atraso no diagnóstico da doença.

Comparando a média de cirurgias de CCP e o número de procedimentos de radioterapia realizados nos períodos pré-pandêmico e o pandêmico verifica-se uma forte redução no número de cirurgias nesse último. A média de diagnóstico de câncer em geral, excluindo o câncer bucal, também caiu no período pandêmico em todas as regiões do Brasil (Tabela 1), com variação de -24,3% no Norte para -42,7% na região Nordeste. A redução da média geral no país foi de 35,5%¹⁶.

Tabela 1. Diferença entre a média mensal de diagnóstico de câncer (excluindo câncer bucal), realizado em todas as regiões geográficas do Brasil de 2019 em relação a janeiro a agosto de 2020.

Regiões brasileiras	2019 (n)	2020 (n)	Diferença (n) (%)
Norte	1.454	1.101	-353 (24,3)
Nordeste	10.113	5.798	-4.315 (42,7)
Sudeste	17.688	11.560	-6.128 (34,6)
Sul	10.276	7.102	-3.174 (30,9)
Centro-Oeste	2.654	1.655	-999 (37,6)
Total	42.186	27.218	- 14.968 (35,5)

Fonte: Datasus, 2020.

Mesmo com o avanço da vacinação, é preciso manter a vigilância, bem como criar mecanismos e estratégias para lidar com novas pandemias. Com a redução dos diagnósticos

de câncer a possibilidade de tratamento dos pacientes poderá ser gravemente afetada. É preciso revisar protocolos sobre o assunto.

A questão merece estudos mais aprofundados, sobretudo porque podem ter existido outros fatores considerados para adiamento das cirurgias. Com o número crescente de pessoas infectadas e a pequena estrutura hospitalar, podem ter impactado na tomada de decisões a ideia de priorizar o tratamento dos indivíduos com COVID-19. Assim, insumos como EPI, materiais de assistência ventilatória, anestésicos, além de reserva de leitos, que deveriam estar preparados para receber os pacientes com COVID-19¹⁷.

3.2 Impacto da pandemia da COVID-19 na realização de perícias: Necessidade de implantação da teleperícia

A pandemia da COVID-19 também ressoou nas esferas educacionais, religiosas, comercial/empresarial, exigindo a criação de novos mecanismos e reposicionamento de entendimentos. No sistema de justiça, por exemplo, tornou-se necessária a realização de atendimentos virtuais, incluindo audiências por videoconferência, reuniões telepresenciais, perícias sociais e médicas de forma virtual.

Uma consequência da pandemia foi a suspensão das perícias médicas, tanto no Instituto Nacional do Seguro Social, quanto no Poder Judiciário, o que gerou um problema social, pois os indivíduos dependem dos benefícios previdenciários para custeio de suas necessidades básicas. É imprescindível o debate sobre a implantação da teleperícia no Brasil, pois há uma pré-concepção dos órgãos de classe no sentido de proibição de tal modalidade.

O Poder Judiciário brasileiro está abarrotado de processos pleiteando benefícios previdenciários por incapacidade temporária ou permanente (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez), os quais exigem a realização de uma perícia médica. Atualmente, tramitam mais de 1,19 milhão de processos desta natureza¹⁸.

As entidades médicas posicionam-se contrariamente à realização de perícias na modalidade virtual/telepresencial¹⁹. Argumentam a necessidade do exame físico direto, considerando questões hormonais e/ou orgânicas, verificadas durante a avaliação clínica (presencial). Fundamentam-se na vedação constante no art. 92 do Código de Ética Médica que reza ser “vedado ao médico assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame”²⁰.

O forte impacto social exige uma regulamentação da teleperícia no Brasil, pois milhares de pessoas e famílias esperam uma solução.

Em 2022, por meio da Portaria Conjunta INSS/ SPMF nº 16, de 13 de janeiro, foi instituído a plano piloto para a realização de Perícia Médica com Uso de Teleavaliação – PMUT no INSS²¹. Em que pese ser um projeto piloto, representa uma abertura da Autarquia Federal para diminuição do problema.

O número de pessoas aguardando realização de perícia junto ao INSS é significativo. Em junho de 2023 o INSS contava com 55 milhões de contribuintes; 38,1 milhões de beneficiários; 596.699 pedidos de benefícios previdenciários e 437.077 pedidos de benefícios assistenciais à pessoa com deficiência aguardando realização de perícia médica²². A instituição da teleperícia poderá contribuir para a solução desses processos de forma mais célere.

3.3 Reflexos sociais da pandemia da COVID-19: a proteção do lar comum

Diante de crises que afetam gravemente a sociedade é comum o germinar de ideias irresponsáveis, afetas ao obscurantismo e teorias contrárias à verdade científica. A ciência deve ocupar um lugar de destaque em meio a tanta incerteza e insegurança. A ciência não é contrária à fé, ambas podem se somar de modo a favorecer o planeta e, sobretudo, no amparo aos vulneráveis, como pontuou o Papa Francisco em sua Encíclica *Laudato Si*, de 2015.

O Banco Mundial estima que surgirão aproximadamente 100 milhões de “novos pobres” ao redor do mundo em razão da perda dos empregos e rendas. Além disso, especialistas afirmam que a pandemia aumentará a diferença entre ricos e pobres, pois estes são mais vulneráveis, principalmente pelas condições de saúde, moradia e trabalhos ruins²³.

Durante essa pandemia, é possível verificar uma mudança de comportamento das pessoas em ajudar o próximo. A orientação para que os indivíduos permanecessem em isolamento, por exemplo, contribuiu para a reflexão e necessidade de pensar no outro. Esse aparente isolamento pode figurar exatamente o contrário, significa isolar-se um pouco para ajudar na saúde do próximo²⁴.

O ser humano deve ser o centro em todas as políticas públicas. A realidade desta pandemia exige que todos passem a adotar uma visão de comunidade, de família no sentido mais universal, sem barreiras geográficas, políticas, ideológicas ou religiosas. A pandemia não escolhe destinatários, daí a importância de aprender com as experiências e construir caminhos com perspectiva de ser o mundo um lar comum.

3.4 Impacto da pandemia da COVID-19 nos povos indígenas

A população indígena brasileira é de 755.898 pessoas, sendo 380.412 habitantes na região norte, 127.193 na região centro oeste, 164.374 no nordeste, 42.085 no sudeste e 41.834 indivíduos na região sul do Brasil²⁵.

Entre os povos indígenas, a COVID-19 pode gerar um panorama perigoso e incontrollável²⁶. As condições de moradia e costumes dos povos indígenas, notadamente, pelo convívio em aldeias, tornam mais fáceis a proliferação do novo coronavírus.

As atividades de atenção à saúde indígena ocorrem no âmbito do SUS, e são efetivadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), a quem “cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social” (Decreto 3.156/1999).

Distrito Sanitário é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, com foco na eficiência e na celeridade. No Brasil são 34 Distritos Sanitários Indígenas divididos a partir de critérios territoriais, não correspondente aos limites dos estados da federação²⁷.

O levantamento oficial dos números da pandemia da COVID-19 nos povos indígenas é mais demorado e complexo, haja vista a diversidade e distância dos Distritos Sanitários. Até 07/07/2023, já havia sido confirmado o número de 75.566 indígenas infectados e 954 óbitos²⁸. Entretanto, estudos da APIB informaram que, em 15/03/2022 (última atualização), a infecção de 63.225 pessoas e 1.289 óbitos (aproximadamente 30% a mais que os dados divulgados pela Secretaria de Saúde Indígena um ano antes)²⁹. Esse cenário indica a necessidade de aprofundamento dos estudos da questão indígena.

A população indígena necessita de um programa de saúde diferenciado. Eles apresentam os piores indicadores epidemiológicos. A mortalidade infantil e materna, taxa de incidência de tuberculose e outras doenças infectocontagiosas são quase três vezes maiores entre indígenas, se comparado com a população brasileira como um todo³⁰.

3.5 Impacto da pandemia da COVID-19 no sistema prisional brasileiro

No ambiente prisional os reflexos de uma crise sanitária podem ser alarmantes. As prisões são locais de fácil propagação de doenças infecciosas, porque geralmente são superlotados e com ventilação precária³¹. O SARS-CoV-2 tem propagação facilitada pela

aglomeração de pessoas, sendo sugerido o isolamento social. Os estabelecimentos penais contam com número de pessoas acima do desejado e até do permitido pela legislação, o que fragiliza as políticas de controle epidêmico³².

Neste cenário de pandemia com morbi-mortalidade crescentes, arquitetam-se mecanismos para diminuir as consequências do SARS-CoV-2 nos ambientes de segregação, adotando as estratégias de liberação de presos e restrição ou proibição de visitas.

Não obstante as previsões legais e normativas, a situação da saúde da população carcerária é completamente destoante, principalmente pelas caóticas condições de confinamento que inviabilizam o acesso dessas pessoas às políticas de saúde de forma efetiva. A preocupação com a saúde da população carcerária ficou mais evidenciada a partir da elaboração, pela OMS, do Projeto de Saúde no Sistema Prisional de 1995 e com a publicação da Declaração de Moscou sobre a saúde prisional, que incluiu a situação dos presos como saúde pública. Esse projeto compreendeu também o oferecimento de consultoria especializada para que os Estados-Membros desenvolvam os respectivos sistemas de saúde nas prisões, bem como aborda questões técnicas alusivas às doenças transmissíveis, como tuberculose, AIDS, hepatite e uso de drogas ilícitas, e também a terapia de substituição/redução de danos e de saúde mental³³.

Em outra vertente, o projeto da saúde no sistema prisional compreende a publicação de estudos específicos, como o “Guia Saúde nas Prisões”, que delineia várias normas internacionais referentes à qualidade dos cuidados de saúde que deve ser dispensados aos presos. Além disso, pontua que as pessoas encarceradas não podem deixar a prisão em situações de saúde pior se comparado com a data do ingresso, nos termos da Recomendação nº 7 do Comitê de Ministros do Conselho da Europa (1998) e pelo Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CPT)³³.

Com vista a dar uma resposta aos reclamos da população carcerária, foi criado no Brasil o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculina, femininas e psiquiátricas. O Plano foi estruturado com o intuito de prestar a integral assistência e inclusão das pessoas presas, adotando os princípios da ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência. Para atingir esses propósitos foram eleitas as seguintes diretrizes estratégicas: (a) prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária; (b) contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que

acometem a população penitenciária; (c) definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; (d) proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; (e) contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; (f) provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e (g) estimular o efetivo exercício do controle social³⁴.

Nos termos das Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros aprovadas pelo Conselho Econômico e Social da ONU, a prisão tem por finalidade a proteção da sociedade contra o crime, devendo o sistema prisional assegurar o retorno do reeducando à sociedade apto a respeitar a lei e tornar-se produtivo. Para que isso ocorra, é preciso diminuir as diferenças entre os ambientes intra e extramuros e garantir o acesso aos direitos civis cabíveis, incluindo o exercício de sua cidadania. As condições de encarceramento interferem positiva ou negativamente no bem-estar físico e psíquico das pessoas privadas de liberdade. Nos ambientes prisionais as pessoas apresentam vícios, problemas de saúde e transtornos mentais, sendo agravados quando deparam com condições carcerárias precárias. Embora em cumprimento de penas, os presos continuam sendo detentores dos direitos fundamentais³⁴.

A população carcerária brasileira possui aproximadamente 707 mil pessoas. Levantamento do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões (BNMP), do Conselho Nacional de Justiça, mostram a existência de 707.507 pessoas privadas de liberdade no Brasil, até 28.07.2023, sendo 229.593 presos provisórios, 161.101 pessoas cumprindo execução provisória, 312.846 em execução definitiva, 1.936 cumprindo prisão civil e 2.031 pessoas internadas. Além disso, o BNMP aponta a quantidade de 331.309 mandados de prisão aguardando cumprimento, com 26.579 pessoas foragidas e 304.730 pessoas procuradas³⁵.

Em relação à incidência da COVID-19 na população carcerária, desde o início da pandemia até a última atualização, realizada em 17 de novembro de 2022, tem-se 67.367 infectados pela doença, com 33.659 casos suspeitos, 293 óbitos, com 65.829 recuperados e a realização de 366.166 testes, relativos a uma população prisional de 671.224 presos. Na análise por região geográfica, o sudeste lidera com 25.845 casos confirmados, seguido pelo centro-oeste com 14.971, sul com 13.453, nordeste com 8.380 e, por último, o norte com 4.554 casos confirmados³⁶. A superlotação nos presídios é um desafio em qualquer época, todavia, torna-se ainda mais complexo, diante de uma epidemia cuja transmissão do vírus é facilitada pela aglomeração de pessoas. Nos presídios brasileiros não há distribuição eficiente de itens básicos de higiene, falta profissionais de saúde, disposições sanitárias de baixa qualidade, em total desatendimento das determinações legais³⁶.

O cenário brasileiro e internacional do sistema carcerário é preocupante. Se o sistema já estava operando além do limite de sua capacidade, será complicado remanejar presos para áreas isoladas infectados pelo SARS-CoV-2²⁷. Por outro lado, essa pandemia tornou mais evidente a necessidade de reformas nas políticas de justiça criminal, principalmente um possível desencarceramento para os crimes mais simples (penas inferiores a 4 anos de reclusão) e eliminação da fiança para as pessoas que não dispõem de recursos para pagamento³⁷.

3.5.1 Liberação de presos e restrição de visitas como estratégias

Alguns países têm adotado a estratégia de promover uma liberação dos presos acometidos pela COVID-19. O Irã, por exemplo, libertou 85.000 presos. Afeganistão, Austrália, Canadá, Etiópia, Alemanha, Israel, Polônia, Reino Unido e Estados Unidos também passaram a estudar essa proposta. A orientação das Nações Unidas é a liberação dos presos considerando a vulnerabilidade da COVID-19, tais como pessoas com idade avançada, condições crônicas de saúde e uso de medicamentos intravenosos³⁸.

No Brasil, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a Recomendação n. 62, de 17 de março de 2020, recomendando aos Tribunais e magistrados adotarem medidas preventivas à propagação da COVID-19 no âmbito prisional e socioeducativo³⁹. Uma das aplicações práticas dessa recomendação se dá na concessão de prisão domiciliar para os condenados em regime aberto e semiaberto. Tal sugestão tem gerado diversas críticas, sobretudo quando aplicada para condenados por crimes graves, como homicídio, tráfico de entorpecentes, chegando ao ponto de ter sido oferecido um projeto de lei (PL n. 1331/2020) para impedir a liberação de presos sob este fundamento⁴⁰.

A situação dos presídios e ambientes assemelhados é muito complexa, por ser inviável a determinação de que estas pessoas cumpram as penas em seus domicílios³⁸. O sistema prisional como um todo não está preparado para lidar com doenças de contágio disseminado. Há pouca experiência para conter tais surtos epidêmicos nas prisões. Historicamente, um dos primeiros casos foi registrado em San Quentin, Califórnia (EUA), durante a pandemia de gripe de 1918. Em data mais atual, pode ser citado o surto de gripe nos presídios dos EUA, Canadá, Austrália, Taiwan e Tailândia³¹.

Além da população carcerária, é preciso adotar medidas protetivas em relação aos visitantes no ambiente prisional e dos agentes públicos que trabalham nessas repartições. Consoante determina a legislação, o preso tem direito à visita do cônjuge/companheiro,

parentes e amigos em dias determinados (art.41, X da Lei 7.210/1984). Diante da pandemia, as direções dos presídios têm estabelecido medidas para restrição/suspensão total ou parcial das visitas. Tais visitas se justificam, pois o convívio familiar contribui para o processo de ressocialização do reeducando. É preciso muita cautela para implementar essa medida, pois a consequência poderá ser pior, inclusive para a saúde mental do preso³⁶.

3.5.2 Possíveis caminhos a percorrer

Com a realidade advinda da COVID-19 ficou clara a necessidade de um reposicionamento das estratégias em todos os setores, notadamente naqueles que promovem aglomerações de pessoas. Uma pandemia desta magnitude traz inquietações para a população, empresários e os gestores públicos. No tocante aos indivíduos que estão em cumprimento de penas ou em prisões temporárias é mister a adoção de medidas para minorar as consequências. As estratégias adotadas por alguns países consistentes na liberação dos presos para cumprimento da pena em regime domiciliar e a restrição de acessos de pessoas aos ambientes prisionais devem ser vistas com cautela, sob pena de gerar insegurança para a sociedade (liberação de condenados por crimes violentos), bem como tornar mais árdua a vida no cárcere (na hipótese de proibição total de visitas aos presos).

Mostra-se factível o desenvolvimento de política criminal consistente no desencarceramento dos indivíduos que cometeram crimes sem violência ou grave ameaça à vítima. Estudiosos da área disponibilizaram algumas orientações para aplicação no sistema prisional diante da pandemia da COVID-19. Sugerem a elaboração de um *planejamento conjunto*, incluindo a saúde prisional e as autoridades correccionais, devendo haver constante diálogo entre esses setores; *Gerenciamento de riscos*, devendo implementar sistemas para dificultar a importação e exportação de casos da ou para a comunidade e transmissão e disseminação no cárcere; *Prevenção e controle*: elaboração de protocolos para conferência nas entradas de pessoas, mecanismos para proteção individual, distanciamento social, limpeza e desinfecção ambiental e restrição de movimento, incluindo limitação de transferências e acesso limitados a profissionais essenciais. *Tratamento*: os sistemas de saúde prisional e os sistemas de planejamento de emergência devem alinhar as atuações, incluindo a adoção de protocolos de transferência para pacientes que necessitam atendimento especializado. *Compartilhamento de informações*: harmonia e colaboração entre os órgãos da saúde e da justiça, devendo a governança da saúde prisional ficar a cargo do ministério da saúde³¹.

3.6 A mudança de paradigmas no Brasil decorrente da vacinação contra a COVID-19: pensamento da magistratura federal brasileira

O comportamento da população diante de crises – políticas, sanitárias, institucionais, dentre outras - merece destaque, quer pelo engajamento voluntário, quer pelo envolvimento direcionado a defender determinadas bandeiras.

Ao longo da história da humanidade, diferentes povos conviveram ou sofreram com epidemias. Na Antiguidade Clássica (Século V AC), a Grécia enfrentou a febre tifoide. Na Idade Média, a peste negra causou mais de 20 milhões de óbitos no continente europeu. Por ocasião dos descobrimentos e colonização (final século XV e início do século XVI), a varíola foi trazida para a América, destruindo parte das civilizações dos Incas e Astecas. Na primeira metade do século XX, o mundo conheceu a gripe espanhola. Em solo brasileiro, as crises epidêmicas mais efervescentes foram a febre amarela (a partir de 1850), a varíola (início do século XX), gripe espanhola (1918) e atualmente a COVID-19. Com o surgimento das vacinas (século XVIII e início Século XIX) nasceu a esperança e paulatinamente a vacinação se tornou método eficaz para prevenção de doenças, conseguindo em alguns casos até a erradicação de algumas delas⁴¹.

No início do século XX (1904), o Brasil vivenciou um significativo movimento popular por ocasião da vacinação contra varíola. Conhecida com Revolta da Vacina, teve seu auge na Cidade do Rio de Janeiro, então capital da República. O país passava por grave crise sanitária, sobretudo pela varíola, que causava inúmeras mortes. À frente do Serviço de Saúde Pública, o médico Oswaldo Cruz, nomeado pelo então presidente da República Rodrigues Alves, tentou implementar um plano austero no combate às endemias, notadamente com o propósito de efetivar a compulsoriedade da vacina, bem como recolher os infectados a um prédio para garantia do isolamento^{42, 43}.

Nessa época a cidade do Rio de Janeiro não contava com tantas pessoas aptas à participação política, girando em torno de apenas 20,0%. Não obstante, houve grande participação popular no movimento, o que indica disposição do povo em atuar e defender as suas causas⁴³.

A então capital federal passava por muitas transformações – demolição de casas antigas, construção de prédios, abertura de extensas avenidas e obras no porto. Na perspectiva da saúde pública, a realidade também era desafiadora, sobretudo pelo enfrentamento da febre amarela e a peste bubônica, para a qual exigia-se limpeza e desinfecção de ruas e casas. Obviamente, essas atitudes geraram enormes insatisfações na sociedade e desencadeou o

espalhamento de notícias falsas imputando ao imunizante a possível ocorrência de males à saúde, tais como convulsões, diarreias, gangrenas, otites, difteria, sífilis, epilepsia, meningite, tuberculose⁴³.

Intitulada de revolta da vacina, a explicação mais plausível talvez resida na repulsa à obrigatoriedade do imunizante, tal como foi prevista na regulamentação da legislação então vigente, a qual permitia a invasão das casas e também o internamento forçado dos recalcitrantes. A balbúrdia foi de tal envergadura que dias após a revolta na Capital da República, o governo retrocedeu e excluiu a compulsoriedade do imunizante contra a varíola, o que fez debelar e arrefecer os ânimos da população⁴³.

O que gerou mais revolta na população foram as medidas extravagantes adotadas pelas autoridades sanitárias. “Não havia qualquer preocupação com a preparação psicológica da população, de quem só se exigia a submissão incondicional. Essa insensibilidade política e tecnocrática foi fatal para a lei da vacina obrigatória”⁴⁴.

A obrigatoriedade da vacinação já foi objeto de inúmeras polêmicas em diferentes épocas e nações. No Brasil a imunização obrigatória é prevista desde 1832, pelo Código de Posturas do Município do Rio de Janeiro, oportunidade na qual o público alvo era as crianças e a norma estabelecia multas aos responsáveis em caso de não vacinação⁴⁵.

O marco regulatório da vacinação obrigatória no país surgiu com a Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975⁴⁶, regulamentada pelo Decreto 78.231/1976, instituindo assim o Plano Nacional de Imunizações (PNI). De acordo com o regulamento, todo cidadão deveria submeter-se à vacinação obrigatória⁴⁷. Em 2004, por meio da Portaria 597, de 08 de abril, do Ministério da Saúde foram criados os calendários de vacinação em todo o país⁴⁸.

Por outro lado, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), aprovado após a vigência da Constituição da República de 1988, também estabeleceu a obrigatoriedade da “vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades”⁴⁹.

Cotejando os instrumentos normativos, a Lei 6.259/1975 e a Lei 13.979/2020⁵⁰ não há qualquer novidade no tocante à obrigatoriedade da vacinação. Todo o alarde criado na vacinação contra a COVID-19 pode ter sido nutrido por outras perspectivas e propósitos políticos e ideológicos.

Lei 6259, de 30 de outubro de 1975:

Art. 3º Cabe ao Ministério da Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório.

Parágrafo único. As vacinações obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos e entidades públicas, bem como pelas entidades privadas, subvencionadas pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional⁴⁶.

Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020:

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, entre outras, as seguintes medidas:

- I - isolamento;
- II - quarentena;
- III - determinação de realização compulsória de:
 - a) exames médicos;
 - b) testes laboratoriais;
 - c) coleta de amostras clínicas;
 - d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou
 - e) tratamentos médicos específicos⁵⁰.

Em que pese obrigatória, o não atendimento não importa imunização forçada, mas pode implicar restrições a certos direitos ou atos, como matrícula em escola, recebimento de benefícios sociais, frequências a locais especificados, dentre outros.

Com a pandemia da COVID-19, a vacina foi apresentada como estratégia de combate ao novo coronavírus. Todavia, alguns percalços foram notados no decorrer dos meses desde o início da pandemia, o que fez corroer o otimismo inicial. Não obstante o prestígio das campanhas de vacinação em massa, o comportamento de parte da sociedade em relação às vacinas tem gerado preocupação. A falta de informação científica entre a população a respeito da vacina contribuiu para a hesitação vacinal.

A hesitação vacinal envolve a recusa em se vacinar e também a aceitação seletiva da população de alguns imunizantes, podendo ser influenciada por fatores ligados à *complacência, conveniência e confiança (3 Cs)*, conforme definido pelo *Strategic Advisory Group of Experts (Sage)* em Imunização da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵¹.

No modelo 3 Cs, a confiança compreende a eficácia e segurança das vacinas, confiança no sistema que as fornece, bem como nas motivações dos formuladores das políticas públicas de imunização necessária. A complacência decorre da baixa percepção dos cidadãos a respeito dos riscos de doenças que são prevenidos pelos imunizantes, e por tal razão, consideram-nas desnecessárias; é a análise do risco x benefício. A conveniência inclui a disponibilidade física, acessibilidade geográfica, capacidade de compreensão (conhecimento de linguagem e saúde) e qualidade dos serviços de vacinação^{51,52}.

A ideia de vacinação em tempos mais pretéritos (século XIX) foi fruto de tensões políticas, incluindo estratégias para alcance de igualdade social, mas também interesses econômicos ligados à indústria dos estragos da doença. Registre-se, ainda, pensamentos

atestando que algumas doenças poderiam ser “benéficas” por gerarem imunidade à população⁵³.

Antes dos programas de vacinação em massa, as imunizações ocorriam em situações específicas de epidemias iminentes ou para evitar aumento excessivo das mortes. As pessoas vacinavam, mesmo sem concordar plenamente⁵³.

Tratando-se de um novo vírus, e conseqüentemente, um novo imunizante, sendo desconhecidas as reações dele decorrentes, não era de se estranhar as atitudes contrárias à imunização obrigatória. Por isso, o convencimento da população deve ser tido por iniciativa necessária para sucesso de qualquer programa de imunização.

O convencimento requer a participação dos gestores públicos, dos líderes políticos locais e regionais, dos religiosos e da sociedade civil como um todo. O exemplo da vacinação contra varíola é uma boa demonstração desse envolvimento⁵⁴.

No caso da vacinação contra COVID-19 faltou empenho de parte das autoridades políticas brasileiras. Além disso, inúmeras informações de procedência duvidosa ou sabidamente falsas foram divulgadas, até mesmo por autoridades públicas⁵⁵.

O poder das *fake news* é considerável e o estrago pode ser de difícil controle. Cita-se o caso da publicação de um estudo científico na revista *The Lancet* que impulsionou milhares de pessoas se posicionarem contrariamente à vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR) por causa de uma ligação implícita entre vacinas e autismo (*Lancet* 1998; 351[9103]:637–41). Somente em 2010, o periódico retirou o artigo⁵⁶.

As campanhas de vacinação já foram utilizadas por diferentes perspectivas, até mesmo como ferramenta para higienizar corpos vistos como ameaça às classes mais privilegiadas ou de interesses econômicos. Essa conotação impulsionou os movimentos que protestaram contra a imunização⁵³.

Outro motivo da hesitação vacinal diz respeito à desatenção proposital às ameaças de epidemia ou pandemia. Antes mesmo da eclosão da pandemia da COVID-19, agências nacionais e internacionais já alertavam para o risco de surgimento e aconselhavam a adoção de ações preventivas. Por outro lado, a hesitação vacinal está além dos debates biomédicos. Muitas pessoas consideram os resultados sociais, econômicos, religiosos ou morais catastróficos da vacina que, na concepção deles, superam o risco da doença⁵³.

A tensão entre autonomia individual e poder estatal também pode ser geradora da hesitação vacinal. A autonomia do indivíduo pressupõe o direito de escolha e figura como antípoda ao poder governamental. Em síntese, discute-se a legitimidade da ação estatal sobre a vida das pessoas⁵³.

Vacinação obrigatória não significa imunização forçada. A pessoa que não se vacinar, não será coagida fisicamente para se submeter ao ato. Entretanto, é possível o estabelecimento de sanções indiretas para os recalcitrantes.

Assim como no Brasil, outras nações também discutiram e legislaram sobre a obrigatoriedade da vacinação. O caso mais conhecido se deu nos Estados Unidos, quando a Suprema Corte daquela nação, no caso *Jacobson v. Massachusetts* (1905) estabeleceu um precedente que dá sustentação à grande parte da legislação de saúde pública, admitindo como compatível com Constituição Americana uma lei do Estado de Massachusetts que previa a vacinação obrigatória⁵⁷. No Estado da Califórnia, no qual a vacinação não era obrigatória, passou a ser depois de um surto de sarampo (por volta de 2017). A partir de então, filhos não vacinados não poderiam ser matriculados em escolas ou creches públicas ou privadas⁴¹.

Na Alemanha, a Lei de Proteção contra Infecções (*Infektionsschutzgesetz- IfSG*) também acolhe a vacinação obrigatória, sendo que em maio/2020, a Corte Constitucional alemã reafirmou a constitucionalidade da IfSG. Na Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH) a obrigatoriedade de imunização tem sido debatida, sobretudo em virtude do comando do art. 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos, a qual prevê o direito ao respeito pela vida privada e familiar. Entretanto, pelas decisões proferidas em casos similares, a Corte tende a admitir a legalidade da obrigatoriedade vacinal diante da necessidade de proteger a saúde do público e das pessoas^{41,58}. Na Argentina a imunização também é obrigatória e a obtenção de alguns documentos está condicionada à apresentação do atestado de vacinação, conforme previsão da Lei nº 27.491, de 12 de dezembro de 2018⁵⁹.

A intangibilidade do corpo humano e a inviolabilidade do domicílio são direitos caros aos cidadãos, o que faz afastar a atitude de obrigar alguém a se submeter à vacina de maneira forçada. Não há base normativa, nacional ou internacional, apta a autorizar o Estado a vacinar uma pessoa, mesmo contra a vontade desta. Seria uma afronta à dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil de 1988⁶⁰ e da Carta da Organização das Nações Unidas⁶¹, pois a dignidade da pessoa humana sobrepõe a todos os bens, valores e princípios⁶².

O direito à incolumidade física também é assegurado no Pacto de San José da Costa Rica⁶³. E na União Europeia, previsão parecida consta na Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina⁶⁴.

Além disso, o Brasil é signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, firmado pela Assembleia – Geral das Nações Unidas em 1966. No artigo

12 do aludido Pacto, prevê que “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental, (...) e assegurar a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças”⁶⁵.

O entendimento do Poder Judiciário brasileiro não chancela o afastamento da integridade física das pessoas, tal como se viu na proibição de exame de DNA compulsório⁶⁶ e condução coercitiva de pessoas indiciadas para interrogatórios^{67,68}. Nesta perspectiva, tem-se a inviabilidade de a legislação sanitária obrigar a vacinação a partir de medidas invasivas ou por meio de coação.

Em relação à vacina contra a COVID-19, o Brasil não estabeleceu a vacinação forçada. Pelo contrário, a Lei 13.979/2020 criou várias condições para implementação das medidas, tais como: aplicação com base em evidências científicas, informação às pessoas sobre estado de saúde e assistência à família, tratamento gratuito, pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas⁵⁰.

É dever do poder público a proteção da saúde da sociedade, e nesse mister justifica a restrição da autonomia individual em prol do coletivo. Esse dever se concretiza mediante políticas sociais e econômicas que buscam reduzir os riscos de doenças e de outros agravos⁶⁹. Ademais, a vacinação obrigatória pode ser admitida/tolerada em estado de necessidade, o qual pressupõe o uso proporcional dos meios compatibilizando a liberdade individual e o direito à saúde das demais pessoas⁷⁰.

Além da intangibilidade do corpo humano, constitui direito fundamental do cidadão a liberdade de crença e de consciência, sendo que o indivíduo não pode sofrer restrições dos seus direitos por tais motivos, salvo se os invocar para eximir de obrigação imposta a todos e não se dispuser a cumprir uma obrigação alternativa⁶⁰.

A mesma carta constitucional que garante a liberdade de consciência filosófica prevê também os direitos à vida e à saúde da coletividade. Nessa possível colisão de direitos, aplica-se a técnica da ponderação, o que permite, no caso concreto, identificar qual prevalecerá. No confronto entre direito à saúde da coletividade e liberdade de consciência e de convicção filosófica, o primeiro deverá prevalecer. Assim como outros direitos, a integridade física não é um direito absoluto⁷¹.

A imunização obrigatória se apresenta como uma das possíveis medidas impostas pelo legislador, pelo governante e também pelo poder judiciário, as quais nem sempre contam com a concordância dos destinatários. Diante da necessidade, é legítima a intervenção no direito à integridade física em contraponto com outros direitos⁷¹.

A não vacinação por motivos filosóficos, quando a imunização é necessária para controle de determinada doença, não é compatível com o princípio da supremacia do interesse público. “O princípio da supremacia do interesse público sobre o interesse privado é princípio geral de Direito inerente a qualquer sociedade. É um pressuposto lógico do convívio social”⁷².

A literatura especializada apresenta três fundamentos aptos a legitimar a obrigatoriedade da vacinação:

- a) Em situações excepcionais, o poder público pode agir para proteger as pessoas, mesmo contra a vontade delas.

A dignidade humana possui três elementos essenciais: o primeiro é o valor intrínseco de todo indivíduo. A pessoa é um fim em si mesma, não sendo objeto para realização de projetos de outrem; o segundo elemento é a autonomia, o que a factibiliza viver a partir de suas próprias escolhas, decisões e atitudes; o terceiro componente da dignidade é o valor comunitário, o qual traça limites à autonomia individual. As pessoas têm autonomia para exercer os seus direitos, mas é preciso observar os direitos fundamentais de terceiros, às vezes do próprio indivíduo e também dos valores sociais compartilhados. O sujeito pode fazer escolhas erradas, quer por vontade própria, quer por desinformação. Caso opte pela não imunização, tem-se por justificável a atuação estatal, no sentido de proteger da vida ou saúde desse indivíduo⁴¹.

- b) A imunização é importante para proteção de toda a sociedade, que não pode ser prejudicada em virtude de escolhas individuais.

Ao longo das décadas e anos, inúmeras doenças foram erradicadas ou controladas graças à vacinação em massa da população. Na década de 20, foram desenvolvidas as vacinas contra tuberculose, difteria e tétano; nos anos 30, contra a coqueluche; nos anos 50, contra a poliomielite; nos anos 60, veio a vacina contra o sarampo; depois veio, nos anos 70 e 80, contra a doença meningocócica, contra a hepatite B; e, nos anos 80, as imunizações contra influenza tipo B, meningite e pneumonia⁴¹.

Depois do saneamento básico, os programas de vacinação são considerados a segunda medida mais eficaz nas políticas de saúde pública⁷³. A vacinação figura como intervenção preventiva e promove a redução da morbimortalidade por doenças infecciosas. A imunização elimina a circulação do vírus, e, por consequência, protege a coletividade, inclusive os não imunizados⁷⁴.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, se as metas de cobertura de apenas 10 vacinas contínuas (contra hepatite B, *Haemophilus influenzae* tipo b, papilomavírus humano, encefalite japonesa, sarampo, meningococo A, pneumococo, rotavírus, rubéola e

febre amarela) tiverem sido atingidas, no período de 2011 a 2020, aproximadamente 26 milhões de mortes, em 94 países de baixa renda, podem ter sido evitadas⁷⁵.

No Brasil, a vacinação contribuiu para o aumento da expectativa de vida da população. Entre 1940 e 1998 essa expectativa aumentou 30 anos⁷⁶. A imunização é importante e necessária para a coletividade, não podendo a saúde coletiva ser prejudicada por atos de pessoas que se recusam deliberadamente a ser vacinadas.

c) Na ponderação entre liberdade de consciência e outros direitos, estes devem prevalecer.

O poder dos pais sobre os filhos menores não autoriza que aqueles, em virtude de convicção religiosa ou filosófica, coloquem em risco a saúde e a vida desses. Quando a pessoa plenamente capaz faz escolhas, sem que repercuta ilegitimamente na vida de terceiros, é possível dar prevalência à autonomia individual. É o que se verifica, por exemplo, na hipótese de um adulto, por convicção religiosa, recusar a transfusão sanguínea. Entretanto, os pais não podem exercer esse direito em nome dos filhos, pois estes não são propriedades daqueles. Logo, sobre os filhos menores devem prevalecer os valores laicos e os valores da medicina⁴¹.

No campo da vacinação, não se apresenta legítima nem mesmo a escolha da pessoa adulta, uma vez que não é algo puramente autorreferente, pois repercutirá sobre a saúde de outrem e até de toda a coletividade. O princípio democrático prevê uma mão dupla no tocante aos direitos e deveres. Garante a liberdade do indivíduo e de todos, mas pressupõe o dever de responsabilidade e solidariedade. “Não se cogita de vida democrática sem responsabilidade com o outro, sem solidariedade pelo outro”⁴¹.

As restrições de condutas ou comportamentos individuais buscam o bem coletivo, para que todos possam usufruir da vida em sociedade. Para preservação da saúde coletiva é necessário que ninguém impeça outrem de buscar o seu bem-estar e nem induzi-lo a adoecer. Nesse cenário estão compreendidas as normas jurídicas atinentes à vacinação, à notificação, ao tratamento, ao isolamento de certas doenças, à destruição de alimentos deteriorados⁷⁷.

Em outra perspectiva, a liberação para não se vacinar em virtude de convicções religiosas ou filosóficas, reflexamente pode gerar um tratamento desigual para com as demais pessoas que não utilizam dessas isenções. Considerando que qualquer imunizante pode gerar algum risco à saúde, é coerente que todos estejam expostos ao fenômeno. Do contrário, uns seriam beneficiados pela imunidade coletiva sem se submeter a qualquer risco⁷⁸.

A intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas, inclusive no contexto da pandemia da COVID-19 gerou diversas discussões e debates no país. O princípio da

Separação dos Poderes pressupõe a atuação independente e harmônica entre os Poderes da República. A harmonia desdobra-se do pensamento da cortesia e acatamento das prerrogativas de cada um. A independência de forma absoluta não se mostra viável e é inaceitável⁷⁹, pois existe o sistema de freios e contrapesos necessários para contornar eventuais abusos⁸⁰.

O instituto da separação dos Poderes visa criar limites ao governante, evitando a concentração de atribuições em uma mesma pessoa. Nos últimos anos, diferentes questões têm sido levadas à apreciação do Poder Judiciário brasileiro, muitas delas seriam melhor resolvidas na esfera política. Exemplificativamente, o STF decidiu sobre a quantidade de Vereadores em Câmaras Municipais⁸¹, estabelecimento do rito de verificação de vetos no Congresso Nacional⁸², e definição dos contornos civis da união homoafetiva⁸³.

A teoria da tripartição dos Poderes tem sofrido ajustes/conformações, notadamente por ser inaceitável a separação absoluta. Peter Haberle⁸⁴ pontua que o princípio formatado por Montesquieu é aberto, assim como a evolução do estado constitucional também é fluida.

Sob o aspecto da legitimação social, os Poderes Legislativo e Executivo ostentam maior legitimidade, pois seus membros são escolhidos pelo povo. O Legislativo acomoda a diversidade popular e serve como um espelho da nação, é a arena própria para as controvérsias políticas, dando azo à discussão das ideias e bandeiras sugeridas pela sociedade. Ao Executivo cabe gerir a esfera administrativa, transformando os anseios da população em respostas coerentes para satisfação da demanda social. O Judiciário se distanciou da tarefa de ser apenas “la bouche de la loi” e assumiu uma tarefa mais pró-ativa⁸⁴.

A doutrina do “Constitutional avoidance” (“evitação constitucional”) prega que o Judiciário deveria agir apenas quando estritamente necessário. No julgamento nos EUA do caso *Rescue Army v. Municipal Court of Los Angeles*⁸⁵, o Justice Wiley Rutledge apresentou alguns motivos que justificam essa doutrina, entre eles: a) o caráter extremamente abstrato do debate constitucional; b) as limitações inerentes ao processo judicial; c) a necessidade de respeito aos espaços de decisão dos demais Poderes; e d) a importância de um julgamento constitucional.

Um dos pontos nos quais a separação dos Poderes vem sendo reconfigurada reside na implementação de políticas públicas na seara dos direitos sociais, notadamente no tema de saúde pública. Esse fenômeno é denominado de “judicialização da política” ou “politização do judiciário”. A mudança de paradigma pode decorrer da atuação mais agressiva/exacerbada do Judiciário ou da inação dos outros Poderes. A judicialização está ligada à ideia da efetividade das normas constitucionais⁸⁶.

Nas últimas décadas registrou-se um significativo aumento da demanda no Poder Judiciário com pedidos atinentes à saúde pública (medicamentos ou medicações não disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde). É defensável a atuação do Judiciário nas políticas públicas, quando os órgãos estatais competentes negarem cumprimento dos encargos políticos jurídicos, comprometendo a eficácia e efetividade dos direitos individuais e coletivos⁸⁷.

Questiona-se se o Poder Judiciário deveria ou não interferir nas questões atinentes à pandemia da COVID-19. A esse respeito, à luz da doutrina do “Constitucional avoidance”, o Ministro Nunes Marques do STF, afirmou que não estavam presentes os pressupostos autorizadores para o judiciário brasileiro envolver na questão de vacinação, sob os seguintes argumentos: a) quando do julgamento sequer havia vacina contra a COVID-19; b) a discussão sobre eficácia e riscos da vacina não era puramente jurídica; c) o Poder Legislativo e o Executivo tinham apresentado soluções para a questão sanitária decorrente da pandemia da COVID-19, e era um tema político e não jurídico; d) o julgamento pela corte brasileira atrairia maior responsabilidade política, aliviando o ônus que deve recair sobre os agentes eleitos pela população⁴¹.

Todavia, para a maioria dos ministros da Suprema Corte brasileira, estavam preenchidos os pressupostos autorizadores de pronunciamento do Poder Judiciário. No julgamento das Ações Diretas de Inconstitucionalidades nº 6.586/DF e 6.587/DF, o STF definiu o seguinte entendimento sobre a vacinação contra a COVID-19:

- A) a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes, e
- (i) tenham como base evidências científicas e análises estratégicas pertinentes,
 - (ii) venham acompanhadas de ampla informação sobre a eficácia, segurança e contraindicações dos imunizantes,
 - (iii) respeitem a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas;
 - (iv) atendam aos critérios de razoabilidade e proporcionalidade, e
 - (v) sejam as vacinas distribuídas universal e gratuitamente; e
- B) tais medidas, com as limitações expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência³⁶.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, exploratório e analítico.

4.2 Sujeitos e cenário do estudo

Foram estudados os quantitativos de cirurgias de câncer de cabeça e pescoço realizadas no Brasil entre 2015 e 2020; as atitudes de solidariedade decorrentes da pandemia da COVID-19; os povos indígenas; o sistema prisional; processos judiciais que necessitam de prova pericial (social e médica) e os Juízes Federais do Brasil.

4.3 Coleta de dados

Para realização deste estudo foram coletadas informações nos bancos de dados dos arquivos públicos do Sistema de Informação Hospital do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SUS-SAI/SUS) do Departamento de Informática do SUS (<http://www2.datasus.gov.br>), do Ministério da Saúde e Secretaria Especial da Saúde Indígena, da Fundação Nacional dos Povos Indígenas, da Articulação dos Povos Indígenas (APIB), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e aplicação de questionários aos juízes federais do Brasil lotados nos então cinco Tribunais Regionais Federais do país.

Na elaboração de cada produto, a coleta de dados percorreu um caminho específico, conforme delineado no item 5 deste trabalho.

4.4 Análise de dados

As informações coletadas foram lançadas no *Statistical Package for the Social Sciences for Windows, Inc., USA* (SPSS) versão 24.0 para construir o banco de dados da pesquisa e realizar as análises estatísticas. A partir dos dados serão expressas a distribuição de

frequências e a análise de associação entre variáveis, assumindo-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os testes estatísticos foram de análise bivariada e multivariada.

4.5 Aspectos éticos

O estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética da pesquisa. Todos os entrevistados autorizaram sua participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e Termo de Cooperação Institucional /Consentimento Institucional da Unimontes (APÊNDICE B). A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (# 5.032.572) (Anexo A).

5. PRODUTOS

5.1 Artigo Científico 1: *Impact of the COVID-19 pandemic in the head and neck cancer treatment in the Brazil.*

- Revista *Oral Oncology*

5.2 Artigo Científico 2: A Adoção da Teleperícia como necessidade pública.

- Revista da *Ajuris*

5.3 Artigo Científico 3: *Never been such a clear need for science to protect the planet.*

- Revista *Unimontes Científica*

5.4 Artigo Científico 4: Pandemia da COVID-19 e a situação dos povos indígenas brasileiros

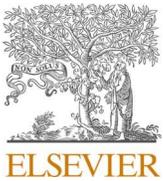
- Revista da *Ajuris*

5.5 Artigo Científico 5: Desdobramentos do direito fundamental à saúde no sistema prisional brasileiro em meio à pandemia da COVID-19.

– Revista *Cuadernos de Educación y Desarrollo (CED)*

5.6 Artigo Científico 6: *Vaccination against COVID-19: The insights of Brazilian Federal Judges*

- Submetido à publicação na Revista *Cadernos de Saúde Pública*



Letter to the editor

Impact of the COVID-19 pandemic in the head and neck cancer treatment in the Brazil

Letter to the Editor

The COVID-19 pandemic represents a serious threat to the public health. It presents a high rate of contagion and transmissibility through contaminated droplets from oropharynx secretions or contaminated surfaces [1,2]. Because of viral infection and replication in respiratory epithelial cells, the disease can lead to severe acute respiratory syndrome and death [3]. There is no vaccine or approved drug therapy for the prevention and treatment for COVID-19. Thus, in order to restrict the infection spreading, billions of people around the world were/are under quarantine, isolation or social distancing to contain it and prevent the collapse of the health system [1,4]. As a result of these public health measures, only essential services were maintained.

All these restrictive measures induced individuals to experience feelings of anxiety, anger, confusion, and post-traumatic symptoms, in addition to the fear of contagion and even death by the virus [4]. Despite hospitals are essential services, during the pandemic, outpatient consultations and non-urgent surgeries were suspended in order to reduce hospitalizations and the risk of contagion [5]. Such actions also affected patients with chronic diseases, which may have worsened without periodic follow up. In addition, this context has caused a decrease in the number of consultations [6], resulting in delay in the diagnosis of several chronic diseases [7], including head and neck cancer (HNC) [8].

HNC represents the sixth most common cancer worldwide, accounting for 6% of all solid tumors [9]. The treatment depends on the site, clinical stage, and histopathological criteria. Overall, the primary treatment for the most HNC is surgery associated with adjuvant radiation or chemoradiation therapy [10]. Head and neck surgeons present a high risk of COVID-19 contamination because of intimate contact with nasal, oral and oropharynx mucosa [11]. Thereby, during the peak of the pandemic the World Health Organization (WHO) ratified by most medical societies has taken steps to reduce the risk of contagion by the population and health professionals, leading to the created several protocols [12] with main focus in severe cases, emergencies and canceling elective surgical procedures [13]. Thus, we evaluated preliminary the impact of the COVID-19 pandemic in HNC treatment,

comparing the number of surgeries and radiotherapy and chemotherapy procedures performed during the pre-pandemic and pandemic periods in the Brazil.

For this, the data of the public archives of the Hospital Information System of the Brazil's Unified Health System (SIH/SUS) and Outpatient Information System (SUS-SAI/SUS) from Department of Informatics of the SUS (<http://www2.datasus.gov.br>) were used. With the confirmation of the first case in February and the progressive increase until July, which reached the mark of 90 thousand cases (<https://www.sanarmed.com/linha-do-tempo-do-coronavirus-no-brasil>), we compared mean number of HNC surgeries and number of radiotherapy and chemotherapy procedures carried out during pre-pandemic (From the March to July 2015–2019) and pandemic period (From the March to July 2020) in the five geographic regions of Brazil.

Between 2015 and 2019, from the March to July, the mean number of surgeries for HNC was 5410. In 2020, during the same period, there were 3522 surgeries, representing a 35% decrease during the pandemic period. The greatest decrease was observed in the Northern region (60.7%). In the other regions, the decrease ranged from 30.7% to 38.1%. Table 1 shows the detailed data. Concomitantly, the number of radiotherapy and chemotherapy procedures increased when comparing the pre- and pandemic periods. Between 2015 and 2019, from the March to July, the mean number of radiotherapy and chemotherapy procedures was 9893. In 2020, during the same period, there were 14,919 procedures, representing a 50.8% increase during the pandemic period. The highest increase was observed in the Northeast region (75.1%). In the remain regions, the increase ranged from 41.9% to 61.2% (Table 2).

The surgical resection is the basis for the treatment of oral cancer, the most common site for HNC, both in early and advanced clinical stages, being associated with a significant improvement in patient survival [14,15]. Patients with HNC there is a significantly increased risk of death when surgery is performed more than 67 days after the diagnosis [16]. However, the fear of patients to infect by virus [6,8] and the restrictive measures [6] disrupted the cancer surgeries worldwide [17]. Furthermore, the increase in the number radiotherapy and chemotherapy procedures for HNC was observed. Radiotherapy is commonly

Table 1

Difference between the mean number of head and neck cancer surgeries in the pre- and during the COVID-19 pandemic according to Brazilian geographic regions.

Brazilian regions	March to July						Difference between Pre- and COVID pandemic period
	2015	2016	2017	2018	2019	Mean (2015–2019)	
North	151	155	246	206	159	183.4	72 (-) 60.7%
Northeast	1399	1417	1567	1574	1442	1479.8	916 (-) 38.1%
Southeast	2273	2089	2228	2237	2206	2206.6	1529 (-) 30.7%
Sothern	1072	990	1072	1148	1164	1089.2	712 (-) 34.6%
Midwest	468	447	441	449	451	451.2	293 (-) 35.0%
Total	5363	5098	5554	5614	5422	5410.2	3522 (-) 35.0%

<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.105148>

Received 11 December 2020; Accepted 15 December 2020

Available online 18 January 2021

1368-8375/© 2021 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Table 2

Difference between the mean number of radiotherapy and chemotherapy procedures in the pre- and COVID-19 pandemic period according to Brazilian geographic regions.

Brazilian regions	March to July					Mean (2015–2019)	2020	Difference between Pre- and COVID pandemic period
	2015	2016	2017	2018	2019			
North	309	304	344	303	440	340.0	548	(+) 61.2%
Northeast	1794	1566	1749	1753	2396	1851.6	3243	(+) 75.1%
Southeast	5229	4791	4796	4747	5851	5082.8	7211	(+) 41.9%
Southern	2074	1782	1957	1746	2660	2043.8	3048	(+) 49.2%
Midwest	600	511	647	538	580	575.2	869	(+) 51.1%
Total	10,006	8954	9493	9087	11,927	9893.4	14,919	(+) 50.8%

used for HNC, mainly as adjuvant therapy to surgery. Single-modality treatment with radiotherapy may be recommended for patients with early-stage disease [18]. However, in developing countries like Brazil, most cases are diagnosed at advanced clinical stage [19]. Although the chemotherapy alone is not considered a curative modality for HNC, chemoradiotherapy is indicated especially for nasopharyngeal cancer. Furthermore, radiotherapy and chemotherapy, combined or isolated, are not the primary treatment for most HNC, these therapies cause significant oral side effects, such as oral mucositis, xerostomia, candidiasis, and osteoradionecrosis [18,20].

In summary, during the peak of COVID-19 pandemic, the data demonstrate a probable change in the HNC treatment protocol in Brazil. Further studies are needed to assess the impact of this finding on prognosis. A strong second COVID-19 wave can further aggravate this scenario.

Authors contributions

A.J. Martelli contributed to conception, design, data acquisition and interpretation, drafted and critically revised the manuscript. R.A. Machado, W.M. Pereira, D.M.M. Silveira, D.E.C. Perez, H. Martelli-Júnior contributed to conception, design, data acquisition and interpretation and critically revised the manuscript. All authors gave their final approval and agree to be accountable for all aspects of the work.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Acknowledgment

National Council for Scientific and Technological Development – CNPq, Brazil.

References

- Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, et al. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19. *Virus* 2020;12(4):372.
- Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med* 2020;288(2): 192–206.
- Berlin I, Thomas D, Le Faou AL, Cornuz J. COVID-19 and smoking. *Nicotine Tob Res* 2020;22(9):1650–2.
- Khan KS, Mamun MA, Griffiths MD, Ullah I. The mental health impact of the COVID-19 pandemic across different cohorts. *Int J Ment Health Addict* 2020:1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00367-0>.
- Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel JP, et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res* 2020;32(7):1189–94.
- Pham-Scottet A, Silva J, Barruel D, Masson VD, Yon L, Trebalag AK, et al. Patient flow in the largest French psychiatric emergency centre in the context of the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020;291:113205.
- Wong AW, Fidler L, Marcoux V, Johannson KA, Assayag D, Fisher JH, et al. Practical considerations for the diagnosis and treatment of fibrotic interstitial lung disease during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Chest* 2020;158(3): 1069–78.
- Shuman AG, Campbell BH. AHNS ethics & professionalism service. Ethical framework for head and neck cancer care impacted by COVID-19. *Head Neck* 2020; 42(6):1214–7.
- Cognetti DM, Weber RS, Lai SY. Head and neck cancer: an evolving treatment paradigm. *Cancer* 2008;113(7 Suppl):1911–32.
- Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am* 2015;24(3): 491–508.
- Kowalski LP, Sanabria A, Ridge JA, Ng WT, de Bree R, Rinaldo A, et al. COVID-19 pandemic: Effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. *Head Neck* 2020;42(6):1259–67.
- Kulcsar MAV, Montenegro FLM, Santos ABO, Tavares MR, Arap SS, Kowalski LP. Recommendations for head and neck surgical procedures during the COVID-19 pandemic. *Clinics (Sao Paulo)* 2020;75:e2084.
- Cai YC, Wang W, Li C, Zeng DF, Zhou YQ, Sun RH, et al. Treating head and neck tumors during the SARS-CoV-2 epidemic, 2019 to 2020: Sichuan Cancer Hospital. *Head Neck* 2020;42(6):1153–8.
- Wu V, Noel CW, Forner D, Zhang ZJ, Higgins KM, Enepekides DJ, et al. Considerations for head and neck oncology practices during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: Wuhan and Toronto experience. *Head Neck* 2020;42(6): 1202–8.
- Sutton DN, Brown JS, Rogers SN, Vaughan ED, Woolgar JA. The prognostic implications of the surgical margin in oral squamous cell carcinoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003;32(1):30–4.
- Forner D, Noel CW, Wu V, Parmar A, Chan KKW, de Almeida JR, et al. Nonsurgical management of resectable oral cavity cancer in the wake of COVID-19: a rapid review and meta-analysis. *Oral Oncol* 2020;109:104849.
- Rygalski CJ, Zhao S, Eskander A, Zhan KY, Mroz EA, Brock G, et al. Time to surgery and survival in head and neck cancer. *Ann Surg Oncol* 2020;13:1–9.
- Kaul P, Singh MP, Pasricha R, Garg PK. Methotrexate based oral chemotherapy for advanced oral cancer during COVID-19 pandemic: another option in the therapeutic armamentarium. *Oral Oncol* 2020;107:104839.
- Alzahrani R, Obaid A, Al-Hakami H, Alshehri A, Al-Assaf H, Adas R, et al. Locally advanced oral cavity cancers: what is the optimal care? *Cancer Control* 2020;27(1). 1073274820920727.
- Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Priante AV, de Melo RL, Correia LM, et al. Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(10):1209–13.

Alison José Martelli

Department of Oral Diagnosis, Dental School, University of Campinas, FOP-UNICAMP, Piracicaba, São Paulo, Brazil

Renato Assis Machado

Department of Oral Diagnosis, Dental School, University of Campinas, FOP-UNICAMP, Piracicaba, São Paulo, Brazil
Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo, HRAC/USP, Bauru, São Paulo, Brazil

Wilson Medeiros Pereira

Health Sciences Postgraduate Program, State University of Montes Claros, Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil

Denise Maria M. Silveira

Primary Care Postgraduate Program, State University of Montes Claros, Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil

Danyel Elias da Cruz Perez

School of Dentistry, Department of Clinical and Preventive Dentistry, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil

Hercílio Martelli Júnior

Health Sciences Postgraduate Program, State University of Montes Claros, Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil
Primary Care Postgraduate Program, State University of Montes Claros, Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil

A ADOÇÃO DA TELEPERÍCIA COMO NECESSIDADE PÚBLICA

THE ADOPTION OF VIRTUAL EXPERTISE AS A PUBLIC NEED

Hercílio Martelli Júnior¹

Doutor em Estomatopatologia (UNICAMP, Campinas/SP, Brasil)

Daniella Reis Barbosa Martelli²

Doutora em Ciências da Saúde (UNIMONTES, Montes Claros/MG, Brasil)

Wilson Medeiros Pereira³

Mestre em Direito Público e Evolução Social (UNESA, Rio de Janeiro/RJ, Brasil)

Maressa Lopes Coelho⁴

Especialização em Saúde da Família (UNIFIP-MOC, Montes Claros/MG, Brasil)

-
- ¹ Especialista, Mestre e Doutor pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor Titular do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Estadual de Montes Claros. Pesquisador Bolsista em Produtividade Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). *E-mail*: hmjunior2000@yahoo.com. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/1524800505426143>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9691-2802>.
 - ² Especialista pela Universidade de Alfenas, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Unimontes. Professora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros. *E-mail*: daniellareismartelli@yahoo.com.br. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/3189672002816520>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7497-6052>.
 - ³ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unimontes. Juiz Federal do Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Professor da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). *E-mail*: wmpmoc@gmail.com. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/7742065097603624>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2380-3098>.
 - ⁴ Especialista em Medicina de Família pela Unifip-Moc. Médica com residência em pediatria pela Universidade Estadual de Montes Claros. *E-mail*: maressa-lobes@hotmail.com. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/0355378599454878>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1998-7178>.

ÁREA(S): Direito previdenciário; direito constitucional; direito processual.

RESUMO: O objetivo deste artigo científico foi estudar o instituto da teleperícia. A metodologia utilizada nesta pesquisa foi a literária e documental, de natureza analítica e exploratória, referenciada por artigos técnicos e científicos nas bases de dados nacionais e internacionais, assim como Documentos oficiais que versam sobre o instituto da teleperícia. Com a pandemia da COVID-19 a rotina dos órgãos públicos e privados foi alterada, principalmente pela restrição de circulação e aglomeração de pessoas. Uma consequência foi a suspensão das perícias médicas, tanto no Instituto Nacional do Seguro Social, quanto no Poder Judiciário, o que gerou um problema social, pois os indivíduos dependem dos benefícios previdenciários para custeio de suas necessidades básicas. Milhares de pessoas estão aguardando a realização de perícia médica. O Poder Judiciário regulamentou o instituto da teleperícia no País, todavia, os Conselhos da área médica não concordam com esta modalidade de perícia. Nesse diapasão, é imprescindível o debate sobre a implantação da teleperícia no Brasil. Para melhor análise do tema, foram abordados também a telessaúde, o posicionamento das entidades de classes médicas e as experiências nacionais e estrangeiras sobre a teleperícia.

ABSTRACT: *The purpose of this scientific article was to study the institute of virtual expertise. The methodology used in this research was literary and documentary, of an analytical and exploratory nature, referenced by technical and scientific articles in national and international databases, as well as official documents dealing with the institute of virtual expertise. With the COVID-19 pandemic, the routine of public and private offices was altered, mainly due to the restriction of circulation and crowding of people. One consequence was the suspension of medical examinations, both at the National Social Security Institute and the Judiciary, which created a social problem, as individuals depend on social security benefits to cover their basic needs. Thousands of people are awaiting medical expertise. The Judiciary has regulated the institute of virtual expertise in the country, however, the Councils in the medical field do not agree with this type of expertise. In this pitch, the debate on the implementation of virtual expertise in Brazil is essential. For a better analysis of the theme, telehealth, the positioning of medical entities and the national and foreign experiences on virtual expertise were also addressed.*

PALAVRAS-CHAVE: teleperícia; benefícios previdenciários; pandemia.

KEYWORDS: *virtual expertise; social security benefits; pandemic.*

SUMÁRIO: Introdução; 1 Teleperícia como desdobramento da telessaúde; 2 Posicionamento das entidades de classes médicas; 3 Estudo das alternativas apresentadas para minorar o impasse nas perícias médicas judiciais; 4 Projeto

piloto implementado no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); 5 Experiências internacionais; Considerações finais; Referências.

SUMMARY: Introduction; 1 Virtual expertise as an unfolding of telehealth; 2 Positioning of medical class entities; 3 Study of the alternatives presented to alleviate the impasse in the judicial medical expertise; 4 Pilot project implemented at the National Social Security Institute (INSS); 5 International experiences; Final considerations; References.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o mundo foi atingido por diversas pandemias, dentre as quais H1N1, Ebola, SARS-CoV, MERS-CoV e, agora, COVID-19, sendo que o surgimento de novas não é descartado⁵. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto da doença (COVID-19) causada pelo novo coronavírus (2019-nCoV) configurou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (o mais alto nível de alerta da Organização), e em 11.03.2020 reconheceu esta condição como uma pandemia. Os dados divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que no mundo já foram confirmados mais de 61,8 milhões de casos de contaminação e registradas mais de 1,448 milhão de mortes, até 29 de novembro de 2020. Na mesma data, o Brasil contabilizava mais de 6,2 milhões de pessoas infectadas e 171,9 mil mortes pela doença⁶.

Uma pandemia gera efeitos em todas as áreas, interfere nas estruturas de governos, Poderes, organismos nacionais e internacionais, revisita valores, comportamentos e atitudes. Povos e nações passaram a lidar com inúmeras alterações, quer do ponto de vista individual, quer familiar, bem como coletivo, nacional e internacional. As consequências são projetadas em perspectiva macro⁷.

⁵ KICHLOO, Asim *et al.* Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Fam Med Community Health*. 2020. Disponível em: <https://fmch.bmj.com/content/8/3/e000530>. Acesso em: 23 set. 2020.

⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Painel da Doença de Coronavírus da OMS (COVID-19)*. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 29 nov. 2020.

⁷ SCHINCARIOL, Juliana. Restrições pela COVID-19 afetarão quase todos os setores da economia, diz RC Consultores. *O globo*. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/04/11/restricoes-pela-covid-19-afetarao-quase-todos-os-setores-da-economia-diz-rc-consultores.ghtml>. Acesso em: 06 set. 2020.

Com a propagação do vírus nas diferentes regiões, os países instituíram políticas restritivas de circulação de pessoas, tais como isolamento social e quarentena. No Brasil, sucessivos diplomas legais e atos administrativos regulamentaram os mecanismos a serem aplicados. A Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, permitiu a adoção de várias medidas restritivas, dentre as quais: isolamento; quarentena; realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas e vacinação; investigação epidemiológica; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; restrição temporária de entrada e saída do País, por rodovias, portos ou aeroportos; requisição de bens e serviços; e, autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa.

Reconhecido o estado de calamidade pública pelo Legislativo, o Presidente da República editou a Medida Provisória (MP) nº 927, de 22.03.2020, dispondo sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da COVID-19. Como estratégia para enfrentar os efeitos econômicos decorrentes do estado de calamidade pública e para preservação do emprego e da renda, a MP permitiu as seguintes medidas: teletrabalho, antecipação de férias individuais, concessão de férias coletivas, aproveitamento e a antecipação de feriados, banco de horas, suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho, direcionamento do trabalhador para qualificação e a prorrogação do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

Na mesma perspectiva, objetivando evitar a propagação do novo coronavírus em seus territórios, os governadores dos Estados, do Distrito Federal e os prefeitos municipais instituíram diversas medidas restritivas à circulação de pessoas, ao funcionamento de comércio e à realização de eventos com aglomeração de participantes⁸. As restrições também atingiram o Poder Judiciário, que por sua vez, teve que remodelar a sua atuação, principalmente na suspensão de atividades que importariam na reunião de pessoas. Para tanto, os atos passaram a ser executados por videoconferência ou remotamente. Todavia,

⁸ CARVALHO, Igor. Quais são as medidas adotadas por cada estado brasileiro contra o coronavírus. Brasil de Fato | São Paulo (SP). 1º de Abril de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/04/01/quais-sao-as-medidas-adotadas-por-cada-estado-brasileiro-contra-o-coronavirus>. Acesso em: 10 set. 2020.

as entidades de classes médicas não concordam com a realização de perícia na modalidade remota.

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi a literária e documental, de natureza analítica e exploratória, referenciada por artigos técnicos e científicos nas bases de dados nacionais e internacionais, assim como Documentos oficiais que versam sobre o instituto da teleperícia. Não obstante tratar de assunto com forte impacto social, verificou-se uma escassez de artigos científicos sobre o tema especificamente, publicados até novembro de 2020.

Com a finalidade de avaliar o instituto da teleperícia, realizou-se uma revisão crítica sobre o tema, percorrendo seu desdobramento como telessaúde, o posicionamento das entidades de classes médicas e a experiência administrativa adotada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Foram abordadas também as alternativas apresentadas para minorar o problema enfrentado pelos cidadãos que aguardam a resolução do processo judicial e as experiências internacionais na área de perícia médica.

1 TELEPERÍCIA COMO DESDOBRAMENTO DA TELESSAÚDE

A adoção da telessaúde no Brasil buscou transpor barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas para que os serviços chegassem a toda a população; prestar um serviço de saúde de forma segura, oportuna, efetiva, eficiente, equitativa e centrada no paciente; reduzir o tempo para atendimento ou diagnósticos especializados e evitar deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde. O instituto compreende os subgrupos de teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação e tele-educação⁹.

A telessaúde deve ser entendida como recurso fundamental em tempos de pandemia, principalmente pela capacidade de reduzir a circulação de pessoas em estabelecimentos hospitalares, permitir acesso a lugares com estrutura inadequada ou insegura, além de atender pacientes com doenças e comorbidades preexistentes que não podem se dirigir pessoalmente a consultas médicas¹⁰.

⁹ BRASIL: Ministério da Saúde. Saúde digital e telessaúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/telessaude>. Acesso em: 25 set. 2020.

¹⁰ CAETANO, Rosângela *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, vol.36, no.5. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000503001&tlng=pt. Acesso em: 06 out. 2020.

A inovação tecnológica na área de saúde contribui para qualificação das equipes de atenção básica e ampliação da resolutividade. O Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da UFMG, por exemplo, até final de agosto de 2020, já havia elaborado mais de 4,8 milhões de laudos de exames, realizadas mais de 136 mil teleconsultorias e atendido mais de mil municípios, o que gerou atendimento especializado e tempestivo, além da economia para os poderes públicos e as pessoas¹¹.

O sistema de justiça também é afetado pelas crises sanitárias e catástrofes. Há cancelamento/suspensão de audiências, de perícias médicas e sociais, o que faz atrasar a resolução dos problemas levados ao Judiciário. Todavia, as doenças e as necessidades das pessoas continuam existindo. É o momento de pensar em novas práticas, tais como o aperfeiçoamento da telemedicina, perícia virtual, audiência virtual e perícia social por videoconferência.

As audiências virtuais tornaram realidade nos tribunais do País. Entretanto, há um gargalo em relação às perícias médicas e sociais. O Poder Judiciário brasileiro está abarrotado de processos pleiteando benefícios previdenciários por incapacidade temporária ou permanente (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez), os quais exigem a realização de uma perícia médica. Atualmente, tramitam mais de 1,19 milhão de processos desta natureza¹².

A Resolução da Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA) n° 1, de 10 de abril de 2020, prevê que os Estados-membros devem adotar medidas de garantia de direitos dos grupos humanos em especial vulnerabilidade e de diminuição dos impactos da pandemia provocada pela COVID-19. Os benefícios previdenciários têm natureza alimentar, por conseguinte, a falta de acesso a eles pode levar muitas pessoas e respectivos familiares a passarem por necessidades. Portanto, se cabível a concessão, a decisão do Poder Judiciário tem que ser o mais breve possível¹³.

¹¹ UFMG. Centro de Telessaúde Hospital das Clínicas. Resultado 08/2020. Disponível em: <https://telessaude.hc.ufmg.br/quem-somos/resultados/>. Acesso em: 28 set. 2020.

¹² BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em Números 2020: ano-base 2019. Brasília, DF: CNJ, 2020.

¹³ OEA. Resolução CIDH/OEA n° 1, de 10 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

Com a suspensão das atividades presenciais no Poder Judiciário, conseqüentemente, não podem ser realizadas as perícias médicas, ficando as partes sem solução de suas demandas. Diante desse cenário, buscou-se a alternativa de realização de perícias de forma remota ou virtual.

Após estudos, o Centro Local de Inteligência da Justiça Federal de São Paulo emitiu a Nota Técnica NI CLISP 12/202, expressando a viabilidade de realização de teleperícia ou perícia virtual, com o objetivo de agilizar a tramitação dos processos que necessitam de perícia médica e/ou social¹⁴. Posteriormente, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) disciplinou esta modalidade de perícia, por meio da Resolução nº 317, de 30 de abril de 2020.

Em 8 de abril de 2020, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu um Parecer contrário à realização de teleperícia, sob o argumento de que o exame realizado pelo profissional médico desprovido do contato físico com o paciente fere o Código de Ética Médica¹⁵. Seguindo o mesmo raciocínio, em 30.04.2020, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica (ABMLPM) e a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Anamt) recomendaram que os médicos se abstivessem de realizar teleperícia, acrescentando que tal prática poderia incorrer em infração ética¹⁶.

Em sede de perícia, a discussão maior está no conceito e também no destinatário da prova. Compete às partes de um processo judicial demonstrar suas alegações. Provas são meios utilizados para que o juiz forme a sua convicção sobre a existência ou não de fatos¹⁷. Prova também pode ser vista como direito fundamental derivado do princípio do contraditório¹⁸.

¹⁴ SJSP: CLIJFSP. Nota Técnica NI CLISP 12, 30/03/2020. Disponível em: http://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUBI/clisp/012_-_5650088_-_Nota_Tecnica_NI_12_CLISP.pdf. Acesso em: 11 set. 2020.

¹⁵ AMB, 2020. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2020/05/nota-telepericia-cfm-anamt-amb-abmlpm.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.

¹⁶ *Idem*.

¹⁷ GONÇALVES, Marcus Vinícius Rios. Curso de Direito Processual Civil. Processo de conhecimento e procedimentos especiais. Vol. 2 - 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

¹⁸ DIDIER, Fredie Jr.; BRAGA, Paula Sarno; OLIVEIRA, Rafael. Curso de Direito Processual Civil: direito probatório, decisão judicial, cumprimento e liquidação da sentença e coisa julgada. 2. ed. Salvador Juspodvm, 2008.

Na decisão de um processo, cujo objeto exija conhecimento científico ou técnico, o juiz poderá nomear peritos especializados na área para auxiliar na resolução da demanda. O perito é um auxiliar da justiça e deve ser escolhido entre profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos no cadastro do tribunal ao qual o julgador pertence¹⁹.

A perícia é um meio de prova, podendo compreender exame, vistoria ou avaliação, mas o resultado da perícia não vincula o magistrado²⁰. Na elaboração de um laudo pericial, o profissional deverá observar as normas do Código de Processo Civil (CPC) e dos órgãos de classe respectivo. No caso de perícia médica, o perito deverá considerar, além do CPC, o comando do Código de Ética Médica.

Nos termos do art. 464 do Código de Processo Civil/2015, o perito poderá utilizar recurso tecnológico de transmissão de sons e imagens objetivando esclarecer os pontos controvertidos. Não há um formato próprio para realização de perícia, podendo se restringir à inquirição do perito pelo juiz. Em tempos de anormalidade, exigem-se estratégias diferenciadas. Se a lei permite o uso de recursos tecnológicos, o argumento contrário à realização de forma excepcional da perícia virtual ou teleperícia fica fragilizado.

Há na legislação também a hipótese de perícia indireta, tal como ocorre com exames de pessoas já falecidas ou impossibilitadas de locomoção. O laudo será elaborado a partir dos documentos disponibilizados nos processos e/ou entrevistas com parentes ou pessoa próxima.

¹⁹ *Idem*.

²⁰ BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. CPC/2015. Brasília, DF: Presidência da República.

Art. 464. A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.

§ 1º O juiz indeferirá a perícia quando:

I – a prova do fato não depender de conhecimento especial de técnico;

II – for desnecessária em vista de outras provas produzidas;

III – a verificação for impraticável.

§ 2º De ofício ou a requerimento das partes, o juiz poderá, em substituição à perícia, determinar a produção de prova técnica simplificada, quando o ponto controvertido for de menor complexidade.

§ 3º A prova técnica simplificada consistirá apenas na inquirição de especialista, pelo juiz, sobre ponto controvertido da causa que demande especial conhecimento científico ou técnico.

§ 4º Durante a arguição, o especialista, que deverá ter formação acadêmica específica na área objeto de seu depoimento, poderá valer-se de qualquer recurso tecnológico de transmissão de sons e imagens com o fim de esclarecer os pontos controvertidos da causa.

O ideal é que o perito tenha contato direto com o periciando. Todavia, as restrições de natureza sanitária – notadamente as de isolamento social e/ou restrições de circulação de pessoas – trazem à tona a possibilidade de realização de perícia de forma remota. O uso de tecnologia é bastante acessível à população, sendo que grande parte das famílias brasileiras dispõe de aparelhos celulares com câmera fotográfica, vídeo e acesso à *Internet*, os quais poderiam ser utilizados para realização de uma perícia. Em 2018, 79,1% dos domicílios brasileiros utilizavam a *Internet*, sendo que 95,7% dos que têm acesso à *Internet*, utilizam-na para enviar ou receber mensagens de texto, voz ou imagens²¹.

É sabido que muitas perícias se concentram mais em documentos médicos-laboratoriais e na anamnese, não sendo a presença física do periciando imprescindível. Em situações muito específicas poderiam os peritos fazer constar no laudo para futura apreciação do juiz a respeito da necessidade ou não de repetição na perícia na forma presencial²². A teleperícia pode ser entendida como um desdobramento da telessaúde/telemedicina. A Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, permitiu o uso de telemedicina durante a crise causada pela COVID-19, cuja modalidade pode ser caracterizada pela utilização de tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde.

O Centro de Inteligência da Justiça Federal de São Paulo sugere também a utilização da perícia virtual para as perícias sociais, realizadas nos processos cujo objeto é a concessão de benefícios para a assistência social. Percorrendo outra análise, a teleperícia pode ser muito benéfica para resolução de problemas em áreas distantes, de difícil acesso ou não atendidas por algumas especialidades médicas. As cidades do interior dos Estados do Acre, do Amapá, de Roraima, do Amazonas e do Pará sofrem pela falta de médicos, sendo que em algumas delas o acesso é mediante navegação, demorando dias de viagem, além dos recorrentes acidentes²³. Adotando a perícia virtual, essas populações poderiam

²¹ IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/ciencia-tecnologia-e-inovacao/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads>. Acesso em: 28 set. 2020.

²² SJPR: CIJFPR. Nota Técnica nº 04/2020 – PRCTBCLIPR. Disponível em: https://www.enfam.jus.br/wp-content/uploads/2020/04/SEL_TRF4-5112884-Nota-Te%CC%81cnica.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

²³ AMADO, Aécio. Número de mortos do naufrágio de barco no Amapá sobe para 29. Agência Brasil, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/numero-de-mortos-do-naufragio-de-barco-no-amapa-sobe-para-29>. Acesso em: 23 set. 2020.

ser atendidas em suas próprias localidades, sem aguardar meses ou anos de espera e nem expor a riscos à integridade física.

A teleperícia figura, portanto, como uma estratégia viável para resolver o congestionamento de perícias, tanto na esfera administrativa, quanto no Poder Judiciário. Além da possibilidade do ponto de vista logístico, também o é na acepção técnica processual.

2 POSICIONAMENTO DAS ENTIDADES DE CLASSES MÉDICAS

Em que pese a regulamentação pelos tribunais, as entidades de classes médicas são contrárias à perícia virtual. Os principais argumentos compreendem a imprescindibilidade do exame físico direto, considerando questões hormonais e/ou orgânicas, verificadas durante a avaliação clínica (presencial), como ausculta cardíaca e palpação de tireoide. O obstáculo mais citado é a proibição do Código de Ética Médica que reza ser “vedado ao médico assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame” (art. 92, CEM).

Na mesma linha de pensamento, a Lei nº 11.907, que regulamenta a Carreira de Perito Médico Federal e de Supervisor Médico Pericial, com a redação dada pela Lei nº 13.846/2019, trouxe a seguinte proibição no parágrafo 12 do art. 30: “Nas perícias médicas onde for exigido o exame médico pericial presencial do requerente, ficará vedada a substituição do exame presencial por exame remoto ou à distância na forma de telemedicina ou tecnologias similares”²⁴.

O Conselho Federal de Medicina aduz também que a Resolução CFM nº 2.056/2013 define o roteiro básico do relatório pericial e exige o exame físico (aspecto clínico geral do examinando) e o exame mental (perícias psiquiátricas e neurológicas)²⁵. Sob outra perspectiva, a faculdade de a parte aceitar ou não a perícia virtual pode gerar desigualdade entre os que têm condições de instrumentos tecnológicos e os que não têm.

Em vertente diferenciada, alguns médicos entendem cabível a perícia virtual em situações excepcionais. A Nota Técnica NI CLISP 12/2020 consta um

²⁴ BRASIL. Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a carreira de médico federal e da carreira de supervisor médico-pericial. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/111907.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

²⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.056/2013. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

parecer do Dr. Roberto Antônio Fiore, perito médico do Instituto de Medicina Social e de Criminologia (Imesc):

Em relação à perícia médica virtual ou teleconferência, em caráter de excepcionalidade, em algumas situações seria possível, principalmente quando o exame físico não for, no caso, o marcador de ouro. Por exemplo, discutindo uma DII (data de início da incapacidade) ou DID (data de início da doença) num caso de neoplasia quando a questão fundamental não for a incapacidade e sim a condição de segurado, ou também em casos de fratura, cirurgia, evolução com internações por descompensações, no fundamento de dados técnicos idôneos e pertinentes.²⁶

A vedação genérica da teleperícia contrasta com a evolução tecnológica e das práticas médicas, além de restringir a liberdade de atuação do profissional médico. A decisão de realizar ou não uma perícia na modalidade virtual deve ser do *expert* que, de posse do caso concreto, avaliará a necessidade da presença física do paciente/periciando.

3 ESTUDO DAS ALTERNATIVAS APRESENTADAS PARA MINORAR O IMPASSE NAS PERÍCIAS MÉDICAS JUDICIAIS

Além das perícias virtuais, outras propostas foram apresentadas:

- a) Elaboração de prova técnica simplificada para verificação de incapacidade laborativa ou deficiência para fins de processos previdenciários²⁷.

A proposta consiste em dividir a perícia em duas etapas. Em um primeiro momento, o perito faria um parecer técnico para auxiliar o juiz na análise da decisão provisória (tutela de urgência). Posteriormente, quando cessar a necessidade de distanciamento social, realizaria a segunda etapa – presencial, se necessária.

O CPC/2015 possibilitou a substituição de perícia pela produção de prova técnica simplificada (art. 464, “§ 2º De ofício ou a requerimento das partes, o juiz poderá, em substituição à perícia, determinar a produção de prova técnica

²⁶ SJSP. *Op. Cit.*

²⁷ SJPR. *Op.cit.*

simplificada, quando o ponto controvertido for de menor complexidade”). Portanto, esta modalidade encontra completo amparo legal.

Assim como qualquer outro meio de prova, o juiz não está adstrito ao parecer técnico elaborado. Por outro lado, se entender necessário, o magistrado poderia designar o exame físico posterior, inclusive por sugestão do perito.

A ideia pode ser interessante, mas se considerar a perícia imprescindível, não resolve o problema. O Brasil passa por restrições orçamentárias, e a divisão da perícia em dois momentos poderia importar no pagamento maior ou dobrado para o profissional. As dificuldades na execução do orçamento são corriqueiras no Brasil, inclusive no atraso dos pagamentos dos peritos²⁸.

Por outro lado, a proposta traz à tona algumas indagações, pois não é possível indicar uma data para retorno das atividades presenciais. O processo ficaria parado por quanto tempo? Não geraria mais insegurança? Existem incapacidades laborais que são passageiras, se a perícia for realizada em data muito distante (quando cessar a pandemia, por exemplo), poderia não ter finalidade prática para a solução do caso levado ao Judiciário.

- b) Acesso dos magistrados ao prontuário eletrônico já existente no SUS (no caso de benefício por incapacidade) e no Sistema Único da Assistência Social (SUAS), benefício assistencial, nos quais constam todo o histórico médico (SUS) e médico-social (SUAS) do indivíduo²⁹.

De igual forma, essa estratégia não resolve o problema. Os aventados cadastros não são atualizados e pode ocorrer de indivíduos não disporem de nenhuma informação neles. O julgador, que não detém conhecimento técnico e científico, não pode afastar a necessidade da participação do *expert*.

- c) O Poder Judiciário decidir a antecipação de tutela, sem realização prévia de perícia. Solução parecida foi adotada pela Lei nº 13.982, de 4 de abril de 2020, que autorizou o INSS a antecipar o valor de Benefício

²⁸ VIAPINA, Tábata. Peritos estão há oito meses sem receber da Justiça Federal, diz entidade. *Conjur*, 25 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jun-25/peritos-oitos-meses-receber-justica-federal>. Acesso em: 22 set. 2020.

²⁹ ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. São Paulo. Nota Técnica Conjunta CEEPF/CEDP 001/2020. Disponível em: <https://www.oabsp.org.br/comissoes2010/estudos-pericias-forenses/noticias>. Acesso em: 28 set. 2020.

Assistencial de Prestação Continuada (BAPC) e auxílio-doença (de um salário mínimo) até a realização da perícia.

A sugestão é interessante, todavia, pode causar prejuízos/aumento de gastos para o Poder Público. Centenas de processos previdenciários são julgados improcedentes, na maioria das vezes porque não foi constatada na perícia a incapacidade laboral. Portanto, seria um risco o magistrado simplesmente determinar a implantação do benefício para todos os que requererem judicialmente, sem aferir o quadro físico-psíquico do indivíduo.

Em que pese firmadas em pressupostos corretos, as três propostas apresentadas encontram barreiras do ponto de vista de gestão, notadamente a orçamentária.

4 PROJETO PILOTO IMPLEMENTADO NO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS)

Diante da gravidade gerada pela paralisação/suspensão das perícias médicas, o CNJ formulou uma representação junto ao Tribunal de Contas da União (TCU), para que este exigisse do INSS e do CFM o efetivo cumprimento da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, para determinar a realização de perícias por meio da telemedicina, bem como se abstivessem de aplicar qualquer penalidade administrativa ou ético-disciplinar aos profissionais que assim atuassem.

Em decisão³⁰ proferida em setembro de 2020, o TCU entendeu descabidas a inércia do INSS em implantar a telemedicina na realização das perícias, bem como a argumentação do CFM, sobretudo porque “a paralisação e o represamento das perícias médicas são de uma gravidade ímpar neste momento, pois denotam, além de incapacidade gerencial, falta de sensibilidade humana com a dor e o sofrimento das pessoas menos favorecidas”³¹.

Além desses argumentos, o TCU considerou que a não realização das perícias na esfera administrativa (INSS), provocaria uma excessiva judicialização dos requerimentos administrativos de perícias que ainda não foram atendidos, refletindo negativamente na rotina do Poder Judiciário. Diante do cenário, o

³⁰ Contra essa decisão, a Associação Nacional dos Peritos Médicos Federais (ANMP) impetrou um mandado de segurança (MS 37.465) com o TCU. Em 10.11.2020, a Min. Rosa Weber indeferiu a petição do inicial do mandado de segurança (BRASIL, 2020).

³¹ BRASIL. Tribunal de Contas da União. Processo nº 033.778/2020-5. Relator Min. Bruno Dantas Nascimento. Brasília, DF, 30.09.2020. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/push/processo?numero=03377820205>. Acesso em: 13 nov. 2020.

Tribunal de Contas determinou ao INSS e à Subsecretaria de Perícia Médica Federal do Ministério da Economia a elaboração de protocolo para realização das perícias médicas com uso da telemedicina³².

Em cumprimento à determinação, o INSS elaborou um projeto piloto, com aplicação entre 16.11.2020 a 31.01.2021, para realização da perícia médica com uso da telemedicina (PMUT), enquanto durarem os efeitos da pandemia no novo coronavírus. Pelo projeto piloto, as empresas interessadas deverão formalizar um acordo de cooperação com o INSS (Termo de adesão), para que os empregados delas possam realizar as perícias com uso de telemedicina, utilizando a plataforma TEAMS³³.

Durante a perícia com uso de telemedicina, o perito médico analisará a documentação médica e o relatório do médico do trabalho; colherá a anamnese clínica-ocupacional; lançará as informações relevantes relacionadas à patologia alegada; no campo “exame físico e mental” registrará a descrição que for possível observar durante a perícia; a conclusão será pela existência de incapacidade laborativa, inexistência de incapacidade ou ausência de elementos para fazer a conclusão, devendo ser encaminhado para perícia presencial.

Na experiência piloto da PMUT existem diversas limitações, dentre as quais, somente aplicará aos benefícios por incapacidade temporária, não incluindo aposentadoria por incapacidade permanente, auxílio-acidente e encaminhamento para reabilitação profissional. Além disso, apenas os segurados empregados de pessoas jurídicas podem participar, ficando excluídos os segurados: empregado doméstico, contribuinte individual, trabalhador avulso, especial e o facultativo³⁴.

Não obstante as limitações retromencionadas, o projeto piloto implantado no INSS demonstra a viabilidade prática da realização da teleperícia, torna mais familiar o instituto e desenvolve uma estratégia sem ferir vedações éticas.

³² *Idem.*

³³ ANAMT, 2020. Realização de perícia médica com uso da telemedicina. Roteiro do projeto piloto. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/11/Protocolo-PMUT.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

³⁴ *Idem.*

5 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

No sistema de saúde português, várias medidas de proteção social foram implementadas em razão da pandemia do coronavírus. Especificamente no tocante ao subsídio de doença³⁵, a aferição da saúde do trabalhador, a legislação equiparou o isolamento profilático à doença, determinando, em um primeiro momento, o pagamento da remuneração independentemente da certificação da incapacidade temporária³⁶. A partir de setembro de 2020, condicionou os pagamentos à confirmação pelas autoridades de saúde da data de início e fim da situação de isolamento profilático. Essa verificação pode ser feita pelo médico (autoridade de saúde) que atende no município³⁷.

Em virtude da pandemia, os beneficiários do subsídio por doença até julho de 2020 aumentaram mais de 17% em Portugal, se comparado com o ano anterior³⁸. Em que pese tais medidas, não avançaram na previsão de teleperícia em Portugal até então. Embora com diferentes perspectivas no início da pandemia da COVID-19, a Austrália, o Reino Unido e os Estados Unidos da América registraram aumento da utilização da telemedicina³⁹.

Não se verificou durante a pesquisa nenhuma experiência específica de institucionalização do instituto da teleperícia em outros países. Ao que parece, os governantes priorizaram o estabelecimento de medidas temporárias e assistenciais ao invés de criar soluções mais sólidas e duradouras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comandos normativos são genéricos por natureza, todavia, devem permitir aplicações diferenciadas diante de situações excepcionais. Uma

³⁵ O subsídio de doença foi regulamentado em Portugal pelo Decreto-lei nº 28/2004, corresponde ao auxílio-doença no Brasil.

³⁶ PORTUGAL. Decreto-lei nº 10-A, de 13 de março de 2020. Presidência do Conselho de Ministros, 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/13025172>. Acesso em: 24 set. 2020.

³⁷ PORTUGAL. Decreto-lei nº 62-A, de 3 de setembro de 2020. Presidência do Conselho de Ministros, 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/141968051>. Acesso em: 24 set. 2020.

³⁸ SARAMAGO, Joana. Número de baixas por doença aumenta 17,4% em julho para quase 166 mil. Observador, 20.08.2020. Disponível em: <https://observador.pt/2020/08/20/numero-de-baixas-por-doenca-aumenta-174-em-julho-para-quase-166-mil/>. Acesso em: 25 set. 2020.

³⁹ FISK, Malcolm; LIVINGSTONE, Anne; PIT, Sabrina Winona. Telehealth in the Context of COVID-19: Changing Perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *J Med Internet Res*. 2020 Jun; 22(6): e19264. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286230/>. Acesso em: 06 out. 2020.

pandemia gera transtornos em todas as áreas, sendo preciso que as autoridades, os governantes, as entidades de classes, os empresários e a população em geral formatem novas metodologias, revisitem previsões e inaugurem estratégias modernas.

A pandemia de COVID-19 trouxe à tona a necessidade desses ajustes/revisitações. A telemedicina é um desdobramento desses novos tempos. O Conselho Federal de Medicina tem que evoluir em suas normatizações. Proibições genéricas e impeditivas de readequação não guardam sintonia com a modernidade e com a velocidade tecnológica porque passam as ciências.

A regulamentação da perícia virtual é medida urgente e conta com alto teor social. Milhares de pessoas estão à espera de uma solução de processo judicial, cuja decisão depende de uma perícia médica. O projeto piloto implementado pelo INSS para realização de perícia médica com uso da telemedicina (PMUT) representa um ponto positivo e incentiva a discussão e familiarização com a ideia de perícia virtual. Sugere-se a extensão para todas as categorias de segurados: empregado, empregado doméstico, contribuinte individual, trabalhador avulso, especial e o facultativo.

Como contributo e provocação ao debate, sugere-se que o CFM reflita sobre a questão. Nem toda perícia necessita do contato físico com o examinando. É preciso conferir autonomia ao profissional médico, cabe a ele aceitar ou não o encargo de fazer a perícia. Deverá o profissional, por sua vez, avaliar se o caso apresentado necessita de contato presencial/pessoal.

Como alternativa mediana, sugere-se conferir uma interpretação diferenciada ao art. 92 do Código de Ética Médica, no sentido de que perícia pessoal não é sinônima de perícia presencial e, portanto, o exame feito de forma virtual continua sendo pessoal.

REFERÊNCIAS

AMADO, Aécio. Número de mortos do naufrágio de barco no Amapá sobe para 29. Agência Brasil, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/numero-de-mortos-do-naufragio-de-barco-no-amapa-sobe-para-29>. Acesso em: 23 set. 2020.

AMB, 2020. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2020/05/nota-telepercia-cfm-anamt-amb-abmlpm.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.

ANAMT, 2020. Realização de perícia médica com uso da telemedicina. Roteiro do projeto piloto. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/11/Protocolo-PMUT.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em Números 2020: ano-base 2019. Brasília, DF: CNJ, 2020.

BRASIL. Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a carreira de médico federal e da carreira de supervisor médico-pericial. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11907.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. CPC/2015. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019. Institui o programa Especial para Análise de Benefícios. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13846.htm. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Mandado de segurança nº 37.465. Relatora Min. Rosa Weber. Brasília, DF, 10 nov. 2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344904177&ext=.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Processo nº 033.778/2020-5. Relator Min. Bruno Dantas Nascimento. Brasília, DF, 30.09.2020. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/push/processo?numero=03377820205>. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL: Ministério da Saúde. Saúde digital e telessaúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/telessaude>. Acesso em: 25 set. 2020.

CAETANO, Rosângela *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, vol. 36, nº 5. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000503001&tlng=pt. Acesso em: 06 out. 2020.

CARVALHO, Igor. Quais são as medidas adotadas por cada estado brasileiro contra o coronavírus. Brasil de Fato | São Paulo (SP). 1º de Abril de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/04/01/quais-sao-as-medidas-adotadas-por-cada-estado-brasileiro-contr-o-coronavirus>. Acesso em: 10 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.056/2013. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

DIDIER, Fredie Jr.; BRAGA, Paula Sarno; OLIVEIRA, Rafael. Curso de Direito Processual Civil: direito probatório, decisão judicial, cumprimento e liquidação da sentença e coisa julgada. 2. ed. Salvador: Juspodvm, 2008.

FISK, Malcolm; LIVINGSTONE, Anne; PIT, Sabrina Winona. Telehealth in the Context of COVID-19: Changing Perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *J Med Internet Res.* 2020 Jun; 22(6): e19264. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286230/>. Acesso em: 06 out. 2020.

GONÇALVES, Marcus Vinícius Rios. Curso de Direito Processual Civil. Processo de conhecimento e procedimentos especiais. Vol. 2 – 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/ciencia-tecnologia-e-inovacao/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads>. Acesso em: 28 set. 2020.

KICHLOO, Asim *et al.* Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Fam Med Community Health.* 2020. Disponível em: <https://fmch.bmj.com/content/8/3/e000530>. Acesso em: 23 set. 2020.

KICHLOO, Asim *et al.* Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Fam Med Community Health.* 2020. Disponível em: <https://fmch.bmj.com/content/8/3/e000530>. Acesso em: 23 set. 2020.

OEA. Resolução CIDH/OEA nº 1, de 10 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. São Paulo. Nota Técnica Conjunta CEEPF/CEDP 001/2020. Disponível em: <https://www.oabsp.org.br/comissoes2010/estudos-pericias-forenses/noticias>. Acesso em: 28 set. 2020.

PORTUGAL. Decreto-lei nº 10-A, de 13 de março de 2020. Presidência do Conselho de Ministros, 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/13025172>. Acesso em: 24 set. 2020.

PORTUGAL. Decreto-lei nº 62-A, de 3 de setembro de 2020. Presidência do Conselho de Ministros, 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/141968051>. Acesso em: 24 set. 2020.

SARAMAGO, Joana. Número de baixas por doença aumenta 17,4% em julho para quase 166 mil. *Observador*, 20/08/2020. Disponível em: <https://observador.pt/2020/08/20/numero-de-baixas-por-doenca-aumenta-174-em-julho-para-quase-166-mil/>. Acesso em: 25 set. 2020.

SCHINCARIOL, Juliana. Restrições pela COVID-19 afetarão quase todos os setores da economia, diz RC Consultores. *O globo*. Disponível em: <https://valor.globo.com/>

brasil/noticia/2020/04/11/restricoes-pela-covid-19-afetarao-quase-todos-os-setores-da-economia-diz-rc-consultores.ghml. Acesso em: 06 set. 2010.

SJPR: CIJFPR. Nota Técnica nº 04/2020 - PRCTBCLIPR. Disponível em: https://www.enfam.jus.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_TRF4-5112884-Nota-Te%CC%81cnica.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

SJSP: CLIJFSP. Nota Técnica NI CLISP 12, 30.03.2020. Disponível em: http://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUBI/clisp/012_-_5650088_-_Nota_Tecnica_NI_12_CLISP.pdf. Acesso em: 11 set. 2020.

UFMG. Centro de Telessaúde Hospital das Clínicas. Resultado 08/2020. Disponível em: <https://telessaude.hc.ufmg.br/quem-somos/resultados/>. Acesso em: 28 set. 2020.

VIAPINA, Tábata. Peritos estão há oito meses sem receber da Justiça Federal, diz entidade. *Conjur*, 25 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jun-25/peritos-oitos-meses-receber-justica-federal>. Acesso em: 22 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Painel da Doença de Coronavírus da OMS (COVID-19)*. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 29 nov. 2020.

Submissão em: 30.11.2020

Avaliado em: 25.01.2021 (Avaliador A)

Avaliado em: 01.02.2021 (Avaliador C)

Avaliado em: 17.02.2021 (Avaliador D)

Aceito em: 18.02.2021



Never been such a clear need for science to protect the planet

Wilson Medeiros Pereira¹

Renato Assis Machado²

Daniella Reis Barbosa Martelli³

Mário Sérgio Oliveira Swerts⁴

Hercílio Martelli Júnior⁵

INTRODUCTION

On June 18, 2015, Pope Francis issued the encyclical *Laudato Si: On care for our common home*. The letter has been widely praised for supporting the science on climate change. But it goes much further than many expected in documenting the phenomenal changes that our planet is undergoing, beyond climate. The urgent challenge to protect our common home includes a concern to bring the whole human family together to seek a sustainable and integral development, for we know that things can change

1 Health Science Postgraduate Program, State University of Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. ✉ wmpmoc@gmail.com .  <https://orcid.org/0000-0002-2380-3098> .

2Department of Oral Diagnosis, School of Dentistry, University of Campinas (FOP/UNICAMP), Piracicaba, São Paulo, Brazil. Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo (HRAC/USP), Bauru, São Paulo, Brazil. ✉ renatoassismachado@yahoo.com.br .  <https://orcid.org/0000-0002-1697-3662> .

3Primary Care Postgraduate Program, State University of Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. ✉ daniellareismartelli@yahoo.com.br .  <https://orcid.org/0000-0002-7497-6052> .

4Center for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of Alfenas, Minas Gerais, Brazil. ✉ mariosergio.swerts@gmail.com .  <https://orcid.org/0000-0003-1867-7880> .

5Health Science Postgraduate Program, State University of Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Center for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of Alfenas, Minas Gerais, Brazil. ✉ hmjunior2000@yahoo.com .  <https://orcid.org/0000-0001-9691-2802> .

Recebido em	Aceito em	Publicado em
07/08/2020	25/11/2020	31/12/2020

(http://www.vatican.va/content/francesco/en/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_encyclica-laudato-si.html).

At different times and situations, the Pontiff has spoken out about local and global problems and challenges. In a letter of Science, for example, shows that the leader of the world's largest Christian faith might succeed in doing something that many experts have failed to achieve.¹ In this period of the COVID-19 pandemic, with expressive and sad numbers that we have observed the daily increase, as of August 5, 2020, there are already 18.3 million confirmed cases and 696,147 deaths (<https://who.sprinklr.com>), it's been no different. Pope Francis, on March 28th, 2020, wrote this in a letter to Roberto Andrés Gallardo, President of the Pan-American Committee of Judges for Social Rights, welcoming the decisions of those governments that prioritized health over the economy in times of COVID-19, and the Pope continues, some governments have taken exemplary measures with well-defined priorities to defend the population. He even said that the governments that face the crisis in this way show the priority of their decisions: people first (<https://www.vaticannews.va/en.html>).

In an Editorial, *COVID-19: learning from experience*, highlights alongside the deep distress felt as many countries experience a peak in cases or brace for it, there is also a growing understanding about the importance of the collective and community. It is imperative that the global community takes advantage of this spirit of cooperation to avoid repeating this error in more vulnerable countries.² This Editorial goes very far in line with the Document published by the Pontifical Academy of Sciences (<http://www.pas.va/content/accademia/en/events/2020/coronavirus.html>).

The text highlights that international organisations like WHO and UNICEF, but also academies of sciences, need to be supported in their communication efforts so that their scientific evidence-based information can rise above the cacophony of unproven assumptions spreading all over the world. A lesson the virus is teaching us is that freedom cannot be enjoyed without responsibility and solidarity. Freedom divorced from solidarity breeds pure and destructive egoism. Nobody can succeed alone. The COVID-19 pandemic is an opportunity to become more conscious of how important good relationships are in our lives. And the document ends by saying that today's paradox is that we realize that each person needs to cooperate with other people at the exact same time as it becomes necessary to isolate ourselves from everyone else for health reasons. However, this paradox is only apparent since the act of staying at home is an act of profound solidarity. It is to “love your

neighbor as yourself”. The lesson the pandemic teaches us is that, without solidarity, freedom and equality are just empty words (Pope Francis).

On March 27th of 2020, in his homily of the blessing *Urbi et Orbi*, the Pope said that the storm unmasks our vulnerability and exposes the false and superfluous security with which we build our programs, our projects, our habits and priorities. It shows us how we leave asleep and abandoned what nourishes, sustains and strengthens our life and our community. The storm exposes all the purposes of “packing” and forgetting what fed the souls of our people; all attempts to anesthetize with apparently “saving” habits, unable to appeal to our roots and evoke the memory of our elderly, thus depriving us of the immunity necessary to face adversity. With the storm, the make-up of the stereotypes with which we mask our “self”, always concerned with our own image, fell; and it was discovered, once again, that (blessed) common belonging from which we cannot escape: belonging as brothers (<https://www.time24.news/t24/2020/03/full-text-of-pope-francis-homily-this-march-27.html>). Thus, we must always remember the words of Pope Francis, never been such a clear need for science to protect the planet (<https://www.washingtonpost.com/news/energy-environment/wp/2016/11/29/pope-francis-urges-world-leaders-not-to-delay-climate-change-efforts/>).

ACKNOWLEDGMENT

The Minas Gerais State Research Foundation (FAPEMIG, Minas Gerais, Brazil), the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq, Brazil), and the Coordination of Training of Higher Education Graduate Foundation (CAPES, Brasilia, Brazil).

REFERENCES

- 1 LAVELLE, M. Moveable feast. **Science**. 2015 Nov 13; 350 (6262): 760-3. DOI: 10.1126/science.350.6262.760.
- 2 USHER, A.D. COVID-19: Learning from experience. **The Lancet** 395, 1024, 2020.

PANDEMIA DA COVID-19 E A SITUAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS

COVID-19 PANDEMIC AND THE SITUATION OF BRAZILIAN INDIGENOUS PEOPLES

Hercílio Martelli Júnior¹

Professor Titular do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
(Unimontes, Montes Claros/MG, Brasil)

Daniella Reis Barbosa Martelli²

Professora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
(Unimontes, Montes Claros/MG, Brasil)

Cristina Andrade Sampaio³

Professora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
(Unimontes, Montes Claros/MG, Brasil)

Wilson Medeiros Pereira⁴

Professor da Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes, Montes Claros/MG, Brasil)

ÁREA(S): direito constitucional; direito administrativo; direito sanitário.

RESUMO: A pandemia da Covid-19 tem revelado as desigualdades sociais,

¹ Especialista, Mestre e Doutor pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Pesquisador Bolsista em Produtividade Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). *E-mail:* hmjunior2000@yahoo.com. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/1524800505426143>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9691-2802>.

² Especialista pela Universidade de Alfenas, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Unimontes. *E-mail:* daniellareismartelli@yahoo.com.br. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/3189672002816520>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7497-6052>.

³ Graduação em Ciências Sociais pela Unimontes, Mestre em Epidemiologia e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. *E-mail:* cristina.sampaio@unimontes.br. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/4349732641428502>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9067-4425>.

⁴ Mestre em Direito Público e Evolução Social pela Unesa/RJ, Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Juiz Federal do Tribunal Regional Federal da 6ª Região. *E-mail:* wmpmoc@gmail.com. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/7742065097603624>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2380-3098>.

estruturais e econômicas. Este artigo é um estudo dos reflexos que a pandemia da Covid-19 tem gerado nos povos indígenas brasileiros. As especificidades de moradia e de costumes desses povos facilitam a proliferação do vírus. Os objetivos do estudo foram: analisar os marcos legais dos povos indígenas no País, avaliar as publicações a respeito da temática indígena e Covid-19, discutir a atuação do Poder Público, bem como a necessidade de maleabilidade das estratégias adotadas. A metodologia adotada foi o método de abordagem indutivo, a partir da leitura de doutrina, normas, regulamentos e artigos científicos, nacionais e estrangeiros, sobre a temática de estudo. Os artigos foram pesquisados e oriundos das bases científicas, a saber: PubMed e Google Scholar. O artigo foi dividido em quatro seções: na primeira, discorre-se a respeito dos povos indígenas brasileiros; na segunda, há uma verificação das publicações científicas sobre a questão de Covid-19 e os povos indígenas; na terceira, há apresentação e discussão de dados sobre a saúde indígena, a partir de comparativo entre as diversas regiões do País. Na última seção, é abordado o que tem sido realizado para enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos povos indígenas.

ABSTRACT: *The Covid-19 pandemic has revealed social, structural and economic inequalities. This paper is a study of the consequences that the Covid-19 pandemic has generated in Brazilian indigenous peoples. The specifics of housing and customs of these peoples facilitate the spread of the virus. The objectives were to analyze the legal frameworks of indigenous peoples in the country, study publications on indigenous issues and Covid-19, discuss the performance of public authorities, as well as the need for malleability of the adopted strategies. The adopted methodology was the inductive approach method, from the reading of doctrine, norms, regulations and scientific articles, national and foreign, on the subject of study. The paper articles were searched in the scientific databases, namely: PubMed and Google Scholar. The article was divided into four sections: the first one discusses the Brazilian indigenous peoples; in the second, there is a verification of scientific publications on the issue of Covid-19 and indigenous peoples; in the third, there is a presentation and discussion of data on indigenous health, based on a comparison between the different regions of the country. In the last section, what has been done to fight the Covid-19 pandemic in indigenous peoples is discussed.*

PALAVRAS-CHAVE: povos indígenas; Covid-19; pandemia.

KEYWORDS: *indigenous peoples; Covid-19; pandemic.*

SUMÁRIO: Introdução; 1 Os povos indígenas brasileiros; 2 Publicações científicas com abordagem na questão de Covid-19 entre os povos indígenas; 3 Desafios na assistência à saúde da população indígena; 4 Estratégias para o enfrentamento da

Covid-19 entre os povos indígenas brasileiros; Considerações finais; Referências; Anexos.

SUMMARY: *Introduction; 1 The Brazilian indigenous peoples; 2 Scientific publications addressing the issue of Covid-19 among indigenous peoples; 3 Challenges in health care for the indigenous population; 4 Strategies for confronting Covid-19 among Brazilian indigenous peoples; Final considerations; References; Attachments.*

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos da Covid-19 causada pelo SARS-CoV-2 surgiram na província de Wuhan, China, em dezembro de 2019. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto da infecção (Covid-19) configurava Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, reconhecendo-a como pandemia em 11.03.2020. Aproximadamente 188,6 milhões de pessoas já foram infectadas e mais de 4,06 milhões morreram em todo o mundo até 16.07.2021. Os Estados Unidos lideram quantitativamente o número de óbitos, seguido pelo Brasil, que, até a mesma data, apresentou mais de 537 mil mortes pela doença⁵. As consequências são diversas e podem variar de acordo com o comportamento populacional. Entre os povos indígenas, a Covid-19 pode gerar um panorama perigoso e incontrolável⁶.

O contato com o homem branco, somada à limitada imunidade adquirida específica, tornou-se campo fértil para a disseminação de doenças e ocorrência de epidemias, as quais dizimaram diversos povos indígenas. Varíola, gripe, tuberculose, pneumonia, coqueluche, sarampo e outras viroses provocaram a morte de milhares de indígenas⁷. De acordo com a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), os governos assumirão a responsabilidade de desenvolver, com a participação dos povos interessados,

⁵ WHO. *Painel da Doença de Coronavírus da OMS (Covid-19)*. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 18 jul. 2021.

⁶ OLIVEIRA, U.; SOARES FILHO, B.; OVIEDO, A.; MOREIRA, T.; CARLOS, S.; RICARDO, J.; PIAZ, A. *Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil ao Covid-19*. Disponível em: https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/nota_tecnica_modelo_covid19.pdf. Acesso em: 28 jan. 2021.

⁷ BRASIL. Fundação Nacional do Índio. *Política indigenista*. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-acoef/politica-indigenista>. Acesso em: 18 dez. 2020.

ações para garantir o respeito à integridade⁸. A pandemia tem revelado as desigualdades sociais, estruturais e econômicas enfrentadas pelos indígenas brasileiros.

Diante desse cenário de pandemia com morbidade/mortalidade crescente, mecanismos para contenção das consequências do SARS-CoV-2 são delineados pelo Poder Público e pelas entidades não governamentais. Tendo em vista a extensão continental do Brasil, é preciso que as políticas sejam flexíveis, de modo a adaptar a cada realidade cultural, social, territorial e econômica.

A pandemia da Covid-19 afetou diretamente os povos indígenas brasileiros? As medidas adotadas para contenção do vírus nessas comunidades foram/são eficazes? Assim, o estudo se justifica diante da atualidade do tema e da necessidade de se conhecer mais e melhor as medidas adotadas pelos órgãos governamentais para com a aludida população. Com intuito de fomentar a reflexão, o presente artigo científico apresenta um embasamento teórico a respeito dos indígenas, bem como uma verificação das publicações sobre a temática no contexto da pandemia da Covid-19.

Os objetivos do presente artigo foram analisar os marcos legais dos povos indígenas no País, avaliar as publicações a respeito da temática indígena e Covid-19, discutir a atuação do Poder Público, bem como a necessidade de maleabilidade das estratégias adotadas. A metodologia adotada foi o método de abordagem indutivo, a partir da leitura de doutrina, normas, regulamentos e artigos científicos, nacionais e estrangeiros, sobre a temática de estudo. Os artigos foram pesquisados nas bases científicas *PubMed* (www.pubmed.gov.) e *Google Scholar* (<https://scholar.google.com>). O artigo foi dividido em quatro seções: na primeira, discorre-se a respeito dos povos indígenas brasileiros; na segunda, há uma avaliação das publicações científicas sobre a questão da Covid-19 e os povos indígenas; a terceira parte compreende a apresentação e discussão de dados sobre a saúde indígena, a partir de comparativo entre as diversas regiões do País. Na última seção, é abordado o que tem sido realizado para enfrentamento da pandemia da Covid-19 nos povos indígenas.

⁸ INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *C169 – Convenção de Povos Indígenas e Tribais*, n. 169, 1989. Disponível em: <http://www.inovacao.uema.br/imagens-noticias/files/Convencao%20169%20OIT.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

1 OS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS

Com percepções variadas entre historiadores, antropólogos e sociólogos, a questão dos povos indígenas sempre deve ser revisitada e debatida. No processo de formação da sociedade brasileira, o indígena é visto por diferentes perspectivas. Ora é classificado como o principal personagem da teoria do Brasil, de quem decorrem as heranças genética e cultural⁹, ora é colocado na 3ª posição em grau de importância para a colonização brasileira, depois do branco português e do negro¹⁰.

Por ocasião do descobrimento havia aproximadamente 5 milhões de indígenas ao longo do território¹¹. Entre os anos de 1500 a 1970 detectou-se uma diminuição do número no Brasil, inclusive com o desaparecimento de alguns povos. Os indígenas só entraram no censo demográfico nacional a partir de 1991. Nos anos seguintes, houve um considerável aumento da população indígena, sendo que, em 1991, o percentual era de 0,2% e, em 2000, passou para 0,4% da população total do País¹².

De acordo o último censo realizado nacionalmente, o Brasil conta com 896.917 indígenas, e aproximadamente 60% dessa população vive em terras indígenas oficialmente reconhecidas, concentrando-se na região Norte o maior número¹³. O censo também identificou a existência de 305 grupos étnicos no País, tendo dois troncos principais: Macro-Jê, que compreendem os grupos Bororo, Guató, Jê, Karajá, Krenák, Maxakali, Ofayé, Rikbaktsa e Yatê; e Tupi, que incluem os Arikém, Awetí, Jurúna, Mawé, Mondé, Mundurukú, Puroborá, Ramaráma, Tuparí e Tupi-Guarani.

As tribos mais populosas são: Guarani, com 85 mil habitantes no País; Ticuna, aproximadamente 50 mil; Caingangue, reunindo 45 mil; Macuxi, ostentando 30 mil pessoas; Guajajara, com cerca de 27 mil vidas; Terena e

⁹ RIBEIRO, D. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. Petrópolis: Vozes, 1977.

¹⁰ FREYRE, G. *Casa grande & senzala*. 46. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

¹¹ PIB. *Quem são?*, 18 nov. 2019. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Quantos_s%C3%A3o%3F. Acesso em: 26 nov. 2020.

¹² BRASIL. IBGE. *Censo demográfico 2000*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/administracao-publica-e-participacao-politica/9663-censo-demografico-2000.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 26 nov. 2020.

¹³ BRASIL. IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2020.

Yanomami, em torno de 26 mil habitantes cada; Xavante e Potiguara, 18 mil indivíduos, cada; e Pataxó, com 12 mil pessoas¹⁴.

Não obstante a diversidade da cultura indígena em cada etnia, muitos modos de vida, rituais e organização social são semelhantes. O Censo 2010 registrou a existência de 274 línguas e habitações coletivas, tais como malocas construídas de madeira de palha, agregando diversas famílias¹⁵.

Os povos indígenas brasileiros enfrentaram diferentes crises e desafios. Inicialmente, tratados como pessoas de capacidade civil relativa, eram tutelados pelo Estado. A política indigenista pendia para a civilização do indígena, transformando-o em um trabalhador nacional¹⁶. Até 1988 vigorava a ideia de integração/assimilação dos indígenas. A Convenção nº 107 da OIT revelava esse sentimento.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988) apresenta um novo pensamento. Dedicar um capítulo específico para os indígenas (Capítulo VIII), reconhecendo sua organização social, seus costumes, suas línguas, suas crenças e suas tradições, bem como os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, assim entendidas as por eles habitadas de forma permanente; as utilizadas para produção e preservação dos recursos ambientais e as necessárias à reprodução física e cultural, observados os usos, os costumes e as tradições¹⁷. Os povos indígenas têm identidade e autonomia, não necessitando de tutela estatal. Todas as normas anteriores à CRFB/1988 que traziam previsões tratando o indígena como pessoa inferior não foram recepcionadas pela nova Constituição.

Na década de 1990, foram instituídos o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Interinstitucional de Saúde

¹⁴ PIB. *Onde estão?*, 2018. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Onde_est%C3%A3o%3F. Acesso em: 26 nov. 2020.

¹⁵ BRASIL. IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2020.

¹⁶ BRASIL. Fundação Nacional do Índio. *Política indigenista*. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-aco-es/politica-indigenista>. Acesso em: 18 jan. 2021.

¹⁷ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988*. Brasília/DF: Presidência da República, 1988.

¹⁸ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília/DF: Presidência da República, 1990.

Indígena (CISI) e o Distrito Especial Sanitário Indígena (DSEI). O Distrito Sanitário é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, com foco na eficiência e na celeridade, bem de acordo com as especificidades dos povos indígenas. No Brasil, são 34 Distritos Sanitários Indígenas divididos a partir de critérios territoriais, não correspondente aos limites dos Estados da Federação. Estruturalmente, o Distrito conta com unidades básicas de saúde indígenas, polos base e Casas de Saúde Indígena (Casai)¹⁹.

Com a chamada Lei Arouca, Lei nº 9.836/1999, é criado o subsistema de atenção à saúde indígena (Sasi-SUS), o qual seria financiado pela União, podendo os demais entes e, inclusive, as instituições não governamentais atuarem de forma complementar²⁰.

A adoção do modelo de atenção à saúde indígena deverá considerar “os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional” (art. 19-F da Lei nº 8.080)²¹. A lei garantiu também o acesso dos indígenas ao SUS, em qualquer dos âmbitos, incluindo as atenções primária, secundária e terciária à saúde, bem como o direito de participarem dos organismos colegiados para formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde²².

Outro marco alusivo à população indígena foi a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre povos indígenas e tribais em Estados Independentes, a qual estabelece o direito de consulta e de participação dos povos indígenas no uso, na gestão e na conservação dos territórios²³.

¹⁹ SOUZA, A. A. de. *A situação da saúde indígena no Brasil*, 18 out. 2012. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cmads/audiencias-publicas/audiencia-publica-2015/26-11-2015-debate-sobre-a-saude-indigena-no-brasil/apresentacoes-1/antonio-alves-de-souza/view>. Acesso em: 20 set. 2020.

²⁰ BRASIL. *Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999*. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília/DF: Presidência da República, 1999.

²¹ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, op. cit.*

²² BRASIL. *Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, op. cit.*

²³ BRASIL. *Decreto nº 10.088, de 5 de novembro de 2019*. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a promulgação de convenções e recomendações da Organização

Com o objetivo de garantir atenção integral à saúde dos indígenas, em 2002 é aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), tendo as seguintes diretrizes: organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação dos recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética nas pesquisas e nas ações de saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena; e controle social²⁴.

Em 13 de setembro de 2007, foi aprovada na Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. Entre outros, a Declaração assegura aos povos indígenas direito à autodeterminação; ao consentimento livre, prévio e informado; à reparação pelo furto de suas propriedades; a manter as suas culturas e à comunicação²⁵.

O Ministério da Saúde é reestruturado em 2010, passando a contar com uma Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), à qual são transferidas as ações de saúde indígena. Em 2019, o governo federal promoveu algumas alterações na gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Decreto nº 9.795/2019).

2 PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS COM ABORDAGEM NA QUESTÃO DE COVID-19 ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Na realização deste estudo, foram pesquisados artigos científicos publicados até a data de 15 de janeiro de 2021 em revistas com interface à área da saúde pública, incluindo textos em inglês, português e espanhol. Foram incluídos artigos científicos nas diversas modalidades publicadas.

Internacional do Trabalho – OIT ratificadas pela República Federativa do Brasil. Brasília/DF: Presidência da República, 2019.

²⁴ BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002.

²⁵ ONU. *Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas*, 13 de setembro de 2007. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Declaracao_das_Nacoes_Unidas_sobre_os_Direitos_dos_Povos_Indigenas.pdf. Acesso em: 27 jan. 2021.

As bases de buscas foram *PubMed* (www.pubmed.gov.) e *Google Scholar* (<https://scholar.google.com>). Adotando os descritores “*Covid-19 and indigenous*” ou “*SARS-CoV-2 and indigenous*” ou “*Covid-19 and indigenous people*”, foram encontrados 177 artigos científicos (n = 94 no *PubMed* e n = 83 no *Google Scholar*). Especificamente sobre os indígenas brasileiros, foram encontrados apenas 17 artigos em ambas as bases de dados. Desse quantitativo, 6 não abordavam a temática em questão. Após leitura do título e/ou dos resumos, foram separados para leitura integral os mencionados no Quadro 1.

Utilizando-se apenas o descritor “*Covid-19*”, na *PubMed* foram localizados 76.314 resultados, mas apenas 94 (0,12%) abordava a questão indígena e somente 14 (0,02%) destacavam a situação dos indígenas brasileiros na pandemia do novo coronavírus.

Todas as publicações analisadas indicam a preocupação e necessidade da adoção de medidas preventivas ao SARS-CoV-2 nos ambientes indígenas. Os autores argumentam que as práticas e os costumes dos indígenas, somados às características de moradia, podem contribuir para a rápida proliferação do vírus.

A partir da análise do número de mortes nas diferentes regiões do Brasil, um dos artigos pesquisados²⁶ sugere que o contato dos indígenas com caminhoneiros para trocas comerciais, com garimpeiros e madeireiros, bem como alguns comportamentos típicos – compartilhamento de utensílios domésticos e práticas de higiene – podem ter facilitado a contaminação por SARS-CoV-2.

O contato com o não indígena também é identificado como um potencializador da propagação do vírus²⁷. A invasão de garimpeiros e missionários traz mais vulnerabilidade, como ocorre na Terra Indígena Yanomani, na qual há muita exploração de atividades de garimpo. Além disso, a proximidade das reservas indígenas aos centros urbanos agrava a situação de contaminação dos indígenas pelo novo coronavírus²⁸.

²⁶ SANTOS, V. S. *et al.* Covid-19 mortality among Indigenous people in Brazil: a nationwide register-based study. *Journal of Public Health*, 2020. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa176.

²⁷ OLIVEIRA, U. *Op. cit.*

²⁸ SIMIONATTO, S.; BARBOSA, M.; MARCHIORO, S. B. Covid-19 in Brazilian indigenous people: a new threat to old problems. *Rev Soc Bras Med Trop.*, 53: e20200476, 2020 Aug 26. DOI: 10.1590/0037-8682-0476-2020.

Apesar dos recursos financeiros disponibilizados para a população indígena brasileira, os resultados em indicadores de saúde são poucos, o que reforça a desigualdade em relação aos não indígenas. Existem também dificuldades decorrentes da descontinuidade do atendimento, falta de insumos e equipamentos, escassez de profissionais, além dos obstáculos aos serviços de saúde pelos indígenas, tanto na atenção básica quanto nos serviços especializados. Por essa razão, sugere-se a implantação imediata de política de atenção séria aos indígenas brasileiros, sob pena de surgimento de uma nova dizimação dessa população²⁹.

Em uma perspectiva sociológica, a pandemia da Covid-19 pode ser vista como um “fato social total”, uma vez que trouxe à tona as dimensões e tensões decorrentes da atuação do Estado na implementação de políticas públicas direcionadas para as minorias. Além disso, as restrições impostas para controle do vírus impactam diretamente na cultura indígena, desde a insegurança alimentar, limitação à circulação, até proibições de ritos funerários tradicionais³⁰.

Com reflexão sociológica e política, outros autores³¹ tecem críticas à atuação do governo federal brasileiro para com a questão indígena, mesmo antes da pandemia, reforçando as desigualdades sociais no País. A interação com os indígenas também pode figurar como mais um desafio para conter a proliferação do vírus. É preciso desenvolver uma relação de confiança recíproca. Nesse ponto, a atuação de profissionais indígenas de enfermagem e a inclusão do modo de vida tradicional fazem diminuir as resistências³².

²⁹ CUPERTINO, G. A. *et al.* Covid-19 and Brazilian Indigenous Populations. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 103(2), p. 609-612, 2020. DOI:10.4269/ajtmh.20-0563.

³⁰ SANTOS, R. V.; PONTES, A. L.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A “total social fact”: Covid-19 and indigenous peoples in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 36(10), 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00268220.

³¹ BARRETO JÚNIOR, R. C. The Covid-19 Pandemic and the Ongoing Genocide of Black and Indigenous Peoples in Brazil. *Int J Lat Am Relig* 4, 417-439, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41603-020-00126-y>; ORTEGA, F.; ORSINI, E. M. Governing Covid-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, 2020. DOI: 10.1080/17441692.2020.1795223.

³² RIBEIRO, A. A.; ROSSI, L. A. Covid-19 pandemic and the motivations for demanding health service in indigenous villages. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 73, supl. 2, 2020 Epub, Oct 26, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0312>.

Fazendo um estudo da situação dos povos indígenas e quilombolas localizados na região Sul do Brasil³³, foram relatadas as preocupações, as incertezas e os desafios vividos por essas minorias. Em que pese ser a região mais promissora do País, os indígenas e quilombolas apresentam problemas parecidos com os das outras regiões brasileiras, quais sejam, limitada ou inexistente cobertura de rede de saneamento básico, inexistência de rede assistencial de média e alta complexidade nas proximidades dos territórios indígenas.

A pandemia da Covid-19 também atinge os sistemas alimentares dos povos indígenas. O bloqueio prolongado de circulação de pessoas, por exemplo, dificulta a mobilidade dos indígenas às florestas e aos campos agrícolas, bem como a troca de alimentos com as comunidades próximas³⁴. Em uma perspectiva pós-pandemia, despontam dois caminhos para a sobrevivência dos povos indígenas: instituição de política pública em parcerias com os indígenas, respeitando as perspectivas locais referentes às doenças e tratamentos, e respeito à autodeterminação dos povos indígenas³⁵.

3 DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

A Constituição de 1988 positivou o direito à diferença e o respeito à diversidade cultural indígena, aos quais se somam outros princípios e direitos fundamentais, como igualdade, nas vertentes formal e material, inviolabilidade do direito à vida e à liberdade, bem como o direito à saúde como condição essencial para exercício dos demais direitos. Se a ordem jurídica protege o direito à vida e assegura o direito à integridade física e corporal, parece evidente a proteção à saúde, pois, se esta não for assegurada, resta esvaziada a proteção à vida³⁶.

³³ POLIDORO, M. *et al.* Territories Under Siege: Risks of the Decimation of Indigenous and Quilombolas Peoples in the Context of Covid-19 in South Brazil. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00868-7>.

³⁴ CORTIJO, C. Z. *et al.* Climate change and Covid-19: reinforcing Indigenous food systems. *The Lancet Planetary Health*, 4(9), 2020. DOI: 10.1016/S2542-5196(20)30173-X.

³⁵ CHARLIER, P.; VARISON, L. Is Covid-19 being used as a weapon against Indigenous Peoples in Brazil? *Lancet*, 396(10257): 1069-1070, 2020 10-16 October. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32068-7.

³⁶ SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 12 ed. rev., atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

As doenças mais prevalentes na população indígena são: doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias (Doenças Diarreicas Agudas – DDA), tuberculose, malária (Amazônia Legal), DST e hepatites virais (Vale do Javari) e oncocercose (Roraima – Yanomami)³⁷. Com relação às chamadas doenças da atualidade, também são detectadas entre os indígenas: hipertensão, diabetes, câncer de colo de útero, suicídios, problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, e violência³⁸.

A população indígena necessita de um programa de saúde diferenciado. Ela apresenta indicadores epidemiológicos muito limitados. A mortalidade infantil e materna, a taxa de incidência de tuberculose e as outras doenças infectocontagiosas são quase três vezes maiores entre indígenas, se comparado com a população brasileira como um todo³⁹. Comparando com a população brasileira em geral, os povos indígenas são os mais afetados pela pandemia. O IBGE contabilizava 210.147.125 habitantes no Brasil em 2019, sendo que, nas regiões Sudeste e Nordeste, concentram aproximadamente 70% da população do País, com 88.371.433 e 57.071.654 habitantes, respectivamente. As regiões Norte (18.430.980 hab.), Centro-Oeste (16.297.074 hab.) e Sul (29.975.433 hab.) representam aproximadamente 30% da população, em que pese englobar maior extensão do ponto de vista territorial⁴⁰.

Quanto aos povos indígenas, o último levantamento indica a existência de 755.898 pessoas, sendo 380.412 habitantes na região Norte, 127.193 no Centro-Oeste, 164.374 no Nordeste, 42.085 no Sudeste e 41.834 no Sul do Brasil. As Figuras 1 e 2 indicam a distribuição de habitantes nas cinco regiões brasileiras, bem com a quantidade de habitantes indígenas em cada uma delas.

A distribuição da população indígena no território é completamente diferente da população em geral (Figuras 1 e 2), uma vez que aquela se concentra em sua maioria na região Norte do País (380.412 habitantes),

³⁷ SOUZA, A. A. de. *Op. cit.*

³⁸ *Idem.*

³⁹ COCOLO, A. C. Há 50 anos cuidando da saúde dos povos indígenas. *Revista Entre Teses*, São Paulo, Unifesp, n. 5, nov. 2015.

⁴⁰ BRASIL. *IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019*, 28 ago. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releas-es/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>. Acesso em: 26 nov. 2020.

enquanto a população em geral está majoritariamente nas regiões Sudeste e Nordeste. Os casos de contaminação da Covid-19 seguiram uma tendência de aumento entre a população indígena até a 25ª Semana Epidemiológica (SE) de 2020. Após a 34ª SE, iniciou a tendência de queda da quantidade de indígenas infectados. O número de óbitos teve o ápice na SE 31ª, seguidas das SE 26ª, 28ª e 25ª de 2020⁴¹. Na população em geral, na 12ª SE de 2021 (21.03 a 27.03.2021) foi registrado o maior número de pessoas contaminado na semana (539.903), e, na 14ª SE de 2021 (04.04 a 10.04.2021), o maior número de mortos pela Covid-19 (21.141)⁴².

A taxa de incidência (por 100 mil habitantes) não guarda relação direta com o número de habitantes na região. A Figura 3 revela a região Sul, com 14,1% da população brasileira, tendo a maior incidência de contaminação por 100 mil habitantes (11.895,7), enquanto a região Sudeste, a mais populosa do País (42,1%), apresenta a segunda menor taxa de incidência (por 100 mil hab.)⁴³. Entre os povos indígenas brasileiros (Figura 4), a região Centro-Oeste ostenta a maior taxa de incidência (por 100 mil habitantes) e também a mais alta taxa de mortalidade (162,7 por 100 mil hab.)⁴⁴.

Por outro lado, levando-se em consideração os indicadores divulgados pela APIB, a realidade dos povos indígenas é bem mais séria, pois seriam 1.129 óbitos até 03.07.2021. Nesse cenário, com letalidade de 2% na média nacional, as taxas de mortalidade (por 100 mil hab.) são: 34,7 no Nordeste; 44,9 na região Sudeste; 120,3 no Centro-Oeste; 145,8 e 188,53, respectivamente, nas regiões Sul e Norte. A taxa de incidência por 100 mil habitantes salta para 7.550,8, o que supera aproximadamente 19% se comparada com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde⁴⁵.

⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Informe Epidemiológico*. Semana Epidemiológica (SE) 26 (27.06 a 03.07.2021). Disponível em: https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiol%C3%B3gico%20SE%2026_2021_SESAI_COVID-19.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

⁴² BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Painel Conass Covid-19*, 14 jul. 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

⁴³ *Idem*.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ APIB. *Panorama geral da Covid-19*. Disponível em: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19/. Acesso em: 15 jul. 2021.

Todos os 34 Distritos Sanitários Indígenas no País já apresentaram casos confirmados e também de óbitos decorrentes de Covid-19⁴⁶.

4 ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 ENTRE OS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS

Diante da situação desafiadora porque passam os indígenas brasileiros, entidades governamentais e de classe formularam diversos instrumentos para conter a proliferação do SARS-CoV-2 e também como lidar com a realidade de contaminação disseminada.

O direito à autodeterminação é importante e deve ser respeitado pelas autoridades. O fato de o indígena residir em um ambiente urbano ou rural não homologado não significa que deixou de ser indígena. Em agosto/2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou que o Poder Público disponibilizasse ao indígena residente em terras não homologadas o mesmo acesso aos serviços do subsistema indígena de saúde, bem como a criação de barreiras sanitárias⁴⁷.

Nessa mesma decisão, o STF determinou que o Poder Público elaborasse um Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros. O documento formalizado indica ter as contribuições de entidades externas como Ministério Público Federal (MPF), Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), Defensoria Pública da União (DPU), Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

O Plano de Enfrentamento e Monitoramento⁴⁸ (Quadro 2) foi dividido em 6 eixos:

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Informe Epidemiológico*. Semana Epidemiológica (SE) 9 (28.02 a 06.03.2021). Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2009-2021-%20SESAI%20COVID-19%20.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

⁴⁷ STF. *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709*. Relator: Ministro Luís Roberto Barroso. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344144013&ext=.pdf>. Acesso em: 4 set. 2020.

⁴⁸ BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Defesa, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Educação, Ministério da Cidadania, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. *Aperfeiçoamento do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros*, 7 set. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/setembro/PlanoREVISADO1.pdf>. Acesso em: 20 jan.2021.

1. Promoção da saúde e prevenção da Covid-19 nos territórios;
2. Participação social e controle social;
3. Promoção das interações intergestoras e intersetoriais;
4. Reorganização e qualificação do trabalho da equipe e biossegurança;
5. Vigilância e informação em saúde;
6. Assistência integral e diferenciada.

O objetivo geral do plano é assegurar o direito à vida e os direitos sociais dos povos indígenas em face do perigo de morte e das implicações socioeconômicas negativas decorrentes da Covid-19. O plano em referência detalha, também, os objetivos de cada eixo, as ações em curso e a serem implementadas, as metas, os indicadores, a entrega e o impacto esperado, o cronograma de execução e a aplicação dos recursos orçamentário-financeiros⁴⁹.

Como desdobramento da decisão do STF, o governo brasileiro incluiu os indígenas acima de 18 anos de idade entre os grupos prioritários no plano de vacinação contra Covid-19. Entretanto, considerou tão somente os indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde (Sasi/Sesai)⁵⁰, cuja quantidade corresponde, aproximadamente, a 410 mil pessoas, ou seja, em torno de 50% da população indígena do País⁵¹. Tal medida exclui os demais indígenas que vivem nas cidades e/ou em terras não reconhecidas, o que, além de criar uma segregação dentro de um mesmo grupo social (“aldeados” e “não aldeados”), deixa quase metade dos povos indígenas sem qualquer atenção prioritária, sendo que eles ostentam vulnerabilidades epidemiológicas similares aos

⁴⁹ BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Defesa, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Educação, Ministério da Cidadania, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. *Op. cit.*

⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de operacionalização da Vacinação contra a Covid-19*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/17/primeiro-informe_tecnico-do-plano_19_01_21_miolo-1.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

⁵¹ Na data de 16.07.2021, os dados oficiais indicavam que 87% da população indígena já havia sido imunizada com a 1ª dose e 75% com duas doses da vacina contra Covid-19. Todavia, esses percentuais incluíam tão somente os indígenas que estavam em terras regularmente reconhecidas (atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena) (BRASIL. *Imunização Indígena/Covid-19*. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html. Acesso em: 16 jul. 2021).

“aldeados”. As ações de enfrentamento da Covid-19 são necessárias e devem ser elaboradas e implantadas com a participação dos povos indígenas.

As consequências do novo coronavírus na população indígena podem ser mais complexas, tendo em vista a dificuldade desses povos aos serviços de saúde, a desnutrição, o acesso deficiente ou inexistente de água potável e saneamento básico, bem como a alta carga de doenças parasitárias. Além disso, é importante que a aproximação com as comunidades indígenas se dê da maneira mais natural possível, usando os idiomas indígenas, ajustando às práticas e culturas locais, inclusive a medicina tradicional desses povos⁵².

As estratégias utilizadas entre os indígenas devem ser adaptadas a cada situação, considerando os que vivem em áreas urbanas, em aldeias e/ou que residem em isolamento voluntário, povos isolados e de recente contato, pois os membros desses grupos apresentam características distintas. Um indígena que reside no perímetro urbano pode apresentar mais resistência a determinada doença comparado a outro que vive em uma aldeia totalmente rural⁵³.

A abordagem no combate ao novo coronavírus e o apoio à população indígena infectada têm que percorrer caminhos alternativos e abertos à adaptação a cada realidade. Há diversidade cultural e também aspectos sociais distintos. Existem povos indígenas completamente isolados, com aldeias distantes de qualquer amparo hospitalar e também aqueles que estão nas proximidades dos grandes centros urbanos. É preciso também avaliar as condições anteriores ao surto da Covid-19, notadamente a cobertura vacinal contra doenças gripais⁵⁴.

Em outra perspectiva de análise, a pandemia de Covid-19 tem gerado um sentimento diferente entre os povos indígenas. Alguns grupos se autoisolaram, outros assumiram posições mais críticas, inclusive com utilização das mídias

⁵² OPAS. *OPAS insta países a intensificar esforços para impedir maior propagação da Covid-19 entre povos indígenas*. Disponível em: <http://obind.eco.br/2020/07/21/onu-brasil-opas-paises-devem-intensificar-esforcos-para-impedir-propagacao-da-covid-19-entre-povos-indigenas/>. Acesso em: 27 set. 2020; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - Fiocruz. *Enfrentamento da Covid-19 no contexto dos povos indígenas*, 2020. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/saude-indigena-covid19/modulo2/aula1.html>. Acesso em: 21 jan. 2021.

⁵³ OPAS. *Op. cit.*

⁵⁴ OLIVEIRA, U. *et al. Op. cit.*

sociais para noticiarem a situação porque estão passando⁵⁵. A ação ajuizada perante o STF representa um marco importante na defesa desses povos, pois é a primeira vez que uma entidade de povos indígenas aciona o sistema de justiça brasileiro em sede de controle concentrado de constitucionalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os povos indígenas devem usufruir os mesmos direitos e garantias disponibilizados aos demais habitantes do País. Além de garantir os mesmos direitos dos demais indivíduos, a Constituição brasileira adotou a teoria plural, rompendo com a visão integracionista, reconheceu o direito à autodeterminação, o respeito à cultura e aos costumes indígenas, bem como a atuação do Poder Público nesse mister.

Os comandos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas prescrevem medidas coerentes e devem ser implementadas, sobretudo a que prevê a participação dos indígenas na tomada de decisões. As ações de enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos ambientes indígenas devem incluir as práticas, as experiências e os costumes desses povos e com eles ser elaboradas. Essa construção coletiva diminui as resistências e confere legitimidade à política/estratégia.

As crises sanitárias podem gerar consequências graves na população, notadamente entre os mais vulneráveis. Os povos indígenas apresentam diversas vulnerabilidades – social, econômica e territorial. Esse quadro indica a necessidade de o Poder Público elaborar políticas de atuação abertas à adaptabilidade a cada povo e com a participação deles. As políticas públicas devem conferir proteção integral aos povos indígenas, bem como garantir a afirmação das diferenças nessa sociedade multicultural.

As publicações científicas referentes à Covid-19 nos povos indígenas ainda são tímidas, o que demonstra, reflexamente, uma falta de interesse da comunidade científica, seja por estigma, seja pela dificuldade de acesso aos grupos, os quais são muitos e com culturas específicas.

⁵⁵ MENTON, M.; MILANEZ, F.; SOUZA, J. M. de; CRUZ, F. S. M. The Covid-19 pandemic intensified resource conflicts and indigenous resistance in Brazil. *World Development*, v. 138, 105222, February 2021. DOI: 10.1016/j.worlddev.2020.105222.

O presente estudo mostrou que as diferenças de cultura, território, infecção e letalidade pela Covid-19 entre os povos indígenas brasileiros revelam desigualdades sociais, estruturais e econômicas, o que exige uma atuação mais proativa dos órgãos governamentais, das entidades de classes e da sociedade civil em geral.

Por fim, não se mostra aconselhável a instituição de qualquer política pública que estabeleça tratamento diferenciado entre os povos indígenas. A identidade indígena não decorre de seu local de habitação, mas da autodeterminação.

REFERÊNCIAS

APIB. Panorama geral da Covid-19. Disponível em: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19/. Acesso em: 15 jul. 2021.

BARRETO JÚNIOR, R. C. The Covid-19 Pandemic and the Ongoing Genocide of Black and Indigenous Peoples in Brazil. *Int J Lat Am Relig* 4, 417-439 (2020). DOI: <https://doi.org/10.1007/s41603-020-00126-y>.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988*. Brasília/DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Painel Conass Covid-19*, 27 jan. 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 10.088, de 5 de novembro de 2019*. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a promulgação de convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho - OIT ratificadas pela República Federativa do Brasil. Brasília/DF: Presidência da República, 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. *Política indigenista*. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-aco-es/politica-indigenista>. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Defesa, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Educação, Ministério da Cidadania, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. *Aperfeiçoamento do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros*, 7 set. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/setembro/PlanoREVISADO1.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. IBGE *divulga as estimativas da população dos municípios para 2019*, 28 ago. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>. Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. IBGE. *Censo demográfico 2000*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/administracao-publica-e-participacao-politica/9663-censo-demografico-2000.html?=&t=o-que-e>. Acesso em 26 nov. 2020.

BRASIL. IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília/DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. *Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999*. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília/DF: Presidência da República, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informe Epidemiológico*. Semana Epidemiológica (SE) 9 (28.02 a 06.03.2021). Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2009-2021-%20SESAI%20COVID-19%20.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Imunização Indígena/COVID-19*. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/17/primeiro-informe_tecnico-do-plano_19_01_21_miolo-1.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

CHARLIER, P.; VARISON, L.. Is Covid-19 being used as a weapon against Indigenous Peoples in Brazil? *Lancet*, 396(10257): 1069-1070, 2020 10-16 October. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32068-7.

COCOLO, A. C. Há 50 anos cuidando da saúde dos povos indígenas. *Revista Entre Teses*, São Paulo, Unifesp, n. 5, nov. 2015.

CORTIJO, C. Z.; FORD, J. D.; ROJAS, I. A.; LWASA, S.; RUCOBA, G. L.; GARCÍA, P. J.; MIRANDA, J. J.; NAMANYA, D. B.; NEW, M.; WRIGHT, C.; FORD, L. B. Climate

chage and Covid-19: reinforcing Indigenous food systems. *The Lancet Planetary Health*, 4(9), 2020. DOI: 10.1016/S2542-5196(20)30173-X.

CUPERTINO, G. A.; CUPERTINO, M. do C.; GOMES, A. P.; BRAGA, L. M.; BATISTA, R. S. Covid-19 and Brazilian Indigenous Populations. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 103(2), p. 609-612, 2020. DOI:10.4269/ajtmh.20-0563.

FREYRE, G. *Casa grande & senzala*. 46. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. *Enfrentamento da Covid-19 no contexto dos povos indígenas*, 2020. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/saude-indigena-covid19/modulo2/aula1.html>. Acesso em: 21 fev. 2021.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *C169 – Convenção de Povos Indígenas e Tribais*, n. 169, 1989. Disponível em: <http://www.inovacao.uema.br/imagens-noticias/files/Convencao%20169%20OIT.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MENTON, M.; MILANEZ, F.; SOUZA, J. M. de; CRUZ, F. S. M. The Covid-19 pandemic intensified resource conflicts and indigenous resistance in Brazil. *World Development*, v. 138, 105222, February 2021. DOI: 10.1016/j.worlddev.2020.105222.

OLIVEIRA, U.; SOARES FILHO, B.; OVIEDO, A.; MOREIRA, T.; CARLOS, S.; RICARDO, J.; PIAZ, A. *Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil ao Covid-19*. Disponível em: https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/nota_tecnica_modelo_covid19.pdf. Acesso em: 28 jan. 2021.

ONU. *Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas*, 13 set. 2007. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Declaracao_das_Nacoes_Unidas_sobre_os_Direitos_dos_Povos_Indigenas.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

OPAS. *OPAS insta países a intensificar esforços para impedir maior propagação da Covid-19 entre povos indígenas*. Disponível em: <http://obind.eco.br/2020/07/21/onu-brasil-opas-paises-devem-intensificar-esforços-para-impedir-propagacao-da-covid-19-entre-povos-indigenas/>. Acesso em: 27 jan. 2021.

ORTEGA, F.; ORSINI, E. M. Governing Covid-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, 2020. DOI: 10.1080/17441692.2020.1795223.

PALAMIM, C. V. C.; ORTEGA, M. M.; MARSON, F. A. L. Covid-19 in the Indigenous Population of Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities*, 6: 1-6, 2020 Oct. DOI: 10.1007/s40615-020-00885-6.

PIB. *Onde estão?*, 2018. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Onde_est%C3%A3o%3F. Acesso em: 26 nov. 2020.

PIB. *Quem são?*, 18 nov. 2019. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Quantos_s%C3%A3o%3F. Acesso em: 26 fev. 2021.

POLIDORO, M.; MENDONÇA, F. de A.; MENEGHEL, S. N.; BRITO, A. A.; GONÇALVES, M.; BAIRROS, F.; CANAVESE, D. Territories Under Siege: Risks of the Decimation of Indigenous and Quilombolas Peoples in the Context of Covid-19 in South Brazil. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00868-7>.

RIBEIRO, A. A.; ROSSI, L. A. Covid-19 pandemic and the motivations for demanding health service in indigenous villages. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 73, supl. 2, 2020 Epub, Oct 26, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0312>.

RIBEIRO, D. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. Petrópolis: Vozes, 1977.

SANTOS, R. V.; PONTES, A. L.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A “total social fact”: Covid-19 and indigenous peoples in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 36(10), 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00268220.

SANTOS, V. S.; ARAÚJO, A. A.; OLIVEIRA, J. R. de; QUINTAS-JÚNIOR, L. J.; MARTINS FILHO, P. R. Covid-19 mortality among Indigenous people in Brazil: a nationwide register-based study. *Journal of Public Health*, 2020. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa176.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 12 ed. rev., atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SIMIONATTO, S.; BARBOSA, M.; MARCHIORO, S. B. Covid-19 in Brazilian indigenous people: a new threat to old problems. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 53: e20200476, 2020 Aug 26. DOI: 10.1590/0037-8682-0476-2020.

SOUZA, A. A. de. *A situação da saúde indígena no Brasil*, 18 out. 2012. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cmads/audiencias-publicas/audiencia-publica-2015/26-11-2015-debate-sobre-a-saude-indigena-no-brasil/apresentacoes-1/antonio-alves-de-souza/view>. Acesso em: 20 set. 2020.

STF. *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709*. Relator: Ministro Luís Roberto Barroso. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344144013&ext=.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2021.

WHO. *Painel da Doença de Coronavírus da OMS (Covid-19)*. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 18 jul. 2021.

ANEXOS

ANEXO I

**Quadro 1: Publicações sobre “Covid-19 e povos indígenas”
utilizadas na revisão**

TÍTULO	AUTORES	REVISTA
Covid-19 and Brazilian Indigenous Populations	CUPERTINO, Graziela Almeida <i>et al.</i>	Am J Trop Med Hyg
Covid-19 in the Indigenous Population of Brazil	PALAMIM, Camila Vantini Capasso <i>et al.</i>	J Racial Ethn Health Disparities
Covid-19 mortality among Indigenous people in Brazil: a nationwide register-based study	SANTOS, Victor Santana <i>et al.</i>	J Saúde Pública (Oxf)
A “total social fact”: Covid-19 and indigenous peoples in Brazil	SANTOS, Ricardo Ventura; PONTES, Ana Lucia; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E.	Cad Saúde Pública
Covid-19 pandemic and the motivations for demanding health service in indigenous villages	RIBEIRO, Aridiane Alves; ROSSI, Lídia Aparecida.	Rev Bras Enferm.
Is Covid-19 being used as a weapon against Indigenous Peoples in Brazil?	CHARLIER, Philippe; VARISON, Leandro.	Lancet
Territories Under Siege: Risks of the Decimation of Indigenous and Quilombolas Peoples in the Context of Covid-19 in South Brazil	POLIDORO, Maurício <i>et al.</i>	J Racial Ethn Health Disparities
Governing Covid-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership	ORTEGA, Francisco; ORSINI, E. Michael.	Glob Public Health

TÍTULO	AUTORES	REVISTA
The Covid-19 Pandemic and the Ongoing Genocide of Black and Indigenous Peoples in Brazil	MENTON, Mary <i>et al.</i>	ScienceDirect
Covid-19 in Brazilian indigenous people: a new threat to old problems	SIMIONATTO, Simone; BARBOSA, Marcelo; MARCHIORO, Silvana Beutinger.	Rev Soc Bras Med Trop
The Covid-19 Pandemic and the Ongoing Genocide of Black and Indigenous Peoples in Brazil	BARRETO JÚNIOR, Raimundo C.	International Journal of Latin American Religions

Quadro 2: Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros

EIXO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Promoção da saúde e prevenção da Covid-19 nos territórios	a) implementar medidas de contenção e isolamento dos invasores em relação às comunidades indígenas, de modo a evitar o contato; b) garantir o suporte ao isolamento ou distanciamento social; c) realizar orientações e medidas para minimizar os riscos nos deslocamentos entre comunidades e, principalmente, para os centros urbanos; d) realizar ações de comunicação e educação em saúde, com a participação dos povos indígenas, em formatos diversos, em linguagem acessível e com tradução para as línguas nativas; e) contribuir e desenvolver ações de segurança alimentar; f) promover processos, projetos e atividades sustentáveis relacionados à geração de renda por comunidades indígenas; e g) apoiar os povos indígenas no recebimento de auxílios.

EIXO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
2. Participação social e controle social	a) criação do Fórum dos Presidentes de Condisi (FPCONDISI); b) inclusão de membro(s) do Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), de lideranças indígenas e representantes de organizações indígenas nas discussões sobre o enfrentamento à Covid-19 em cada polo base, quando for o caso; c) inclusão de membro(s) do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) nos Comitês de Crise Distrital; d) inclusão de representante do Condisi nas Salas de Situação Local (SSL) de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato; e e) encaminhamento, para instâncias do controle social, dos relatórios produzidos pelos DSEI, relativos às ações do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”.
3 Promoção das interações intergestoras e intersetoriais	a) fortalecer a articulação entre os três entes federativos no enfrentamento à Covid-19; e b) combater a discriminação (como, por exemplo, o racismo) de indígenas no acesso aos serviços da Rede SUS.
4. Reorganização e qualificação do trabalho da equipe e biossegurança	a) promover a segurança do paciente indígena durante a atenção prestada nos serviços de saúde no que tange à pandemia; b) estimular a adesão dos trabalhadores da saúde indígena às recomendações de entrada em área indígena no que diz respeito à prevenção da disseminação das Síndromes Respiratórias, incluindo Covid-19; c) prover condições de trabalho aos trabalhadores da saúde, com a distribuição e o monitoramento de insumos, equipamentos de proteção individual (EPI) e testes rápidos nos DSEI; d) ampliar a força de trabalho para enfrentamento à Covid-19 nas Terras Indígenas, inclusive com a contratação emergencial, quando necessária; e) adotar medidas sanitárias de combate à Covid-19 no âmbito dos estabelecimentos de saúde indígena; f) manter a continuidade das ações de atenção básica; g) implementar e monitorar estratégias para qualificação dos trabalhadores da saúde indígena; h) implementar estratégias de telessaúde por radiofonia, telefone ou outras estratégias; e i) prover o acesso à tecnologia e aos meios de comunicação.

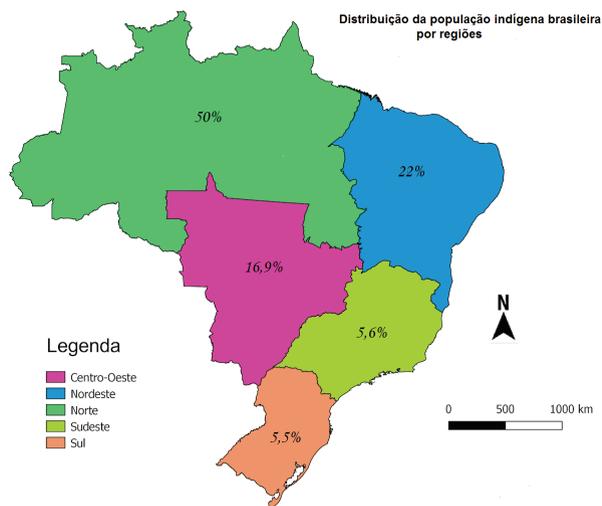
EIXO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
5 Vigilância e informação em saúde	a) atualizar, com base em evidências científicas, as recomendações sobre a definição de casos suspeitos, confirmados e descartados de Covid-19, bem como os critérios de notificação; b) fortalecer as estratégias de testagem para a população indígena; c) produzir, analisar e divulgar informação em saúde para a continuidade do monitoramento das taxas de morbidade e mortalidade causadas por Covid-19; e d) avaliar as medidas adotadas com base nas informações em saúde produzidas de modo a tomar decisões assertivas e rápidas.
6 Assistência integral e diferenciada	a) realizar o manejo de casos leves de Covid-19, com maior resolutividade, e acompanhar a atenção especializada dos casos graves de Covid-19, em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde; b) realizar ações de diálogo intercultural e atenção diferenciada para o desenvolvimento de medidas de prevenção da Covid-19; e c) ampliar as unidades de atendimento de saúde para os povos indígenas; e d) manter a oferta de atenção básica.

ANEXO II

Figura 1: Distribuição da população brasileira por regiões



Fonte: IBGE, 2019.

Figura 2: Distribuição de indígenas por regiões

Fonte: SESAI, 2020.

Figura 3: Indicadores de Covid-19 na população brasileira em geral

Indicadores por Região					
	Nº de Casos	Nº de Óbitos	Taxa de Incidência (por 100.000 hab.)	Taxa de Letalidade (%)	Taxa de Mortalidade por 100.000 hab.
Centro-Oeste	1.905.687	48.874	11.546,6	6,1	296,1
Nordeste	4.429.439	107.164	7.720,3	3,3	186,8
Norte	1.725.959	43.679	9.243,3	2,4	105,8
Sudeste	7.089.351	243.872	7.964,5	6,4	274,0
Sul	3.591.592	79.998	11.895,7	6,0	265,0
Brasil	18.742.025	523.857	10.852	5,1	247,3

Fonte: CONASS. Atualizado em 03.07.2021. Acesso em: 14 jul. 2021.

Figura 4: Indicadores de Covid-19 na população indígena brasileira

Indicadores por Região					
	Nº de Casos	Nº de Óbitos	Taxa de Incidência (por 100.000 hab.)	Taxa de Letalidade (%)	Taxa de Mortalidade por 100.000 hab.
Centro-Oeste	9.242	207	7.266,1	2,2	162,7
Nordeste	6.013	81	3.658,1	1,3	49,3
Norte	26.108	319	6.863,1	1,2	83,9
Sudeste	2.169	28	5.153,9	1,3	66,5
Sul	2.932	51	7.008,7	1,7	121,9
Brasil	4.6464	686	6.146,9	1,5	90,8

Fonte: SESAI/MS. Atualizado em 03.07.2021. Acesso em: 14 jul. 2021.

Submissão em: 18.07.2021

Avaliado em: 04.10.2022 (Avaliador A)

Avaliado em: 16.09.2022 (Avaliador B)

Aceito em: 27.12.2022



Desdobramentos do direito fundamental à saúde no sistema prisional brasileiro em meio à pandemia de Covid-19

Ramifications of the fundamental right to health in the brazilian prison system during the Covid-19 pandemic

Wilson Medeiros Pereira

Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Instituição: Tribunal Regional Federal da 6ª Região

Endereço: Avenida Maria das Dores Barreto, 50, Ibituruna, Montes Claros - MG, CEP: 30401-330

E-mail: wmpmoc@gmail.com

Gabriela Rocha Ribeiro

Graduanda em Direito

Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Endereço: Av. Prof. Rui Braga, S/N, Vila Mauriceia, Montes Claros - MG, CEP: 39401-089

E-mail: gabrielarroch@gmail.com

Leonardo de Oliveira Lopes

Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Educação

Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Endereço: Av. Prof. Rui Braga, S/N, Vila Mauriceia, Montes Claros - MG, CEP: 39401-089

E-mail: leolopesadv@yahoo.com.br

Daniella Reis Barbosa Martelli

Doutora em Ciências da Saúde pela Unimontes

Instituição: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Estadual de Montes Claros

Endereço: Av. Prof. Rui Braga, S/N, Vila Mauriceia, Montes Claros - MG, CEP: 39408-354

E-mail: daniellareismartelli@yahoo.com.br



Hercílio Martelli Júnior

Doutor em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Bolsista em Produtividade Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bolsista em Produtividade Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Instituição: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Estadual de Montes Claros (CCBS - UNIMONTES)

Endereço: Av. Prof. Rui Braga, S/N, Vila Mauriceia, Montes Claros - MG, CEP: 39408-354

E-mail: hmjunior2000@yahoo.com

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo verificar o acesso ao direito à saúde no sistema prisional brasileiro na pandemia da COVID-19 a partir da análise de como a superlotação, a falta de estrutura de atendimento médico nos presídios e a ausência de políticas públicas eficazes aplicadas pelo Estado brasileiro contribuíram para a incidência acentuada do vírus no sistema prisional. Para isso, utiliza-se o método de abordagem indutivo, com revisão da literatura sobre a temática de estudo para coleta de dados, considerando o sistema prisional em todo o território brasileiro como amostra. Como resultado do estudo, observou-se que a população prisional sofreu uma pequena redução no início do período pandêmico, voltando a crescer posteriormente, sem alteração significativa no quadro de superlotação. Quanto à assistência médica, ficou evidenciada a desproporção entre o número de estabelecimentos e equipes de saúde intramuros e a quantidade de presos. Assim, sem uma atuação contundente do Poder Público junto às administrações prisionais, não apenas a população privada de liberdade, como também os agentes penitenciários, tiveram seus direitos fundamentais violados, vivenciando a pandemia de COVID-19 em meio à superlotação, ao atendimento médico precário e insuficiente, com imposições estatais que promovem a restrição de direitos dos presos, sem aplicação de medidas de desencarceramento ou de melhorias estruturais nos presídios, em um completo descaso acobertado pela subnotificação.

Palavras-chave: direito à saúde, Covid-19, sistema prisional, prisão.

ABSTRACT

The present research aims to verify the access to the right to health in the Brazilian prison system in the COVID-19 pandemic by analyzing how the overcrowding, the lack of medical care structure in prisons and the public policies applied by the Brazilian State contributed to the increased incidence of the virus in the prison system. For this, the inductive approach method is used, with a review of the literature on the subject of study for data collection, considering the prison system throughout the Brazilian territory as a sample. As a result of the study, it was observed that the prison population suffered a small reduction at the beginning of the pandemic period, growing again afterwards, without significant change in the overcrowding picture. Regarding medical assistance, the



disproportion between the number of intramural health establishments and teams and the number of inmates became evident. Therefore, without a strong action by the Public Power with prison administrations, not only the population deprived of liberty, but also penitentiary agents, had their fundamental rights violated, experiencing the COVID-19 pandemic in the midst of overcrowding, precarious and insufficient medical care, with state impositions that promote the restriction of prisoners' rights, without the application of decarceration measures or structural improvements in prisons, in a complete disregard covered by underreporting.

Keywords: right to health, Covid-19, prison system, prison.

1 INTRODUÇÃO

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o início da pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, diante da sua rápida disseminação em curta escala de tempo (WHO, 2020a). No sistema prisional brasileiro, a emergência mundial agravou a crise sanitária vivenciada pelas pessoas privadas de liberdade (PPLs) e pelos servidores que se ocupam da manutenção e do funcionamento dos estabelecimentos prisionais, intensificando seus déficits e sua sobrecarga com a sobreposição das questões anteriores à pandemia e daquelas inéditas (SÁNCHEZ, *et al*, 2020).

Diante da aglomeração involuntária causada pela superlotação dos presídios brasileiros, aliada às condições de insalubridade, à insuficiência de assistência e estrutura médicas e ao descaso contínuo do Poder Público quanto à urgência de mudanças no sistema carcerário, a execução das medidas profiláticas usuais é impossibilitada (OLIVEIRA *et al*, 2021). No contexto dos presídios brasileiros, a estimativa é de que um caso de infecção pela COVID-19 possa contaminar até 10 pessoas, enquanto, para as pessoas livres, tem-se uma taxa de 2 a 3 infectados para cada caso (SÁNCHEZ, *et al*, 2020).

Em meio a essas circunstâncias, ocorre a violação massiva de direitos fundamentais, na qual comorbidades anteriores e adjacentes são exacerbadas, em uma situação de completa exposição das PPLs e dos agentes penitenciários ao agravamento de suas vulnerabilidades. Esses indivíduos são submetidos a espaços propícios à propagação de doenças infectocontagiosas graves, o que



gera um risco de contágio maior pelo vírus da COVID-19 em relação à população em geral (BENETTI, *et al.*, 2021).

Soma-se a isso o fato de que, entre as PPLs, existe alta taxa de mortalidade por enfermidades infecciosas passíveis de cura, como a tuberculose, além da acentuada incidência de outras patologias transmissíveis, como a hepatite C e o vírus da imunodeficiência humana (HIV), e de doenças não transmissíveis, como transtornos mentais e problemas associados ao uso de drogas, demonstrando um perfil epidemiológico abaixo do restante da população, com mais chances para a ocorrência de complicações do quadro de infecção por COVID-19 (SÁNCHEZ, *et al.*, 2020). Quanto aos agentes penitenciários, o risco de infecção elevado está essencialmente ligado ao contato diário com as pessoas reclusas em espaços que não permitem o distanciamento social (UNODC, 2020).

É importante considerar que a movimentação dos servidores e dos familiares que frequentam os espaços externos e internos dos estabelecimentos prisionais apresenta mais um fator de risco, frente à possibilidade de disseminar o vírus da doença para dentro das celas (BARROS, 2021). Ademais, os recursos investidos e as políticas públicas devidamente concretizadas no sistema prisional brasileiro são escassos, permitindo que a crise sanitária vivenciada nesses espaços se perpetue, sem que os presos tenham acesso aos serviços de saúde fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em igualdade de condições com a população em geral (CNJ, 2021a).

Nesse cenário, há a inaplicabilidade das medidas incentivadas pelo Ministério da Saúde contra a propagação do vírus dentro dos presídios, por falta de materiais e de instrumentos que possibilitem a adoção efetiva dessas providências de contenção da doença (CNJ, 2021a). Dessa maneira, as questões sobre a superlotação, a falta de estrutura para atendimento médico e a ausência de políticas de saúde próprias para essa população foram colocadas em evidência, considerando todas as suas necessidades específicas, juntamente com a escassez de recursos destinados à proteção dessas pessoas e a necessidade de políticas de desencarceramento no país.



Os objetivos do presente trabalho foram verificar a aplicação do acesso ao direito fundamental à saúde no sistema prisional brasileiro em meio à pandemia da COVID-19 e analisar como a superlotação, a falta de estrutura e de atendimento médico capazes de fornecer um cuidado integral às PPLs e o descaso do Estado brasileiro para garantir efetivamente os direitos dessa parcela da população contribuíram para que o coronavírus vitimasse presos e agentes penitenciários de maneira acentuada.

2 MÉTODO

A metodologia adotada foi o método de abordagem indutivo, a partir da leitura de doutrina, normas, regulamentos e artigos científicos, nacionais e estrangeiros, sobre a temática de estudo, com a listagem da legislação federal e atos normativos relacionados ao sistema prisional. Com a coleta desses dados e sua respectiva sistematização, foi realizado um levantamento quantitativo dos presos que foram infectados e a quantidade de óbitos nos presídios em toda a extensão do território brasileiro.

Posteriormente, a pesquisa foi direcionada ao estudo dos fatores que contribuíram para incidência da COVID-19 de forma acentuada nas prisões do Brasil, encontrando questões relacionadas à superpopulação carcerária, à ausência de estrutura e atendimento médicos eficazes para atender às demandas dessa parcela da população e ao descaso do Estado brasileiro com o sistema prisional.

3 RESULTADOS

A pesquisa revelou que, no período de janeiro a junho de 2020, existiam 701.401 pessoas custodiadas pelo Estado, em um sistema com 446.738 vagas (DEPEN, 2020a). Apesar de se perceber poucas alterações nos períodos subsequentes, ressalta-se que houve uma diminuição no número total de PPLs entre julho e dezembro de 2020, chegando ao número total de 667.541 presos, com o fornecimento de 455.113 vagas (DEPEN, 2020b).



A população prisional voltou a crescer no período de janeiro a junho de 2021, totalizando 673.614 PPLs, com acréscimo no número de vagas, perfazendo 491.064 vagas (DEPEN, 2021a). Por fim, entre julho e dezembro de 2021, o sistema carcerário atingiu o número de 670.714 pessoas privadas de liberdade no país, com oferta de 467.569 vagas (DEPEN, 2021b).

As informações atualizadas do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões (BNMP), do Conselho Nacional de Justiça, mostram a existência de 799.259 pessoas privadas de liberdade no Brasil, até o momento da realização desta pesquisa, sendo 286.640 presos provisórios, 184.529 pessoas cumprindo execução provisória, 324.030 em execução definitiva, 1.798 cumprindo prisão civil e 2.262 pessoas internadas. Além disso, o BNMP aponta a quantidade de 337.677 mandados de prisão aguardando cumprimento, com 25.965 pessoas foragidas e 311.712 pessoas procuradas (CNJ, 2023).

A Tabela 1 indica a desproporcionalidade entre o número de presos e a quantidade de equipamentos e de profissionais da saúde disponíveis para o atendimento dessa população.

Tabela 1: Relação da estrutura de atendimento à saúde nos presídios brasileiros entre o 1º semestre de 2020 e o 2º semestre de 2021.

Estrutura	1º semestre/2020	2º semestre/2020	1º semestre/2021	2º semestre/2021
Consultórios médicos	1.035	1.042	1.081	961
Consultórios odontológicos	761	781	825	706
Salas de atendimento clínico multiprofissional	804	858	860	688
Salas de coleta de material para laboratório	483	493	500	446
Salas de esterilização	267	282	295	276
Salas de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem	866	886	869	723
Salas de lavagem e descontaminação	235	256	275	244



Salas de radiografia	33	35	34	31
Salas de procedimentos	489	495	505	413
Celas de espera	419	440	439	396
Celas de enfermagem com solário	647	726	792	668
Celas de observação	1.104	1.067	1.058	896
Farmácias ou salas de estoque	797	815	844	685
Centrais de material esterilizado	297	316	329	308
Depósitos de material de limpeza	549	574	601	446
Laboratórios de diagnóstico	13	19	21	19
Sanitários para pacientes	1.626	1.631	1.799	1.502
Sanitários para equipe de saúde	1.116	1.150	1.183	1.012
Solário para pacientes	251	261	271	238

Fonte: DEPEN, 2020a; DEPEN, 2020b; DEPEN, 2021a; DEPEN 2021b. Tabela de elaboração própria.

Também houve alteração no número de profissionais de saúde atuando nos presídios brasileiros no período da pandemia, entre o 1º semestre de 2020 e o 2º semestre de 2021, como se abstrai da Tabela 2:

Tabela 2: Relação entre os números de profissionais de saúde dentro dos presídios entre o 1º semestre de 2020 e o 2º semestre de 2021.

Profissionais de saúde	1º semestre/2020	2º semestre/2020	1º semestre/2021	2º semestre/2021
Dentistas	830	760	761	772
Enfermeiros	1.518	1.628	1.570	1.636
Clínicos gerais	865	899	895	925
Auxiliares e técnicos de enfermagem	2.578	2.616	2.555	2.511



Psicólogos	1.201	1.199	1.199	1.201
Psiquiatras	255	276	261	279
Terapeutas ocupacionais	131	98	98	121
Técnicos odontológicos	393	413	438	444
Outros médicos especialistas	71	54	59	52

Fonte: DEPEN, 2019; DEPEN, 2020; DEPEN, 2021. Tabela de elaboração própria.

4 DISCUSSÃO

Entre os direitos essenciais para a concretização da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado democrático de direito, tem-se o direito à saúde, previsto no art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil. É função do Estado garantir o acesso de toda a população, sem discriminações prejudiciais, a políticas socioeconômicas que prestem assistência, de forma universal e igualitária, em favor da promoção, da proteção e da recuperação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1988).

Quanto à aplicação dessas normas constitucionais ao sistema prisional, tem-se a previsão na Lei de Execução Penal de assistência à saúde do preso e do internado não só em tratamentos de doenças, como também na prevenção destas, compreendendo os atendimentos médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984). No âmbito do direito convencional, as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, também intituladas como Regras de Mandela, determinam que o acesso das PPLs a serviços médicos é responsabilidade estatal, devendo ser gratuitos e iguais àqueles fornecidos à população geral, com assistência contínua independente de transferências e solturas (UNODC, 2015).

Além disso, as Regras de Mandela esclarecem que as equipes de saúde devem atuar como fiscalizadores das condições a que os presos estão submetidos, inspecionando os alimentos fornecidos, a higiene, a limpeza e o saneamento dos estabelecimentos, com a comunicação à administração penitenciária de prejuízos causados pelo encarceramento à saúde física ou



psíquica de um indivíduo preso (UNODC, 2015). Nesse sentido, cabe ao Estado assegurar que os indivíduos sob sua custódia tenham seus direitos fundamentais respeitados, com a garantia de ambientes com padrões mínimos de humanidade dentro das prisões, conforme as condições estabelecidas pelo ordenamento jurídico, devendo haver reparação ao indivíduo prejudicado pela sua inobservância (LIMA, 2020).

Dessa forma, tem-se a previsão de um direito à saúde das pessoas privadas de liberdade que compreende uma atenção integral, não limitada à recuperação de enfermidades ou à prevenção contra outras, incluindo ações de acolhimento em saúde com continuidade possibilitada por um sistema coordenado entre unidades intramuros e extramuros, com previsão de diretrizes específicas àquelas pessoas acometidas de patologias e, inclusive, transtornos mentais (CNJ, 2021a).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instaurada em 2014 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), representa um avanço na coordenação das mudanças necessárias dentro dos estabelecimentos prisionais no país. Com o objetivo de assegurar às PPLs o acesso à atenção integral no SUS, a PNAISP determina a atuação de grupos interdisciplinares nos serviços de saúde ofertados a essa população, sendo que o cuidado básico deve ser proporcionado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), enquanto as demais atuações são designadas à Rede de Atenção à Saúde, incluindo os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais como parte integrante dentro da organização do SUS (BRASIL, 2014).

A instituição da PNAISP trouxe maior aplicabilidade e garantia de acesso das PPLs aos atendimentos oferecidos à população em geral por meio do SUS, abarcando todos os níveis de complexidade, com a finalidade de estender e estruturar desde as modalidades de custeio da atuação dos profissionais de saúde prisional até as medidas elementares para a saúde das PPLs. (CARVALHO; SANTOS; SANTOS, 2020) É importante ressaltar que a política



nacional não se limita à população privada de liberdade, englobando também os agentes penitenciários, seus familiares e demais grupos relacionados à manutenção das prisões, como indivíduos que exercem o voluntariado (BRASIL, 2014).

Em suas diretrizes, a PNAISP traz a necessidade de articulação dos administradores da área dos serviços de saúde com a gestão das prisões, a fim de que se favoreça o respeito aos direitos humanos e à dignidade das PPLs, com o fornecimento de espaços salubres, seguros e com acesso facilitado e constante aos atendimentos médicos e odontológicos, elencando também a importância de parcerias com setores governamentais e não governamentais. Além disso, com a instituição da política nacional, tem-se uma descentralização da competência quanto ao fornecimento do cuidado integral à saúde das PPLs, delimitando as responsabilidades de cada ente federativo (BRASIL, 2014).

Os critérios de definição dos serviços e das equipes de saúde estabelecidos pela PNAISP foram quanto ao número de PPLs no estabelecimento prisional, à vinculação a uma UBS no território e à requisição de serviços relacionados à saúde mental (BRASIL, 2014). O Informe do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) quanto ao Sistema Prisional Brasileiro Fora da Constituição (2021) destaca que, no ano de 2020, após seis anos da instituição da política nacional, tem-se uma cobertura de aproximadamente 30% de equipes habilitadas pelo SUS atendendo a população dentro desses locais (CNJ, 2021a).

Apesar dos avanços, mantém-se um grande distanciamento entre as garantias à saúde previstas no ordenamento jurídico e aquelas devidamente proporcionadas a essa população. Assim, as PPLs precisam enfrentar a superlotação, em conjunto com a ausência de condições básicas de sobrevivência, em ambientes insalubres com pouca ventilação, sem acesso à água potável ou corrente e com presença de mofo e esgoto aberto nas suas instalações, o que interfere diretamente na manifestação de novos agravos e na potencialização de problemas já existentes, produzindo um alto e diverso número de demandas de saúde (CRISPIM, 2020).



Essa situação já foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), no ano de 2015, em decisão liminar relativa à Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 347, na qual foi declarado o Estado de Coisas Inconstitucional em relação aos estabelecimentos prisionais no Brasil. A Corte entendeu a presença de violação sistemática, grave e contínua dos direitos fundamentais, com a omissão ou a incapacidade constante dos responsáveis com atribuições para alterar a situação, juntamente à necessidade de ações coordenadas de autoridades públicas e não apenas de um órgão (BRASIL, 2015).

A partir dessa definição, tem-se a permissão, em caráter excepcional, da interferência do Poder Judiciário para imposição de medidas no campo das políticas públicas, obrigando os órgãos federativos a realizarem alterações para garantir a integridade física das PPLs, ainda que ausente dotação orçamentária. Na decisão liminar, a Corte esclarece que essa atribuição não viola o princípio democrático ou da separação de poderes, já que a efetivação de direitos fundamentais é função do poder estatal como um todo, sendo necessária a intervenção judicial para retirar os demais poderes da lógica de omissão quanto à transgressão ao princípio da dignidade da pessoa humana constatada nos presídios brasileiros, demandando ações coordenadas e monitorando os resultados (BRASIL, 2015).

A despeito das alternativas propostas pelo STF para enfrentamento do Estado de Coisas Inconstitucional, não foram realizadas mudanças efetivas capazes de modificar o cenário do sistema penitenciário brasileiro consideravelmente. Assim, em 2021, existiam 322 pessoas presas a cada grupo de 100 mil habitantes, com o Brasil ocupando a 26ª posição na lista de países que mais encarceram no mundo. Apesar da redução em relação ao ano de 2020, quando a taxa prisional era de 338 presos a cada 100 mil habitantes, o país permaneceu com a mesma posição no ranking, já que os índices também foram reduzidos pelo mundo (SILVA *et al.*, 2021a).

O sistema prisional contava com um índice de superlotação carcerária de 151,9%, significando que a cada 3 presos, um deles ocupava um lugar em que



não há vaga (CNJ, 2021b), enquanto, em análise específica de unidade prisional, tinha-se que 997 das 1.381 possuíam ocupação de mais de 100% da sua capacidade, e 276 unidades excediam em 200% a lotação máxima permitida (OLIVEIRA, 2021).

Em junho de 2021, a superlotação nos estabelecimentos prisionais brasileiros era de 54,9%, mesmo após a redução no número total de presos. De fevereiro de 2020 até o período da coleta desses dados em 2021 pelo Monitor da Violência, foram adicionadas novas 17.141 vagas, quantidade incapaz de sanar a questão da superpopulação, já que o sistema possui capacidade máxima de 440,5 mil pessoas, enquanto existem 682,1 mil detentos cumprindo pena privativa em regime fechado e semiaberto, gerando o déficit de 241,6 mil vagas (SILVA *et al.*, 2021b).

Além da verificação no aspecto nacional, é importante se considerar a análise específica dos dados oficiais de cada unidade federativa brasileira, já que os números de cada Estado revelam as maiores disparidades regionais (CNJ, 2021b). Nesse sentido, tem-se os maiores índices de superlotação nos Estados: Amazonas, com 196,2%; Mato Grosso do Sul, com 165,5%; Pernambuco, com 141,4%; Distrito Federal, com 114,2% e Alagoas, com 106,2%; sendo que Bahia, Ceará, Maranhão, Piauí e Rio de Janeiro lideram o ranking dos Estados com o maior percentual de presos provisórios. Esse levantamento ainda demonstra que, em relação ao contexto interno dos estados brasileiros, a maior taxa de aprisionamento é registrada no Estado do Mato Grosso do Sul, enquanto a menor, no Estado da Bahia (SILVA *et al.*, 2021b).

Como mais um fator de vulnerabilização do acesso pleno à saúde das PPLs, deve-se apreciar também a existência de epidemias próprias do contexto prisional. No período de julho a dezembro de 2019, anterior à pandemia de COVID-19, 31.742 PPLs possuíam algum tipo de doença diagnosticada, como hepatite (3.030), HIV (8.523), sífilis (6.920), tuberculose (9.113) e outras (4.156), tendo prevalência as notificações de casos de tuberculose e HIV entre os presos do sexo masculino e de sífilis e HIV entre as mulheres. Nesse mesmo período,



foram registrados 1.091 óbitos, sendo 738 classificados como mortes naturais por motivos de saúde e 68 com causas desconhecidas (DEPEN, 2019).

No período de julho a dezembro de 2020, aproximadamente nove meses após o início da pandemia (WHO, 2020a), os números registrados pelo DEPEN mostraram a existência de 26.478 presos diagnosticados com hepatite (2.501), HIV (7.824), sífilis (4.976) tuberculose (7.381) e outras (3.796), mantendo as prevalências anteriormente atestadas. No total, foram registrados 829 óbitos, incluindo 583 categorizadas como mortes naturais por motivos de saúde e 67 com causas desconhecidas (DEPEN, 2020b).

Posteriormente, entre julho e dezembro de 2021, a população privada de liberdade contava com 33.125 presos diagnosticados com hepatite (2.661), HIV (10.183), sífilis (6.168), tuberculose (7.928) e outras enfermidades não especificadas (6.185). Neste intervalo, foram registrados 961 óbitos, sendo 680 atestados como naturais por motivos de saúde e 89 por causas desconhecidas (DEPEN, 2021b).

A partir da decretação da pandemia pela OMS (2020a), tem-se uma maior evidência no debate público quanto às questões que interferem no acesso à saúde da população privada de liberdade. Nesse contexto, o Escritório de Ligação e Parceria no Brasil do *United Nations Office on Drugs and Crime* alertou para a necessidade de aplicação de medidas de liberação de pessoas reclusas e detidas nos estabelecimentos penitenciários. As diligências de desencarceramento recomendadas pelo órgão internacional privilegiavam os presos com características dos grupos de risco para a doença, como idosos, indivíduos com enfermidades crônicas e gestantes, como também mulheres com filhos dependentes, PPLs já no final do cumprimento da pena e aquelas condenadas por delitos de menor complexidade (UNODC, 2020).

Em uma tentativa de orientar o Poder Judiciário e o sistema prisional, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou, no dia 17 de março de 2020, a Recomendação nº 62. O documento indicou direcionamentos a serem tomados pelos Tribunais no sentido de promover meios de redução dos riscos de contágio e de disseminação do vírus, com foco em medidas desencarceradoras e de não



aprisionamento, incluindo também providências sanitárias e considerando como parte dos grupos de risco as PPLs idosas, gestantes, com doenças crônicas, respiratórias ou imunossupressoras (CNJ, 2020).

Em síntese, o órgão recomendava a reavaliação do cumprimento de sanções e de medidas provisórias em condições que favorecessem a proliferação do vírus, preferencialmente quanto (i) aos indivíduos dos grupos de risco da doença, (ii) às PPLs que estivessem cumprindo pena ou internadas em unidades com ocupação superior à capacidade ou com instalações precárias favoráveis à propagação do vírus e (iii) aos presos com penas relativas a delitos sem violência ou grave ameaça à pessoa (CNJ, 2020).

O CNJ sugeriu que, na ausência de estrutura adequada para o isolamento dentro da unidade prisional, os presos com diagnóstico suspeito ou confirmado de infecção pelo vírus fossem colocados em prisão domiciliar. Também foi recomendada a prisão domiciliar para todas as PPLs que estivessem cumprindo a pena em regime aberto e semiaberto, com condições delimitadas pelo juízo responsável pela execução penal (CNJ, 2020).

Além disso, a recomendação indicou aos magistrados, no cumprimento de suas funções de fiscalização do sistema prisional, a defesa da criação de um planejamento pelo Poder Executivo com medidas como a realização de ações de letramento em saúde das PPLs e dos indivíduos que frequentam o ambiente carcerário; a instituição de sistema de triagem na entrada dos estabelecimentos para identificação de possíveis casos da doença; a higienização mais frequente dos espaços intramuros; o fornecimento ininterrupto de água, de remédios e de itens obrigatórios de higiene e alimentação e a nomeação de equipes de saúde para atendimentos a serem realizados em todos os estabelecimentos do sistema penal (CNJ, 2020).

Especificamente quanto aos agentes penitenciários, o CNJ propôs que o plano de contingências do Poder Executivo contivesse determinações sobre a distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) e o afastamento e a substituição dos agentes nos casos de suspeita ou confirmação de infecção pela



COVID-19, com o estudo de possíveis revisões de escalas e de regimes de plantões diferenciados (CNJ, 2020).

Com essas determinações, a Recomendação nº 62 do CNJ foi alvo de consideráveis demonstrações de apoio por parte de estudiosos, entidades profissionais especializadas, instituições da sociedade civil e organizações não governamentais. No cenário internacional, a recomendação foi reconhecida pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) e pela Associação de Prevenção à Tortura, com suas previsões divulgadas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, ressaltando-se o seu pioneirismo em relação às medidas preventivas à disseminação do vírus nas prisões (Agência CNJ de Notícias, 2020).

No âmbito do Poder Executivo, com a publicação da Portaria nº 5, de 16 de março de 2020, o Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio do DEPEN, anunciou a suspensão das visitas, das atividades educacionais e de trabalho, das assistências religiosas, dos atendimentos de advogados e das escoltas de presos instalados nas penitenciárias federais pelo prazo de 30 dias, sendo prorrogada nos meses subsequentes, como alternativa para deter a transmissão viral dentro dos estabelecimentos prisionais (DEPEN, 2020b). Também foram solicitadas informações sobre a disponibilidade e a necessidade de recursos aos gestores de saúde prisional de cada unidade federativa, com a finalidade de dimensionar a demanda de instrumentos de prevenção e de controle da COVID-19, como álcool em gel e máscaras faciais, a nível nacional (DEPEN, 2020c).

Foi criado o Procedimento Operacional Padrão de Medidas de Controle e Prevenção do Novo Coronavírus, com direcionamentos aos agentes penitenciários e demais servidores dos estabelecimentos penitenciários federais, em acordo com as instruções do Ministério da Saúde, ressaltando a importância da limitação das visitas, da manutenção da higiene pessoal e da quarentena de presos com sintomas virais. O DEPEN ainda divulgou a promoção de reuniões por videoconferência com representantes dos estados brasileiros para o repasse



de informações acerca dos cuidados necessários quanto à pandemia dentro dos presídios, sendo reafirmada a responsabilidade dos estabelecimentos prisionais no cumprimento dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde sobre a COVID-19 e instituídos os Grupos de Trabalho para atuarem em conjunto com os gestores no âmbito estadual (DEPEN, 2020c).

Posteriormente, foi publicada a Portaria nº 135, de 18 de março de 2020 pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública com o intuito de indicar ações a serem implementadas no sistema prisional brasileiro para prevenir contra a propagação do vírus da COVID-19. Conforme disposto no art. 2º do referido documento, entre as medidas sugeridas, tem-se a organização de espaços destinados ao isolamento de PPLs que apresentem sintomas gripais, a separação dos indivíduos com mais de setenta anos e/ou portadores de doenças crônicas dos demais, o desenvolvimento de ações educativas para conscientizar quanto aos meios de prevenção contra o coronavírus e a extensão do intervalo diário de banho de sol dos presos (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020).

Sobre as medidas implementadas pelos estados, as visitas familiares e sociais foram suspensas no Distrito Federal, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Goiás, Amazonas, Roraima, Tocantins, Alagoas, Sergipe e Ceará, enquanto em Minas Gerais, Santa Catarina, Pernambuco e Rio Grande do Sul houve apenas a suspensão parcial. No caso do Ceará, os atendimentos por advogados permaneceram com a determinação de horários e prazos. Além disso, Mato Grosso, Sergipe, Maranhão, Paraíba e Paraná divulgaram nota técnica contendo orientações sobre a COVID-19 e os estados de São Paulo, Ceará, Piauí, Mato Grosso do Sul e Paraíba apresentaram a possibilidade de realização de triagens (DEPEN, 2020c).

No estado de São Paulo, a partir de decisão da Corregedoria Geral da Justiça, deferindo pedido realizado pela Secretaria de Administração Penitenciária, foram suspensas as saídas temporárias de 34 mil presos, anteriormente programadas para o mês de março de 2020, com a finalidade de evitar a transmissão da COVID-19 com reentrada dos detentos. Em resposta



imediate à limitação, ocorreram rebeliões com fugas de PPLs de diversos estabelecimentos prisionais de regime semiaberto, sendo caracterizada como a maior rebelião simultânea desde o ano de 2006, com fuga de aproximadamente 1.500 detentos (JOZINO; DIAS; CRUZ, 2020).

Em relação à incidência da COVID-19 na população carcerária, desde o início da pandemia até a última atualização, realizada em 17 de novembro de 2022, tem-se 67.367 infectados pela doença, com 33.659 casos suspeitos, 293 óbitos, com 65.829 recuperados e a realização de 366.166 testes, relativos a uma população prisional de 671.224 presos (DEPEN, 2022). Na análise por região geográfica, o sudeste lidera com 25.845 casos confirmados, seguido pelo centro-oeste com 14.971, sul com 13.45, nordeste com 8.380 e, por último, o norte com 4.554 casos confirmados. Enquanto isso, o sistema prisional federal registrou 372 casos suspeitos, sem informações quanto aos casos confirmados (DEPEN, 2022).

Com a maior população prisional por unidade federativa, o estado de São Paulo identificou 15.052 presos infectados pelo vírus, com 3.824 casos suspeitos e 79 óbitos, enquanto o estado de Minas Gerais, segundo em número absoluto de PPLs, detectou 8.823 casos confirmados, 23.888 suspeitos e 18 óbitos. A terceira unidade federativa com maior população prisional, o estado do Rio de Janeiro, verificou apenas 625 casos confirmados, com 854 suspeitos e 25 óbitos (DEPEN, 2022).

De acordo com informações disponibilizadas no Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2020), nos primeiros meses de pandemia, de março até outubro de 2020, a taxa de incidência da COVID-19 nos estabelecimentos prisionais era 62% maior que àquela verificada entre a população em geral. Nesse contexto, ocorriam 15,1 óbitos a cada grupo de 100 mil presos, enquanto, no restante do país, a taxa de mortalidade era de 67,3 óbitos por 100 mil habitantes. Diante disso, foram levantadas teses de subnotificação dos casos e das mortes dentro do sistema prisional, além de relacionar a predominância da população jovem nas prisões e a baixa mortalidade, uma vez que esse grupo populacional era menos afetado pelas complicações da doença.



Já em junho de 2021, os dados eram de 57.619 casos confirmados da doença entre os presos e de 21.419 casos entre os agentes do sistema prisional, chegando ao patamar de 7.642 casos a cada 100 mil presos e 18.323 a cada 100 mil servidores, sendo que, nessa época, a taxa de incidência do coronavírus na população geral do país era de 7.394 casos a cada 100 mil habitantes. Ressalta-se que a taxa de incidência do vírus nos presos foi 3% maior que a taxa verificada no país, ao passo que a taxa de incidência entre os agentes do sistema prisional foi 147,8% maior, demonstrando um número expressivo de servidores penitenciários testados e diagnosticados com o vírus (BARROS, 2021).

Na análise específica de cada estado da federação, tem-se maior incidência da COVID-19 proporcionalmente dentro dos estabelecimentos prisionais do que em relação ao número de casos da população geral em 21 das 27 unidades federativas, sendo a maior taxa de mortalidade registrada no Estado de Roraima, com 235,7 mortes a cada 100 mil presos. Em relação aos agentes do sistema penitenciário, o Estado do Amazonas registrou a taxa de 448,4 óbitos a cada 100 mil servidores, enquanto Rondônia atingiu a elevada taxa de 663,3 mortes. (BARROS, 2021)

Ao comparar a incidência da COVID-19 entre os agentes penitenciários e os profissionais da enfermagem, um dos grupos profissionais mais atingidos pela doença, percebe-se a contaminação acentuada da doença no primeiro grupo, uma vez que, em junho de 2021, existiam 2.219 casos a cada 100 mil profissionais da enfermagem, com a taxa de mortalidade de 31 óbitos para cada 100 mil, número muito inferior àqueles coletados junto aos servidores do sistema prisional, que chegaram a atingir a taxa de mortalidade de 191,6 óbitos a cada 100 mil trabalhadores (BARROS, 2021).

A Federação Nacional Sindical dos Servidores Penitenciários (Fenaspen) pontua que os agentes não receberam qualquer apoio dos governos durante o período pandêmico, sem o fornecimento adequado de máscaras de proteção, obrigando os sindicatos a adquirirem tecidos por conta própria para serem utilizados nas unidades com fábricas de costuras para os detentos produzirem



as máscaras ou para contratação externa do presídio de costureiras (SILVA, 2021c).

Deve-se considerar também que os agentes penitenciários não podem se afastar do trabalho presencial e, sem fornecimento de equipamentos, efetivação de medidas para diminuir o contato com os presos e orientações de como evitar a contaminação de forma eficaz, muitos agentes penitenciários foram acometidos pela COVID-19. Nessa situação de constantes internações e mortes pela doença, o psicológico dos servidores do sistema prisional, em especial, sofreu um grande abalo, demonstrando a falta de políticas voltadas para o cuidado não só com a saúde física desses trabalhadores, mas também em relação à saúde mental deles em meio à pandemia (SILVA, 2021c).

Sobre a superlotação do sistema prisional, observa-se que, desde 2017, o Brasil está em terceiro lugar no ranking dos países, de acordo com o número absoluto de presos, segundo bases do *World Prison Brief*, do Instituto de Pesquisa de Política Criminal da Universidade de Londres (2023), que apontam, aproximadamente, 835 mil pessoas cumprindo penas privativas, incluindo os indivíduos em prisão domiciliar. Nessa relação, o país está atrás apenas da China e dos Estados Unidos, ambos com mais de um milhão e meio de presos. Em relação aos dados da América do Sul, o Brasil tem o maior número de presos, seguido pela Argentina com menos de 115 mil custodiados.

Em escala mundial, a superlotação é um dos entraves mais significativos para que o sistema prisional possa assegurar os direitos fundamentais das PPLs, com espaços de detenção que preservem a saúde e a segurança dessa parcela da população, sendo caracterizada como um problema de saúde pública (UNODC, 2020). No Brasil, sabe-se que, no período entre 2011 e 2021, existiam, em média, aproximadamente 66% mais pessoas presas do que vagas nos estabelecimentos penitenciários, sendo que, no ano de 2015, foi atestada a presença de dois presos por vaga (CNJ, 2021b).

Entre os fatos que causam a superlotação histórica e constante no sistema prisional brasileiro, tem-se a má utilização de recursos públicos, os entraves legislativos e a demora na tramitação de processos criminais e



execuções penais (CNJ, 2021b). Além disso, apesar da notória ausência de espaços penitenciários adequados para receberem mais indivíduos e da violação massiva da dignidade da pessoa humana diante da inobservância à capacidade nos estabelecimentos, o Brasil ainda demonstra uma tendência em aplicar medidas progressivamente mais encarceradoras, utilizando de diligências privativas de liberdade de forma excessiva, de modo que a rapidez com que se encarcera no país é historicamente maior à velocidade de criação de novas vagas. (CNJ, 2021b)

Assim, ressalta-se que a pretensão de solucionar o problema da superpopulação carcerária e do desrespeito à capacidade limite dos estabelecimentos prisionais com a criação de novas vagas possui eficácia restrita, já que o aumento no número de lotação máxima desses lugares gera altos custos, sem que isso impacte de forma significativa no déficit observado (CNJ, 2021b). Ainda que houvesse um crescimento proporcional ao aumento do número de presos, a quantidade de vagas criadas não seria suficiente para cobrir o déficit acumulado, considerando que, entre 2009 e 2019, houve um aumento percentual de quase 58,99%, saindo de 278 mil vagas para 442 mil, e, contrariamente, o déficit de vagas passou de 194 mil para 312 mil, com o preço médio de R\$ 49.250,00 por vaga construída (CNJ, 2021b).

Dessa forma, no território brasileiro, registra-se o desrespeito ao conceito de vaga prisional como sendo um ambiente habitável em condições mínimas de sobrevivência, para que possa servir de espaço de longa permanência e de uso diário por um preso (CNJ, 2021b). Em meio à mais grave crise sanitária vivenciada em nível mundial de acordo com a OMS (OMS, 2020b), a superlotação do sistema carcerário gera um ambiente propício à disseminação descontrolada da COVID-19, vulnerabilizando ainda mais as PPLs e os servidores penitenciários envolvidos no funcionamento e na segurança dos estabelecimentos, de forma que a pena tem sua privação expandida a outros direitos fundamentais que não apenas à liberdade, podendo ser considerada ilegal ou antijurídica (CIDH, 2021).



Nesse contexto propício à proliferação de doenças infectocontagiosas, a população privada de liberdade ainda encara a falta de estrutura adequada para prestação de atendimentos médicos, sem direcionamento de uma política efetiva de saúde específica a esse grupo, que sofre com doenças crônicas particulares ao ambiente carcerário, tornando, muitas vezes, inviável a identificação e o tratamento das enfermidades dentro dos estabelecimentos diante da falta de espaços, instrumentos, materiais e equipes de saúde (DUARTE, 2021).

Essa situação foi reconhecida internacionalmente por meio do relatório divulgado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) em fevereiro de 2021, que demonstrava a precariedade do atendimento médico no sistema prisional brasileiro, diante da negligência do Poder Público na prestação de serviços de saúde, caracterizada pela falta de profissionais de saúde, de remédios e de instrumentos necessários para esse atendimento (CIDH, 2021).

Com a análise dos dados quanto ao número total de presos em relação ao número de espaços para o atendimento das PPLs no interior dos presídios coletados nesta pesquisa, percebe-se a insuficiência permanente na disposição de salas de atendimento, de tratamento, de acolhimento e de recursos destinados à saúde das pessoas privadas de liberdade e dos agentes envolvidos no processo. Além disso, atesta-se que ocorreu um aumento ínfimo da estrutura de atendimento médico e odontológico disponível às PPLs dentro dos estabelecimentos prisionais, com variação positiva em relação ao período anterior à pandemia. No entanto, essa estrutura diminuiu no decorrer do período pandêmico, visto que, em todos os quesitos organizacionais analisados por meio dos dados divulgados pelo DEPEN relativos ao ano de 2021, há redução nos números, alguns atingindo patamares inferiores em comparação ao ano de 2019, mantendo constante somente a quantidade de laboratórios de diagnóstico (19) (Tabela 1).

As informações sobre a concentração de equipes de saúde dentro dos estabelecimentos prisionais (Tabela 2) permitem perceber um aumento irrisório no número de profissionais de saúde atuando nesses espaços, uma variação pequena perto do que se esperava em um período de exacerbação de



vulnerabilidades derivado da propagação do coronavírus, já que o contingente populacional do sistema carcerário no Brasil demanda realização de diversos procedimentos como intervenções cirúrgicas, suturas, curativos, vacinação, exames e testagem, consultas psicológicas, consultas odontológicas e consultas médicas em larga escala (DEPEN, 2021).

Portanto, apesar do aumento na infraestrutura e nas equipes profissionais destinadas aos serviços de saúde prestados dentro dos presídios brasileiros após o início da pandemia, essa mudança não foi suficiente para apresentar uma proporcionalidade em níveis aceitáveis. Além disso, já em 2021, os números de espaços de atendimento médico nos presídios apresentaram redução significativa, mostrando que não houve manutenção ou permanência dessas alterações ao longo da pandemia (Tabela 1).

Quanto às medidas efetivadas pelo Poder Público para conter a pandemia dentro dos presídios, tem-se que, apesar do reconhecimento recebido pela Recomendação nº 62 do CNJ pelas comunidades nacional e internacional, muitas providências elencadas pela recomendação não foram aplicadas pelos Tribunais, devido à mitigação da sua efetividade pelo caráter não vinculante do documento, o que concede poder discricionário aos magistrados e às administrações penitenciárias na aplicação das medidas previstas (FERREIRA; LERMEN; SILVA, 2021).

Em estudo feito pela Folha de São Paulo com a finalidade de determinar a influência da recomendação nas decisões judiciais, a partir dos 1.386 “habeas corpus” analisados pelo STF de março até maio de 2020, constatou-se que o tribunal decidiu pela soltura ou pela transferência para a prisão domiciliar em 6% do total de casos, ou seja, em apenas 87 deles (BALTHAZAR; MARIANI, 2020). O mesmo ocorreu em observação realizada juntamente ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), na qual se verificou que a maior parte dos “habeas corpus” foram denegados contra os demandantes, ainda que estes indivíduos alegassem ser parte dos grupos de risco à COVID-19 ou estarem cumprindo penas relativas à delitos sem violência ou grave ameaça - elementos colocados pela recomendação como indicativos da necessidade de manutenção



da pena privativa de liberdade em liberdade antecipada ou pena domiciliar (VASCONCELOS; MACHADO; WANG, 2020).

Com a finalidade de denunciar o Estado brasileiro pela ausência de providências emergenciais a nível nacional para conter o aumento excepcional de óbitos no sistema carcerário, 213 organizações e instituições do Brasil, em conjunto, apresentaram, no dia 23 de junho de 2020, documentos à Organização das Nações Unidas (ONU) e à CIDH, nos quais relatam as diversas violações de direitos perpetradas pela gestão prisional. Revelou-se o desrespeito do Poder Público às diretrizes estabelecidas pela OMS e demais órgãos internacionais, principalmente no que tange ao desencarceramento de PPLs que estivessem como grupo de risco, à falta de implementação de medidas comprovadamente capazes de diminuir o contágio e à submissão da população privada de liberdade ao super isolamento (ABRACRIM *et al.*, 2020).

Ressalta-se que não houve mobilização estatal com devida atenção ao contexto da superlotação e da quantidade reduzida de equipes médicas e estabelecimentos de atendimento à saúde como fatores determinantes no controle da propagação do vírus, permitindo que as PPLs permanecessem em unidades prisionais superlotadas, com intensa aglomeração e sem o devido acesso à saúde, ao passo em que restringiu os direitos dos custodiados à entrevista pessoal com seus defensores e à saídas temporárias, previstos no art. 41, inciso IX e art. 122, *caput*, da LEP (BRASIL, 1984) respectivamente, sob pretexto de suspensão de atividades de intenso contato social (DEPEN, 2020b).

Assim, as medidas aplicadas pelo Poder Público com a finalidade de conter a propagação da COVID-19 serviram para restringir o acesso dos presos aos seus direitos, como é o caso da suspensão de visitas e das saídas temporárias, com a interrupção do contato com o ambiente extramuros e a perda de algumas fontes de alimentos e suprimentos pelos detentos (SILVA, 2021c). Nesse sentido, as restrições efetivadas pelo Estado brasileiro atuaram de modo a transferirem os encargos provenientes da pandemia apenas para as PPLs, agravando de forma ainda mais intensa o encarceramento (VASCONCELOS, 2020).



Com a interrupção das visitas familiares, da circulação entre as celas e das demais práticas coletivas intramuros, o isolamento das PPLs se intensifica, gerando limitações que ultrapassam a privação de liberdade, com condições favoráveis ao agravamento de tensões e de problemas psicológicos (CARVALHO; SANTOS; SANTOS, 2020). Sem contato com seus vínculos afetivos e com o ambiente extramuros, há maior insegurança e preocupações entre os presos, uma vez que se torna mais difícil dimensionar as consequências da pandemia, provocando dúvidas e ansiedades sobre o estado de saúde de familiares e deles próprios (SÁNCHEZ, *et al.*, 2020).

Especialistas demonstram a necessidade que essas providências sejam acompanhadas de medidas como a conscientização das PPLs quanto aos meios aplicados pela gestão carcerária para a prevenção e controle da COVID-19 no presídio e para garantir acesso aos serviços de saúde aos detentos, divulgando informações para impossibilitar a estigmatização de possíveis infectados com a doença. Também é importante a garantia de manutenção do contato com familiares e amigos pelos diversos meios disponíveis dentro das instituições, como videoconferências e chamadas telefônicas (SÁNCHEZ, *et al.*, 2020).

As limitações aplicadas de forma isolada, sem associação a outras medidas de prevenção e de contenção da transmissão do vírus da COVID-19, são ineficazes, uma vez que permanece intensa rotatividade de presos e de servidores nos estabelecimentos prisionais (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Além disso, em algumas situações, PPLs diagnosticadas com o coronavírus permaneciam na mesma cela que aquelas sem o vírus e, em outras, detentos eram alocados em celas reservadas por conta da doença, sem permissão de se locomoverem por duas semanas, excluindo-os completamente do acesso ao espaço externo às celas, sem poderem sequer tomar banho de sol (SILVA, 2021c).

Por fim, a subnotificação representou mais um entrave na contenção da pandemia no sistema prisional, produzida pela negligência do Estado brasileiro e das administrações penitenciárias em assegurar o acesso à informação para a população geral, com a divulgação de números sobre a incidência da COVID-19 nas prisões, particularmente em relação aos presos, muito discutíveis e



controversos, principalmente quando comparados aos índices relatados por grupos de familiares e organizações sociais que acompanharam a evolução da pandemia nas prisões (INFOVÍRUS, 2022).

Ressalta-se que a subnotificação de doenças é algo usual no contexto dos estabelecimentos prisionais, sendo a falta de dados oficiais exatos parte do cotidiano dessa população, realidade anterior à pandemia do coronavírus, o que leva ao uso de dados secundários, com a possibilidade de que estes não apresentem o alcance das doenças entre as PPLs (JOB NETO, 2019). No contexto específico da pandemia de COVID-19, indica-se ainda hipóteses de manipulação das informações divulgadas, frente à divulgação de dados controversos nas plataformas oficiais, com longos períodos sem atualizações, o que demonstra não apenas o descaso estatal, mas uma possível intenção em ocultar a realidade da doença no sistema prisional (INFOVÍRUS, 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente a inobservância em relação às condições de cumprimento de pena privativa de liberdade estipuladas pelo ordenamento brasileiro, amplificada pela pandemia da COVID-19, sem mobilização eficaz do Poder Público, juntamente às administrações das unidades prisionais, para impedir a disseminação descontrolada da doença. Marcado por um contexto de superlotação e de precariedade da estrutura de atendimento à saúde das PPLs, o sistema prisional brasileiro atingiu níveis expressivos de disseminação do coronavírus, corroborando para que o direito fundamental à saúde desses indivíduos não fosse assegurado e garantido, de forma a exacerbar a privação a que os presos estão sujeitos para além do direito à liberdade.

O Poder Judiciário não aplicou de forma significativa as medidas de desencarceramento para redução da população dentro dos estabelecimentos indicadas pelo CNJ na Recomendação nº 62, diante da desproporcionalidade de pedidos de liberdade provisória ou prisão domiciliar considerados procedentes pelos Tribunais. Apesar do reconhecimento internacional proferido em relação à



Recomendação do CNJ, esta foi marcada pela baixa efetividade causada pelo caráter não vinculante do documento.

O Poder Executivo aplicou medidas de restrição de acesso dos presos aos seus direitos, potencializando o isolamento das PPLs com a suspensão das visitas e das saídas temporárias que interrompeu completamente o contato dos custodiados aos ambientes extramuros e as suas redes de apoio familiares. Com o super isolamento vivenciado por essa parcela da população, não existiu movimentação significativa dos governos, juntamente às administrações penitenciárias, em tentativas de diminuir as tensões e os problemas psicológicos decorrentes da imposição dessas medidas, de forma que se atestou a falta do acesso à informação sobre a pandemia para as PPLs, assim como para os seus familiares e para a sociedade em geral.

Além disso, o Poder Público não forneceu instrumentos suficientes para as unidades prisionais, de modo que os servidores ficaram em aglomeração constante dentro desses espaços, sofrendo com a alta incidência da COVID-19 e altas taxas de mortalidade, superando números relativos a profissionais que estavam nas linhas de frente nos atendimentos hospitalares. Assim, entendeu-se que a situação não foi apenas de inobservância dos direitos fundamentais das PPLs, como também dos agentes penitenciários que foram deixados à própria sorte dentro dos presídios brasileiros.

Não houve possibilidade de alteração significativa na superlotação dos presídios brasileiros, a partir do grande volume de decisões contrárias à concessão de medidas de liberdade provisória e de prisão domiciliar, com tentativas de ampliação no número de vagas incapazes de resolver a questão, atuando apenas como uma solução superficial e temporária. A estrutura básica para atendimento das demandas relacionadas à saúde dos presos diminuiu conforme o avanço da pandemia, sem aplicação de medidas de desencarceramento em grande escala que poderiam justificar a diminuição.

A ausência de atualização constante dos dados específicos sobre os impactos da doença no sistema carcerário brasileiro dificultou a concretização de medidas próprias para a proteção do direito à saúde das PPLs no âmbito



nacional. A utilização de dados secundários pode inviabilizar a assertiva dos reais efeitos da pandemia de COVID-19 no sistema prisional brasileiro, diante da subnotificação e da não divulgação de dados unificados sobre a situação. Sugere-se uma atualização das informações e uma gestão de dados de forma mais criteriosa e científica por parte dos órgãos públicos.



REFERÊNCIAS

ABRACRIM *et al.* **Situação das pessoas privadas de liberdade no Brasil durante a pandemia de COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/brasil-denunciado-onu-avanco.pdf>. Acesso em: 23 de mar. 2020.

BALTHAZAR, Ricardo; MARIANI, Daniel. **STF resiste a pressões para soltar presos durante a pandemia.** Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/stf-resiste-a-pessoes-para-soltar-presos-durante-pandemia.shtml>. Acesso em: 12 maio 2022.

BARROS, Betina Warmling. O sistema prisional em 2020-2021: entre a COVID-19, o atraso na vacinação e a continuidade dos problemas estruturais. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/11-o-sistema-prisional-em-2020-2021-entre-a-COVID-19-o-atraso-na-vacinacao-e-a-continuidade-dos-problemas-estruturais.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

BENETTI, Sabrina Azevedo Wagner; BUGS, Darlen Grasieli; PRETTO, Carolina Renz; ANDOLHE, Rafaela; AMMAR, Maclovia; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; GOI, Cíntia Beatriz. Estratégias de enfrentamento da COVID-19 no cárcere: relato de experiência. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online], volume 46, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/xkctcyDpNGYgNQXKHVb4b6Ky/?lang=pt>. Acesso em: 06 fev. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília (DF), 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/01/2014&jornal=1&pagina=18&totalArquivos=72>. Acesso em: 08 fev. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347/2015,** Relator Min. Marco Aurélio. Decisão liminar. Julgado em 09/09/2015. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10300665>. Acesso em: 02 jun. 2022.



CARVALHO, Sérgio Garófalo de; SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; SANTOS, Ivete Maria. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciênc. saúde coletiva** [online], volume 25, número 9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GCbXVPLqVYQ7Kxz7SsVCjVS/?lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2023.

Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Situação dos direitos humanos no Brasil**. Washington, D.C., 2021. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 30 set. 2022.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Banco nacional de monitoramento das prisões**. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://portalbnmp.cnj.jus.br/#/estatisticas>. Acesso em: 24 abr. 2023.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **O sistema prisional brasileiro fora da Constituição - 5 anos depois**. Balanço e projeções a partir do julgamento da ADPF 347. Brasília (DF), 2021a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relato%CC%81rio ECI 1406.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Central de regulação de vagas: manual para a gestão da lotação prisional**. Brasília (DF), 2021b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/03/manual-central-de-regulacao-de-vagas.pdf>. Acesso em: 29 set. 2022.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Recomendação n. 62, de 17 de março de 2020**. Brasília (DF), 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/03/62-Recomenda%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2022.

Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). **Sistema prisional em números**. 2019. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/relatoriosbi/sistema-prisional-em-numeros>. Acesso em: 02 jun. 2022.

COSTA, Jaqueline Sérgio da *et al.* COVID-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política de morte. **Psicologia & sociedade** [online], volume 32, e0200013. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240218>. Acesso em: 27 set. 2022.

CRISPIM, Juliane de Almeida *et al.* Impacto e tendência da COVID-19 no sistema penitenciário do Brasil: um estudo ecológico. **Ciência & saúde coletiva** [online], volume 26, número 01, p. 169-178. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38442020>. Acesso em: 27 set. 2022.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. 2020a. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZTk1MWI5MzU0ZDFIMS00NmY0LWJkNjct>



M2YxZThIODI1MTNliwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9&pageName=ReportSection. Acesso em: 31 mar. 2022.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. 2020b. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZTU2MzVhNWYtMzBkNi00NzJlTlIOWItZjYwY2ExZjBiMWNmIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 21 fev. 2023.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. 2021a. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYWYxYjI3MTktNDZiZi00YjVhLWFjN2EtMDM2NDdhZDM5NjE2IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 21 fev. 2023.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. 2021b. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOWYwMDdlNmItMDNkOC00Y2RmLWYyNjYwY2ExZjBiMWNmIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 31 mar. 2022.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Portaria nº 5, de 16 de março de 2020**. 2020c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/03/2020&jornal=515&pagina=78&totalArquivos=103>. Acesso em: 12 fev. 2023.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Visitas a detentos de presídios federais está suspensa por 15 dias**. 2020d. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/justica-e-seguranca/2020/03/visita-a-detentos-de-presidios-federais-esta-suspensa-por-15-dias>. Acesso em: 15 fev. 2023.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. 2019. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojN2RjMmVmNTQtNmQ2NS00NDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9&pageName=ReportSection>. Acesso em: 31 mar. 2022.

Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Medidas de combate ao COVID-19**. 2022. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYTlhMjk5YjgtZWQwYS00ODIkdG4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 29 set. 2022.

DUARTE, Joana das Flores. COVID-19 e o sistema prisional no Brasil: crônica de uma pandemia anunciada. **Argumentum** [online], volume 13, número 1, p. 95-107. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v13i1.32988>. Acesso em: 27 set. 2022.



FERREIRA, José Ferdinando Ramos; LERMEN, Helena Salgueiro; SILVA, Martinho Braga Batista e. Recomendações convergentes? Documentos sobre a proteção à saúde prisional no início da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Execução Penal**, volume 2, número 1, p. 19-39, 2021. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/2021_Periodicos/Rev-Bras-Exec-Penal_v.2_n.1.pdf. Acesso em: 11 fev. 2023.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

FRANCO, Nádia. **Óbitos por COVID-19 crescem 190% no sistema prisional**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2021-03/obitos-por-COVID-19-crescem-190-no-sistema-prisional>. Acesso em: 12 maio 2022.

INFOVÍRUS. **De olho no painel do DEPEN: análise de informações de Estado sobre a COVID-19 nas prisões**. 2022. Disponível em: https://deixadosparamorrer.org/website/wp-content/themes/deixados-theme/arquivos/Infovirus_De_Olho_No_Depen.pdf. Acesso em: 12 abr. 2023.

Institute for Crime & Justice Policy Research. **World prison brief**. 2023. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/>. Acesso em: 12 set. 2022.

JOB NETO, Francisco. **Doenças infecciosas no sistema prisional: dados dos sistemas de informação de saúde e do sistema prisional**. 2019. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/handle/10/11397>. Acesso em: 12 set. 2022.

JOZINO, Josmar; DIAS, Paulo Eduardo; CRUZ, Maria Tereza. Efeito colateral da crise do coronavírus, megarrebelião em presídios coloca autoridades em alerta. **El país Brasil**. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/politica/2020-03-17/efeito-colateral-da-crise-do-coronavirus-megarrebeldiao-em-presidios-coloca-autoridades-em-alerta.html>. Acesso em: 12 fev. 2023.

LIMA, Renato Brasileiro de. **Manual de Processo Penal**. Volume único. 8ª ed. Salvador (BA): Editora Juspodivm, 2020.

Ministério da Justiça e Segurança Pública. Gabinete do Ministro. Portaria nº 135, de 18 de março de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-135-de-18-de-marco-de-2020-248641860>. Acesso em: 07 mar. 2023.

OLIVEIRA, Isabela Romeu Lorenzon de; FRANHANI, Rafaela Mendonça; GOBBI, Débora Rita; GUIMARÃES, Graziella Souza. COVID-19 no sistema penitenciário brasileiro: um desafio à saúde pública. **Global Academic Nursing Journal**, [S.l.], v. 2, n. Spe.2, p. e116, 2021. Disponível em:



<https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/128>.

Acesso em: 02 fev. 2023.

OLIVEIRA, José Carlos. ONU vê tortura em presídios como “problema estrutural do Brasil”. **Agência Câmara Notícias**. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/809067-onu-ve-tortura-em-presidios-como-problema-estrutural-do-brasil/>. Acesso em: 02 jun. 2022.

Organización de los Estados Americanos (OEA). **La CIDH urge a los Estados a garantizar la salud y la integridad de las personas privadas de libertad y sus familias frente a la pandemia del COVID-19**. Washington, D.C, 31 de mar. de 2020. Disponível em: <https://oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/066.asp>. Acesso em: 31 mar. 2022.

RUIZ, Jefferson Lee de Souza; ABRANTES, Marcia Medrado. O sistema prisional brasileiro e a COVID-19: prevenção e desafios. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, volume 20, número 2, p. 619-642, jul./dez. de 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/31922>. Acesso em: 27 set. 2022.

SÁNCHEZ, Alexandra; SIMAS, Luciana; DIUANA, Vilma; LAROUZE, Bernard. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? **Cad. Saúde Pública** [online], volume 36, número 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ThQ4BfJJYngFJxv8xHwKckg/?lang=pt>. Acesso em: 06 fev. 2023.

SILVA, Camila Rodrigues da; GRANDIN, Felipe; CAESAR, Gabriela; REIS, Thiago. Com 322 encarcerados a cada 100 mil habitantes, Brasil se mantém na 26ª posição em ranking dos países que mais prendem no mundo. **G1**, 2021a. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2021/05/17/com-322-encarcerados-a-cada-100-mil-habitantes-brasil-se-mantem-na-26a-posicao-em-ranking-dos-paises-que-mais-prendem-no-mundo.ghtml>. Acesso em: 13 set. 2022.

SILVA, Camila Rodrigues da; GRANDIN, Felipe; CAESAR, Gabriela; REIS, Thiago. População carcerária diminui, mas Brasil ainda registra superlotação nos presídios em meio à pandemia. **G1**, 2021b. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2021/05/17/populacao-carceraria-diminui-mas-brasil-ainda-registra-superlotacao-nos-presidios-em-meio-a-pandemia.ghtml>. Acesso em: 13 set. 2022.

SILVA, Camila Rodrigues da; GRANDIN, Felipe; CAESAR, Gabriela; REIS, Thiago. Sistema prisional registra quase 450 óbitos por COVID-19; nº de servidores mortos é maior que o de presos. **G1**, 2021c. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2021/05/17/sistema-prisional-registra-quase-450-obitos-por-COVID-19-no-de-servidores-mortos-e-maior-que-o-de-presos.ghtml>. Acesso em: 16 set. 2022.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules). 2015.



Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf. Acesso em: 11 fev. 2023.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Escritório de ligação e parceria no Brasil. **Prevenção e medidas de controle nas prisões**. 2020. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/covid19/preveno-e-medidas-de-controle---prises.html>. Acesso em: 29 set. 2022.

VASCONCELOS, Natalia Pires de; MACHADO, Maíra Rocha; WANG, Daniel Wei Liang. COVID-19 nas prisões: um estudo das decisões em habeas corpus no Tribunal de Justiça de São Paulo. **Revista de Administração Pública** [online], volume 54, número 5, p. 1472-1485, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SQR9rnxTPjbLwsGFqh8CkBh/?lang=en>. Acesso em: 11 fev. 2023.

VASCONCELOS, Paloma. 'Sistema prisional é barril de pólvora. Coronavírus foi só a gota d'água'. **Núcleo de estudos da violência**, 2020. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/prisao/sistema-prisional-e-barril-de-polvora-coronavirus-foi-so-a-gota-dagua/>. Acesso em: 16 set. 2022.

World Health Organization (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>. Acesso em: 28 set. 2022.

World Health Organization (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 16 March 2020**. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---16-march-2020>. Acesso em: 30 jan. 2023

Agência CNJ de Notícias. Alto Comissariado da ONU para Direitos Humanos apoia recomendação do CNJ. 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/alto-comissariado-da-onu-para-direitos-humanos-apoia-recomendacao-do-cnj/>. Acesso em: 20 mar. 2023.

Vacinação contra a COVID-19: percepção dos Juízes Federais Brasileiros

Vaccination against COVID-19: The insights of Brazilian Federal Judges

Vacunación contra el COVID-19: las percepciones de los jueces federales brasileños

Wilson Medeiros Pereira^{a,b,c}

Fabício Emanuel Soares de Oliveira^a

Maressa Lopes Coelho^d

Daniella Reis Barbosa Martelli^a

Paulo de Tarso Tamburini Souza^e

Hercilio Martelli Júnior^{a,f,g}

^aPostgraduate Program in Health Sciences. State University of Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros, Minas Gerais state, Brazil.

^bLaw Course, State University of Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, Minas Gerais, Brazil.

^cFederal Judge, Montes Claros, Minas Gerais state, Brazil.

^dSpecialist in Family Medicine. Physician with residency in pediatrics at the State University of Montes Claros Minas Gerais, Brazil.

^eCourt of Justice of Minas Gerais state, Brazil.

^fOral Pathology and Oral Medicine, Dental School, State University of Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, Minas Gerais, Brazil.

^gCraniofacial Anomalies Rehabilitation Center – Prof. Edson Antônio Velano University (Unifenas), Alfenas, Minas Gerais, Brazil.

Abstract

Purpose: To analyze the insight of Brazilian federal judges on the implications of the COVID-19 vaccination. **Methods:** A study has been conducted with Brazilian federal judges, who received a survey designed with multiple-choice questions about the COVID-19 vaccination, covering topics such as its mandatory aspect, the enforcement of coercive measures, vaccine hesitancy, priority groups, the duties of Anvisa (Brazilian Health Regulatory Agency), the role of the judicial branch and immunity passports. **Findings:** 254 out of 1,300 federal judges acting from all states have responded the survey. Most respondents hold a Bachelor's degree or a specialization (59.1%) and have been judges for more than 10 years (63.8%). Great part of judges (87.7%) agrees with vaccine mandates for adults and for children and teenagers (66.1%). Over 75% of judges believe that all levels of government can enforce sanctions for those who refuse to get vaccinated. 93% of judges trust in vaccination, 56.1% reject anti-vaccination movements and 75.2% believe the duties of Anvisa should be respected. The actions of the judiciary concerning the COVID-19 pandemic are approved by 62.6% of judges, and 88.2% support immunity passports. **Conclusion:** There is a straight connection between mandatory vaccination, trust in vaccine and the adoption of immunity passports. Most federal judges agree with vaccine mandates for children and adults, support the enforcement of sanctions for vaccination refusal, disapprove anti-vaccination movements, agree with the duties of Anvisa and support the intervention of the judiciary concerning the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19; Vaccination; Obligatory Vaccination; Judiciary.

Funding: not applicable

Acknowledgments:

The Minas Gerais State Research Foundation-FAPEMIG, Minas Gerais, Brazil and the National Council for Scientific and Technological Development - CNPq, Brazil.

Authors' contribution:

W.M. Pereira contributed to the conception, design, acquisition and interpretation of data, wrote and critically reviewed the scientific article. F. E. S. Oliveira, M. L. Coelho, DRB Martelli and H Martelli-Júnior contributed to the conception, design, acquisition and interpretation of data and critically reviewed the scientific article. All authors have given their final approval and agree to be responsible for all aspects of the work.

Introduction

The outbreak of a pandemic can affect the entire society, both in the public and in the private sector. It has huge consequences, and measurements need to be taken in order to handle the crisis and come up with strategies to overcome it¹. The possibility of access to a vaccine can bring peace to the population and allows them to visualize life going back to normal. The first vaccines approved by Anvisa in Brazil were CoronaVac (Butantan)[®], Oxford/Covishield (Fiocruz and Astrazeneca)[®], Janssen Vaccine (Janssen-Cilag)[®] and Comirnaty (Pfizer/Wyeth)[®] (<https://www.gov.br/anvisa/pt-br>).

When the process of immunization first started in the country, there was a limited supply of doses available for the population, which led to a massive demand for vaccines. That situation led to all sorts of issues both in big cities and small towns, like misappropriation of vaccines², people in non-priority groups getting vaccinated out of turn³, declaration of public calamity in some states⁴, criticism to the actions of the Brazilian Ministry of Health⁵ and exposure of the identity of vaccinated people³. As time went by, vaccination rates increased. Until March 2023, over 70% of the world population had received at least one dose of the COVID-19 vaccine⁶.

Themes such as the enforcement of coercive measures, the freedom to object to vaccination campaigns, the privacy of vaccinated people, the identification of priority groups,

and the commercialization of vaccines by the private sector have repeatedly been subject for debate in Brazil⁷. At the end of 2020, the Brazilian Supreme Federal Court (STF) ruled that vaccination must not be forced, which gives citizens the right to refuse it. However, the Court understands that certain sanctions could be enforced, such as restrictions for some activities or bans from schools or other public spaces⁸. The requirement of immunity passports is yet another relevant theme. The passport should record the vaccination against COVID-19 and it is similar to the World Health Organization's (WHO) International Certificate of Vaccination or Prophylaxis (ICVP). Such certificate works as proof that the bearer has received vaccine against cholera, plague, typhoid fever, among other diseases (<https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-o-certificado-internacional-de-vacinacao-e-profilaxia>).

Each of the aforementioned issues has been brought before the judiciary for consideration. Most of those cases involve the Ministry of Health, which is a federal-level entity, so the whole process often falls under the responsibility of the Federal Justice. As a public health policy, it is rather relevant to find out federal judges' insights on the matter. In order to do that, this paper aims at studying Brazilian federal judges' thoughts on the ramifications of the COVID-19 vaccine.

Materials and Methods

Cross-sectional study and census method were used to approach Brazilian federal judges in all five Federal Regional Courts (TRFs) (www.trf1.jus.br, www.trf2.jus.br, www.trf3.jus.br, www.trf4.jus.br and www.trf5.jus.br). The survey for this study was designed with 19 multiple-choice questions concerning the implications of the COVID-19 pandemic and was based on the following variables: 1) Demographic: place of work (in which state); Level of education: whether they hold a Bachelor's degree, a specialization, a Master's degree or Doctoral degree; Experience in the job: up to 10 years; between 10 and 20 years, or more than 20 years. 2) Vaccination: its mandatory aspect (for children and adults); the prerogative – of the federal

government, of any federal entity, or both – to enforce sanctions for those who refuse the vaccine; anti-vaccination movements; trust in vaccination; control of vaccinated people; designation of doses for specific groups; sanctions for non-compliance of vaccination orders; vaccine hesitancy; purchase of vaccine by the private sector. 3) The roles of the judiciary and Anvisa, and requirement of immunity passport.

The *SurveyMonkey*[®] platform was used to send the survey questions individually to the official e-mail addresses of each federal judge, respecting their privacy. The survey was sent out to 1,300 federal judges, who had been selected according to their field of expertise, that is, those acting with general jurisdiction or in the civil or small-claims court. Judges acting exclusively in the Environmental, Criminal, Criminal Organizations, International and Social Security areas have not been considered for the survey.

Once we got the responses to the survey back, we were able to establish a database and run statistical analysis on the SPSS[®] (Statistical Package for Social Science for Windows, Inc., USA) version 18.0 software. The variables were analyzed in their absolute and relative frequencies, and the chi-square test was used to verify the association between the variables.

This research was submitted and approved by the Committee of Institutional Research Ethics (# 5,032,572). Each federal judge had to sign a free and informed consent form.

Results

Of the 1,300 survey forms sent out to as many federal judges, a total of 254 (19.53%) were answered by judges acting from all states of the country, most of them working in the states of Minas Gerais (n=56; 22%), Bahia (n=28; 11%) and São Paulo (n=21; 8.3%). Most of respondents (n=150; 59.1%) hold a Bachelor's degree or a specialization. Regarding their career experience, 63.8% (n=162) have been judges for more than 10 years (Table 1).

Vaccine mandate as established by STF (compulsory, but not forced) has been approved by 87.7% (n=221) of respondents. On the other hand, immunization of children and

teenagers, with parental consent or not, has had a lower approval rate, 66.1% (n=167). Regarding the prerogative to establish coercive measures for vaccine non-compliance, 75.2% (n=191) believe that the federal government shouldn't be the only party to have such power. State and local governments should also have the power to establish punishment procedures (Table 2).

Trust in vaccination is high among the judges, with a 93.3% (n=237) rate. Regarding anti-vaccination movements, most judges (n=142; 56.1%) think that anti-vaccination campaigns should be forbidden, as they go against public interest. Concerning the obstacles to vaccination in the country, 86.3% (n=217) believe that the public authorities' rhetoric questioning the effectiveness of the vaccine and the huge spreading of fake news have had significant impact. When it comes to Anvisa's duties to analyze vaccines, 75.2% of judges (n=188) think that the agency's legal and administrative procedures should be followed properly. About the vaccination against COVID-19, 62.6% (n=159) of respondents agree with the actions of the judiciary. Finally, 88.2% (n=223) of federal judges approve the adoption of immunity passports in Brazil and believe that each state of the nation can establish their own requirements to rule it (Table 2).

Tables 3 and 4 display the association between variables. According to the results, there is a considerable relation between those in favor of vaccine mandate and the vaccination of children and teenagers. Results also show that work experience and level of education affect the judges' insights on vaccination and reveal that there is a connection between being in favor of vaccine mandate, trust in vaccination and prohibition of purchasing by private parties.

Discussion

This study has been the first to analyze the stance of Brazilian federal judges on the implications of the COVID-19 vaccine in both public and private sectors. Our findings show that Brazilian federal judges are aware of the sanitation issues of the country, and that the huge

majority of them have confident opinions on controversial matters of society, especially the mandatory vaccination of children and adults. The society's response to crisis – political, sanitary, institutional, among others – is subject of considerable interest, whether for their voluntary commitment or for their engagement in standing up for their convictions.

Vaccine mandates have been a controversial subject throughout the years around the world. In 1904, the smallpox vaccination campaign in Brazil led to a significant popular riot known as Vaccine Revolt. It took place in Rio de Janeiro, which was then the capital city of Brazil^{9,10}. Although the Código de Posturas do Município do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro City Ordinances) made vaccines mandatory in 1832¹¹, the regulatory framework for vaccine mandates in Brazil was Law 6,259/1975¹². The National Immunization Program (NIP) was published the next year and established that every citizen should get mandatory immunization¹³. In 2004, vaccine schedules were created across the country¹⁴. In 2020, at the trial of the Direct Actions of Unconstitutionality 6,586/DF and 6,587/DF, STF ruled that mandatory vaccination does not mean forced vaccination, but coercive measures can be imposed anyway. Such measures include ban from certain activities and denial of access to certain spaces, among others, on the condition that those measures be provided by law⁸. Table 2 shows that the majority of judges (87.7%) agree with the STF ruling regarding vaccine mandates. The respondents also consider that the sanctions enforced at those who refuse the vaccine are valid and can be enforced by any levels of the government. The rate of judges who agree with compulsory vaccination is higher than the rate of the general population with the same opinion (79.0%)¹⁵. Among respondents in favor of vaccine mandates, most of them are also in favor of mandatory vaccination for children and teenagers.

All judges in favor of mandatory vaccination for children and teenagers, with or without parental consent, are also in favor of vaccine mandates for the population as a whole. And most of the judges who believe that the vaccination of children and teenagers should have parental consent also agree with vaccine mandates for all citizens (n=54; 63.5%). The authority of

parents over their underage children should not give them permission to jeopardize the health and the life of the latter, regardless of religious or philosophical reasons. Individual autonomy should prevail when persons with legal capacity make choices that will not have negative impact in the lives of others. It is the case of adult persons who refuse to get blood transfusions for religious reasons, for instance. However, it is not a prerogative of parents to invoke such right on behalf of their children, as children are not their property. Therefore, laic and medical values must be considered when dealing with underage children⁸.

Trust in vaccination is directly related to favorable opinions and vaccine mandate. Nearly 93% of judges who declared to trust in vaccines are also in favor of mandatory immunization (Table 4). The judges' trust rate is higher than that of the general Brazilian population. A study made in January, 2021 – before the authorization for emergency use of the COVID-19 vaccination by Anvisa – showed that over 89% of the respondents were willing to get a vaccine against the novel coronavirus¹⁶.

When we compare the variables vaccine mandate and federal judges' level of education, it is possible to notice that education makes no difference in the results concerning their stance in favor of mandatory vaccination against COVID-19. Judges with only a Bachelor's degree and specialization show an acceptance rate of 88.7%, just a little higher than that of judges with a postgraduate degree (86.4%) (Table 3). The percentage difference is more significant among the group of judges who agree with vaccine mandates when their experience in the job is considered. Judges with up to 10 years of career (n=81; 90.0%) surpass in about 4% judges with more than 10 years of service (n=140; 86.3%). Over 59% of judges surveyed in 2021 and 2022 held a Bachelor's degree in Law and/or had some specialization. The academic profile of Brazilian federal judges is no different from pairs of other careers. A study made with female judges showed that 59.1% of them had just a Bachelor's degree or a specialization¹⁷. Such results indicate that level of education is not directly connected to experience in the job. A

possible explanation for that situation is that some people might become judges before starting postgraduation programs.

When it comes to vaccine hesitancy in the context of the COVID-19 vaccination in Brazil, there was little commitment from some of the country's political authorities. Notoriously fake information from dubious sources was widely spread, even by public authorities¹⁸. The respondents took those facts into consideration and pointed out that the spreading of fake news was an obstacle to the vaccination against COVID-19, as shown in Table 2. Disinformation weakens confidence and raises insecurity among people. During the COVID-19 pandemic, all sorts of deliberately wrong information regarding the risks of getting vaccinated against the novel coronavirus were repeatedly published in all kinds of media, especially in social media. Despite some arguments suggest that the anti-vaccination propaganda could be backed up by the right to freedom of speech, the respondents do not share the same opinion. Over 56% of them believe in curbing campaigns with such purpose.

Besides fake news, nearly 45% of federal judges suggested that the speech of public authorities questioning the effectiveness of the vaccine was another obstacle to the COVID-19 vaccination. According to a previous study, disinformation endorsed by public authorities leads people into vaccine hesitancy. The same study shows that Brazilian people refused the Chinese vaccine believing that China had deliberately released the virus with the purpose of selling vaccines afterwards¹⁹. Community work that includes the community, the people and the government can instill trust in vaccination, which in turn helps reducing vaccine hesitancy. Some authors suggest that media campaigns can raise awareness and encourage vaccination²⁰ despite people's distrust in information disclosed on the news and on TV, according to previous study²¹.

The role of the judiciary has been a constant subject of debate in Brazil when it comes to the COVID-19 pandemic. Some arguments based on the separation of the branches of the government affirm that the management of health policies is a duty for the Executive power –

with the Ministry of Health, the Secretarias de Estado de Saúde (state-level health departments) and the Secretarias Municipais de Saúde (municipal-level health departments) – and therefore should not be a responsibility for the judiciary. Our research with federal judges shows that over 62% of them support the actions of the judiciary regarding the COVID-19 vaccination. Their opinion is consistent with the modern structure of the separation of powers principle, which defends that branches work independently, but also harmonically. Harmony can be seen in the courtesy among the powers and in the respect for each other's duties and responsibilities. Full independence of the branches is impractical and unacceptable²², as the checks and balances system works in order to prevent potential abuse of powers²³.

Regarding Anvisa's role in evaluating and approving the use of vaccines, over 75% of respondents are in favor of giving the agency the prerogative to analyze vaccine proposals. Administrative procedures should not be skipped. Politicizing the matter, or the mere thought of allowing automatic approval by expiration of deadline, could be dangerous to society. According to Law 14,006/2020²⁴, Anvisa has 72 hours to authorize the import and distribution of health supplies. After that time, the process is authorized automatically. The law also allows the use of vaccine in the country without previous analysis of Anvisa, as long as it has already been registered by a health agency in the United States, in the European Union, in Japan or in China. But the specific regulations of each country must be taken into account as well. A vaccine approved for use in China does not necessarily mean it is fit to be used in Brazil. That could undermine Anvisa's autonomy to make decisions²⁵.

Most of the respondents approve the use of immunity passports in Brazil, and that measure is closely related to vaccine mandates. Around 90% of the federal judges who approve the use of immunity passports also support mandatory vaccination against COVID-19 (Table 4). The rate of federal judges who support the use of immunity passports in Brazil is higher than that of the general population. A previous study shows that 84% of the Brazilian population agrees with the use of immunity passports in the country²⁶. Many countries have been currently

developing some kind of immunity passport that allows people to travel, study or work without risking other people's lives. As examples, we can mention the "Green Pass program" in Israel, the "Digital Green Certificate" in the European Union, and the Africa Center for Disease Control and Prevention's "My COVID Pass"²⁷.

Our study faced some issues regarding the judges' availability to take part in the survey. The low rate of responses might be due to their fear to take sides, especially given the state of political polarization that has been taking over the country as well as the anti-science movements and the rise of obscurantism. The place of work of the judges is an aspect that should be analyzed cautiously, as many of them, especially the new ones, do not usually work in their place of birth. A judge from Mâncio Lima, in the state of Acre, for instance, could be working in Foz do Iguaçu, in the South of the country.

Conclusion

The Brazilian federal judges who took part in the survey have shown to be aware and up-to-date with the current discussions involving the COVID-19 vaccine. Most federal judges agree with vaccine mandates for children and adults, believe that any level of the government should have the prerogative to enforce sanctions for those who refuse to get vaccinated, and disapprove anti-vaccination movements. There is a straight connection between trust in vaccination, mandatory vaccination and the requirement of immunity passports, with significant approval rates among respondents. Furthermore, most of them are also in favor of respecting the role of Anvisa, and support the intervention of the judiciary in the matters of public health policies, including the COVID-19 pandemic. Finally, more research, either with judges of other areas or covering other sanitary crises, is necessary in order to evaluate their thoughts and insights.

References

1. Costa ASM, Paiva EL, Gomes MVP, Brei VA. Impactos da COVID-19 nas organizações. FÓRUM. Rev. adm. empres. 60 (6). Nov-Dec 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020200602>.
2. Resende L. Investigação sobre desvios de vacina contra COVID-19 no Amazonas está parada. CNN Brasil. February 2021. Available at: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/investigacao-sobre-desvios-de-vacina-contr-COVID-19-no-amazonas-esta-parada/>. Access on: 20 Oct 2022.
3. Brasil CI. Polícia investiga desvio de vacinas e desrespeito a prioridades no rio. Agência Brasil. Available at: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/policia-investiga-desvio-de-vacinas-e-desrespeito-prioridades-no-rio>. Access on: 10 Dec 2021.
4. Carvalho R. Alta de casos de COVID-19 põe Amazonas por 6 meses em estado de calamidade. Uol. January 2021. Uol. Available at <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/01/06/alta-de-casos-de-covid-poe-amazonas-por-6-meses-em-estado-de-calamidade.htm>. Access on: 20 Nov 2022.
5. Vargas M. Ministério da Saúde está acéfalo, dizem governadores. Estadão. March 2021. Available at: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2021/03/22/governadores-saude-vive-acefalia-c-ministro-demissionario-e-outro-sem-assumir.htm>. Access on 20 Nov 2021.
6. Mathieu E, Ritchie H, Ospina EO, Roser M, Hasell J, Appel C, Giattino C, Guirao LR. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav* **5**, 947–953 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>.

7. Oliveira JC. Obrigatoriedade de vacinas é alvo de debate nos três poderes da República. Saúde. Câmaras dos Deputados. October 2020. Available at: <https://www.camara.leg.br/noticias/701491-obrigatoriedade-de-vacinas-e-alvo-de-debate-nos-tres-poderes-da-republica/>. Access on: 20 Feb 2023.
8. STF. ADI 6586 / DF - DISTRITO FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade. Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI. Julgamento: 17/12/2020. Publicação: 07/04/2021. Available at: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur443506/false>. Access on: 10 Oct 2022.
9. Carvalho JM. Os bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Cia das Letras, 1987.
10. Sevcenco N. A revolta da vacina. Cosac Naify: São Paulo, 2010.
11. Rio de Janeiro. Código de Posturas. Available at: https://digital.bbm.usp.br/bitstream/bbm/3880/1/005916_COMPLETO.pdf. Access on: 20 Jan 2023.
12. Brasil. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Available at: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Access on: 20 Dec 2022.
13. Brasil. Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976. Available at: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm. Access on: 20 Jan 2023.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 597, de 08 de abril de 2004. Available at: <https://sbim.org.br/legislacao/33-portaria-n-597-gm-8-de-abril-de-2004>. Access on: 20 Dec 2022.
15. Alpaca NH. Oito em cada dez brasileiros defendem vacinação obrigatória no país, revela Ipsos. CNN Brasil. February 2022. Available at: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/oito-em-cada-dez-brasileiros-defendem-vacinacao-obrigatoria-no-pais-revela-ipsos/>. Access on: 24 Jan 2023.

16. Andrade RO. Confiança nas vacinas. Pesquisa FAPESP. 2021 novembro. Available at: <https://revistapesquisa.fapesp.br/confianca-nas-vacinas/>. Access on: 20 Jan 2023.
17. AMB, CPJ, Enfam. Perfil das magistradas brasileiras e perspectivas rumo à equidade de gênero nos tribunais. 2023. Available at: https://www.amb.com.br/wp-content/uploads/2023/03/CPJ_Relatorio-Magistradas-Brasileiras_V3.pdf. Access on: 08 Mar 2023.
18. Monteiro D. Conheça 6 “fake news” sobre as vacinas contra a COVID-19. Informe Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Available at: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51261>. Access on 25 Jan 2023.
19. Moore DCBC, Nehab MF, Camacho KG, Reis AT, Marinho MFJ, Abramov DM, *et. al.* Low COVID-19 vaccine hesitancy in Brazil. *Vaccine*. Volume 39, Issue 42, 8 October 2021, Pages 6262-6268.
20. Fernandes M, Matta G, Paiva Ester. COVID-19, vaccine hesitancy and child vaccination: Challenges from Brazil. *The Lancet Regional Health - Americas*. Volume 8, April 2022, 100246.
21. Henrich N, Holmes B. Communicating During a Pandemic: Information the Public Wants About the Disease and New Vaccines and Drugs. *Health Promotion Practice*, 2011. Volume 12, Issue 4. DOI: 10.1177/1524839910363536.
22. Tavares AR. Teoria da justiça constitucional. São Paulo: Saraiva, 2005.
23. Silva JA. Curso de direito constitucional positivo. 30 ed. São Paulo: Malheiros, 2008.
24. Brasil. Lei n. 14.006, de 28 de maio de 2020. Available at: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14006.htm#art1. Access on: 20 Jan 2023.
25. Congresso Nacional. Estudo do Veto nº 8/2021. Available at: <https://legis.senado.leg.br/sdleg->

getter/documento?dm=8937376&ts=1651684790655&disposition=inline. Access on: 20 Jan 2023.

26. IPSOS. Global views on personal health data and vaccine passports. April 2021. Available at: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-04/Ipsos-WEF%20Global%20Views%20on%20Personal%20Health%20Data%20and%20Vaccine%20Passports%20-%20Graphic%20Report%20-%202021-04-26.pdf>. Access on: 02 fev. 2023.

27. Dye C, Mills MC. COVID-19 vaccination passports. *Science*. 19 Mar 2021. Vol 371, Issue 6535, p. 1184. DOI: 10.1126/science.abi5245. Access on: 20 Oct 2021.

Table 1 – Sociodemographic profile of Brazilian federal judges (n=254).

Variables	n	% (CI 95%)
Region		
North	29	11.4 (7.9-15.7)
Northeast	54	21.3 (16.5-26.6)
Central-West	33	13.0 (9.2-17.5)
Southeast	87	34.3 (28.6-40.2)
South	51	20.1 (15.5-25.3)
Level of education		
Bachelor's degree/Specialization	150	59.1 (52.9-65.0)
Master's degree/Doctoral degree/Post-doctoral degree	104	40.9 (35.0-47.1)
Experience in career (in years)		
< 10	92	36.2 (30.5-42.2)
≥ 10	162	63.8 (57.8-69.5)

Table 2 – Vaccine mandates for children and adults, anti-vaccination campaigns, enforcement of sanctions, the role of Anvisa, actions of the Judicial branch, and use of immunity passport (n=254).

Variables	n	% (CI 95%)
Approval of mandatory vaccination against Covid-19:		
Yes, but with no physical coercion	221	87.7 (83.1-91.2)
No, individual freedom must be respected	31	12.3 (8.6-16.7)
Childhood vaccination:		
Vaccination must be mandatory, even without parent consent	167	66.0 (60.0-71.7)
Parents' and guardians' decision must be respected	86	34.0 (28.3-40.0)
Sanctions or measurements for vaccine non-compliance:		
Only if established by the federal government	63	24.8 (19.8-30.4)
States, the Federal District and Municipalities may also establish them	191	75.2 (69.6-80.2)
Anti-vaccination campaigns:		
Must be forbidden	142	56.1 (50.0-62.2)
I support them, but with no endorsement of public authorities	82	32.4 (26.8-38.3)
I support them, due to the right to freedom of speech	29	11.5 (7.9-15.8)
Trust in vaccination against Covid-19:		
Yes, as I trust any other vaccine	237	93.3 (89.8-96.0)
No, there is no scientific evidence of its effectiveness	6	2.4 (0.9-4.7)
No, for different reasons	11	4.3 (2.3-7.3)
Disclosure of the identity of vaccinated people for control:		
Yes	139	54.7 (48.6-60.8)
No	115	45.3 (39.2-51.4)
Designation of doses for specific groups, even if not considered as priority:		
Yes	35	13.8 (9.9-18.4)
No	219	86.2 (81.6-90.1)
Sanctions for those who refuse the vaccine:		
Must be pecuniary	215	86.0 (81.3-89.9)
In case of multiple-dose vaccines, denial of next dose	10	4.0 (2.0-7.9)
No sanction must be applied, as it is an administrative violation	25	10.0 (6.7-14.1)
Person to be punished for vaccine non-compliance:		
The citizen	31	12.3 (8.6-16.7)
The authority or agency who gave authorization	12	4.8 (2.6-7.9)
Both	209	82.9 (78.0-87.2)
Obstacles to the vaccination against Covid-19:		

Public authorities' speech questioning the effectiveness of the vaccine	113	44.5 (39.3-51.6)
People's distrust in laboratories	21	8.4 (5.4-12.3)
Anti-vaccination campaigns	104	41.8 (35.7-48.0)
Distrust about the source of the disease	11	4.4 (2.3-7.4)
Purchase of vaccines by private parties:		
I am against it	146	58.2 (52.0-64.2)
I am in favor of it	105	41.8 (35.8-48.0)
Anvisa's duties to analyze vaccines:		
The agency's legal and administrative procedures should be followed	188	75.2 (69.6-80.3)
Approval by expiration of deadline can be justifiable in case of delays	45	18.0 (13.6-23.1)
There may be political intervention in the agency if there is need to speed up the analysis of vaccine proposals	17	6.8 (4.1-10.4)
Actions of the Judicial branch in the context of the Covid-19 vaccination:		
The branch can interfere in exceptional cases	149	58.7 (52.5-64.6)
The branch must restrain itself and prioritize administrative decisions	95	37.4 (31.6-43.5)
The branch can always interfere	10	3.9 (2.0-6.8)
Use of "immunity passport" in Brazil:		
I agree, as long as implemented by federal law	94	37.2 (31.4-43.2)
I agree, and any level of the government can establish their own requirements	129	51.0 (44.8-57.1)
I disagree	30	11.9 (8.3-16.2)

Table 3 – Comparison of variables regarding vaccination, level of education and experience in career (n=254).

Variables	Level of education		p-value	Experience in career		p-value
	Bachelor's degree/ Specialization n (%)	Master's degree /Doctoral degree/Post-doctoral degree n (%)		Less than 10 years n (%)	10 years or more n (%)	
Mandatory vaccination against Covid-19:						
Yes, but with no physical coercion	133 (88.7)	88 (86.3)		81 (90.0)	140 (86.4)	
No, individual freedom must be respected	17 (11.3)	14 (13.7)	0.674*	9 (10.0)	22 (13.6)	0.058*
Childhood vaccination						
Must be mandatory, even without parent consent	96 (64.0)	71 (68.9)		64 (70.3)	103 (63.6)	
Parents' and guardians' decision must be respected	54 (36.0)	32 (31.1)	0.416**	27 (29.7)	59 (36.4)	0.277**
Sanctions for vaccine non-compliance:						
Only if established by the federal government	37 (24.7)	26 (25.0)		21 (22.8)	42 (25.9)	
States, the Federal District and Municipalities may also establish them	113 (75.3)	78 (75.0)	0.952**	71 (77.2)	120 (74.1)	0.582**
Anti-vaccination campaigns:						
Must be forbidden	85 (56.7)	57 (55.3)		49 (53.8)	93 (57.4)	
I support them, but with no endorsement of public authorities	49 (32.7)	33 (32.1)		34 (37.4)	48 (29.6)	
I support them, due to the right to freedom of speech	16 (10.6)	13 (12.6)	0.891**	8 (8.8)	21 (13.0)	0.351**
Trust in vaccination against Covid-19:						
Yes	140 (93.4)	97 (95.1)		87 (94.6)	150 (92.6)	
No, there is no scientific evidence of its effectiveness	5 (3.3)	1 (1.0)		1 (1.1)	5 (3.1)	
No, for different reasons	5 (3.3)	6 (5.9)	0.379*	4 (4.3)	7 (4.3)	0.720*
Disclosure of the identity of vaccinated people:						
Yes	82 (54.7)	57 (54.8)		50 (54.4)	89 (54.9)	
No	68 (45.3)	47 (45.2)	0.982**	42 (45.6)	73 (45.1)	0.928**

**Designation of doses for
specific groups:**

Yes	21 (14.0)	14 (13.5)		12 (13.0)	23 (14.2)	
No	129 (86.0)	90 (86.5)	0.903**	80 (87.0)	13 (85.8)	0.852**

**Sanctions for those who
refuse the vaccine:**

Must be pecuniary	131 (88.5)	84 (82.4)		78 (86.7)	137 (85.6)	
Denial of next dose of vaccine	5 (3.4)	5 (4.9)		5 (5.6)	5 (3.1)	
No sanction applied (it is an administrative violation)	12 (8.1)	13 (12.7)	0.366*	7 (7.7)	18 (11.3)	0.477*

**Person to be punished for
vaccine non-compliance:**

The citizen	18 (12.0)	13 (12.7)		11 (12.1)	20 (12.4)	
The authority or agency who gave authorization	6 (4.0)	6 (5.9)		2 (2.2)	10 (6.2)	
Both	126 (84.0)	83 (81.4)	0.746*	78 (85.7)	131 (81.4)	0.380*

**Obstacles to the vaccination
against Covid-19:**

Public authorities' speech questioning the effectiveness of the vaccine	69 (47.3)	44 (42.7)		42 (46.1)	71 (45.0)	
People's distrust in laboratories	13 (8.9)	8 (7.8)		8 (8.8)	13 (8.2)	
Anti-vaccination campaigns	60 (41.1)	44 (42.7)		40 (44.0)	64 (40.5)	
Distrust about the source of the disease	4 (2.7)	7 (6.8)	0.466*	1 (1.1)	10 (6.3)	0.284*

**Purchase of vaccines by
private parties:**

I am against it	82 (55.0)	64 (62.7)		57 (64.0)	89 (55.0)	
I am in favor of it	67 (45.0)	38 (37.3)	0.224**	32 (36.0)	73 (45.0)	0.162**

**Anvisa's duties to analyze
vaccines:**

The agency's legal and administrative procedures should be followed	109 (73.2)	79 (78.2)		72 (80.9)	116 (72.0)	
Approval by expiration of deadline can be justifiable in case of delays	30 (20.1)	15 (14.9)		13 (14.6)	32 (19.9)	
There may be political intervention in the agency if there is need to speed up the analysis of vaccine proposals	10 (6.7)	7 (6.9)	0.565**	4 (4.5)	13 (8.1)	0.278**

CONCLUSÕES

Após a realização do presente estudo e de acordo com os objetivos específicos propostos, pode, pode-se concluir:

1. É preciso rever os protocolos sobre adiamento de procedimentos cirúrgicos com pacientes com câncer, pois o tratamento tardio pode ser ineficaz.
2. É necessário que o Conselho Federal de Medicina altere o Código de Ética Médica ou dê nova interpretação à questão das teleperícias. Essa alteração facilitará o julgamento dos processos judiciais que dependem de perícia médica.
3. A pandemia da COVID-19 despertou o preocupar-se com o próximo, o solidarismo como necessidade e o agir cooperativo – privado e institucional, nacional e internacional.
4. As estratégias de combate às pandemias devem ser configuradas com a participação dos indígenas. Os povos indígenas devem ser considerados a partir de sua autodeterminação e não em virtude do local de moradia ou reconhecimento jurídico governamental.
5. Os sistemas de saúde e de justiça criminal devem trabalhar de maneira coesa e com perene retroalimentação de informações. A saúde dos indivíduos que estão em privação de liberdade é responsabilidade do Estado, e por tal razão, merece o mesmo tratamento dispensado às demais pessoas.
6. Os magistrados federais do Brasil demonstram atenção e atualidade para com as discussões envolvendo a vacinação contra COVID-19. A maioria dos juízes federais brasileiros concorda com a vacinação obrigatória em adultos e em crianças, bem como consideram legítimas as sanções indiretas aos recalcitrantes, podendo ser aplicadas por quaisquer dos entes federativos. Há uma relação direta entre confiança na vacina, obrigatoriedade do imunizante e adoção do passaporte sanitário, sendo que entre os juízes federais esses itens alcançam aprovações com percentuais significativos. Os movimentos de anti-vacinação não encontram apoio na magistratura federal, devendo ser rechaçados, por contrariarem o interesse público. As atribuições da Anvisa devem ser respeitadas e há plena concordância com as intervenções

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os efeitos de uma pandemia são amplos e podem deixar marcas por muito tempo. É preciso abstrair dessas ocorrências algum aprendizado. A presente pesquisa percorreu a análise dos aspectos da pandemia da COVID-19 em seis áreas: tratamento de câncer cabeça e pescoço no Brasil, implantação da teleperícia no país, necessidade de comportamentos de solidariedade entre pessoas e nações, questão dos povos indígenas, realidade do sistema prisional brasileiro e pesquisa com os juízes federais brasileiros.

Os seis tópicos se conectam, uma vez traduzem situações de caráter social e/ou de estratégia de saúde pública. Obviamente, outros temas e/ou grupos poderiam ser incluídos no objeto de análise, entretanto, por questão de delimitação da pesquisa, preferiu-se restringir aos seis mencionados.

Registre-se a limitação da pesquisa no tocante aos dados oficiais disponibilizados. Verificou-se uma demora na alimentação das informações, sobretudo a respeito dos povos indígenas e sistema prisional.

A pesquisa com os juízes foi a primeira a verificar a opinião da magistratura federal brasileira a respeito da vacina contra COVID-19 e seus desdobramentos na esfera pública e privada. A limitada adesão pode ser explicada pelo receio de posicionamentos, notadamente, pela polarização observada nas questões políticas vivenciadas no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os efeitos de uma pandemia são amplos e podem deixar marcas por muito tempo. É preciso abstrair dessas ocorrências algum aprendizado. A presente pesquisa percorreu a análise dos aspectos da pandemia da COVID-19 em seis áreas: tratamento de câncer cabeça e pescoço no Brasil, implantação da teleperícia no país, necessidade de comportamentos de solidariedade entre pessoas e nações, questão dos povos indígenas, realidade do sistema prisional brasileiro e pesquisa com os juízes federais brasileiros.

Os seis tópicos se conectam, uma vez traduzem situações de caráter social e/ou de estratégia de saúde pública. Obviamente, outros temas e/ou grupos poderiam ser incluídos no objeto de análise, entretanto, por questão de delimitação da pesquisa, preferiu-se restringir aos seis mencionados.

A pesquisa com os juízes foi a primeira a verificar a opinião da magistratura federal brasileira a respeito da vacina contra COVID-19 e seus desdobramentos na esfera pública e privada. A limitada adesão pode ser explicada pelo receio de posicionamentos, notadamente, pela polarização observada nas questões políticas vivenciadas no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Holcombe M. EUA: todos estados estão em situação de desastre pela 1ª vez na história. CNN Brasil Internacional, 12/04/2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2020/04/12/eua-todos-estados-estao-em-emergencia-nacional-pela-1-vez-na-historia>. Acesso em: 10 maio 2020.
2. Costa ASM, Paiva EL; Gomes MVP, Brei VA. Impactos da COVID-19 nas organizações. FÓRUM. Rev. adm. empres. 60 (6). Nov-Dec 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020200602>.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Painel da Doença de Coronavírus da OMS (COVID-19). Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 03 abr. 2023.
4. Check R. Coronavírus: quais medidas estão sendo tomadas por diferentes países para conter a pandemia. BBC News Brasil. 12.03.2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51852110>. Acesso em: 08 jul. 2023.
5. Oliveira JC. Obrigatoriedade de vacinas é alvo de debate nos três poderes da República. Saúde. Câmaras dos Deputados. 20/10/2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/701491-obrigatoriedade-de-vacinas-e-alvo-de-debate-nos-tres-poderes-da-republica/>. Acesso em: 20 fev. 2023.
6. Resende L. Investigação sobre desvios de vacina contra COVID-19 no Amazonas está parada. 04/02/2021. CNN Brasil. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/investigacao-sobre-desvios-de-vacina-contracovid-19-no-amazonas-esta-parada/>. Acesso em: 20 out.2022.
7. Brasil CI. Polícia investiga desvio de vacinas e desrespeito a prioridades no rio. Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/policia-investiga-desvio-de-vacinas-e-desrespeito-prioridades-no-rio>. Acesso em: 10 dez. 2021.
8. Carvalho R. Alta de casos de COVID-19 põe Amazonas por 6 meses em estado de calamidade. 06/01/2021. Uol. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/01/06/alta-de-casos-de-covid-poe-amazonas-por-6-meses-em-estado-de-calamidade.htm>. Acesso em: 20 nov. 2022.
9. Vargas M. Ministério da Saúde está acéfalo, dizem governadores. 22/03/2021, Estadão. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia->

estado/2021/03/22/governadores-saude-vive-acefalia-c-ministro-demissionario-e-outro-sem-assumir.htm. Acesso em: 20 nov. 2021.

10. Mathieu E *et al.* Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Our World in Data, 2023.

Disponível em: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL. Acesso em: 05 mar. 2023.

11. Allemani C *et al.* Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *The Lancet* vol 391, 10125, p1023-1075, march 17,2018 doi: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3

12. Cognetti DM, Weber RS, Lai SY Câncer de cabeça e pescoço: um paradigma de tratamento em evolução. *Câncer*. 2008; 113 (7 Suplemento): 1911–1932. [Artigo grátis PMC] [PubMed] [Google Scholar]

13. Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am*. 2015;24(3):491–508. - PMC - PubMed

14. Rossi VC, Moraes JL, Molento CF. Speech therapy in head and neck cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, Volume 87, Issue 5, 2021, Pages 495-496, ISSN 1808-8694. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.02.002>.

15. Palmer K., Monaco A., Kivipelto M., Onder G., Maggi S., Michel JP. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res*. 2020; 32 (7): 1189–1194. [Artigo grátis PMC] [PubMed] [Google Scholar]

16. Marques NP, Silveira DMM, Marques NCT, Martelli DRB, Oliveira EA, Martelli-Júnior H. Cancer diagnosis in Brazil in the COVID-19 era. *Seminars in Oncology*. January 2021. doi 10.1053.

17. Trevilato DD, Jost MT, Araújo BR, Martins FZ, Magalhães AMM, Caregnato RCA. Centro Cirúrgico: Recomendações para o atendimento de pacientes com suspeita ou portadores de COVID-19. *REV. SOBECC, SÃO PAULO. JUL./SET. 2020; 25(3): 187-193*. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000030009>

18. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. *Justiça em Números 2020: ano-base 2019*. Brasília, DF: CNJ, 2020.

19. AMB, 2020. <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2020/05/nota-telepercia-cfm-anamt-amb-abmlpm.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.
20. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.
21. Brasil. Portaria Conjunta INSS/SPMG N ° 16, de 13 de janeiro de 2022. Institui, a título de experiência-piloto, a realização de Perícia Médica com Uso da Teleavaliação - PMUT. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-inss/spmf-n-16-de-13-de-janeiro-de-2022-373868261>. Acesso em: 20 jan. 2023.
22. Brasil. Transparência previdenciária. Junho/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/portal-de-transparencia>. Acesso em: 20 jul. 2023.
23. Hiscotta J. *et al.* The global impact of the coronavirus pandemic. Cytokine & Growth Factor Reviews. Volume 53, June 2020, Pages 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2020.05.010>. Acesso em: 22 jun. 2020.
24. Dennis B. Pope Francis: “Never been such a clear need for science” to protect the planet. The Washington Post, Nov 29, 2016. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/energy-environment/wp/2016/11/29/pope-francis-urges-world-leaders-not-to-delay-climate-change-efforts/>. Acesso em: 10 maio 2023.
25. Brasil. IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019. 28/08/2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>. Acesso em: 20 nov. 2020.
26. Oliveira U *et al.* Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil ao COVID-19. Disponível em: https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/nota_tecnica_modelo_covid19.pdf. Acesso em: 28 set. 2020.
27. Souza AA. A situação da saúde indígena no Brasil. 18/10/2012. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cmads/audiencias-publicas/audiencia-publica-2015/26-11-2015-debate-sobre-a-saude-indigena-no-brasil/apresentacoes-1/antonio-alves-de-souza/view>. Acesso em: 20 set. 2020.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Covid-19 SESAI. Julho de 2023. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_covid/sesai_covid.html. Acesso em: 28 jul. 2023.
29. APIB. Panorama geral da COVID-19. Disponível em: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19/. Acesso em: 03 abri. 2021.
30. Cocolo AC. Há 50 anos cuidando da saúde dos povos indígenas. Revista Entre Teses /UNIFESP, nº 5 - novembro 2015. São Paulo, 2015.
31. Kinner SA, *et al.* Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. The Lancet, vol 5, april, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(20\)30058-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(20)30058-X.pdf). Acesso em: 09 abr. 2023.
32. Burki T. Prisons are “in no way equipped” to deal with COVID-19. The Lancet, Vol. 395, 2020. Disponível em [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30984-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30984-3.pdf). Acesso em: 09 abr. 2023.
33. Gois SM, Santos Júnior HP, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciênc. saúde coletiva vol.17, no. 5. Rio de Janeiro, May. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500017. Acesso em: 17 maio 2022.
34. Brasil. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.
35. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Banco nacional de monitoramento das prisões. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://portalbnmp.cnj.jus.br/#/estatisticas>. Acesso em: 28 jul. 2023.
36. Brasil. COVID-19. Painel de Monitoramento dos Sistemas Prisionais. Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional, 2020. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/covid-19-painel-de-monitoramento-dos-sistemas-prisionais>. Acesso em: 29 jul. 2023.
37. Nowotny K, Bailey Z, Omori M, Brinkley-Rubinstein L. COVID-19 Exposes Need for Progressive Criminal Justice Reform. American Journal of Public Health (AJPH), 2020.

Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2020.305707>. Acesso em: 09 abr. 2022.

38. Simpson PL, Butler TG. Safe release of prisoners could reduce community transmission. *The BMJ*, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1551>. Acesso em: 09 maio 2022.

39. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n. 62, de 17 de março de 2020. Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – Covid-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2020a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/03/62-Recomenda%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

40. Brasil. Projeto de Lei n. 1331, de 31 de março de 2020. Veda as concessões de liberdade provisória ou de prisão domiciliar aos presos ou aos internados recolhidos aos estabelecimentos penais ou socioeducativos, motivadas pela pandemia do coronavírus (COVID-19) no Brasil. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2242529>. Acesso em: 29 abr. 2020.

41. STF. ADI 6586 / DF - DISTRITO FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade. Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI. Julgamento: 17/12/2020. Publicação: 07/04/2021. Disponível em <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur443506/false>. Acesso em: 10 out. 2021.

42. Brasil. Lei n. 1561, de 31 de outubro de 1904. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html>. Acesso em: 20 jan. 2023.

43. Carvalho JM. Os bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Cia das Letras, 1987.

44. Sevcenco N. A revolta da vacina. Cosac Naify: São Paulo, 2010.

45. Rio de Janeiro. Código de Posturas. Disponível em: https://digital.bbm.usp.br/bitstream/bbm/3880/1/005916_COMPLETO.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

46. Brasil. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16259.htm. Acesso em: 20 dez. 2022.

47. Brasil. Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 597, de 08 de abril de 2004. Disponível em: <https://sbim.org.br/legislacao/33-portaria-n-597-gm-8-de-abril-de-2004>. Acesso em 20 dez. 2022.
49. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 20 dez. 2022.
50. Brasil. Lei n. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.
51. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>.
52. Frugoli AG *et al.* Vaccine fake news: an analysis under the World Health Organization's 3Cs model. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03736. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020028303736>
53. Harrison EA, Wu JW. Vaccine confidence in the time of COVID-19. *Eur J Epidemiol* 35, 325–330 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00634-3>
54. Hochman G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência. Saúde coletiva* [on-line]. 2011, vol.16, n.2, p. 382.
55. Monteiro D. Conheça 6 “fake news” sobre as vacinas contra a COVID-19. Informe Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51261>. Acesso em: 25 jan. 2023.
56. Eggesrtson L. Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines. *CMAJ* 2010 Mar 9;182(4):E199-200. doi: 10.1503/cmaj.109-3179. Epub 2010 Feb 8.

57. Albert MR, Ostheimer KG, Breman JG. The Last Smallpox Epidemic in Boston and the Vaccination Controversy, 1901–1903. February 1, 2001. *N Engl J Med* 2001; 344:375-379 DOI: 10.1056/NEJM200102013440511.
58. Convenção Europeia dos Direitos do Homem. 1950. França. Disponível em: https://echr.coe.int/documents/convention_por.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.
59. Argentina. Lei n. 27.491, de 12 de dezembro de 2018. Salud publica – control de enfermedades prevenibles por vacunacion. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27491-318455>. Acesso em: 25 jan. 2023.
60. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília (DF), 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 jun. 2022.
61. ONU. Carta das Nações Unidas. 1945. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2022-05/Carta-ONU.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.
62. Mendes GF. Curso de direito constitucional. 2. ed.. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.
63. Brasil. Decreto n. 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm. Acesso em: 25 jan. 2023.
64. União Europeia. Convenção para proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. Oviedo (Astúrias), 4 de Abril de 1997. Disponível em: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_prot_ecao_dh_biomedicina.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.
65. Brasil. Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992. Atos internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm). Acesso em: 25 jan. 2023.
66. STF. HC 71.3273-4/RS, Relator para o Acórdão Min. Marco Aurélio. 2004. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=73066>. Acesso em: 25 jan. 2023.

67. STF. ADPF 395. 2016. Relator Min. Gilmar Mendes. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4962368>. Acesso em: 25 jan. 2023.
68. STF. ADPF 444. 2017. Relator Min. Gilmar Mendes. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5149497>. Acesso em 25 jan. 2023.
69. Silva JA. Comentário textual à Constituição. 6. Ed. São Paulo: Malheiros, 2009.
70. Cretella Jr J. Tratado de direito administrativo. Vol. V Rio de Janeiro: Forense, 1968.
71. Sarlet IW, Marinoni LG, Mitidiero D. Curso de direito constitucional. 9. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.
72. Mello CAB. Curso de direito administrativo. São Paulo: Malheiros. 17. ed. 2004.
73. Ball LK, Evans G, Bostrom A. Risky Business: Challenges in Vaccine Risk Communication. *Pediatrics* 101, n. 3, 1998, p. 453.
74. Barbieri CLA, Couto MT, Aith FMA. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 33 (2) • 2017 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173315>.
75. OPAS. Imunização. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/imunizacao>. Acesso em: 26 jan. 2023.
76. Butantan. O mundo antes e depois das vacinas: a história comprova que o caminho para a erradicação de doenças é a imunização. Portal do Butantan. 14/03/2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/o-mundo-antes-e-depois-das-vacinas-a-historia-comprova-que-o-caminho-para-a-erradicacao-de-doencas-e-a-imunizacao>. Acesso em: 26 jan. 2023.
77. Dallari SG. O Direito à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 22, 1988
78. Salmon DA *et al.* Compulsory vaccination and conscientious or philosophical exemptions: past, present, and future. *Lancet*. 2006 Feb 4;367(9508):436-42. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68144-0.
79. Tavares AR. Teoria da justiça constitucional. São Paulo: Saraiva, 2005.
80. Silva JA. Curso de direito constitucional positivo. 30 ed. São Paulo: Malheiros, 2008.
81. STF. Recurso Extraordinário Nº 197.917-SP. Rel. Min. Maurício Corrêa. DJE07/05/2004.
82. STF. Mandado de Segurança Nº 31.816-DF. Rel. Min. Luiz Fux. DJE 19/12/2012.
83. STF. ADPF Nº 132-RJ. Rel. Min. Ayres Brito. DJE 14/10/2011

84. Hâberle P. El Estado constitucional. Buenos Aires: Editorial Astrea, 2007, p 330-333.
85. US Supreme Court. Rescue Army v. Municipal Court of Los Angeles, 331 U.S. 549 (1974). Justia. Disponível em: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/331/549/>. Acesso em: 20 jan. 2023.
86. Barroso LR. Efetividade a judicialização excessiva: direito a saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <http://download.rj.gov.br/documentos/10112/168750/DLFE-9287.pdf/rev630402Dr.LuisRobertoBarroso.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2022.
87. STF. ADPF N° 45-DF. Rel. Min. Celso de Mello. Publicação 04/05/2004.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Aspectos jurídicos, sociais e da saúde gerados pela pandemia da COVID-19.

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-PPGCS/ UNIMONTES

Patrocinador: Não se aplica

Coordenadores: Hercílio Martelli Júnior, Daniella Reis Barbosa Martelli, Wilson Medeiros Pereira.

Endereço: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-PPGCS. Av. Cula Mangabeira, nº 562 - Santo Expedito, Montes Claros/MG. Telefone: (38) 32248372

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivos:

- Avaliar os impactos na saúde gerados pela pandemia da Covid-19 e as implicações jurídicas e sociais.
- Descrever o entendimento dos juízes federais do Brasil sobre os desdobramentos da vacina contra a Covid-19.

2-Metodologia/procedimentos: Serão encaminhados aos juízes federais do Brasil um questionário abordando aspectos ligados à imunização contra Covid-19: a compulsoriedade da vacina, a aplicação de medidas coercitivas indiretas, a liberdade de se opor à campanha de vacinação, a privacidade de quem foi imunizado, a identificação de grupos prioritários e a possibilidade de comercialização pela rede privada.

- Os questionários serão aplicados pela plataforma SurveyMonkey e encaminhados para o “email” pessoal de cada magistrado pelos pesquisadores.
- O convite a cada magistrado será individual, com um remetente para apenas um destinatário, sendo que este não terá conhecimento dos outros participantes na pesquisa.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Estadual de Montes Claros podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para

esta pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores. Ressalta-se que todas as informações obtidas serão sigilosas e sua divulgação ocorrerá somente, em eventos de cunho científico, não havendo identificação do participante, sendo assim, assegurada a privacidade com relação à sua participação.

- O magistrado é livre para decidir participar ou não da pesquisa. Caso opte por não participar, ou resolver a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano ou punição e nada será cobrado por sua participação, bem como não há necessidade de explicação ou justificativa para tanto.

- Se decidir participar, basta marcar a opção “Sim, concordo e aceito responder a pesquisa” e o seu consentimento será registrado. No final da pesquisa, o (a) entrevistado (a) receberá uma cópia de todas as suas respostas por “e-mail”, inclusive esse registro de consentimento. É importante guardar uma cópia do documento em seus arquivos. Ressaltamos também que caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o (a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

- O participante na pesquisa poderá acessar ao teor do conteúdo do instrumento/questionário antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada.

- Concluída a coleta de dados, será feito um *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local e serão apagados todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou em “nuvem”.

3-Justificativa: Tendo em vista que as discussões ligadas à imunização contra Covid-19, em grande parte, acabam sendo levadas ao Poder Judiciário, torna-se relevante conhecer e refletir criticamente o que pensa a magistratura brasileira.

4-Benefícios: Possibilidade de mapear o pensamento da magistratura brasileira a respeito da imunização contra Covid-19, podendo, inclusive, o Poder Público se antecipar em alguns procedimentos.

5-Desconfortos e riscos: Ao responder o questionário você poderá sentir-se desconfortável e/ou constrangido com as perguntas, pois existirão perguntas de opinião pessoal. Entretanto, seu anonimato será preservado. Teremos conhecimento apenas dos dados que forem respondidos. Além disso, algum incômodo ou cansaço visual também poderá ocorrer durante o momento de seu preenchimento, para minimizar esse desconforto o questionário será feito de forma a ser objetivo, claro e com uma fonte legível para garantir o conforto ocular do participante e também para não prolongar o tempo de exposição à luz artificial e também o tempo gasto para responder a pesquisa.

6-Danos: Não há danos previstos, no entanto, se houver algum dano que possa afetar você, os pesquisadores se comprometem estarem atentos para qualquer eventual desconforto ou dano e buscarão resolver ou interromper a pesquisa imediatamente.

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8-Confidencialidade das informações: Não serão divulgados seus nomes em nenhuma fase da pesquisa, o que garante o seu anonimato, além disso, a divulgação dos resultados será feita de maneira a não identificar os participantes. Uma cópia deste termo de consentimento será

arquivada pelos pesquisadores e outra será fornecida a você. Considerando que o questionário será aplicado por meio de um software seguro, preservar-se-á a confidencialidade, sendo muito remota a possibilidade de violação.

9-Compensação/indenização: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira. Mas se em algum momento houver dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização. **Os custos** diretos e indiretos da pesquisa serão arcados exclusivamente pelos pesquisadores.

10-Outra informação pertinente: Não se aplica.

11-Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data

ENDEREÇO DOS PESQUISADORES:

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-PPGCS. Av. Cula Mangabeira, nº 562 - Santo Expedito, Montes Claros/MG. Telefone: (38) 3224-8372

APÊNDICE B - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Impactos na saúde gerados pela pandemia de Covid-19 e os desdobramentos jurídicos e sociais			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 1436			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: WILSON MEDEIROS PEREIRA			
6. CPF: 004.368.426-29	7. Endereço (Rua, n.º): MARIA DAS DORES BARRETO, 50 IBITURUNA casa 35 MONTES CLAROS MINAS GERAIS 39401330		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 38999404004	10. Outro Telefone:	11. Email: wmpmoc@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>23</u> / <u>07</u> / 2021		WILSON MEDEIROS PEREIRA:004368426 <small>Assinado de forma digital por WILSON MEDEIROS PEREIRA:004368426 Dados: 2021.07.23 13:29:22 -03'00'</small>	
Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde	
15. Telefone: (38) 3224-8372	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Prof. Dra. Cláudia Diniz A. Corsato</u>	CPF: <u>55469543672</u>		
Cargo/Função: <u>Pr-Reita de Pesquisa</u>	 Prof. Dra. Cláudia Diniz A. Corsato Pró-Reitora de Pesquisa Masp 1046005-3 Unimontes		
Data: <u>29</u> / <u>06</u> / 2022		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PESQUISA COM OS MAGISTRADOS SOBRE VACINAÇÃO (COVID-19)

Aspectos jurídicos, sociais e da saúde gerados pela pandemia da COVID-19

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Aspectos jurídicos, sociais e da saúde gerados pela pandemia da COVID-19. Os objetivos da pesquisa consistem em avaliar os impactos jurídicos e na saúde gerados pela pandemia da Covid-19, bem como descrever o entendimento dos juízes federais do Brasil a respeito dos desdobramentos da vacina contra a Covid-19. Os questionários serão aplicados pela plataforma *SurveyMonkey*.

O participante na pesquisa poderá acessar ao teor do conteúdo do instrumento/questionário antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Concluída a coleta de dados, será feito um download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local e serão apagados todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou em “nuvem”.

Ao responder o questionário você poderá sentir-se desconfortável e/ou constrangido com as perguntas, pois existirão perguntas de opinião pessoal. Entretanto, seu anonimato será preservado. Teremos conhecimento apenas dos dados que forem respondidos. Além disso, algum incômodo ou cansaço visual também poderá ocorrer durante o momento de seu preenchimento, para minimizar esse desconforto o questionário foi feito de forma a ser objetivo, claro e com uma fonte legível para garantir o conforto ocular do participante e também para não prolongar o tempo de exposição à luz artificial e também o tempo gasto para responder a pesquisa.

Esclarecemos também, que os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Estadual de Montes Claros podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores. Ressalta-se que todas as informações obtidas serão sigilosas e sua divulgação ocorrerá somente, em eventos de cunho científico, não havendo identificação do participante, sendo assim, assegurada a privacidade com relação à sua participação. Você é livre para decidir participar ou não da pesquisa. Caso opte por não participar, ou resolver a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano ou punição e nada será cobrado por sua participação. Se decidir participar, basta marcar a opção “Sim, concordo e aceito responder a pesquisa” e o seu consentimento será registrado. No final da pesquisa, sugerimos que o (a) senhor(a) faça uma cópia de todas as suas respostas, inclusive esse registro de consentimento. É importante guardar uma cópia do documento em seus arquivos. Ressaltamos também que caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o (a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Parecer nº. 5.032.572, estando sob a responsabilidade dos

pesquisadores Hercílio Martelli Júnior, Daniella Reis Barbosa Martelli e Wilson Medeiros Pereira (e-mail: wmpmoc@gmail.com ou wilson.medeiros@trf1.jus.br; telefone (38) 99940-4004). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (38) 3229-8182.

1- Você é membro da magistratura brasileira e aceita responder esse questionário concordando com os termos de participação desta pesquisa?

- a) Sim, concordo e aceito participar da pesquisa
- b) Não

2- Qual o seu sexo?

- a) Feminino
- b) Masculino
- c) Prefiro não informar

3- Você está lotado em qual Unidade da Federação? (listar todos os Estados)

4- Qual o seu grau de formação:

- a) Graduação
- b) Especialização
- c) Mestrado
- d) Doutorado
- e) Pós doutorado

5- Você está na magistratura há quanto tempo:

- a) Menos de 5 anos
- b) Entre 5 a 10 anos
- c) Mais de 10 anos
- d) Entre 10 e 20 anos
- e) Mais de 20 anos

6) Você concorda com a compulsoriedade da vacina contra a Covid-19?

- a) Sim, conforme decidido pelo STF na ADI 6586/DF (obrigatória, mas não com coação física)
- b) Sim, podendo inclusive ter a vacinação forçada
- c) Não, deve-se respeitar a liberdade individual

7) E em relação à vacinação de crianças e adolescentes, qual o seu pensamento?

- a) Deve respeitar a decisão dos pais /responsáveis
- b) A vacinação deve ser obrigatória, ainda que contra a vontade dos pais

8) Sobre as medidas/sanções indiretas decorrentes da não vacinação, você entende que:

- a) Somente podem ser estabelecidas pela União
- b) Podem ser estabelecidas também pelos Estados, Distrito Federal e Municípios

9) Com relação à campanha anti-vacina:

- a) Concordo, pois configura liberdade de expressão
- b) Concordo, mas não pode ser patrocinada pelos órgãos públicos
- c) Deve ser proibida, pois atenta contra o interesse coletivo

10) Você confia nas vacinas contra a Covid-19?

- a) Sim, como em qualquer outro imunizante
- b) Não, pois não há evidências científicas da eficácia
- c) Não, por outras razões

11) Você concorda com a divulgação dos nomes das pessoas vacinadas para fins de controle?

- a) Sim
- b) Não

12) É legítima a separação de doses para grupos específicos (tais como altas autoridades públicas), mesmo que não se enquadram como prioritários?

- a) Sim
- b) Não

13) Qual deve ser a sanção para a pessoa que vacina sem observância da ordem estabelecida pelas autoridades sanitárias:

- a) De natureza econômica
- b) Caso seja vacina com dose múltipla, proibição de tomar a próxima dose
- c) Nenhuma sanção, pois se trata de mero ilícito administrativo

14) Na hipótese de pessoa que vacina sem observância da ordem estabelecida pelas autoridades sanitárias, quem deveria ser punido:

- a) O cidadão que tomou a vacina
- b) A autoridade/agente que autorizou
- c) Ambos

15) Na sua concepção, o que mais dificulta a vacinação contra Covid-19:

- a) A desinformação - campanhas anti-vacinas geralmente por *fake news*
- b) A desconfiança da população sobre a origem da doença
- c) A desconfiança da população sobre os laboratórios
- d) O posicionamento de autoridades públicas colocando em dúvida a eficácia da vacina

16) Em relação à aquisição de vacina por particulares, independentemente do cronograma público de vacinação:

- a) Sou favorável
- b) Sou contrário, pois deve obedecer a ordem estabelecida pelas autoridades sanitárias.

17) Em relação às atribuições da ANVISA na análise dos imunizantes, você considera:

- a) A entidade pode sofrer interferência política para agilizar a análise dos pedidos de registros de imunizantes.
- b) Deve ser respeitado o trâmite legal e administrativo da Entidade.
- c) Em casos de demora excessiva, justifica-se a aprovação do imunizante por decurso de prazo.

18) Quanto à atuação do Poder Judiciário no contexto da vacinação contra Covid-19:

- a) Deve exercer a autocontenção, priorizando as decisões administrativas

- b) Pode interferir em situações excepcionais.
- c) Sempre poderá interferir

19- Em relação à adoção do “Passaporte sanitário” no Brasil:

- a) Sou favorável, desde que implantado por legislação federal
- b) Sou favorável, podendo cada ente federativo implantar suas exigências
- c) Sou contrário

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impactos na saúde gerados pela pandemia de Covid-19 e os desdobramentos jurídicos e sociais

Pesquisador: WILSON MEDEIROS PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50239321.3.0000.5146

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.032.572

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como tema central os impactos na saúde gerados pela pandemia de Covid-19. Propõe-se os seguintes eixos de estudo: "analisar o reflexo da pandemia no tratamento de câncer e pescoço no Brasil; analisar a necessidade de estabelecimento da teleperícia no Brasil; abordar a necessidade do estabelecimento de espírito de solidariedade, ajuda ao próximo, quer individual, quer coletivo, na criação um lar comum; discorrer sobre os efeitos da pandemia em relação aos povos indígenas"; compreender "os desdobramentos da vacina contra Covid-19". Segundo os proponentes, trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, descritivo, exploratório e analítico" e "será estudado o entendimento dos juízes federais do Brasil a respeito dos imunizantes contra Covid-19". Segundo os pesquisadores, "Será encaminhado um questionário "on-line" aos juízes federais do Brasil abordando aspectos ligados à imunização contra Covid-19: a compulsoriedade da vacina, a aplicação de medidas coercitivas indiretas, a liberdade de se opor à campanha de vacinação, a privacidade de quem foi imunizado, a identificação de grupos prioritários e a possibilidade de comercialização pela rede privada. Os questionários serão aplicados pela plataforma SurveyMonkey e encaminhados para o "e-mail" pessoal de cada magistrado pelos pesquisadores".

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n- Prédio 05, 2º andar. Campus Univers Prof Darcy Ribeiro

Bairro: Vila Mauricéia

CEP: 39.401-089

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180

Fax: (38)3229-8103

E-mail: smelocosta@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.032.572

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, a pesquisa tem como objetivo primário "avaliar os impactos na saúde gerados pela pandemia da Covid-19 e os desdobramentos jurídicos e sociais". E como objetivos secundários: "avaliar o impacto da pandemia da Covid-19 no tratamento do câncer de cabeça e pescoço no Brasil; avaliar a possibilidade de adoção do teleperícia no Brasil como alternativa às restrições geradas pela pandemia da Covid-19; descrever os reflexos sociais da pandemia da Covid-19 na perspectiva da solidariedade; avaliar os impactos da pandemia da Covid-19 sobre os povos indígenas brasileiros; descrever o entendimento dos juízes federais do Brasil sobre os desdobramentos da vacina contra a Covid-19".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os pesquisadores, o projeto envolve os seguintes riscos e benefícios: "Ao responder o questionário o entrevistado poderá sentir-se desconfortável e/ou constrangido com as perguntas, pois existirão perguntas de opinião pessoal. Entretanto, o anonimato será preservado. Além disso, algum incômodo ou cansaço visual também poderá ocorrer durante o momento de seu preenchimento, para minimizar esse desconforto o questionário será feito de forma a ser objetivo, claro e com uma fonte legível para garantir o conforto ocular do participante e também para não prolongar o tempo de exposição à luz artificial e também o tempo gasto para responder a pesquisa. Contribuirá para a pesquisa científica".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa poderá ser importante para uma compreensão sobre os impactos sociais e jurídicos e sanitária resultante da pandemia de Covid-19.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de caráter obrigatórios foram apresentados e estão adequados: folha de rosto, TCLE, projeto detalhado, carta resposta as pendências, Instrumento de Coleta de Dados e Termo de Assentimento.

Recomendações:

- 1- Apresentar relatório final da pesquisa, até 30 dias após o término da mesma, por meio da Plataforma Brasil, em "enviar notificação".
- 2 - O CEP da Unimontes deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes.
- 3- Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP da Unimontes deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
- 4 - O TCLE impresso deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n- Prédio 05, 2º andar. Campus Univers Prof Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 5.032.572

o participante da pesquisa.

5-O registro do TCLE pelo participante da pesquisa deverá ser arquivado por cinco anos, conforme orientação da CONEP na Resolução 466/12: "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa".

6.A folha de rosto deverá ser novamente anexada como notificação ao projeto aprovado, com as devidas assinaturas, após pandemia pelo Covid-19.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações no projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1795792.pdf	24/09/2021 01:12:23		Aceito
Outros	Cartarespostapendencias.pdf	24/09/2021 01:07:32	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito
Outros	InstrumentoColetaDados.pdf	24/09/2021 01:05:59	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAssentimento.pdf	24/09/2021 01:04:56	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/09/2021 01:03:37	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa1.pdf	24/09/2021 01:02:07	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado	ProjetoPesquisa.doc	27/07/2021	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito

Endereço: Av.Dr Rui Braga s/n- Prédio 05, 2º andar. Campus Univers Prof Darcy Ribeiro

Bairro: Vila Mauricéia

CEP: 39.401-089

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180

Fax: (38)3229-8103

E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 5.032.572

/ Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.doc	15:36:02	PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAssentimento.odt	27/07/2021 15:23:35	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.odt	27/07/2021 15:21:54	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	23/07/2021 13:30:19	WILSON MEDEIROS PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 11 de Outubro de 2021

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n- Prédio 05, 2º andar. Campus Univers Prof Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com