

Regulamento Sanitário Internacional e mobilidade humana internacional: uma análise do caso brasileiro durante a pandemia da Covid-19

International Health Regulations and international human mobility: An analysis of the Brazilian case during the Covid-19 pandemic

Daniel Damásio Borges¹

Maria Eduarda Rodrigues²

Flávia Oliveira Ribeiro³

-
- 1 Professor Associado de Direito Internacional Público da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UNESP, sendo vinculado aos programas de Graduação em Direito e Relações Internacionais; e de Pós-Graduação em Direito desta instituição. Possui Graduação e Mestrado em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Doutor em direito pela Universidade Paris I (Panthéon-Sorbonne) e livre-docência em direito internacional público pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.
 - 2 Mestranda, com bolsa CAPES e UNIVESP, e Bacharel em Direito pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Campus Franca/SP. Pós-graduanda Lato Sensu em Ciências Criminais pela Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. É membro do Grupo de Pesquisa “Direitos Humanos e Vulnerabilidades” da Universidade Católica de Santos.
 - 3 Mestre, com bolsa CAPES, e Bacharel em Direito pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Campus Franca/SP. É membro do Grupo de Pesquisa “Direitos Humanos e Vulnerabilidades” da Universidade Católica de Santos.

RESUMO: Durante a pandemia da Covid-19, os Estados empregaram medidas sanitárias restritivas que afetaram direitos, tais quais a liberdade de circulação, atingindo a mobilidade humana internacional, com práticas como o fechamento de fronteiras. Tal tendência de retratar as emergências sanitárias mais como agenda de segurança nacional do que de saúde pública, em um processo de securitização da saúde, contrapõe-se a ideia de *Segurança Sanitária Global*, promovida pela OMS, em seu principal expoente, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), cuja orientação geral é firmemente contra a imposição de restrições de fronteira, e assim se manteve durante a pandemia da Covid-19. Diante disso, o objetivo do presente estudo é analisar as medidas impostas pelo governo brasileiro à mobilidade internacional durante essa emergência sanitária. Para tanto, no campo metodológico foi utilizado o método de abordagem dedutivo e a técnica de pesquisa bibliográfica. As análises partem de uma revisão da literatura sobre o tema e os contextos de produção científica. A partir dessa análise foi possível concluir que as medidas restritivas brasileiras à mobilidade humana internacional ocorreram de forma descoordenada, sem que fosse elaborado um protocolo de segurança sanitária para as diferentes modalidades de fronteiras brasileiras, o que possibilitou o emprego de práticas discriminatórias, em desconformidade com o RSI e a proteção dos direitos humanos.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Emergência sanitária. Regulamento Sanitário Internacional. Mobilidade Humana Internacional. Covid-19.

ABSTRACT: During the Covid-19 pandemic, states employed restrictive health measures that affected rights, such as freedom of movement, impacting international human mobility, with practices such

as closing borders. Such tendency to portray health emergencies as a national security agenda rather than a public health agenda, in a process of health securitization, opposes the idea of Global Health Security, promoted by WHO, in its main body, the International Health Regulations (IHR), whose general orientation is firmly against the imposition of border restrictions, and remained so during the Covid-19 pandemic. The objective of the present study is to analyze the measures imposed by the Brazilian government on international mobility during this health emergency. Therefore, in the methodological field, we employed the deductive approach method and the bibliographic research technique. The analyses begin with a review of the literature on the subject and the contexts of scientific production. From this analysis it was possible to conclude that the Brazilian restrictive measures to international human mobility occurred in an uncoordinated way, without the elaboration of a health security protocol for the different types of Brazilian borders, which enabled the use of discriminatory practices, in disagreement with the IHR and the protection of human rights.

Keywords: Human rights. Sanitary emergency. International Health Regulations. International Human Mobility. Covid-19.

1. Introdução

O Sistema Internacional de Direitos Humanos prevê situações excepcionais que possibilitam restrições temporárias aos direitos humanos. Restrições estas que variam de acordo com sua abrangência, constituindo *limitações* quando há redução do rol de proteção, ou *derrogações* quando há suspensão temporária do gozo de direitos, excetuados os considerados invioláveis.

Dentre as situações excepcionais que autorizam incursões aos direitos humanos estão as ameaças à saúde pública. Não obstante seja autorizada a tomada de medidas restritivas de direitos, de modo fundamentado e proporcional, em nome da saúde pública, todas as condições e garantias da legislação internacional de direitos humanos continuam sendo asseguradas.

Nesse sentido, em resposta a uma ameaça crescente de doenças infecciosas no mundo globalizado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou uma versão revigorada do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 2005, com ênfase na compatibilidade das medidas de controle de doenças com os direitos humanos.

Esta globalização dos esforços para o controle de doenças infecciosas levou a um afastamento das abordagens centradas na busca de autoproteção dos Estados em direção a uma nova forma de *governança global da saúde*. Paralelamente a esse discurso, protagonizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), ocorreu um processo de securitização da saúde por parte dos Estados, que passaram a ver os patógenos não apenas como problemas de saúde pública, mas também como ameaças à segurança nacional, e conseqüentemente, às suas fronteiras.

Acompanhando temas como tecnologia da informação e migrações, as doenças ganharam destaque no campo da segurança. Adverte-se para a tendência de retratar as emergências sanitárias mais como agenda de segurança nacional do que de saúde pública. Trata-se de um processo de securitização da saúde, ou seja, o tema é construído socialmente como uma questão de segurança.

No cenário de globalização, observa-se que os patógenos se propagam com maior rapidez, dado o grande fluxo de pessoas em trânsito, tornando quase impraticável o isolamento da circulação global de doenças. Por um lado,

a securitização da saúde pública dominou o cenário global. Em contrapartida, a OMS promove ativamente a ideia de *Segurança Sanitária Global*, cujo principal expoente é o RSI, fomentando o discurso da imprescindibilidade de cooperação internacional para a segurança em saúde pública.

O antagonismo entre esses dois discursos repercutiu nas medidas restritivas à mobilidade humana adotadas durante a pandemia da Covid-19. De um lado, a OMS impulsionava por uma maior cooperação global, pela qual a segurança sanitária alcançaria melhores resultados se buscada coletivamente; de outro, países optavam por medidas de foco nacionalista de securitização da saúde, cujo principal expoente foi o fechamento de suas fronteiras.

Em meio a esse contexto, a pandemia da Covid-19 revelou uma reincorporação de respostas nacionalistas por parte de vários Estados, dentre eles o Brasil, que agiu em desconformidade com o RSI, ao adotar medidas sanitárias restritivas que afetaram direitos, dentre eles a liberdade de circulação, atingindo a mobilidade humana internacional, com práticas como o fechamento de fronteiras, ocasionando graves incursões aos direitos humanos.

Diante disso, o objetivo do presente estudo é analisar as restrições impostas pelo governo brasileiro à mobilidade internacional durante a pandemia da Covid-19, em meio ao embate entre a *Segurança Sanitária Global*, fomentada pelo RSI da ONU, e a securitização da saúde, promovida individualmente pelos Estados.

Para tanto, no campo metodológico foi utilizado o método de abordagem dedutivo e a técnica de pesquisa bibliográfica. As análises partem de uma revisão da literatura sobre o tema e os contextos de produção científica. Além disso, foram examinadas as normativas de saúde global, com foco especial no Regulamento Sanitário Internacional, e exploradas as legislações e normativas nacionais e inter-

nacionais de direitos humanos, investigando as limitações e derrogações de direitos humanos, bem como as medidas de proteção destinadas às pessoas migrantes. Adicionalmente, a análise baseou-se em pesquisa de documentos oficiais do governo brasileiro, nomeadamente as portarias que tratam do fechamento de fronteiras durante a pandemia da Covid-19. Isso permitiu compreender como essas fontes e documentos moldaram as ações e políticas governamentais em relação à mobilidade internacional durante esse período.

Em um primeiro momento, analisamos o regime de *limitações e derrogações* de direitos humanos previsto no Direito Internacional, sobretudo em virtude de emergências sanitárias. Posteriormente partimos para a análise de como o RSI aborda a questão da mobilidade internacional, sobretudo no que diz respeito ao fechamento de fronteiras. Para, finalmente, abordarmos as restrições impostas pelo governo brasileiro à mobilidade internacional durante a pandemia do novo coronavírus.

2. Limitações e derrogações de direitos humanos em emergências sanitárias

No âmbito do regime internacional de direitos humanos⁴, estão previstas situações desestabilizadoras que ameaçam a proteção destes direitos. Nestas circunstâncias excepcionais, os direitos podem ser restritos temporariamente⁵. Esta delimitação está reunida no documento não vinculativo chamado *Princípios de Siracusa sobre as Disposições de Limitação e Derrogação do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos*⁶, elaborado na Itália em 1984.

4 Sobre a importância dos tratados internacionais em matéria de saúde “para aclarar o alcance e o sentido dos direitos sociais”, Cf. BORGES, 2019, p. 29.

5 MACHADO, 2017. p. 111.

6 HUMAN RIGHTS LIBRARY, 1985.

Destaca-se que o próprio Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (PIDCP) (1966) prevê a possibilidade de restrição excepcional a direitos por ele estabelecidos:

Artigo 4

1. *Quando situações excepcionais ameacem a existência da nação e sejam proclamadas oficialmente, os Estados Partes do presente Pacto podem adotar, na estrita medida exigida pela situação, medidas que suspendam as obrigações decorrentes do presente Pacto, desde que tais medidas não sejam incompatíveis com as demais obrigações que lhes sejam impostas pelo Direito Internacional e não acarretem discriminação alguma apenas por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião ou origem social.* (grifo nosso)⁷.

De modo que este artigo do PIDCP serviu de fundamento para a criação de exceções legais reunidas no documento de *soft law* chamado de modo abreviado de Princípios de Siracusa. Isto é, dispõem – a título de diretriz compromissória, mas sem obrigatoriedade jurídica – sobre as hipóteses em que é permitida a incursão nos direitos humanos.

Contudo, o PIDCP elenca direitos que não podem, sob nenhuma hipótese, serem suspensos⁸, entre eles estão o direito à vida, à liberdade de pensamento, de consciência e de religião, a proibição à tortura, servidão ou escravidão. Assim, apenas algumas circunstâncias excepcionais permitem, nos termos dos Princípios de Siracusa, a restrição de direitos humanos. Nesse contexto, estes princípios propuseram dois modelos que permitem incursões aos direitos humanos: um de limitações e outro de derrogações.

A diferença elementar entre eles está na abrangência das restrições aos direitos. De um lado, o *modelo de limitações* reduz o rol de proteção⁹, isto é, as restrições estabelecem limites ao direito protegido, não podendo servirem como

7 BRASIL, 1992.

8 Artigo 4 [...] 2. “A disposição precedente não autoriza qualquer suspensão dos artigos 6, 7, 8 (parágrafos 1 e 2) 11, 15, 16, e 18.” (BRASIL, 1992).

9 ZIDAR, 2015, p. 507.

desculpa para minar o próprio direito ou destruí-lo completamente¹⁰.

Os requisitos gerais para limitação¹¹ são: (1) ter como fundamento uma das razões presentes nos Princípios de Siracusa; (2) responder a uma necessidade pública ou social urgente; (3) perseguir um objetivo legítimo; e (4) ser proporcional a esse objetivo¹².

Os Princípios de Siracusa estabelecem diretrizes interpretativas para cláusulas específicas de limitação existentes em tratados que versam sobre direitos humanos. Ou seja, como devem ser concebidas, em normas limitadoras de direitos, expressões¹³ como: em uma sociedade democrática; ordem pública; saúde pública; moral pública; segurança nacional^{14 15}.

10 ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE, 2022.

11 Parágrafo 10 dos Princípios de Siracusa.

12 HUMAN RIGHTS LIBRARY, 1985.

13 Item I (Cláusulas de limitação), letra B (Princípios interpretativos relacionados a cláusulas de limitação específicas) dos Princípios de Siracusa.

14 HUMAN RIGHTS LIBRARY, 1985.

15 A título de exemplo, na Opinião Consultiva nº 5/1985 da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CorteIDH), foram reconhecidas a existência de limitações a direitos, de modo harmonizável aos direitos humanos (CORTEIDH, 1985, p. 20). No caso, foi declarada a incompatibilidade entre a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH) e a lei da Costa Rica questionada, cujo objeto era restringir o exercício da profissão de jornalista ao exigir associação para atuação como comentarista ou colunista, de forma permanente ou ocasional, remunerada ou gratuita (CORTEIDH, 1985, p. 02-03. LEGALE; CAUSANILHAS, 2018). Segundo a CorteIDH, o jornalismo é diretamente protegido pela CADH em prol da liberdade de expressão (CORTEIDH, 1985, p. 21). Por isso, diferentemente de outras profissões que são regulamentadas e possuem entidades de classe que exigem associação, exigí-la do jornalista seria uma censura prévia. Em sua fundamentação, a CorteIDH expôs que o artigo 13.2 da CADH prevê as hipóteses de limitação do direito à liberdade de expressão e de pensamento: “a) o respeito aos direitos ou à reputação

Para a presente análise, destaca-se que um dos objetos do *modelo de limitações* é a saúde pública¹⁶, autorizando a adoção de medidas contra ameaças graves à saúde da população, impondo a observância às normas internacionais de saúde da OMS¹⁷. Como o alcance das medidas limitadoras devem ser correspondentes ao motivo da restrição, no caso da saúde, as medidas devem visar especificamente a prevenção de doenças ou lesões ou a prestação de cuidados aos doentes e feridos¹⁸.

Por outro lado, o *modelo de derrogações* suspende temporariamente o gozo de direitos, excetuados aqueles já mencionados, considerados invioláveis¹⁹. Assim, seu alcance de incursão aos direitos é maior, aplicando-se às situações de “perigo excepcional e real ou iminente que ameace a vida da nação”²⁰. Isto é, o Estado pode suspender transitoriamente o exercício de direitos, quando isto for necessário para lidar com uma situação excepcional de emergência²¹.

De modo que uma emergência em saúde pública, dependendo de sua gravidade, pode ser invocada como fundamento para derrogação de direitos²². Já que preencheria os requisitos²³, no caso: (1) afetar toda a população; e (2) ameaçar sua integridade física²⁴.

das demais pessoas; b) ou a proteção da segurança nacional, da ordem pública, ou da saúde ou da moral públicas” (COMISSÃO IDH, 1969). Nestas situações, será admitida, de maneira proporcional, a tutela e o controle da liberdade de expressão pelo Estado (CORTE IDH, 1985, p. 10-12).

16 Parágrafo 25 e 26 dos Princípios de Siracusa.

17 HUMAN RIGHTS LIBRARY, 1985.

18 HUMAN RIGHTS LIBRARY, 1985.

19 ZIDAR, 2015, p. 507.

20 Parágrafo 39 dos Princípios de Siracusa (HUMAN RIGHTS LIBRARY, 1985).

21 ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE, 2022.

22 ZIDAR, 2015, p. 507-508.

23 Parágrafo 39 dos Princípios de Siracusa.

24 HUMAN RIGHTS LIBRARY, 1985.

No contexto da pandemia do novo coronavírus, exigiu-se o emprego de medidas restritivas de direitos que afetaram principalmente o direito à privacidade²⁵, à liberdade²⁶, e à liberdade de circulação²⁷.²⁸ O presente estudo concentra-se neste último: medidas sanitárias que atingiram a mobilidade humana internacional, prevista no PIDCP da seguinte maneira:

Artigo 12

[...]

2. *Toda pessoa terá o direito de sair livremente de qualquer país, inclusive de seu próprio.*

3. *Os direitos supracitados não devem estar sujeitos a quaisquer restrições, exceto aquelas previstas em lei e no intuito de proteger a segurança nacional, a ordem, a saúde ou a moral pública, bem como os direitos e liberdades de terceiros, e que sejam compatíveis com os outros direitos reconhecidos no presente Pacto.*

[...] (grifo e tradução nossa)²⁹.

Assim, no mesmo artigo em que estabelece o direito de movimento, o PIDCP também elenca ressalvas, dentre elas a saúde pública, como fundamento para restrições à circulação de pessoas. Neste caso, limitações ou derrogações podem consistir em isolamento de pessoas doentes para tratamento³⁰; quarentena³¹; impedimento de ingresso daqueles advindos de áreas gravemente afetadas³²; fechamento de fronteiras.

25 Artigo 17, PIDCP (BRASIL, 1992).

26 Artigo 9, PIDCP (BRASIL, 1992).

27 Artigo 12, PIDCP (BRASIL, 1992).

28 ZIDAR, 2015, p. 512.

29 OHCHR, 1966.

30 ZIDAR, 2015, p. 516.

31 ZIDAR, 2015, p. 516.

32 ZIDAR, 2015, p. 514.

De modo que, no contexto de uma emergência sanitária internacional, embora os Estados-partes do PIDCP decidam adotar medidas restritivas de direitos, – seja invocando o modelo de limitação, seja o de derrogação – todas as condições e garantias da legislação internacional de direitos humanos permanecem sendo aplicadas³³.

Já que, apesar das medidas adotadas em nome da saúde pública representarem incursões aos direitos humanos, em um Estado Democrático de Direito, estas restrições somente são permitidas quando feitas nos termos da lei e em defesa do interesse público³⁴. É categórico em democracias que restrições a direitos sejam devidamente fundamentadas e equilibradas³⁵.

Desta maneira, destaca-se a relevância do princípio da proporcionalidade, cuja concepção mais recorrente é composta por três perguntas: esta é a medida adequada para atingir um objetivo legítimo? A medida é necessária para atingir esse objetivo ou estão disponíveis outros meios menos restritivos? A medida impõe um encargo excessivo à pessoa afetada³⁶?

Diante da flexibilidade ponderativa de normas principiológicas, a proporcionalidade se traduz na necessidade de uma argumentação justificadora a respeito do maior ou menor *peso* concedido aos princípios aplicáveis ao caso concreto – como a ponderação entre a saúde pública e a liberdade de locomoção^{37 38}.

33 ZIDAR, 2015, p. 517.

34 AITH; DALLARI, 2009, p. 121.

35 VENTURA; AITH; RACHED, 2021, p. 111.

36 BROWN, 2016, p. 57.

37 MACHADO, 2017. p. 77-78.

38 No âmbito interno brasileiro, estados e municípios adotaram medidas de restrições de locomoção, possibilitados pela ausência de competência exclusiva de qualquer ente da Federação para questões de saúde pública,

Neste sentido, as limitações não podem ser arbitrárias³⁹ e devem ser proporcionais⁴⁰; igualmente, as derrogações devem corresponder à natureza e extensão da “ameaça à vida da nação”⁴¹, prevalecendo o Estado de Direito, pois o “Estado derogatório terá o ônus de justificar suas ações nos termos da lei”^{42, 43}

Qualquer incursão restritiva precisa ter como parâmetro a observância do denominado *conteúdo* ou *núcleo essencial* dos direitos humanos, isto é, aquela essência sem a qual o direito se descaracteriza, perde a eficácia, deixa de produzir quaisquer efeitos. Este conteúdo essencial está intimamente relacionado à “aptidão (eficácia) que esses direitos têm para proteger a dignidade humana e para assegurar os padrões mínimos de justiça social e política”⁴⁴.

Nessa perspectiva, o Comitê de Direitos Humanos da ONU, em abril de 2020, emitiu uma Declaração sobre as derrogações ao PIDCP em relação com a pandemia da Covid-19, apelando que todos os Estados-partes que tivessem tomado medidas de emergência em relação ao coronavírus,

de acordo com o federalismo cooperativo estabelecido na Constituição brasileira (BORGES, 2021, p. 1). Este modelo exige que todos os entes atuem de forma coordenada e cooperativa para alcançar o objetivo de proteção à saúde (BORGES, 2021, p. 1). No entanto, divergências políticas no Brasil impediram essa atuação cooperativa durante a pandemia da Covid-19. Portanto, as normativas estaduais que estabeleceram parâmetros de proteção à saúde mais rigorosos e estavam em conformidade com normas internacionais foram reconhecidas como constitucionalmente válidas, mesmo que entrassem em conflito com normativas federais (BORGES, 2019, p. 90-91).

39 Parágrafo 7, Princípios de Siracusa.

40 Parágrafo 10, d, Princípios de Siracusa.

41 Parágrafo 51, Princípios de Siracusa.

42 Parágrafo 64, Princípios de Siracusa.

43 HUMAN RIGHTS LIBRARY, 1985.

44 MACHADO, 2017. p. 112.

fundamentados no artigo 4 do PIDCP, cumprissem seu dever de notificar tais medidas e suas respectivas justificativas ao Secretário-Geral da ONU⁴⁵.

3. Regulamento sanitário internacional e mobilidade internacional durante emergências sanitárias

Em resposta a uma ameaça crescente de doenças infecciosas no mundo globalizado, e sobretudo após o surto da síndrome respiratória aguda grave (SARS)⁴⁶ em 2003, a OMS adotou uma versão revigorada do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 2005⁴⁷.

Este regulamento se tornou o tratado global de saúde mais importante do século XXI, com a OMS no centro do regime de governança⁴⁸. A globalização dos esforços para o controle de doenças infecciosas levou a um afastamento das abordagens centradas na busca de autoproteção dos Estados⁴⁹ em direção a uma nova forma de *governança global da saúde*^{50, 51}.

45 UN HUMAN RIGHTS COMMITTEE, 2020, p. 01.

46 Identificada pela primeira vez em Hong Kong (embora mais tarde tenha sido revelado que um surto já estava ocorrendo no sul da China há alguns meses), a síndrome respiratória aguda grave (SARS) afetou 26 países, infectando 8.096 e matando 774 pessoas (WHO, 2003b).

47 “Tal regulamento trouxe as regras das medidas a serem tomadas em caso de pandemias, endemias e situações de vulnerabilidade global. O Brasil, assim como a quase totalidade das nações do mundo ratificou e já promulgou o Regulamento da OMS. O RSI, que entrou em vigor em 2007, é o principal instrumento para regulamentar crises como a atual crise do COVID-19 [...]” STIVAL; GOMES DE OLIVEIRA, 2023, p. 377.

48 GOSTIN, 2014, p. 175-204.

49 FORNASIER; MENDES, 2016, p. 541.

50 FIDLER, 2003, p. 488-489.

51 STIVAL; GOMES DE OLIVEIRA, 2023, p. 363.

Paralelamente à essa narrativa sobre a globalização dos surtos de moléstias infecciosas e à necessidade de maior cooperação internacional no controle de doenças – na qual as fronteiras nacionais se tornam menos centrais para a resposta aos surtos e a segurança é melhor buscada coletivamente –, ocorreu um processo de securitização da saúde. Os Estados em todo o mundo têm cada vez mais olhado os patógenos não apenas como problemas de saúde pública, mas também como ameaças à segurança nacional – e, portanto, de suas fronteiras –, incorporando respostas a doenças em suas estratégias de segurança⁵².

O RSI revisado buscou resolver essa tensão institucionalizando o conceito de *Segurança Sanitária Global*⁵³, cuja ênfase está no fato de que a segurança de Estados individuais depende da segurança de todos⁵⁴. O RSI revisado é projetado para “prevenir, proteger contra, controlar e dar resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias no tráfego e comércio internacionais”⁵⁵. Além disso, o documento deve ser implementado com “pleno respeito à dignidade, aos di-

52 FIDLER, 2003, p. 459.

53 Em abril de 2001, a Assembleia Mundial da Saúde recebeu um relatório do Secretariado da OMS sobre “Segurança global da saúde - alerta e resposta a epidemias”. O relatório expôs um conjunto de afirmações sobre a relação entre doenças infecciosas e a globalização, argumentando que “eventos de doenças infecciosas em um país são potencialmente uma preocupação para todo o mundo” (WHO, 2001, p. 1). De acordo com o relatório, nenhum país pode se isolar da propagação global da doença; e a segurança de cada nação individual, portanto, repousa sobre a *Segurança de Saúde Global* coletiva. Na época, os autores do relatório ressaltaram ainda a necessidade de atualização do RSI para melhorar a cooperação internacional na vigilância de doenças e na contenção de surtos quando eles ocorrerem (WHO, 2001, p. 2).

54 RUSHTON, 2011, p. 779-796.

55 OMS, 2005.

reitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas.”⁵⁶.

Dessa forma, o RSI revisado de 2005 anunciou uma mudança de foco: afastando-se da autoproteção nacional por meio de controles de fronteira para, ao invés disso, ajudar os países a conter os surtos na origem. A orientação geral do RSI é firmemente contra a imposição de restrições de fronteira, e assim se manteve durante a pandemia da Covid-19⁵⁷.

Dentre as razões para a oposição a restrições de fronteira está o fato de este modo de controle ser visto como pouco eficaz para conter a disseminação de doenças, conseguindo apenas, na melhor das hipóteses, atrasá-la por um curto período. Somado a isso, acredita-se que o fechamento de fronteiras pode atrapalhar uma resposta eficaz ao surto, dificultando a entrada de suprimentos médicos e recursos humanos no país⁵⁸.

As versões anteriores do RSI tiveram suas implementações dificultadas pela falta de notificação do surgimento das doenças por parte dos Estados. Diante disso, um dos problemas que a revisão do RSI buscou resolver foi a tendência de os Estados manterem os surtos em segredo por medo das consequências econômicas das restrições de viagens e comércio que lhes eram impostas. Para evitar essa prática, o novo RSI instituiu uma espécie de acordo recíproco: transparência sobre os surtos, em troca da não implementação de restrições desnecessariamente punitivas para viagens e comércio⁵⁹.

Além disso, as restrições de fronteira eram, e ainda são consideradas perigosas para os direitos humanos e as liberdades civis, uma vez que oportunizam práticas discrimina-

56 Artigo 3 (OMS, 2005).

57 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 459.

58 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 460.

59 DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 65-68.

minatórias⁶⁰ nos pontos de entrada e restrições injustificadas à livre circulação de cidadãos de certos países, ou com certas características, como etnia, religião ou sexualidade, em clara violação ao objetivo geral do RSI de garantir o respeito pela dignidade, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais das pessoas⁶¹.

Muitas das lições mais importantes sobre cooperação internacional e segurança global da saúde foram extraídas após o surto da SARS. Constatou-se que era preciso maior transparência por parte de todos os Estados, evitando situações em que os governos tentam encobrir surtos domésticos, custando um tempo valioso que poderia ser usado para preparar uma resposta internacional⁶². Percebeu-se também que os Estados precisavam se articular entre si e com a OMS para definir estratégias comuns de vigilância e contenção⁶³. Argumentou-se que essas medidas constituiriam um importante passo para aumentar a segurança nacional por meio de uma estrutura funcional de *Segurança Sanitária Global*⁶⁴.

Foi diante desse contexto que ocorreu a revisão do RSI, adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2005 e que entrou em vigor em 15 de junho de 2007. Ao contrário de seus predecessores, seu objetivo não se limita a qualquer lista particular de doenças, mas se aplica a Emergências de Saúde Pública de Âmbito Internacional (ESPPi, ou *Public Health Emergency of International Concern* - PHEIC) – incluindo casos

60 Em vez de promover a securitização, há uma chamada por cooperação internacional visando a proteção e a restauração das melhores práticas de saúde pública, assim como é exigido em outras áreas cruciais, como o desenvolvimento sustentável e a preservação dos ecossistemas (BORGES, 2014, p. 186).

61 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 460.

62 WHO, 2003a, p. 78-79.

63 WHO, 2003b.

64 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 463.

de doenças emergentes como a SARS, e, agora, a Covid-19⁶⁵.

O RSI revisado procurou mitigar os riscos representados pela propagação transfronteiriça de doenças de forma a evitar interferência desnecessária no tráfego e comércio internacional; para isso, trouxe uma mudança de paradigma: afastando-se dos controles de fronteira como um meio de impedir o ingresso de doenças, em direção a um modelo de *contenção na fonte*⁶⁶; assim, originou a ênfase na compatibilidade das medidas de controle de doenças com os direitos humanos⁶⁷.

Nesse sentido, o artigo 42 do RSI exige que as medidas de saúde tomadas devem ser aplicadas de forma transparente e não discriminatória⁶⁸. O artigo 43, por sua vez, impõe limites aos governos para implementarem restrições a viagens e comércio por meio de fechamentos ou controles de fronteira⁶⁹.

Diante da ineficácia das medidas restritivas a viagens e comércio; da tendência de incentivarem o acobertamento de surtos; da possibilidade das restrições dificultarem a resposta aos surtos; e da ocorrência de práticas discriminatórias que violam direitos humanos, tanto o RSI quanto as recomendações da OMS mostram uma clara preferência por fronteiras abertas e por controles implementados apenas em circunstâncias muito limitadas. O que se mostra fundamental para o objetivo geral do RSI de melhorar o controle de doenças sem prejudicar desnecessariamente as viagens e o comércio internacional⁷⁰.

65 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 464.

66 WHO, 2007, p. 11.

67 Artigo 3 (OMS, 2005).

68 Artigo 42 (OMS, 2005).

69 Artigo 43 (OMS, 2005).

70 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 472.

Devido em parte à securitização da saúde, a pandemia da Covid-19 revelou uma reincorporação de respostas nacionalistas e em muitos casos de não conformidade com o RSI, levantando dúvidas sobre a efetividade das recomendações coletivas de *Segurança Sanitária Global* da ONU⁷¹. Nesse cenário, destaca-se o caso do Brasil, já que foram adotadas uma série de medidas restritivas à mobilidade internacional durante a pandemia do novo coronavírus, com graves incursões aos direitos humanos.

4. As restrições brasileiras à mobilidade internacional durante a pandemia do novo coronavírus

Sob o fundamento de mitigação do risco de disseminação da Covid-19 no país⁷², a principal medida adotada pelo governo brasileiro foi o fechamento de fronteiras. Por meio de diversas portarias, os transportes terrestre, aéreo e aquaviário sofreram restrições, cujo alcance variou ao longo do tempo, afetando a circulação internacional de pessoas.

Em março de 2020, a primeira contenção se deu no plano terrestre⁷³, pelo impedimento do ingresso regular de migrantes dos países vizinhos, com exceções para pessoas com autorização de residência, circulação entre cidades-gêmeas, transporte de cargas, entre outros⁷⁴. Quanto aos voos internacionais, no momento inicial, foi elencado um

71 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 472.

72 Portaria nº 120 de 17 de março de 2020 (primeira portaria expedida durante a pandemia da COVID-19), art. 3º, inciso II (BRASIL, 2022).

73 Pelas Portarias nº 120, 125 e 132, respectivamente, em 17, 19 e 22 de março de 2020.

74 Artigos 4º e 5º da Portaria nº 120 de 17 de março de 2020. Replicado nas portarias seguintes.

rol de países⁷⁵ cuja a entrada de viajantes era coibida, para após um mês⁷⁶, proibir o ingresso independente da origem, aplicando-se exceções semelhantes às já mencionadas. Já no que se refere ao transporte aquaviário, a restrição foi aplicada de modo absoluto⁷⁷, com iguais ressalvas.

Como esses atos administrativos tinham prazo de 15 ou 30 dias, e a pandemia perdurou no tempo, suas disposições foram renovadas em subseqüentes portarias. Posteriormente, houve a concentração dos três meios de transporte em um só documento restritivo⁷⁸. Merece destaque as principais exceções às restrições de entrada reunidas nesta Portaria de nº 255:

Art. 4º *A restrição de que trata esta Portaria não se aplica ao:*

I - brasileiro, nato ou naturalizado;

II - imigrante com residência de caráter definitivo, por prazo determinado ou indeterminado, no território brasileiro; [...]

IV - passageiro em trânsito internacional, desde que não saia da área internacional do aeroporto [...]

VI - estrangeiro:

a) cônjuge, companheiro, filho, pai ou curador de brasileiro; [...]

c) portador de Registro Nacional Migratório.

VII - transporte de cargas.

§1º A vedação [...] não impede o ingresso e a permanência da tripulação e dos funcionários das empresas aéreas no País para fins operacionais, ainda que estrangeira. [...]

§4º Na hipótese de transporte aquaviário, o desembarque será excepcionalmente autorizado caso seja necessária assistência médica ou para conexão de retorno aéreo ao país de origem. [...]

Art. 5º *A vedação contida no art. 2º não impede: [...]*

75 Em 19 de março (Portaria nº 126), a restrição era para os provenientes da União Europeia, Islândia, Noruega, Suíça, Reino Unido, Irlanda do Norte, China, Japão, Malásia, Coréia do Sul e Austrália; em 23 de março (Portaria nº 133) acrescentou-se o Irã à lista.

76 Em 27 de março (Portaria nº 152).

77 Em 26 de março de 2020 (Portaria nº 47).

78 A Portaria nº 255 de 22 de março de 2020.

II - o tráfego de residentes fronteiriços em cidades-gêmeas, mediante a apresentação de documento de residente fronteiriço [...], desde que seja garantida a reciprocidade no tratamento ao brasileiro [...]

III - o livre tráfego do transporte rodoviário de cargas [...]

V - o transporte fluvial e o transporte aéreo de cargas; [...]

VII - o ingresso e a permanência de tripulante marítimo estrangeiro [...], cujo ingresso seja requerido, pelo agente marítimo à Polícia Federal, para exercício de funções específicas a bordo de embarcação [...]⁷⁹.

O fechamento mais restritivo de fronteiras brasileiras afrouxou-se a partir de junho de 2020, porque, embora impossibilitada uma mobilidade regular geral, as ressalvas para ingresso foram alargadas⁸⁰, permitindo a estadia de curta duração e com visto temporário para pesquisa, estudo, trabalho, investimento, reunião familiar, atividades artísticas e desportivas, com apresentação de atestado médico de não infecção pela Covid-19⁸¹.

Em julho de 2020, foi liberado o ingresso de voos internacionais sem imposição de qualquer medida sanitária de controle da disseminação do novo coronavírus⁸². A Portaria nº 1 exigia somente que: (A) a estadia fosse de duração máxima de noventa dias; (B) o viajante comprovasse aquisição de seguro saúde antes do embarque; (C) ainda, proibiu o ingresso pelo transporte aéreo internacional em aeroportos de determinados estados da federação.

Com o surgimento de novas cepas da Covid-19, a principal medida tomada pelo Brasil foi restringir voos dos países em que as variantes foram descobertas, como as cepas Alpha; Beta e Ômicron; e a Delta, que surgiram respecti-

79 BRASIL, 2022.

80 LEÃO; FERNANDES, 2020, p. 24.

81 Conforme art. 7º da Portaria nº 340 de 30 de junho de 2020.

82 Art. 6º da Portaria nº 1 de 29 de julho de 2020.

vamente, no Reino Unido⁸³, na África do Sul⁸⁴ e na Índia⁸⁵ – sem esquecer a variante Gamma, que surgiu no Brasil⁸⁶. Além disso, passageiros que tivessem estado nestes países nos últimos 14 dias antes do embarque ao Brasil também tinham a entrada proibida.

No que se refere aos requisitos para a entrada no país pela via aérea, somente a partir de dezembro de 2020⁸⁷, houve expedição de portaria que esboçou um controle sanitário, exigindo apresentação de teste PCR negativo para Covid-19, feito 72 horas antes do embarque. E em outubro de 2021⁸⁸, o teste de antígeno, realizado 24 horas antes do embarque no voo internacional, também passou a ser aceito.

Além da exigência de testagem antes do embarque para o Brasil, exigiu-se, finalmente, a partir de outubro de 2021⁸⁹, o preenchimento do formulário de Declaração de Saúde do Viajante⁹⁰. Nele as pessoas forneciam seus dados pessoais, informações sobre o voo de entrada em território nacional (incluindo assento), meios de contato (telefone, e-mail, endereço de estadia/residência); declaração quanto à presença de sintomas como febre, tosse, dificuldade respiratória; detalhamento do histórico de viagens dos últimos

83 Da Portaria nº 648 de 23 de dezembro de 2020 até a Portaria nº 658 de 05 de outubro de 2021.

84 A partir da Portaria nº 652 de 25 de janeiro de 2021 até a Portaria nº 658 de 05 de outubro de 2021. Mas com novas restrições pela até a Portaria nº 660 de 27 de novembro de 2021.

85 Da Portaria nº 653 de 14 de maio de 2021 até a Portaria nº 658 de 05 de outubro de 2021.

86 Observa-se que a vacinação aliada às medidas para redução da propagação do vírus da Covid-19 são as maneiras de evitar que novas variantes do coronavírus surjam (BOLLINGER; RAY, 2021).

87 Em 17 de dezembro de 2020 (Portaria nº 630).

88 Em 05 de dezembro de 2021 (Portaria nº 658).

89 Em 02 de outubro de 2021 (Portaria nº 657).

90 Disponível no website da Anvisa (ANVISA, 2021).

14 dias; autodeclaração sobre a vacinação contra a Covid-19 (incluindo o tipo de vacina aplicada, número de doses e data da última dose); e consentimento em relação às medidas sanitárias durante a estadia no Brasil.

O terceiro e último requisito para ingresso no país pela via aérea foi a apresentação do comprovante de imunização contra a Covid-19, o que ficou popularmente conhecido como passaporte da vacina⁹¹.

Em contrapartida, este tratamento concedido ao transporte aéreo – quase sem restrições de ingresso quanto aos países de origem, mesmo que com requisitos para a entrada – não foi dado aos transportes terrestre e aquaviário, cujas restrições se estenderam no tempo⁹², com fechamento para o ingresso regular. Ressalvada a fronteira Brasil-Paraguai, aberta desde outubro de 2020⁹³, sem justificativa governamental para esta prerrogativa.

Embora plausível e almejada a imposição de medidas de contenção da importação do patógeno na fase inicial⁹⁴ da pandemia, visando um planejamento e coordenação na atuação estatal⁹⁵, o Brasil manteve suas fronteiras terrestres

91 Implementado conforme recomendação da Anvisa, pela decisão monocromática do ministro do STF, Luís Roberto Barroso, na ADPF 913 proposta pelo partido Rede Sustentabilidade (ARBEX, 2021).

92 O transporte terrestre foi fechado para o ingresso regular em março de 2020 (Portarias nº 120 e 125) e somente foi liberado, com requisitos, em dezembro de 2021, pela Portaria nº 661. Já o aquaviário foi restringido pela Portaria nº 47 de 26 de março de 2020, e teve a liberação dos cruzeiros marítimos a partir de 1º de novembro de 2021 (Portaria nº 657 de 02 de outubro).

93 Pela Portaria nº 478 de 14 de outubro de 2020.

94 No início da pandemia, outros países vizinhos ao Brasil também fecharam suas fronteiras terrestres, como a Argentina e Peru (CAZARRÉ, 2020). Igualmente, países de outras regiões do globo também o fizeram, como a Alemanha, a Rússia, a República Tcheca (AGÊNCIA FRANCE-PRESSE, 2020)

95 WALDMAN; AITH, 2020, p. 36-38.

e aquaviárias fechadas durante longos períodos, sem ao menos ter previsão de elaborar um protocolo de segurança sanitária para reabertura destas modalidades de ingresso em território nacional⁹⁶.

Percebe-se, assim, uma seletividade aporofóbica – hostilidade pela condição de pobreza – visto que o fechamento de fronteiras terrestres e aquaviárias estava seriamente desvinculado de uma lógica de controle epidemiológico adequado. Se o ingresso por via aérea era permitido, observadas certas condições, igual tratamento deveria ter sido conferido às migrações terrestres⁹⁷.

Observa-se que as fronteiras terrestres brasileiras são porosas, e, portanto, de difícil controle. Deste modo, seu fechamento consiste apenas em um simbolismo, visto que a gestão em toda sua extensão seria árdua e custosa aos cofres públicos. Por isso, quando se menciona o impedimento da entrada de pessoas pelas fronteiras terrestres brasileiras, isso se refere aos locais específicos de controle fronteiriço, como Pacaraima, em Roraima, que é a cidade de chegada terrestre para migração de pessoas vindas da Venezuela⁹⁸.

Assim, há uma inibição da entrada regular no país de pessoas que requerem visto humanitário ou solicitam refúgio. Porém, o ingresso continua ocorrendo, mas de maneira irregular – comumente através de coiotes –, sem controle das autoridades brasileiras, diante da porosidade das fronteiras⁹⁹. Deste modo, o gerenciamento almejado na recepção de migrantes, especialmente durante uma emergência sanitária, poderia ser organizado e coordenado, respeitando as medidas sanitárias, nos locais de controle fronteiriço – com

96 CHAVES, 2021.

97 WALDMAN; AITH, 2020, p. 35.

98 CHAVES, 2021.

99 CHAVES, 2021.

destaque à já consolidada e bem sucedida Operação Acolhida –, mas esta não foi a opção adotada pelo governo brasileiro¹⁰⁰.

Essa disparidade de tratamento no que se refere às modalidades de transporte é acompanhada pela desproporcionalidade empregada à recepção do fluxo migratório venezuelano, que sofreu injustificadamente a primeira restrição de locomoção imposta¹⁰¹ e foi expressamente excluído¹⁰² do benefício das poucas liberalidades que permitiam o ingresso por via terrestre¹⁰³ até junho de 2021¹⁰⁴. Acredita-se que o governo brasileiro utilizou a pandemia do novo coronavírus como justificativa para promoção de restrições no acolhimento, até então exitoso, por organizações da sociedade

100 JAROCHINSKI; JUBILUT, 2020, p. 422.

101 Pela Portaria nº 120 de 17 de março de 2020. Além disso, no contexto de tensas relações diplomáticas, o governo Bolsonaro ordenou a retirada compulsória dos diplomatas da Venezuela e suas famílias do Brasil em março de 2020. No entanto, devido ao início da pandemia da Covid-19, o ministro Roberto Barroso do STF concedeu uma liminar suspendendo essa ordem. A Advocacia Geral da União defendeu a medida do governo, citando o baixo número de casos de Covid-19 na Venezuela na época, com pouco mais de 300 casos, argumentando que eles não representavam risco. Isso evidenciou a utilização seletiva, por parte do governo Bolsonaro, do baixo número de infectados no país vizinho, uma vez que o Brasil havia fechado suas fronteiras com a Venezuela, alegando preocupações com a Covid-19. RIBEIRO; BORGES, 2022, p. 781-782.

102 Por exemplo, no §5º da Portaria nº 255 de 22 de maio de 2020 (ato administrativo que unificou todas as modalidades de ingresso: terrestre, aéreo e aquaviário): “§5º As hipóteses de que tratam o inciso II e as alíneas “a” e “c” do inciso VI do caput não se aplicam a estrangeiros provenientes da República Bolivariana da Venezuela”.

103 Já que era permitida a entrada por via aérea de migrantes venezuelanos, desde a Portaria nº 340 de 30 de junho de 2020 (art. 3º, §6º). Novamente revelando uma seletividade econômica na política de restrição de ingresso de migrantes.

104 A Portaria nº 655 de 23 de junho de 2021 (art. 4º, IV e parágrafo único) permitiu inclusive a regularização migratória daqueles que ingressaram em situação indocumentada, desde o início da pandemia, em razão do fechamento da fronteiras terrestre.

civil e pela Operação Acolhida – força-tarefa humanitária do exército brasileiro instituída em 2018¹⁰⁵.

No mais, havia previsões reiteradas nas portarias de sanções¹⁰⁶ em caso de descumprimento das restrições de ingresso¹⁰⁷. Destacam-se (A) a ilegalidade da previsão de deportação “imediate”; (B) a inconstitucionalidade da responsabilização penal; (C) e a violação ao Direito Internacional dos Refugiados com a “inabilitação de pedido de refúgio”¹⁰⁸.

Assim, ao analisar as restrições à mobilidade internacional impostas pelo Brasil durante a pandemia da Covid-19, constata-se que o fechamento de fronteiras ameaçou os direitos humanos e deu origem a práticas potencialmente discriminatórias¹⁰⁹. A securitização da saúde pública possibilitou a adoção de medidas excepcionais que representaram um risco para a democracia¹¹⁰, favorecendo práticas capazes de minar a cooperação internacional defendida pelo RSI¹¹¹.

5. Considerações finais

Durante a pandemia do novo coronavírus, os Estados empregaram medidas sanitárias restritivas que afetaram vários direitos, dentre eles à liberdade de circulação, atingindo a mobilidade humana internacional, com práticas como o fechamento de fronteiras.

Tal tendência de retratar as emergências sanitárias mais como agenda de segurança nacional do que de saúde pública,

105 STANDLEY; CHU; KATHAWALA; VENTURA; SORRELL, 2020.

106 A exemplo, ver art. 8º da Portaria nº 655 de 23 de junho de 2021.

107 MASSAÚ, 2019, p. 315.

108 Cf. RIBEIRO; BORGES, 2022, p. 786-787.

109 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 460.

110 VENTURA, 2016.

111 FERHANI; RUSHTON, 2020, p. 460.

em um processo de securitização da saúde, contrapõe-se a ideia de *Segurança Sanitária Global*, promovida pela OMS, cujo principal expoente é o Regulamento Sanitário Internacional.

De um lado, a OMS impulsiona por uma maior cooperação global, pela qual a segurança sanitária alcançaria melhores resultados se buscada coletivamente. O RSI revisado de 2005 procurou mitigar os riscos representados pela propagação transfronteiriça de doenças de forma a evitar interferência desnecessária no tráfego e comércio internacional, trazendo uma nova ênfase na compatibilidade das medidas de controle de doenças com os direitos humanos. Nesse sentido, a orientação geral do RSI é firmemente contra a imposição de restrições de fronteira, e assim se manteve durante a pandemia da Covid-19.

Por outro lado, diversos países intensificam a política de securitização da saúde, na qual a defesa de suas fronteiras assume o papel de destaque, o que ocasionou uma série de respostas nacionalistas em desconformidade com o RSI durante a pandemia da Covid-19, levantando dúvidas sobre a efetividade das recomendações coletivas de *Segurança Sanitária Global* da ONU, em meio a emergências sanitárias globais.

Diante desse cenário, o presente artigo se propôs a analisar o caso do Brasil, já que sob o fundamento de mitigação do risco de disseminação da Covid-19 no país, o governo adotou medidas restritivas à mobilidade internacional, com o fechamento de fronteiras. Por meio de portarias, os transportes terrestre, aéreo e aquaviário sofreram restrições, cujo alcance variou ao longo do tempo, afetando a circulação internacional de pessoas.

As medidas restritivas à mobilidade humana internacional adotadas pelo governo brasileiro ocorreram de forma descoordenada, sem que fosse elaborado um protocolo de

segurança sanitária para as diferentes modalidades de fronteiras brasileiras, o que possibilitou o emprego de práticas discriminatórias, em desconformidade com o RSI e a proteção dos direitos humanos.

Embora o ingresso por via aérea tenha sido rapidamente liberado no país, em julho de 2020, observadas certas condições, o Brasil manteve suas fronteiras terrestres e aquaviárias fechadas durante longos períodos, sem que houvesse previsão de produção de um protocolo de controle epidemiológico adequado.

O tratamento discriminatório referente às modalidades de transporte, por meio de uma seletividade aporofóbica, somou-se à desproporcionalidade empregada à recepção do fluxo migratório venezuelano, que sofreu injustificadamente a primeira restrição de locomoção imposta e, até junho de 2021, eram expressamente excluídos de se beneficiarem pelas exceções que permitiam o ingresso por via terrestre.

Além disso, uma série de violações de direitos também ocorreu nas previsões de sanções em caso de descumprimento das restrições de ingresso, dispostas reiteradamente nas portarias expedidas pelo governo brasileiro. Destacando-se a ilegalidade da previsão de deportação “imediate”; a inconstitucionalidade da responsabilização penal; e a violação ao Direito Internacional dos Refugiados na previsão de “inabilitação de pedido de refúgio”.

A análise do caso brasileiro, nos permitiu constatar que a securitização da saúde pública, por meio do fechamento de fronteiras durante a pandemia da Covid-19, afronta a cooperação internacional, aspirada pelo RSI, e possibilita práticas discriminatórias, com graves incursões aos direitos humanos.

Referências bibliográficas

AGÊNCIA FRANCE-PRESSE. *Países fecham fronteiras para tentar conter o coronavírus*. Mar. 2020. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/mundo/2020/03/16/interna_mundo,834588/paises-fecham-fronteiras-para-tentar-conter-o-coronavirus.shtml>.

AITH, Fernando; DALLARI, Sueli. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. In: *Revista de Direito Sanitário USP*, 10 (2), 2009. p. 94-125. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i2p94-125>>.

ANVISA. *Formulário de Declarações de Saúde do Viajante*, 2021. Disponível em: <<https://formulario.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

ARBEX, Thais. *Ministro Barroso, do STF, determina obrigatoriedade de passaporte de vacina para entrada no Brasil*. 11 dez. 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/barroso-determina-obrigatoriedade-de-passaporte-de-vacina/>>.

BOLLINGER, Robert; RAY, Stuart. *COVID Variants: What You Should Know*, 2021. Disponível em: <<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/a-new-strain-of-coronavirus-what-you-should-know>>.

BORGES, Daniel Damásio. O princípio do desenvolvimento sustentável no direito internacional público. In: MANIGLIA, Elisabeth (Org.). *50 anos do Estatuto da Terra: 25 anos de Direito Agrário na UNESP*. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, p. 179-196, 2014.

BORGES, Daniel Damásio. *O alcance dos tratados sobre os direitos sociais no direito brasileiro*. Curitiba: Appris, 2019.

BORGES, Daniel Damásio. Conflito federativo e crise sanitária – a prevalência do direito à saúde. *UNESP Franca Opinião - Especial Covid-19*, 2021. Disponível em: <<https://www.franca.unesp.br/#!/coronavirus/opinio-espacial-covid-19/>>.

BRASIL. *Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Promulgação do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm>.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. *Lei de Migração (Lei 13.445/2017)*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm>.

BRASIL. *Portarias de Imigração, 2022*. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/portarias-2>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

BROWN, Gordon. Limitations and Derogations. In: BROWN, Gordon. *The Universal Declaration of Human Rights in the 21st Century: A Living Document in a Changing World*. Cambridge: Open Book Publishers, 2016.

CAZARRÉ, Marieta. *Países fecham fronteiras para evitar propagação do coronavírus*. Mar. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/paises-fecham-fronteiras-para-evitar-propagacao-do-coronavirus>>.

CHAVES, João. *Os Paradoxos da Política Migratória Brasileira: A Deportabilidade como no Paradigma?* YouTube, Canal: Fa-

culdade de Direito de Ribeirão Preto - FDRP USP, 31 maio 2021. 2h08min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Jw_z98CT0lo>.

COMISSÃO IDH. *Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH)*, 1969. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>.

CORTE IDH. *Opinión Consultiva OC-5/85, del 13 de noviembre de 1985*. Disponível em: <https://corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_05_esp.pdf>.

DAVIES, Sara; KAMRADT-SCOTT, Adam; RUSHTON, Simon. *Disease diplomacy: International norms and global health security*. Johns Hopkins University Press, 2015.

FERHANI, Adam; RUSHTON, Simon. The International Health Regulations, COVID-19, and bordering practices: Who gets in, what gets out, and who gets rescued? In: *Contemporary Security Policy*, 41:3, 2020, p. 458-477. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13523260.2020.1771955>>.

FIDLER, David. SARS: Political pathology of the first post-westphalian pathogen. In: *Journal of Medicine, Law and Ethics*, 31(4), 2003, p. 485-505. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2003.tb00117.x>>.

FORNASIER, M. DE O.; MENDES, T. M. Constitucionalismo e globalização: entre ordens internas e externas de direitos. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, v. 113, 29 dez. 2016.

GOSTIN, Lawrence. *Global Health Law*. Harvard University Press Cambridge, Massachusetts London, England, 2014.

HUMAN RIGHTS LIBRARY. Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights. In: *University of Minnesota – Human Rights Library*. Disponível em: <<http://hrlibrary.umn.edu/instreet/siracusaprinciples.html>>.

ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE. *Alteration of human rights treaty obligations*, 2022. Disponível em: <<https://www.humanrights.is/en/human-rights-education-project/human-rights-concepts-ideas-and-fora/part-i-the-concept-of-human-rights/alteration-of-human-rights-treaty-obligations>>.

JAROCHINSKI, João Carlos; JUBILUT, Liliana. Venezuelanos no Brasil e a Covid-19. In: BAENINGER, Rosana; VEDOVATO, Luís Renato; NANDY, Shailen (Coord.). *Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19*. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” - NEPO/UNICAMP, 2020.

LEÃO, Augusto; FERNANDES, Duval. Políticas de imigração no contexto da pandemia de Covid-19. In: FERNANDES, Duval; BAENINGER, Rosana (Coord.). *Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil - Resultados de pesquisa*. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”. NEPO/UNICAMP, 2020.

LEGALE, Siddharta; CAUSANILHAS, Tayara. *A Opinião Consultiva n. 05/85 da Corte IDH: dimensões e restrições da liberdade de expressão*. Jun. 2018. Disponível em: <https://nidh.com.br/oc5/#_ftn1>.

MACHADO, Antônio Alberto. *Elementos da teoria dos direitos fundamentais*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017.

MASSAÚ, G. C. O controle das decisões do Presidente da República em relação aos princípios constitucionais das relações internacionais. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, v. 118, 17 jun. 2019.

OHCHR. *International Covenant on Civil and Political Rights*. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>>.

OMS. *Regulamento Sanitário Internacional (RSI)*, 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, pág. 11. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>>.

RIBEIRO, Flávia Oliveira; BORGES, Daniel Damásio. Indicadores na política migratória brasileira da ascensão da extrema direita. In: JUBILUT, L. L.; GARCEZ, G. S.; JAROCHINSKI SILVA, J. C.; LOPES, R. de O.; FERNANDES, A. (Eds.). *Direitos Humanos e Vulnerabilidade e Migrações Forçadas*. Boa Vista: Editora UFRR, p. 766-790, 2022.

RUSHTON, Simon. Global health security: Security for whom? Security from what? In: *Political Studies*, 5(4), 2011, p. 779-796. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9248.2011.00919.x>>.

STANDLEY, Claire; CHU, Eric; KATHAWALA, Emrose; VENTURA, Deisy; SORRELL, Erin. Data and cooperation required for Venezuela's refugee crisis during COVID-19. In: *Globalization and Health* V. 16, Article 103, 2020. Disponível em: <<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00635-7>>.

STIVAL, M. M.; GOMES DE OLIVEIRA, A. Pandemia e meio ambiente: o cenário internacional e os impactos ambientais da crise sanitária. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, v. 126, 4 jul. 2023.

UN HUMAN RIGHTS COMMITTEE. *Statement on derogations from the Covenant in connection with the COVID-19 pandemic*. Abr. 2020. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/COVIDstatementEN.pdf>>.

VENTURA, Deisy. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. In: *Cad. Saúde*

Pública, Rio de Janeiro: v. 32, n. 4, e00033316, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400302&lng=pt&nrm=iso>.

VENTURA, Deisy; AITH, Fernando; RACHED, Danielle. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. In: *Revista Direito e Práxis*. Rio de Janeiro, Vol. 12, N. 01, 2021, p. 102-138. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/viewFile/49180/32876>>.

WALDMAN, Eliseu; AITH, Fernando. Parecer jurídico-sanitário - Fechamento de fronteiras terrestres do Brasil para o controle da disseminação da COVID-19: aspectos jurídicos e epidemiológicos. In: *CEPEDISA – Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário*. São Paulo, dezembro 2020. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2020/12/PARECER_JURI%CC%81DICO_SANITA%CC%81RIO_FRONTTEIRAS_CEPEDISA_FSP_USP.pdf>.

WHO. *Global health security – epidemic alert and response*. A/54/9. UN, abr. 2001.

WHO. *The World Health Report 2003: Shaping the future*. UN, 2003a. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=178-79>.

WHO. *Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003 (based on data as of 31 December 2003)*. UN, 2003b. Disponível em: <http://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/>.

WHO. *International Health Regulations (2005): Areas of work for implementation*. UN, 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69770/WHO_CDS_EPR_IHR_2007.1_eng.pdf>.

ZIDAR, Andraž. WHO International Health Regulations and human rights: from allusions to inclusion. In: *The International Journal of Human Rights*, 19:4, 2015, p. 505-526. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/13642987.2015.1045340>>.

Recebido em: 05/02/2022

Aprovado em: 06/09/2023

Daniel Damásio Borges

E-mail: daniel.damasio@unesp.br

Maria Eduarda Rodrigues

E-mail: mariaeduarda2111@gmail.com

Flávia Oliveira Ribeiro

E-mail: flavia.o.ribeiro@unesp.br