

**UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:**  
**DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

**JOSÉ CARLOS MASSARELLI JÚNIOR**

**ANÁLISE DAS DIRETRIZES DA OMS E AS AÇÕES JURÍDICAS  
COMPARATIVAS DURANTE A CRISE HUMANITÁRIA DA COVID-19 NO  
BRASIL E NA ALEMANHA.**

**SANTOS/SP**

**2021**

**JOSÉ CARLOS MASSARELLI JÚNIOR**

**ANÁLISE DAS DIRETRIZES DA OMS E AS AÇÕES JURÍDICAS  
COMPARATIVAS DURANTE A CRISE HUMANITÁRIA DA COVID-19 NO  
BRASIL E NA ALEMANHA.**

Dissertação apresentada à  
Universidade Santa Cecília como parte  
dos requisitos para obtenção de título de  
mestre no Programa de Pós-Graduação  
em Direito da Saúde, sob orientação da  
Profa. Dra. Verônica Scriptore Freire e  
Almeida

**SANTOS/SP**

**2021**

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Massarelli Jr., José Carlos.

Análise das diretrizes da OMS e as ações jurídicas comparativas durante a crise humanitária do COVID-19 no Brasil e na Alemanha / José Carlos Massarelli Jr. -- 2020.

n. de f. 139

Orientadora: Verônica Scriptore Freire e Almeida.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Saúde, Santos, SP, 2020.

1. Palavra-chave. 2. Palavra-chave. 3. Palavra-chave 4. Palavra-chave. 5. Palavra-chave carga. I. Freire e Almeida, Verônica Scriptore. III. Efetividade das diretrizes da OMS e as ações jurídicas comparativas durante a crise humanitária do COVID-19 no Brasil e na Alemanha.

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

## DEDICATÓRIA

Ao Deus da Bíblia, que me proporcionou viver uma grande aventura neste mundo de incertezas, pela alegria em meio a tristeza, pela força em meio a fraqueza, Àquele que adorarei por toda a eternidade. A minha esposa, Rose, que não somente me apoiou, mas que é a parceira que todo homem gostaria de ter e que eu consegui ganhar do Pai Celeste, aos meus filhos, presentes do Deus Eterno, ao Davi, meu primogênito, que me faz repensar em minhas verdades e certezas para melhorar a cada dia, e a minha filha, que tanto abrilhantou nossa vida com sua personalidade única, questionadora e encantadora, me trazem esperança em uma sociedade desesperançosa.

## RESUMO

Este trabalho analisa as legislações e ações utilizadas para o combate a crise da COVID-19, no Brasil e na Alemanha, comparando as diferenças legislativas em relação a resposta à crise humanitária da COVID-19, com enfoque nas diretrizes da OMS sobre o tema. Para tanto, o trabalho se sustenta em uma pesquisa bibliográfica comparativa entre as legislações, com uma abordagem teórica e exploratória, pelo método qualitativo, que busca verificar os documentos produzidos pela OMS, dentro do período estudado que começa com o início da pandemia em janeiro de 2020 até março de 2021, além das leis produzidas pelos países, diretamente relacionadas a COVID-19 e seus resultados. No primeiro capítulo o trabalho analisa a construção das estruturas iniciais da Organização Mundial de Saúde, verifica a sua formação, iniciando pela ONU, com suas estruturas e as raízes da construção da OMS, bem como as regras de acionamento dos mecanismos de emergência, passando a apontar as diretrizes da OMS na COVID-19, de forma sistemática, descrevendo, na linha do tempo, o desenrolar da pandemia ora estudada. No capítulo 2, verifica a atuação da Alemanha, dentro do assunto apontado, descreve as construções legislativas ocorridas e as implicações relacionadas diante dos casos confirmados que foram encaminhados à OMS, o que exige o cotejo de legislação *stricto* e *lato sensu*, diante da especificidade do tema e pela flexibilização legislativa proporcionada. No capítulo 3, estuda a atuação do Brasil, descreve as construções legislativas, *stricto* e *lato sensu* e, as implicações relacionadas diante dos casos confirmados e mortes ocorridas, observando o resultado prático alcançado. No capítulo 4, compara as diretrizes exaradas pela OMS para o mundo e, conseqüentemente, para os países estudados, faz uma análise da efetividade da atuação destes países com seus alinhamentos, desalinhamentos, impactos e resultados, fazendo uma comparação entre os dados coletados no capítulo 3 e 4, relacionando-os à curva de indivíduos contaminados e mortes ocorridas, dentro do espectro estudado. Este trabalho conclui que a atuação dos países foi diferente. A Alemanha teve atuação primorosa dentro da União Europeia e teve um dos resultados mais expressivos em relação ao controle da pandemia, contando com uma sintonia entre os poderes instituídos e coerência na aplicabilidade da legislação, além de uma postura ativa, proporcionando como resultado um menor número contaminados e de mortes, ao contrário do Brasil que embora tenha produzido documentos jurídicos que fizesse frente ao COVID, a ação prática de seus governantes foi contrária ao disposto na legislação, produziu atitudes 'contradictum in terms' em relação à legislação posta, tendo resultados muito piores que a Alemanha, levando seu sistema de saúde à beira do colapso e, com 5 vezes mais mortes.

**Palavras Chave:** COVID-19. Legislação correlata. Brasil. Alemanha. Casos e mortes confirmados.

## ABSTRACT

This paper analyzes the laws and actions used to combat the COVID-19 crisis in Brazil and Germany, comparing the legislative differences in relation to the response to the COVID-19 humanitarian crisis, with a focus on the WHO guidelines on the subject. To this end, the work is based on a comparative bibliographic research between the legislations, with a theoretical and exploratory approach, using the qualitative method, which seeks to verify the documents produced by WHO, within the studied period that begins with 2020 until March 2021, in addition to the laws produced by the countries, directly related to COVID-19 and its results. In the first chapter the work analyzes the construction of the initial structures of the World Health Organization, verifies their formation, initiated by the UN, with its structures and the roots of the construction of the WHO, as well as the rules for the plumbing of the emerging mechanization of the points the guidelines WHO in COVID-19, in a systematic way, describing, in the timeline, the development of the pandemic now studied. In chapter 2, it verifies the performance of Germany, within the mentioned subject, describes the legislative constructions that took place and the related implications in view of the confirmed cases that were referred to WHO, which requires the comparison of *stricto* and *lato sensu* legislation, in view of the specificity of the theme and the legislative flexibility provided. In chapter 3, he studies the performance of Brazil, describes the legislative constructions, *stricto* and *lato sensu*, and the implications related to the confirmed cases and deaths, observing the practical result achieved. In chapter 4, it compares the guidelines issued by WHO for the world and, consequently, for the countries studied, makes an analysis of the effectiveness of the performance of these countries with their alignments, misalignments, impacts and results, making a comparison between the data collected in the chapter 3 and 4, relating them to the curve of infected individuals and deaths that occurred, within the studied spectrum. This work concludes that the countries' performance was different. Germany performed exquisitely within the European Union and had one of the most expressive results in relation to the control of the pandemic, counting on a harmony between the powers established and consistency in the applicability of the legislation, in addition to an active posture, providing as a result a smaller number contaminated and of deaths, unlike Brazil that although it produced legal documents that faced COVID, the practical action of its government was contrary to the provisions of the legislation, it produced attitudes 'contradictum in terms' in relation to the legislation put in place, having very successful results. worse than Germany, bringing its health system to the brink of collapse and with 5 times more deaths.

**Keywords:** COVID-19. Related legislation. Brazil. Germany. Confirmed cases and deaths.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O caminho da cólera asiática pelo mundo (WENDT, 1885).....	19
Figura 2 - Estrutura atual dos Órgãos da ONU (autor).....	25
Figura 3 - Estrutura administrativa da OMS (autor).....	31
Figura 4 - Análise e gradação de evento ou emergência Sanitária (autor) .....	38
Figura 5 - Mensuração de risco sanitário (autor).....	39
Figura 6 - Dados de infectados COVID-19 (Nationale Plattform für geographische Daten (NPGeo-DE)).....	49
Figura 7 - Níveis de risco relacionado aos fatores de carga e gravidade (autor) .....	51
Figura 8 - Casos confirmados e mortes pela COVID-19 por dia (autor).....	53
Figura 9 - Curso da infecção em dias (RKI, 2020h, tradução livre).....	57
Figura 10 - Relação entre contaminações e mortes no tempo (autor) .....	61
Figura 11 - Algoritmo de decisão para acionamento do Coes (BRASIL, 2014, p. 34).....	71
Figura 12 - Níveis de risco relacionado aos fatores de carga e gravidade com acionamento do COES (autor) .....	72
Figura 13 - Linha do tempo das ações iniciais na COVID-19 em Jan/2020 (BRASIL, 2020f) .....	74
Figura 14 - Casos confirmados e mortes pela COVID-19 por dia (autor).....	77
Figura 15 - Relação entre contaminado e mortes no tempo (autor).....	80
Figura 16 - Medidas não farmacológicas de redução de contato social e impacto na contaminação (BRASIL, 2020r) .....	81
Figura 17 - Dados atuais Worldometer (WORLDMETER, 2020).....	96
Figura 19 - Quantidade de vacinas adquiridas por países em pré-contratos (WANG et al., 2020) .....	98
Figura 20 - Produção e vacinas reservadas x vacinas remanescentes por laboratório (WANG et al., 2020) .....	99

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cronologia dos principais recomendações e classificações divulgados pela OMS (autor).....	40
Tabela 2 - Relação de artigos alterados na lei ISFG x leis alteradoras durante COVID (autor) .....	52
Tabela 3 - Testes SARS-CoV-2 X resultados X capacidade de testagem (autor) .....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABATONU</b>	Acordo Básico de Assistência Técnica com a Organização das Nações Unidas
<b>AGONU</b>	Assembleia Geral da ONU
<b>AMS</b>	Assembleia Mundial de Saúde
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>BE</b>	Boletim Epidemiológico
<b>BZGA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>CEOMS</b>	Conselho Executivo da OMS
<b>CF/88</b>	Constituição da República Federativa do Brasil
<b>COE-nCoV</b>	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus
<b>COES</b>	Centro de Operações de Emergência em Saúde
<b>COMS</b>	Constituição da Organização Mundial da Saúde
<b>CONU</b>	Carta da Organização das Nações Unidas
<b>COVIFSGANPG</b>	Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
<b>CPIAENU</b>	Convenção sobre Privilégios e Imunidades das Agências Especializadas das Nações Unidas
<b>CVDT</b>	Convenção de Veneza sobre o Direito dos Tratados
<b>ECIJ</b>	Estatuto da Corte Internacional de Justiça
<b>EOC</b>	Emergency Operations Centres
<b>EPS</b>	Emergência de Saúde Pública
<b>ERF</b>	Emergency Reponse Framework
<b>ESPII</b>	Emergência de Saúde Pública Internacional
<b>ESPIN</b>	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>FWW</b>	First World War (Primeira Guerra Mundial)
<b>GG</b>	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
<b>IAL</b>	Instituto Adolfo Lutz
<b>ICJ</b>	International Court of Justice (Corte Internacional de Justiça)

<b>IFSG</b>	Lei de Proteção contra Infecções
<b>LACEN</b>	Laboratório Central
<b>LNHO</b>	League of Nations Health Organization (Organização de Saúde da Liga das Nações)
<b>LSP</b>	Laboratórios de Saúde Pública
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MSB</b>	Ministério da Saúde do Brasil
<b>nCoV</b>	Novo Coronavírus
<b>NIC</b>	National Influenza Center
<b>NIP</b>	Nationalen Influenza-Pandemieplans (NIP)
<b>OIHP</b>	Escritório Internacional de Higiene Pública
<b>OMC</b>	Organização Mundial do Comércio
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PAHO</b>	Pan American Health Organization (Org. Panamericana de Saúde)
<b>PCA</b>	Permanent Court of Arbitration (Corte Permanente de Arbitragem)
<b>PCNIHC</b>	Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus
<b>PRESP</b>	Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública
<b>RKI</b>	Instituto Robert Koch
<b>RPAS</b>	Regras de Procedimento da Assembleia de Saúde
<b>RPC</b>	República Popular da China
<b>RPC</b>	República Popular da China
<b>RSI (2005)</b>	Regulamento Sanitário Internacional
<b>RSI</b>	Regulamento Sanitário Internacional
<b>RSIWA</b>	Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>SWW</b>	Second World War (Segunda Guerra Mundial)
<b>UE</b>	Union Europe
<b>UK</b>	United Kingdom (Reino Unido)

<b>UNRRA</b>	Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas
<b>URSS</b>	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
<b>VCLTIO</b>	Convenção de Viena sobre Direitos dos Tratados entre Estados e Organizações Internacionais ou entre Organizações Internacionais
<b>WHO</b>	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. A OMS.....</b>	<b>17</b>
1.1. BASES ESTRUTURAIS DA OMS .....	17
1.2. FORMAÇÃO DA OMS .....	23
1.3. ESTRUTURA ATUAL DA OMS E SUAS FUNÇÕES .....	29
1.4. INSTRUMENTOS NORMATIVOS INTERNACIONAIS DA OMS .....	32
1.5. DIRETRIZES DA OMS NA COVID .....	35
<b>2. AÇÕES NACIONAIS NA COVID-19 – O CASO DA ALEMANHA.....</b>	<b>46</b>
<b>3. AÇÕES NACIONAIS NA COVID-19 – O CASO DO BRASIL.....</b>	<b>66</b>
<b>4. COMPARAÇÃO DAS DIRETRIZES DA OMS E DAS AÇÕES NACIONAIS SOBRE A CRISE HUMANITÁRIA DA COVID-19.....</b>	<b>85</b>
4.1. ANÁLISE DAS DIRETRIZES DA OMS.....	86
4.2. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE BRASIL E ALEMANHA.....	90
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>110</b>

## INTRODUÇÃO

Em um mundo conectado e globalizado, verificaremos que os adventos ocorridos em um determinado local afetam, inexoravelmente, outros locais e, determinam os rumos de diversas áreas da ciência, como o direito, a economia, a saúde, e outros.

Entretanto, à margem da discussão sobre o desenvolvimento sustentável, já verificamos, na história, as consequências de negligenciarmos esta relação global, em detrimento da economia e, esta economia, paga por sua negligência com vidas e recursos.

Diante desta realidade, precisaríamos construir estruturas que pudessem dialogar com os países ao redor do mundo, pois os países têm soberania, que se relaciona fortemente com o poder e, quem está disposto a ceder sua parcela de poder para construir um mundo mais equidistante entre todos?

No entanto, a construção da ideia de soberania é diametralmente oposta à construção de uma ideia cooperativa, pois a soberania se relaciona com a individualização do poder nacional e consequente exclusão de outros poderes soberanos.

Conforme já delineado pela Corte Permanente de Arbitragem (PCA) a “soberania nas Relações Internacionais entre os Estados significa independência”, por conseguinte, a “independência em relação a uma parte do globo é o direito de exercer as funções estatais nessa região, excluindo todos os demais Estados”. (PCA, 1928, p. 7, tradução livre)

Este conceito de soberania tem mudado com o tempo, como bem observa Varella ao afirmar que o Direito Internacional Humanitário tem interferido de forma contundente sobre a soberania do Estado (VARELLA, 2019, p. 390), em especial através dos organismos internacionais.

Luigi Ferrajoli já identificava esta disruptura da soberania em 1997, quando falava sobre a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e suas consequências para a soberania externa, apontando que:

É a partir de então que o próprio conceito de soberania externa torna-se logicamente inconsistente e que se pode falar, conforme a doutrina monista de Kelsen, do direito internacional e dos vários direitos estatais como de um ordenamento único. (FERRAJOLI, 2002, p. 40)

Assim, a cooperação internacional se relaciona com a ideia de internacionalização dos interesses nacionais e, conseqüente, divisão ou fragmentação do poder nacional entre estas relações, por força das conseqüências internacionais que a soberania interna ou externa pode revelar.

Entretanto, falar sobre cooperação e agir de forma humana e cooperada são coisas completamente distintas, em especial, no mundo do direito.

O pragmatismo<sup>1</sup> das ações humanas, intentadas nestes últimos dias, têm demonstrado como o que falamos e escrevemos é oposto ao que fazemos.

De forma pragmática podemos citar alguns exemplos atuais desta circunstância, com dois casos peculiares:

- EUA retendo, em 03/04/2020, 600 respiradores que seriam enviados ao Nordeste do Brasil, inclusive pagando valores superiores por suprimentos diversos para impedir que outros países os comprem (DW, 2020);
- EUA compram toda a produção de vacinas da Pfizer e BioNtech prevista para 2020 (DW, 2020).

Observe que, mesmo diante de uma parceria cooperativa entre o Brasil e os EUA, não houve hesitação em brincar esta relação com a possibilidade de mortes para o lado mais fraco da equação, mesmo assim, precisamos apontar que, estes casos, não foram isolados.

Fica claro, desta forma, a necessidade de Organizações Internacionais para regular as relações dos Estados soberanos, esta relação visceral pode ser mais observada em tempos difíceis, onde a necessidade do homem é motivada por necessidades organizadas dentro de uma hierarquia (MASLOW, 1970), forjando uma ação que beira a irracionalidade para a sobrevivência.

De forma mais latente, nos últimos dias, as questões acima descritas tiveram uma maior propagação diante da proliferação da COVID-19<sup>23</sup>, que foi

---

<sup>1</sup> Trata-se de uma filosofia empírica que retira o conhecimento do plano metafísico, trazendo a experiência intelectual para os problemas reais do homem, produzindo uma resposta efetiva para as questões elaboradas, de forma a resolver o problema no mundo da realidade. (SOUZA, 2010)

<sup>2</sup> É preciso fazer um apontamento relacionado ao gênero da palavra, para não haver mal-entendidos, visto que as formas “o COVID” ou “a COVID” são aceitáveis no léxico, desta feita, recomendo a leitura de um artigo do Jornal da USP produzido pelo Prof. Marcelo e o Dr. Henrique, intitulado “Covid tem gênero?”, que pode ser acessado no link a seguir: <https://jornal.usp.br/artigos/covid-tem-genero/> que, conforme o artigo, a forma feminina, segundo a Real Academia Española, é a mais louvável.

<sup>3</sup> O Diretor-Geral da OMS, em seu briefing regular da mídia em 9 de março, declarou que a ameaça de uma pandemia se tornou muito real. (WHO, 2020a);

declarada pandemia pela Organização Mundial de Saúde (WHO), tornando-se o grande estandarte de discussões e foco de diversos questionamentos, seja por sua atuação ou pela resposta apresentada aos países que fazem parte desta Organização.

Neste contexto, este trabalho busca observar quais os impactos que os documentos produzidos, por esta Organização, proporcionam para países como Brasil e a Alemanha e quais as respostas jurídicas *stricto* e *lato* sensu foram produzidas e seus resultados práticos.

Estes países têm o sistema político equidistantes, tendo similaridades na governabilidade, salvo pela figura de seu presidente, o que proporciona a oportunidade de estudo das relações legislativas e dos resultados alcançados.

Será que o Brasil e a Alemanha observaram as recomendações da OMS?

Como ambos se comportaram com a chegada dos primeiros casos e, como o legislativo e executivo, destes países, se portou com a necessidade de produzir leis de forma tão rápida? Os instrumentos legislativos utilizados foram eficazes?

Quais as consequências da produção legislativa em relação a quantidade de casos confirmados e sua evolução?

Para estudarmos estes pontos, usaremos uma abordagem qualitativa, com uma abordagem teórica, por meio de pesquisa documental, especialmente dos relatórios produzidos durante os meses da pandemia, delimitados até o início de março de 2021, pela OMS e as leis e determinações exaradas pelos países de forma oficial relacionadas a legislação *lato* e *strito sensu*.

Assim, com este ferramental e diante destes questionamentos, no capítulo inicial estudaremos as estruturas da OMS, iniciando pelo conhecimento de suas origens, suas relações com a ONU e suas estruturas jurídico organizacionais. Também observaremos os documentos internacionais mais relevantes, no atual estado das coisas, no mundo jurídico internacional e, posteriormente, analisaremos as posturas, protocolos e procedimentos que a OMS produziu nesta pandemia.

No segundo capítulo, verificaremos as construções legislativas da Alemanha, para a pandemia, a postura diante das legislações postas e os

resultados em relação a quantidade de contaminados e mortes, no período estudado.

No terceiro capítulo, verificaremos as construções legislativas do Brasil, para o COVID, a postura diante das legislações postas e os resultados em relação a quantidade de contaminados e mortes, durante o período estudado.

Por fim, iremos relacionar as diretrizes e recomendações da OMS com as ações legislativas produzidas pelos países estudados, as posturas internas quanto a estas diretrizes ou recomendações e, os efeitos nos países estudados, acertos e desacertos e, resultados obtidos.

## **1. A OMS**

Neste primeiro capítulo iremos conhecer as estruturas iniciais da OMS, suas origens, relações com outros órgãos internacionais e estruturas de comando, além de verificar os documentos produzidos pela OMS, durante a pandemia, suas diretrizes para a COVID-19 e as estruturas definidas para classificação, tomada de decisões e ações de forma geral.

Para iniciarmos o estudo sobre a Organização Mundial da Saúde e adentrarmos em suas estruturas é fundamental conhecermos as relações que sustentam esta estrutura, ainda que de forma superficial, para compreendermos as relações de poder que mantém esta organização.

### **1.1. Bases estruturais da OMS**

A construção de uma entidade internacional de saúde tem seus primeiros rascunhos antes das grandes guerras, com a proliferação do comércio marítimo (PRENTZAS, 2009, p. 25), após a revolução industrial no séc. XIX (PRENTZAS, 2009, p. 24), com a necessidade de novos mercados para o apetite burguês que tendia a aumentar constantemente.

O centro econômico mundial, neste período, era a Europa Central, que com o aumento do capital e da necessidade de mercados consumidores procuravam ampliar as relações comerciais com outros continentes dando início a fase mercantilista da União Europeia. (SOMBRA, 2007, p. 58)

Com o início da fase capitalista da revolução industrial, os mercados europeus preferiram iniciar a imposição do mercantilismo econômico em zonas economicamente retardadas, com fito exploratório, impulsionando os europeus para fora da Europa (SOMBRA, 2007, p. 58) e aumentando a circulação de pessoas em locais menos desfavorecidos, conforme aponta Sombra, em 1860, “a exportação britânica de manufaturados destinava-se um terço à Europa Continental, 16% aos Estados Unidos e 50% ao Terceiro Mundo.” (SOMBRA, 2007, p. 63)

O aumento da circulação de pessoas, pelo mundo conhecido, para além das condições duvidosas de higiene que era proporcionada dentro dos barcos que faziam as travessias marítimas globais, forneceram um ambiente propício onde as doenças começaram a circular (SANTOS, 1994; PRENTZAS, 2009, p. 25), especialmente o cólera, transportadas pelos comerciantes, trabalhadores,

marinheiros e turistas ao redor do mundo, uma situação que somente se acentua com o passar dos anos devido ao aumento de circulação de pessoas (SANTOS, 1994).

Por conta da proliferação do cólera que se disseminava pelo mundo de forma acentuada, encontrando a superlotação dos centros urbanos, na Europa, com casas abarrotadas e falta de água e esgotos tratados, proporcionou um ambiente propício para a sua multiplicação (PRENTZAS, 2009, p. 26; CUETO, 2019, p. 25; SANTOS, 1994).

A doença tinha sintomas muito fortes, abatendo boa parte da mão de obra, sendo que as medidas relacionadas aos doentes e profilaxias da época não resolviam a disseminação de forma efetiva, incluindo isolamento de tripulantes em navios, fechamento de portos, isolamento de famílias e bairros, além de outras medidas. (CUETO, 2019, p. 26; SANTOS, 1994).

Desta forma, em 1851, a França organiza a primeira Conferência Internacional Sanitária, em Paris, contando com a participação de 12 países (PRENTZAS, 2009, p. 26; MCCARTHY, 2002) e, tendo dois principais objetivos: o primeiro, seria manter os interesses comerciais de cada nação representada e, o segundo, coordenar ações para conter e impedir a propagação da pandemia, de cólera, que se descortinava (MARKEL, 2014), sendo a primeira Conferência relacionada à saúde, ratificada em 1859 com diretrizes para conter a doença (HUBER, 2006) e com definição de alguns protocolos sanitários internacionais (MCCARTHY, 2002).

No mapa abaixo, podemos observar como a Europa se encontrava no centro das rotas de cólera do mundo, ratificando as informações acima e, demonstrando a necessidade de ações coordenadas para conter a proliferação da doença.

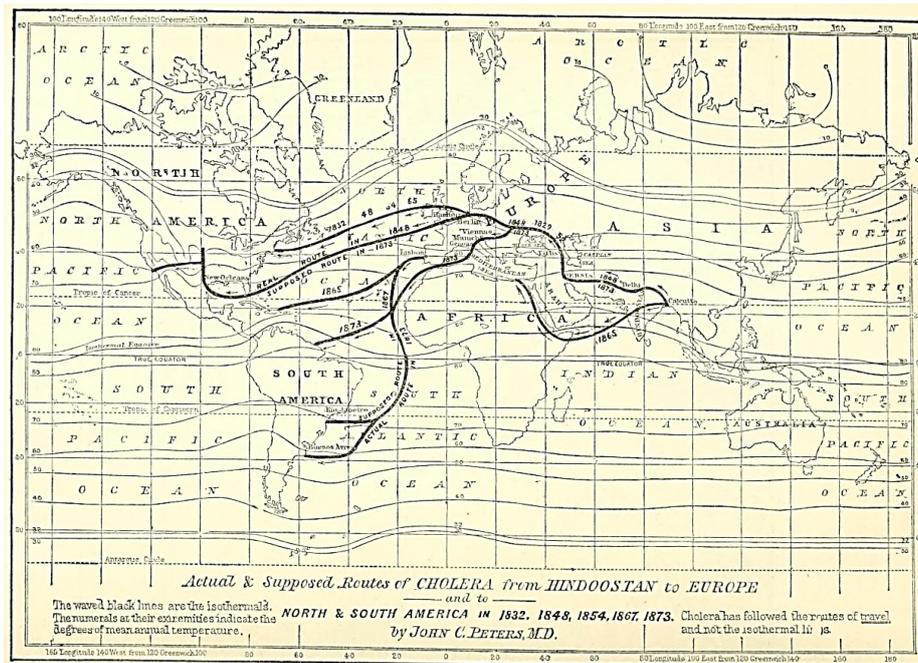


Figura 1 - O caminho da cólera asiática pelo mundo (WENDT, 1885)

Em 1879, o Conselho Nacional de Saúde dos EUA, já buscava identificar situações que culminavam em proliferação de doenças, em especial, a febre amarela. (PACKARD, 2016, p. 18-20)

O intuito desta investigação era possibilitar o controle e a estabilização da cidade de Havana (Cuba), grande centro portuário, que proliferava a doença pelas américas, tendo grande sucesso em sua metodologia para diminuir a proliferação da doença e consequente redução da taxa de mortalidade de 1889 (98/1000 hab.) para 1900 (24,4/1000 hab.). (PACKARD, 2016, p. 18-20)

Entretanto, somente em 1892 foram acertados os termos finais para a primeira Convenção Sanitária Internacional para controle da cólera e, em 1897, a Convenção Sanitária Internacional para controle da peste. (MCCARTHY, 2002)

Nas américas foi criada a Repartição Sanitária Internacional (International Sanitary Bureau) com atuação na América do Sul e do Norte que, posteriormente, foi batizada de Organização Panamericana de Saúde (PAHO) que teve forte apelo estatístico diante dos dados apontados pela iniciativa do Conselho Nacional de Saúde dos EUA, iniciando suas atividades em 1902 (PRENTZAS, 2009, p. 26; MCCARTHY, 2002; MARKEL, 2014), sendo considerada a mais antiga agência de saúde do mundo.

Embora a PAHO fosse considerada uma Organização de Saúde, seu principal objetivo foi a gestão do conhecimento relacionado a questões sanitárias

e epidemiológicas, tendo relativa independência da Organização de Saúde da Liga das Nações (LNHO) que tinha atuação operacional. (PRENTZAS, 2009, p. 28; CUETO, 2019, p. 18; SANTOS, 1994)

Em seguida foi criado, na Europa, o Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP) em 1907 com a participação do Brasil (PRENTZAS, 2009, p. 28; MCCARTHY, 2002; MARKEL, 2014), sua principal função, inicialmente, foi controlar políticas internacionais de quarentena<sup>4</sup> e implementar políticas de notificação compulsória de surto de doenças infecciosas como a febre amarela e o cólera (PRENTZAS, 2009, p. 28).

Em um recorte oportuno, precisamos apontar a criação de uma entidade internacional de envergadura mundial que tem atuado na área da saúde a um século e que foi criada neste período, tendo importância significativa na criação e financiamento da OMS, a Fundação Rockefeller, criada em 1913, nas inquietações da Primeira Guerra Mundial (FWW), sendo uma entidade privada de filantropia com a participação de diversas regiões do mundo. (CUETO, 2019, p. 17)

Esta fundação considerava que a extrema pobreza mundial se dava pela incidência de doenças infecciosas que prejudicavam a produtividade da população, que influenciou a perspectiva dos investimentos da OMS (FARLEY, 2004, p. 253-255), muito embora existam diversos relatos de envolvimento desta em experimentos clínicos “não convencionais” e envolvimento com agências como CIA e governos não “democráticos” (O’NEILL & PIEPENBRING, 2020), seus recursos voluptuosos são, consideravelmente, convincentes para mantê-la na história.

Como exemplo da relevância desta citação, podemos mencionar a compra de parte dos terrenos à margem do East River, em Nova York, em dezembro de 1946, por U\$ 8 milhões onde, atualmente, se encontra a sede da estrutura central da ONU (ONU, 2020).

Em 1919, foi criada a Organização da Saúde da Liga das Nações (LNHO) (MCCARTHY, 2002; MARKEL, 2014), com sede em Genebra, sendo um

---

<sup>4</sup> A palavra quarentena tem etimologia italiana, tendo origem no século XV quando Veneza propôs uma lei inovadora que obrigava que navios vindos da Ásia, Europa e África a permanecerem em alto mar por 40 dias para, posteriormente, atracarem e desembarcarem. Esta prática foi conhecida como “quarentena” da palavra “quaranta” ou quarenta em italiano, pois acreditava-se que este tempo era suficiente para revelar qualquer doença nos passageiros (PRENTZAS, 2009, p. 23).

braço da Liga das Nações, instituição criada no mesmo ano, após a FWW, com a intenção de deixar o mundo menos beligerante, o que não ocorreu.

Esta entidade teve aportes constantes da Fundação Rockefeller, chegando a ter 25 dos 53 funcionários pagos pela fundação, especialmente entre 1922-1934, no período em que a Europa passava por uma crise financeira e política. (CUETO, 2019, p. 26)

Esta nova organização, a Liga das Nações, era mais abrangente e detinha uma maior capacidade econômica em relação à OIHP e a PAHO, embora a OIHP tenha mencionado encerrar suas atividades em 1920, transferindo suas atribuições para a LNHO, o tratado que efetivaria tal situação não foi aprovado pelo Congresso Nacional dos EUA, mantendo a operação da OIHP e da LNHO em funcionamento paralelo, sendo que esta última tinha as mesmas atribuições da primeira, focando seus esforços em prevenir e responder diante de epidemias mundiais. (PRENTZAS, 2009, p. 28-29)

Após a FWW o mundo estava passando por diversas crises humanitárias que, por força da guerra, deixava a Alemanha em uma situação de instabilidade política e econômica, resultante do Tratado de Versalhes, considerados por muitos e, pelos resultados, um fiasco, construindo os alicerces para uma nova e mais destrutiva guerra mundial, a Segunda Guerra Mundial (SWW) com início em 1939, impulsionando o fim da Liga das Nações por inépcia de seu objetivo (SOMBRA, 2007, p. 132-160; PRENTZAS, 2009, p. 30).

Uma crise política e econômica, pré-SWW, repercutiu em todo o sistema vigente, inclusive na área da saúde, culminou com uma “reestruturação” da recém criada, a Organização da Saúde da Liga das Nações, em janeiro de 1939, extinguindo a diretoria da Seção de Saúde, fundindo vários departamentos, diminuindo seus escritórios e atuação, selando o fim desta iniciativa. (CUETO, 2019, p. 30-31)

Com a SWW a Europa foi enfraquecida e, o mundo, necessitava de uma nova relação de poderes, incluindo a reestruturação de processos jurídicos e econômicos. (SOMBRA, 2007, p. 188)

Posteriormente, com o final da SWW, tivemos a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, para organizar as relações jurídicas entre os Estados soberanos e, o Sistema Bretton Woods, em 1944, para organização das relações comerciais do mundo industrializado sendo, este último, a primeira

estaca para a criação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e da Organização Mundial do Comércio (OMC) (SOMBRA, 2007, p. 188-203; PACKARD, 2016, p. 92), importante notar que o acordo monetário veio antes das relações políticas.

Estes organismos internacionais buscam evitar a beligerância entre as nações, à semelhança da Liga das Nações, criando regras para as relações internacionais que possam, em tese, responder às demandas dos Estados Soberanos sobre outros Estados igualmente soberanos e, posteriormente, fariam parte do quadro de atores na saúde. (PACKARD, 2016, p. 92)

Neste momento da história, foi alterado o “sistema Westfaliano” de diplomacia internacional, que prevalecia na Europa desde o século XVII e que serviu para a criação e fortalecimento do Estado Nacional, com o conceito de soberania estatal (RAMOS, 2015), já delineado nos parágrafos acima.

Este sistema influenciava fortemente a forma em que as nações realizavam acordos internacionais, porquanto o conceito de não intervencionismo em assuntos internos das nações soberanas dificultava a assinatura de acordos intergovernamentais diante da consequente perda de soberania com a assinatura destes tratados. (CUETO, 2019, p. 11)

Com os adventos da FWW e SWW verificou-se que não poderia existir uma soberania interna que não trouxesse consequências para as outras nações, tanto interna como externamente, repercutindo de forma mais contundente quando observamos as questões sanitárias.

Outro ponto relevante para os acontecimentos que se seguiriam para a criação da OMS foi o sucesso conquistado pela Fundação Rockefeller em relação a erradicação ou diminuição de uma série de doenças conhecidas como:

- Tuberculose na França (1917-1924), por meio de educação pública e formação de enfermeiros (FARLEY, 2004, p. 51-54);
- Ancilostomíase na Guiana Britânica (1915-1935) com a diminuição significativa e ampliação de cura, com construção de banheiros públicos e fossas privadas, educação sanitária e reforço na educação dos profissionais da saúde; (FARLEY, 2004, p. 62-65)
- Malária, nos EUA, em Arkansas (1915-1918), com pulverização de plantações e campanhas antimosquito, com a redução de

casos em quase 100% em alguns povoados às margens do rio Mississippi. (FARLEY, 2004, p. 108-110)

Esta abordagem convenceu às nações sobre a necessidade de uma Agência Internacional de Saúde, tanto na criação da Liga das Nações como da OMS.

## **1.2. Formação da OMS**

Neste ponto iremos verificar a criação e estruturas internas dos organismos internacionais que surgiram após a SWW, culminando com a consequente formação da OMS, observando, primeiramente, a estrutura administrativa do órgão que fundamenta a Organização Mundial da Saúde, qual seja, a Organização das Nações Unidas, bem como os documentos que são produzidos por esta organização, com suas características básicas.

Posteriormente, apontaremos a criação e estruturas administrativas da OMS e alguns documentos específicos que esta organização produz e suas características e estruturas de decisões.

Com o advento de uma grande crise humanitária no pós-guerra e a eminente dissolução da Liga das Nações e, conseqüentemente, de sua Organização da Saúde que ocorreriam em 1946, começaram as movimentações internacionais para costurar as relações internacionais (PACKARD, 2016, p. 87).

No interregno da SWW, após 22 meses de seu início, as inquietações com o pós-guerra forjaram uma declaração no Palácio de Santiago, uma declaração interaliada (ONU, 1941a), na expectativa de criar uma aliança que pudesse cumprir o papel das Liga das Nações.

Assim, em 1941, foi assinada a Carta Atlântica, que materializava alguns princípios comuns para a construção de “um futuro para o mundo” (ONU, 1941b).

Em 1942, os Estados Unidos da América (EUA) e a República Popular da China (RPC), assinaram uma carta de intenções que ficou conhecida como a Declaração das Nações Unidas contra o hitlerismo (Potências do Eixo) que foi assinada, posteriormente, por 26 outros Países Aliados (ONU, 1942).

Em 1943, foi assinada a Declaração de Moscou que arquitetava uma ação conjunta contra as forças do Eixo, com base no Princípio da Igualdade Soberana, para um ataque coordenado, em seu parágrafo 4 (ONU, 1943).

Em 1944, na Conferência de Dumbarton Oaks, foi proposta a estrutura para uma Organização Mundial entre os Estados participantes, onde foram definidos os papéis e responsabilidades dos membros e as forças armadas de “paz” a serviço do Conselho de Segurança, que neste caso, não tinha paralelo com a liga das nações (ONU, 1944).

Ainda em 1944, em Yalta (Criméia) foi resolvida a questão relativa ao processo de votação do Conselho de Segurança, que ficou em aberto, onde EUA, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e Reino Unido (UK), fizeram os acertos finais (ONU, 1944).

Finalmente, em 1945, na Conferência de São Francisco, foi feito um grande esforço para a construção de uma Carta que pudesse contemplar as intenções de 3500 pessoas, entre estadistas e diplomatas, que representavam 80% da população mundial, declarando guerra contra Alemanha e o Japão, assinando a Declaração das Nações Unidas (ONU, 1945).

Quatro comissões desenvolveram a Carta da ONU (ONU, 1945), tratando de:

**Comissão 1** – organização, princípios, filiação, secretariado e emendas;

**Comissão 2** – poderes e responsabilidades da Assembleia Geral;

**Comissão 3** – Conselho de Segurança;

**Comissão 4** – Estatuto da Corte Internacional de Justiça (CIJ).

Estas “comissões” somente existiram para debater e alinhar as intenções da Carta das Nações Unidas, juntamente com o Estatuto da Corte Internacional de Justiça, suas regras e seus poderes e, após a assinatura final em 25 de junho de 1945 e as respectivas ratificações intra-Estados, deu origem à Organização das Nações Unidas em 24 de outubro de 1945 (ONU, 1945).

O Brasil promulgou a Carta das Nações Unidas pelo Decreto nº 19.841, de 22 de outubro de 1945, sendo membro fundador da ONU e, a Alemanha, foi admitida na ONU em 18 de setembro de 1973, nesta época, estava dividida entre República Federal da Alemanha (Ocidental) e a República Democrática da Alemanha (Oriental) (ONU, 1973a; ONU, 1973b), ambas ocupando os assentos da Organização por meio do Tratado de Bases em 1972, sendo unificada em 31

de agosto de 1990, no chamado *Einigungsvertrag*<sup>5</sup> (DEUTSCHLAND, 1990), quando passa a ser designada como *Germany* ou Alemanha, na ONU.

Como podemos perceber a ONU tem, em sua constituição, interesses de diversas nações, entretanto, por sua estrutura e poderes verificamos que apenas 5 países iriam, efetivamente, governar o mundo, quais sejam, os 5 membros permanentes do Conselho de Segurança da ONU, que possuem direito a veto nas decisões do Conselho, que é composto por mais 10 membros rotativos com mandato de 2 anos (ONU, 1973c).

Estes 5 membros do Conselho de Segurança, controlam as decisões mais relevantes para a organização, podendo, em qualquer caso e, separadamente, promover o veto de decisões discutidas por todo o Conselho de Segurança que é formado por 15 países (ONU, 1973), portanto, é o órgão mais poderoso da ONU, como segue:

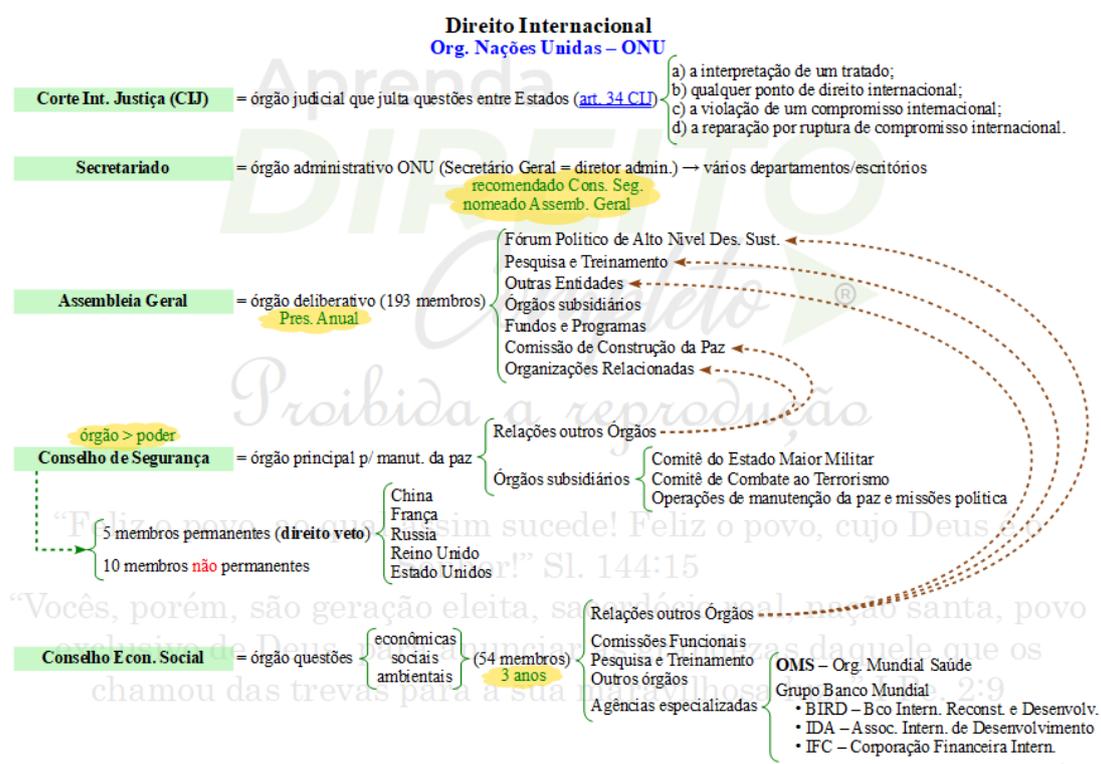


Figura 2 - Estrutura atual dos Órgãos da ONU (autor)<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Acordo de unificação (tradução livre) que permitiu a unidade da Alemanha Ocidental e Oriental determinando que sua capital seria Berlim.

<sup>6</sup> A marca Aprenda Direito Completo é uma marca registrada pelo autor (917606370 INPI) que alimenta o canal <https://www.youtube.com/c/AprendaDireitoCompleto/> que disponibiliza aulas na área do direito. Os documentos são registrados no ISBN e Biblioteca Nacional dando corpo a livros publicados em diversas áreas pelo autor que produz mapas mentais nas mesmas áreas.

A Figura 2, demonstra a estrutura organizacional principal e em funcionamento<sup>7</sup>, da ONU.

A OMS está posicionada dentro do Conselho Econômico e Social da ONU, categorizada como uma Agência Especializada sendo uma Organização Internacional independente.

O Conselho Econômico e Social é formado por 54 membros da Organização, com mandato de 3 anos com possibilidade de reeleição por mais um mandato, sendo rotacionado com 18 membros por ano (ONU, 1973).

Embora os membros sejam eleitos pela Assembleia Geral, o Conselho Econômico e Social poderá ter de cumprir recomendações da Assembleia Geral (ONU, 1973) sendo que o Secretariado serve como estrutura de apoio para os outros órgãos da Organização, tendo escritórios espalhados pelo mundo.

Por força desta estrutura e pela sua composição, a ONU, é considerada uma Organização Intergovernamental ou Organização Governamental Internacional, por agregar vários Estados soberanos e/ou outras Organizações Internacionais e, por conseguinte, manifesta suas decisões e ações por documentos escritos de diversas envergaduras, que estudaremos mais à frente.

A OMS tem suas raízes na extinta Organização da Saúde da Liga das Nações que teve sua extinção declarada em 1946 (PRENTZAS, 2009, p. 30; PACKARD, 2016, p. 87), após o final da SWW e criação da ONU.

Em julho de 1946, uma reunião do recém criado Comitê Econômico e Social da ONU, discutiu a relevância da continuidade de um organismo internacional de promoção da saúde em escala mundial, por força das consequências da SWW e da latente ineficiência das instituições de saúde nacionais no pós-guerra. (PRENTZAS, 2009, p. 30-31; PACKARD, 2016, p. 99; CUETO, 2019, p. 34)

O Comitê Econômico e Social da ONU, se encarregou de alocar os recursos, financeiros e humanos, necessários para o início das atividades desta nova entidade (CUETO, 2019, p. 37-39), na transferência de recursos humanos

---

<sup>7</sup> O Conselho de Tutela não está representado no diagrama pois, em outubro de 1994, Palau tornou-se independente, sendo o último Território sob a tutela das Nações Unidas, tornando o órgão desnecessário.

da Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas (UNRRA)<sup>8</sup>, entidade de ajuda humanitária criada em 1943 para auxiliar as vítimas da guerra e detendo um orçamento anual de U\$ 3,7 bilhões, sendo que 72% dos recursos advinham dos EUA que, por conseguinte, teve forte influência na formação desta nova organização de saúde (CUETO, 2019, p. 39), no entanto, os fundos residuais desta entidade foram transferidos para UNICEF (CUETO, 2019, p. 46).

O Comitê ainda contou com o apoio financeiro e político da Fundação Rockefeller, apontada na seção 1.1. e, de estudos produzidos de forma conjunta entre a LNHO, UNRRA e da Diretoria de Saúde da Fundação Rockefeller, demonstrando a necessidade de criação de uma organização internacional de saúde após SWW com o intuito de maximizar as possibilidades de aplicação de recursos em áreas pontuais devido a guerra. (CUETO, 2019, p. 46)

Não havia interesse na continuidade, por parte dos EUA, da Organização da Saúde da Liga das Nações, seja por força das questões apontadas em tópicos anteriores, seja pela unicidade de opinião entre os diplomatas americanos que decidiram priorizar uma agência multilateral por conta do oneroso fardo financeiro da reconstrução europeia. (CUETO, 2019, p. 36)

O Conselho do Comitê Econômico e Social da ONU organizou uma Conferência para o estabelecimento de uma Organização Internacional de Saúde contando com a participação de 51 membros da ONU e 13 não membros, dentre eles temos a Fundação Rockefeller e a Cruz Vermelha, onde foi acordada a criação de uma Organização Internacional de Saúde, em julho de 1946, tendo entrado em vigor em 07 de abril 1948 com a constituição feita, anteriormente, por um Comitê Técnico Preparatório e aprovação de seu estatuto. (PRENTZAS, 2009, p. 30-31; PACKARD, 2016, p. 89 e 99; CUETO, 2019, p. 45)

Formalmente, ela passou a existir quando o 21º Estado ratificou sua constituição, em setembro de 1948, passando a assumir os trabalhos da LNHO e da OIHP. (PRENTZAS, 2009, p. 31)

A Constituição da Organização Mundial de Saúde (COMS) é o documento que estrutura a OMS e que expõe os princípios que regem as

---

<sup>8</sup> Agência internacional para ajuda humanitária do pós-guerra, tendo controle majoritário dos EUA, embora fosse composta por 44 países. Teve suas atribuições incorporadas à ONU em 1947 quando finalizou suas atividades.

intenções que devem nortear a organização e seus membros, um alvo a ser alcançado.

Ratificado pelo Brasil, tem em seu preâmbulo os princípios “fundamentais para a felicidade de todos os povos”, dentre os quais a celebre afirmação de que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. (BRASIL, 1948)

A Alemanha, como já apontado, somente adentrou na ONU em 1973, no entanto, no depositório de *status* dos tratados, consta como assinatura definitiva na OMS em 29 de maio de 1955. (UN, 1946a)

Observe que, no período de formalização da OMS (1945-1948), houveram grandes discussões político/jurídicas que influenciaram a criação do Estatuto da OMS e nortearam seu controle (escolha de seu presidente), todas elas relacionadas à nova ordem mundial que dividiria o mundo entre o comunismo e o capitalismo (PACKARD, 2016, p. 91; CUETO, 2019, p. 45-47) e, logicamente, envolvidas com interesses mercadológicos e financeiros de grandes conglomerados sanitários, como nos dias atuais, conforme se observa do exceto abaixo:

Os Estados Unidos e a União Soviética concordaram em ficar de fora das funções da agência uma questão importante que reapareceria muitos anos posteriormente com medicamentos anti-Aids: o poder de regular a importação de medicamentos produtos farmacêuticos - **especialmente de produtos farmacêuticos de baixo padrão.** (CUETO, 2019, 45, grifo nosso)

Os trabalhos iniciais e ideias que influenciaram a OMS tinham forte amparo nos pensamentos e abordagens da década de 30, porquanto os líderes envolvidos na Fundação Rockefeller (diretoria de saúde) e na LNHO assumiram cargos na OMS fazendo com que a abordagem inicial da organização fosse mais tecnicista e menos pragmática, evoluindo somente após 1950. (CUETO, 2019, p. 56-57; PACKARD, 2016, p. 104)

Outra questão a ser observada é que, ao contrário da ONU, a OMS aceita qualquer nação como membro da entidade, sem necessidade de autorização do Conselho de Segurança da ONU, sendo mais “democrática”, pelo menos no papel, conforme se aduz da Constituição da Organização Mundial da Saúde (COMS), sendo necessária, apenas, a aprovação por maioria simples da

Assembleia Mundial da Saúde (AMS), onde cada Estado representa um voto. (Arts. 3, 7 e 59 da COMS).

### 1.3. Estrutura atual da OMS e suas funções

Considerada a “*magna charta* para a saúde” por diversos escritores e juristas (CUETO, 2019, p. 44), a COMS, tem como objetivo que todos os povos tenham o nível mais elevado de saúde possível (art. 1 da COMS).

A COMS determinou a estrutura básica de comando da OMS em seu cap. IV que é apontado como (art. 9, COMS):

- a) A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) – com todos os Estados membros;
- b) O Conselho Executivo (CEOMS) – com 18 Estados membros;
- c) O Secretariado – com o Diretor Geral da OMS.

A Assembleia Mundial da Saúde é o órgão de maior relevância da OMS, sendo composto por representantes dos Estados membros (atualmente 194 membros), tendo reunião ordinária anual e podendo ser convocada extraordinariamente, possuindo regulamento próprio. (Arts. 11, 13 e 17 da COMS)

A AMS escolhe os 18 Estados membros do Conselho Executivo, por meio de uma “distribuição geográfica equitativa” dos membros da OMS, tendo mandato de 3 anos com possibilidade de reeleição indefinidamente. Estes Estados indicarão as pessoas que são representantes dos Estados escolhidos no Conselho Executivo, em um total de 18 pessoas, além de escolher o diretor-geral da OMS, (Arts. 18, 24-25 e 31, COMS; LEE, 2009, p. 25)

O Conselho Executivo, por sua vez, é o órgão executor da AMS, sendo responsável por indicar a data da reunião ordinária e extraordinária da AMS, sob consulta do Secretário-Geral das Nações Unidas, e escolherá um presidente para o CEOMS, que não se confunde com o Diretor Geral da OMS que está vinculado ao Secretariado. (Arts. 7, 15, 27 e 31, COMS; LEE, 2009, p. 26)

Por fim, temos o Secretariado que é um órgão técnico e administrativo da OMS e, inclui o Diretor Geral da OMS (atualmente o sr. Tedros Adhanom Ghebreyesus) que é escolhido pela AMS, sob indicação do CEOMS, sujeito a este conselho, sendo o maior cargo técnico e administrativo da OMS e, por isso,

é o secretário de todos os órgãos descritos, bem como de comissões, comitês e conferências em que a OMS participe. (Arts. 30-32, COMS; LEE, 2009, p. 27)

Importante observar que o Diretor Geral da OMS é uma espécie personificação da AMS, o representante físico da OMS, que materializa as decisões da Organização, mais especificamente da AMS, entretanto, como veremos, tem autonomia limitada pelas decisões do CEOMS e pela própria AMS em relação a determinados temas, tratando-se de uma função administrativa e não política.

Nas votações da AMS, CEOMS e das comissões, temos duas categorias de assuntos a serem votados (Arts. 59-60 da COMS):

- Assuntos importantes, onde temos maioria qualificada (2/3) dos Estados membros presentes e votantes para a aprovação, quais sejam:
  - Adoção de convenções e acordos;
  - Acordos que tenham conexão com a ONU e organizações ou instituições intergovernamentais.
- Outros assuntos, onde temos maioria simples dos Estados membros presentes e votantes para a aprovação:
  - Todos os assuntos que não sejam considerados importantes.

Importante notar que, as decisões da AMS são soberanas, o que se aduz da leitura do Estatuto quando observamos as funções da Assembleia (Arts. 17-23 da COMS) e sua autoridade, sendo desta forma o órgão político da Organização.

Além destes órgãos, a OMS tem outras estruturas que sustentam a organização, entretanto, estão submetidas às determinações dos órgãos apontados determinam, sendo órgãos administrativos e/ou executores que auxiliam os órgãos mencionados acima na consecução de sua missão maior, qual seja, promover a saúde entre todos os povos.

Desta forma podemos montar um organograma desta instituição, demonstrando as relações de poder dentro da Organização e a hierarquia funcional, como segue:

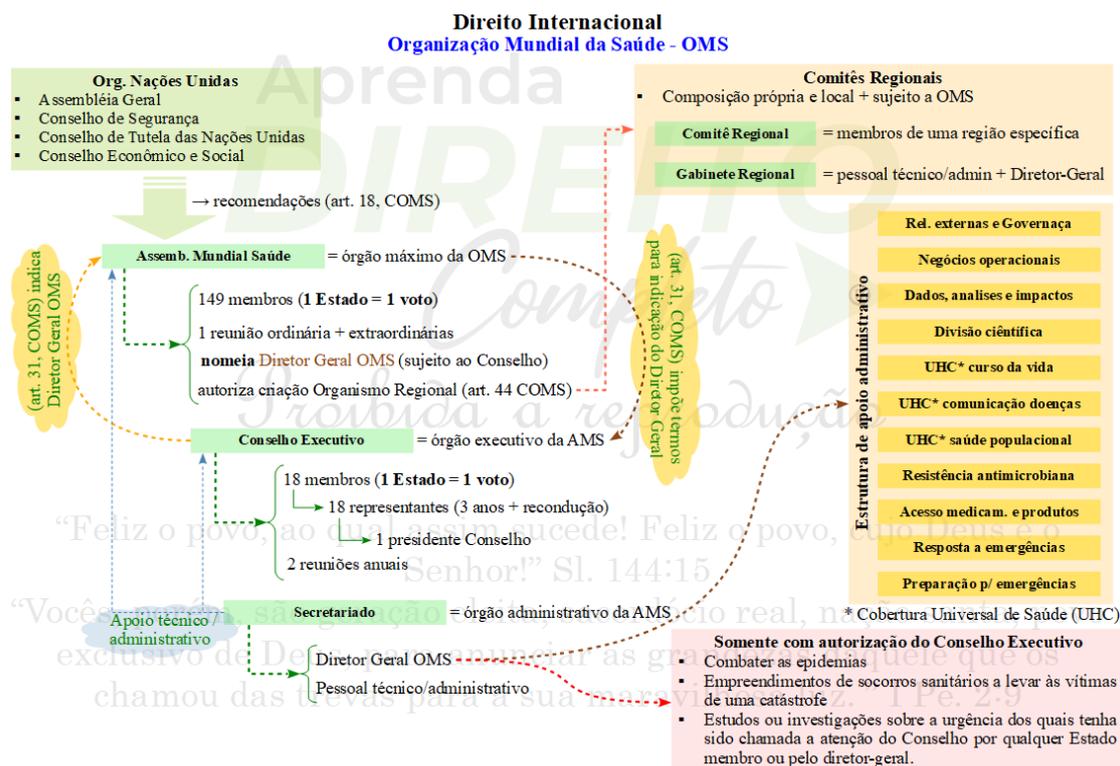


Figura 3 - Estrutura administrativa da OMS (autor)

Como é possível notar o Diretor Geral da OMS está sujeito ao Conselho Executivo e, o Conselho Executivo está sujeito a MAS que é a autoridade máxima da OMS. (LEE, 2009, p. 26)

Uma questão a ser observada, especialmente em relação ao Diretor Geral é que este não pode “combater epidemias”, ou ainda, “financiar ou produzir empreendimentos de socorro sanitários relacionado a vítimas de catástrofes”, sem a autorização do Conselho Executivo para tais situações (Art. 28, COMS).

Podendo a AMS determinar tais ações, por decisão simples de seus membros, permanecendo a decisão qualificada (2/3 dos votos) para as decisões importantes e para adoção de convenções e acordos dentro do escopo da Organização, como já apontado. (Art. 19, COMS; regra 70, RPAS)

Outra limitação que tem cunho diplomático é a impossibilidade de “promover estudos ou investigações sobre urgência dos quais tenha sido chamada a atenção do Conselho por qualquer Estado membro ou pelo diretor-geral”, neste caso, funcionando como um privilégio ou imunidade diplomática, protegendo a instituição de incursões questionatórias internas. (Art. 28, COMS)

Em relação as decisões da OMS, existe a possibilidade de qualquer Estado parte (membro ou associado) fazê-la, com a respectiva exposição de

motivos, sendo encaminhado ao CEOMS que é o responsável pela organização da sessão da AMS como delimitado nas Regras de Procedimento da Assembleia de Saúde (RPAS) (regra 5, RPAS), podendo o próprio CEOMS recomendar o adiamento deste item, salvo decisão da AMS sobre casos urgentes (regra 11, RPAS).

Desta forma, embora o Diretor Geral tenha limitações na sua atuação, nada impede que ele faça recomendações ao CEOMS que poderão ser inseridas na pauta de votação da AMS, preservando a autonomia da AMS sobre todos os assuntos relacionados a Organização.

Importante frisar que, cada Estado parte, tem peso unitário nas decisões da AMS (Art. 29 COMS; regra 69, RPAS) e, são independentes sobre estas decisões, tendo autonomia para votar e, não votar (abstenção) (regra 69, RPAS).

#### **1.4. Instrumentos normativos internacionais da OMS**

Como organização ou instituição jurídica a ONU produz uma série de documentos, internos e externos, que podem ou não produzir efeitos para as instituições relacionadas, desta forma, é preciso analisá-los.

Primeiramente, precisamos lembrar que, no Direito Internacional, os Estados são soberanos e, como já apontado na seção 1.1, esta soberania impede que um Estado imponha regras sobre outro Estado, logo, sem regras que limitem os poderes soberanos as relações internacionais não gozariam de confiabilidade, o que é essencial nas relações humanas, conforme aponta Harari, aliás, é esta confiança que sustenta todo o sistema de relações do mundo conhecido (HARARI, 2020).

A construção de acordos internacionais bilaterais, entre Estados, remonta ao século XII, conforme aponta Mazzuoli (MAZZUOLI, 2019, p. 242), obviamente, esta necessidade tinha relações econômicas e político bélicas, que foi sendo percebido aos poucos por todas as nações.

O sistema “Westifaliano”, seção 1.1, oferecia resistência ao pensamento das nações com relação a assinatura de tratados governamentais bilaterais ou multilaterais, favorecendo situações de crise nacionais que afetavam as relações internacionais. (BUSS *et. al.*, 2020)

Buscando, desta forma, a possibilidade criar um sistema de relações internacionais, minimamente, harmônicas e para que houvesse uma relativa

estabilidade entre os Estados soberanos, era necessário que houvesse uma relação de confiança entre estes, para tanto, em 1928, na Sexta Conferência Internacional Americana em Havana, foi realizada uma tentativa de organizar estas regras, por meio de uma Convenção sobre Tratados de Havana (REZEK, 2018, p. 16; MAZZUOLI, 2019, p. 248), ratificada pelo Brasil (BRASIL, 1929), que regula os tratados que fossem realizados entre alguns países do Continente Americano.

Assim, antes mesmo da criação da ONU, já existiam tentativas de criar estruturas jurídicas que pudessem ser aceitas por mais de um país, mas foi após a criação da ONU, após a SWW, que estas estruturas se proliferaram grandemente, sendo relevante a participação das organizações não governamentais na construção nas normas internacionais que se consubstanciam em diversos documentos. (VARELLA, 2019, p. 70; ACCIOLY *et al.*, 2019, p. 168)

Começando com a própria Carta da Organização das Nações Unidas (CONU), o Estatuto da Corte Internacional de Justiça (ECIJ) (ONU, 1973) e as Convenções que se seguiram, até a construção Convenção de Veneza sobre o Direito dos Tratados (CVDT), em 1969, consagrando “os princípios do livre consentimento e da boa-fé e a regra *pacta sunt servanda*”, como regras mestras na solução das controvérsias entre os compromissados (BRASIL, 2009) vários documentos foram consolidados na comunicação entre os Estados.

Posteriormente, foi construído outro tratado, o da Convenção de Viena sobre Direitos dos Tratados entre Estados e Organizações Internacionais ou entre Organizações Internacionais (VCLTIO), em 1986, não tendo sido aprovada pelo Congresso Nacional (BRASIL, 2015), embora assinado pelo Brasil (UN, 1986) que delinearão as nomenclaturas das relações internacionais e seus documentos, tendo sido recepcionados e ratificados pela Alemanha (UN, 1986).

Estes documentos internacionais têm características básicas, dentre elas, as principais são (VARELLA, 2019, p. 49-51; MAZZUOLI, 2019, p. 260, ACCIOLY *et al.*, 2019, p. 131-135):

- ✓ Consensualismo, não pode haver acerto entre as partes se não houver consenso, por força do que já apontamos em relação a soberania, seção 1, assim, é necessário que as partes queiram regular suas relações;

- ✓ Sem hierarquia, porquanto a soberania de cada participante não pode ser posta em cheque por documentos externos a estes, logo, um documento internacional não obriga um Estado.

No entanto, praticamente todos os autores internacionalistas (MAZZUOLI, 2019, p. 205-211; VARELLA, 2019, p. 50; ACCIOLY *et al.*, 2019, p. 114-118), bem como, alguns tratados, apontam a existência de norma *jus cogens*<sup>9</sup>, uma norma superior que é imperativa, de Direito Internacional, a todos os países, neste caso temos o artigo 53 e 64 da CVDT, art. 53 VCLTIO e art. 103 da CONU dispondo, respectivamente, sobre a existência de uma norma *jus cogens* e informando que a Carta da ONU prevalece sobre outras obrigações.

- ✓ Sem formalismo, ou seja, tirando a questão de ser escrito, como aponta o artigo 2 da CVDT, um documento internacional de acerto entre países ou organismos internacionais, não tem forma prevista ou modelo a ser seguido.

Esta última característica nos impõem um grande desafio para entender a nomenclatura dos acordos (VARELLA, 2019, p. 50), embora exista, como veremos, uma tentativa de nomear as tipologias dos documentos internacionais é consenso entre os autores não existir, como aponta Varella (2019, p. 233), uma precisão terminológica para os atos de Organizações Internacionais.

A OMS também se utiliza desta nomenclatura para externalizar sua vontade, no entanto, os atos mais importantes para nosso estudo são:

- ✓ Convenções, geralmente produzidas após reuniões com a AMS ou grandes eventos promovidos pela OMS;
- ✓ Acordos, criam regras de orientação de cooperação entre os acordantes sendo produzidos, em regra, pelo Diretor Geral da OMS e, em sua maioria, relacionados a cooperação técnica;

---

<sup>9</sup> É importante observar que, mesmo uma norma *jus cogens* não obriga um Estado a cumprir um acordo, seja qual for, neste ponto não faltam exemplos para demonstrar a fragilidade destes documentos e, em especial, a imperatividade econômica é preponderante para esta arbitrariedade, a exemplo da quebra do Sistema Bretton Woods (seção 1.1), de forma unilateral, pelos EUA em 1971 (SOMBRA, 2007, p. 273-275) que, embora questionada, prevaleceu, diante da enorme e relevante reserva cambial americana, tendo consequências devastadoras para as economias menos desenvolvidas da época.

- ✓ Resoluções, são atos exarados pela organização, sem força vinculante, em regra produzidos após as convenções, contendo a consolidação de entendimentos, desta forma influenciam a *opinio iuris*;
- ✓ Recomendações tem como objetivo apontar métodos, técnicas ou procedimentos relacionados a sua competência;
- ✓ Regulamentos, são documentos referentes à matéria de saúde e seus correlatos, embora não tenham teor jurídico vinculativo temos, no âmbito da OMS, uma série de exceções à esta regra, em especial o Regulamento Sanitário Internacional (RSI (2005)) que é o principal regulamento da OMS, que é vinculativo, e teve período de 18 meses para que os membros da OMS, pudessem opor rejeição ou reserva, nos termos do art. 59 do RSI;
- ✓ Diretrizes são documentos que auxiliam governos, instituições e parceiros a progredirem, de forma homogênea na consecução de objetivos comuns à OMS, apontando caminhos para esta evolução, portanto, não são vinculativos.

Como bem aponta Resek:

As resoluções, recomendações, declarações, diretrizes: tais os títulos que usualmente qualificam as decisões das organizações internacionais contemporâneas, variando seu exato significado e seus efeitos conforme a entidade de que se cuide. (RESEK, 2018, p. 111)

Embora estes instrumentos não esgotem a lista de nomenclaturas relacionados a documentos produzidos pela OMS, estes são os mais relevantes.

### **1.5. Diretrizes da OMS na COVID**

Conforme observamos no item 1.4, as diretrizes da OMS fazem parte dos documentos que não têm força cogente, desta forma, não são vinculativos. No entanto o RSI, determina que os Estados Parte são “responsáveis pela implementação de medidas de saúde” (art. 4, RSI), contudo, têm o “direito soberano de legislar e implantar a legislação” cumprindo as “próprias políticas de saúde”, devendo “observar o propósito” do RSI (art. 3, RSI).

Desta forma não é permitida a interferência da OMS no âmbito interno do Estado Parte. Entretanto, existe uma forte pressão internacional, para além

da estrutura jurídico vinculativo do RSI, pelo interesse natural relacionado ao assunto, afinal, vírus não tem interesses políticos e não respeita fronteiras.

Com o advento da COVID-19 no mundo, um patógeno de origem animal com reservatório em morcegos (WHO, 2020d), iniciando em dezembro de 2019, na RPC (CRODA, 2020, ZHU, 2020), mais precisamente no mercado de Wuhan (WHO, 2020d), com notificação para WHO em janeiro de 2020 pelas autoridades da RPC (WHO, 2020b) e, conforme procedimento do RSI 2005, convocada reunião do Comitê de Emergência sobre o assunto (art. 48 e 49 RSI), na China, em 23 de janeiro de 2020 (CRODA, 2020; WHO, 2020e), originada pela solicitação realizada pela OMS com base no Emergency Reponse Framework (ERF) (WHO, 2017), lembrando que, mesmo com a resposta rápida ao advento, não faltaram questionamentos sobre o desacerto da RPC em relação ao caso (BBC, 2020).

Em 30 de janeiro, um Comitê de Emergência, criado para a situação, determinou que o novo 2019-nCoV era considerado uma emergência de saúde pública de interesse internacional (WHO, 2020c).

O ERF foi criado para nortear ações de controle sobre doenças e situações de riscos globais tanto dos membros da OMS como das respostas públicas e coordenadas sobre estes riscos verificados na saúde pública. (WHO, 2017, p. 7)

Atualmente, a WHO tem duas escalas de trabalho relacionadas a risco sanitário que podemos chamar de escalas qualitativas.

A primeira definida como “suspeita de evento de saúde pública”, que é acionada por eventos que podem causar consequências negativas à saúde e, nesta classificação, temos a possibilidade de risco, algo não ocorrido ainda, mas, potencialmente perigoso, sua graduação tem 4 níveis: baixo, médio, alto, muito alto (WHO, 2017, p. 7-8, WHO, 2012, p. 19-22);

A segunda, temos a “emergência”, situação que afeta um número grande de pessoas ou com grande percentual, que exige atuação multissetorial que é graduada entre Grau 1, Grau 2 e Grau 3 (WHO, 2017, p. 7-8, WHO, 2012, p. 19-22).

Grau 1 tem emergência em um único país e resposta limitada da OMS com cooperação interna; Grau 2 tem emergência em um ou mais países com resposta moderada da OMS, que excede a capacidade de atuação do escritório

regional; Grau 3 tem emergência em um ou mais países com exigência de resposta máxima da OMS, com mobilização de toda a Organização e seus participantes. (WHO, 2012, p. 28-29)

Pelo ERF, a OMS deveria ter realizado uma “avaliação de risco oportuna, independente e rigorosa com análise da situação” e estabelecer “uma estrutura de gestão clara para a resposta no país, baseado no Sistema de Gerenciamento de Incidentes” que deve ser realizado quando do surto de “**doenças infecciosas de origem desconhecidas, emergentes** ou doenças reemergentes, doenças com **tendência epidêmica** ou zoonoses” (WHO, 2017, p. 10, 14, grifo nosso), como a COVID-19.

Sendo assim, a COVID-19 foi considerada uma situação de grau máximo nesta escala em poucos dias, tendo guarida na política de “sem arrependimentos” da OMS, que garante a liberação de recursos humanos e financeiros de forma emergencial, ainda que erre por excesso, em detrimento do risco de falha por falta de recursos, possibilitando ao diretor do escritório representativo da OMS que disponibilize recursos para a emergência (WHO, 2017, p. 13).

A partir deste ponto, a OMS tem o compromisso de planejar e incitar “uma estratégia de resposta do setor de saúde baseada em evidências” coordenando uma resposta para “garantir a cobertura adequada e a qualidade dos serviços essenciais de saúde” utilizando os princípios orientadores da OMS como concentrar material humano e material para mitigação do problema (WHO, 2017, p. 10-11).

Assim, a OMS constantemente deve monitorar o evento para uma contínua avaliação e reavaliação do risco, podendo transmutar um evento de saúde pública para uma emergência a partir da gradação de risco alto ou muito alto do evento. (WHO, 2017, p. 12-14)

Para que isto fosse factível, foram criados Centros de Operações de Emergências que nutrem de informações a OMS durante as crises humanitárias, possibilitando a análise e organização da informação em um curto espaço de tempo e o cumprimento dos passos anteriormente apontados, com o objetivo de cumprir as determinações do RSI (2005) (WHO, 2018, p. 3-4, 19), que acionou o sistema de monitoramento de incidentes em 02 de janeiro nos escritórios da RPC, na região da Ásia e na OMS (WHO, 2020b).

Podemos visualizar o fluxograma operacional de resposta do ERF que é implementado pela COE e pelos escritórios regionais da OMS.

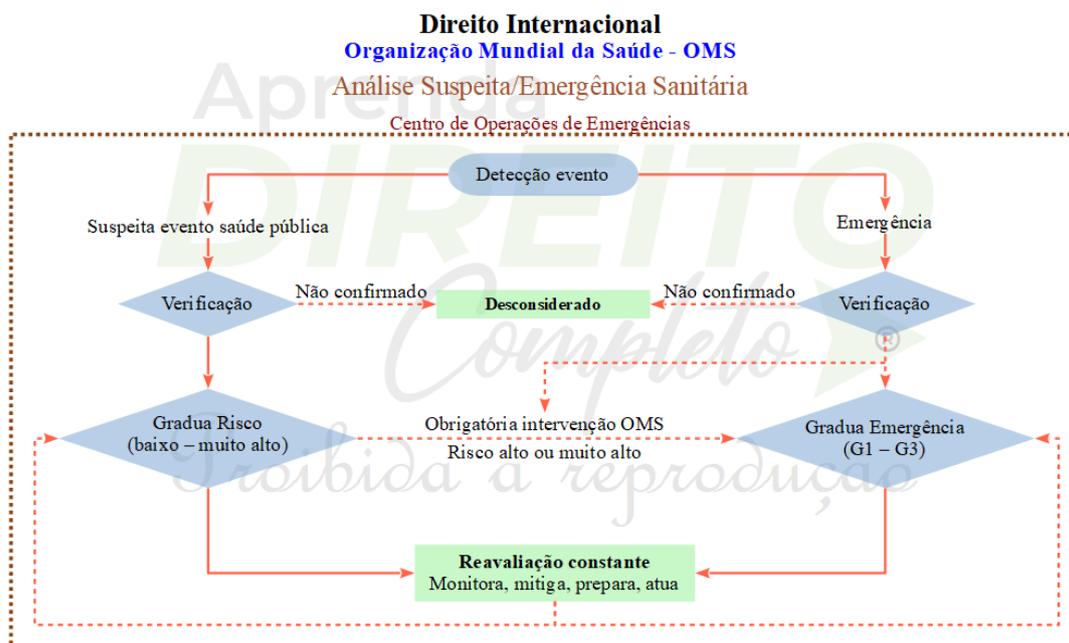


Figura 4 - Análise e graduação de evento ou emergência Sanitária (autor)

No entanto, tudo isto depende da efetiva e rápida informação do ocorrido por parte dos países envolvidos, por isso o RSI determina que “cada Estado Parte notificará a OMS”, por meio de comunicação mais eficiente disponível, “dentro de 24 horas a contar da avaliação de informações de saúde pública” assim como “qualquer medida de saúde implementada em resposta a tal evento” (art. 6 RSI, grifo nosso) de doenças, reforçando esta necessidade quando aponta que na “medida do possível... informarão à OMS... em até 24 horas... qualquer risco para a saúde pública identificado fora de seu território que possa causar a propagação internacional” (art. 9 RSI) o que deixa claro que a contagem de prazo para o envio da informação é da “avaliação” do evento no país de origem, portanto, sujeito a ingerência do Estado de local da ocorrência dificultando, sobremaneira, a comprovação de demora no envio da informação.

Outrossim, o RSI determina que o Estado do local do evento continue comunicando detalhadamente os fatos relacionados a notificação inicial como “resultados laboratoriais, fonte e tipo de risco, número de casos e de óbitos, condições que afetam a propagação da doença; e as medidas de saúde empregadas”, além de outras informações úteis (art. 6 RSI).

As classificações de surto, epidemia, pandemia e endemia, estão relacionadas à quantidade de casos de uma determinada doença, tendo relação com propagação da mesma, sendo a nomenclatura criticada por alguns estudiosos pela incapacidade de inferir, com precisão, “a intensidade da doença causada” (DOSHI, 2011; KELLY, 2011), desta forma, podemos chamar de mensuração quantitativa.

Assim temos que o **surto** é o aumento do número de casos de uma doença de forma inesperada em regiões específicas; a **epidemia** se relaciona a frequência de casos de uma determinada doença usual em uma área / população específica em um determinado período; uma **pandemia** se relaciona um agente altamente proliferante, que afeta um grande número de pessoas, em uma grande área de proliferação, geralmente com transposição fronteiras internacionais; a **endemia** se refere a uma doença nociva que afeta uma região ou população específica, podendo ser prevalente em um grupo populacional ou área específica. (PORTA, 2014, p. 92-94, 206, 209, grifo nosso)

Com estes conceitos podemos fazer uma relação entre a classificação quantitativa e qualitativa, dentro do plano cartesiano, para entendermos melhor estas nomenclaturas e sua aplicabilidade, conforme segue:

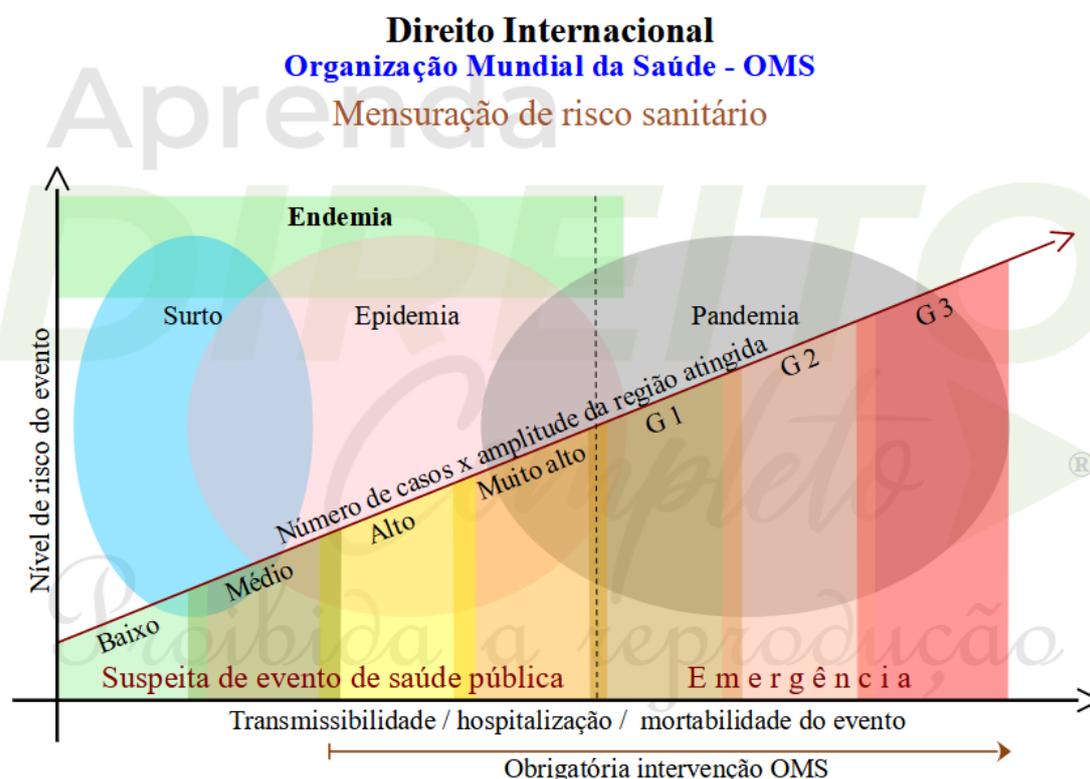


Figura 5 - Mensuração de risco sanitário (autor)

Como podemos observar, existem áreas comuns a todas as classificações, tornando a classificação imprecisa, o que é perfeitamente normal em se tratando de avaliação subjetiva.

As avaliações e reavaliações apontadas na figura 7 são realizadas a partir da observação do perigo iminente ou eminente, da quantidade de pessoas expostas ou suscetíveis, da intensidade ou extensão da propagação/exposição e do contexto ambiental do risco, incluindo número de casos, hospitalizações e mortes. (WHO, 2017, p. 18-19)

Doutra sorte, observamos que a endemia é uma classificação que não atinge a valoração de risco por ser presente em situações pontuais, entretanto, ela pode evoluir para surto, epidemia ou pandemia a depender da evolução do patógeno e/ou evento, podendo ser classificada como suspeita ou emergência.

Desta forma, podemos construir uma tabela temporal relacionando as elevações de risco e as recomendações exaradas para termos uma visão dos acontecimentos entre o início e a declaração de pandemia de COVID-19, além de verificarmos quando os países estudados tiveram seus primeiros casos, como segue:

Tabela 1 - Cronologia dos principais recomendações e classificações divulgados pela OMS (autor)

Data	Ocorrência / determinação / recomendação mundial
31/12/2019	RCP informa OMS
02/01/2020	Sistema de gestão de incidentes ativado
21/01/2020	OMS considera <b>surto</b> . Atualiza recomendações viagens internacionais (WHO, 2020f) <b>nível 1</b>
23/01/2020	Nível de evento de <b>risco muito alto na RPC</b> e <b>moderado no mundo</b> (WHO, 2020h). Atualização de recomendações para viagens internacionais (WHO, 2020f) <b>nível 2</b>
25/01/2020	OMS <b>não recomenda</b> nenhuma medida de saúde específica para viajantes, apenas em caso de sinais sugestivos.
26/01/2020	Países começam a restringir fronteiras
27/01/2020	Recomendações gerais de higiene e distanciamento pessoal
28/01/2020	Recomendações isolamento e tratamento precoce dos doentes. <b>Alemanha registra o 1º caso</b> de COVID-19
29/01/2020	OMS <b>recomenda</b> medidas de saúde específica para viajantes e tráfego internacional
31/01/2020	Comitê de Emergência do RSI <b>considera a COVID-19 Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional</b> (WHO, 2020i) e <b>não recomenda</b> qualquer restrição a viagens ou comércio com base nas informações atuais disponíveis
08/02/2020	Recomendações sobre atendimento domiciliar de pacientes contaminados (WHO, 2020j) e conselhos sobre uso de máscaras (WHO, 2020k).

27/02/2020	<b>Brasil registra o 1º caso</b> de COVID-19
29/02/2020	Recomendação de EPI em ambientes comunitários.
28/02/2020	Nível de evento de risco <b> muito alto na RPC e no mundo</b> (WHO, 2020l)
01/03/2020	Recomendação de EPI em ambientes comunitários.
11/03/2020	Diretor Geral WHO classifica o <b>surto como pandemia</b> (WHO, 2020n)
12/03/2020	Identifica como estratégia interromper a transmissão de pessoa para pessoa, incluindo a redução de infecções secundárias entre contatos próximos e profissionais de saúde, evitando eventos de amplificação de transmissão e prevenindo ainda mais propagação internacional, pela combinação de medidas de saúde pública, como identificação rápida, diagnóstico e gerenciamento dos casos, identificação e acompanhamento dos contatos, prevenção e controle de infecção em ambientes de cuidados de saúde, implementação de medidas de saúde para viajantes, sensibilização da população e comunicação de risco (WHO, 2020ac).
13/03/2020	Define situações para casos suspeitos, casos prováveis e casos confirmados, dentro do espectro de infecção do COVID-19 (WHO, 2020ad).
19/03/2020	Disponibiliza 5 protocolos para identificação e coleta sistemática de informações sobre o vírus (WHO, 2020ae).
24/03/2020	Esclarece a definição de contato em prazo de 2~14 dias, período que é considerado como transmissor (WHO, 2020af).
01/04/2020	A OMS descreveu quatro níveis de transmissão de COVID-19 com várias medidas sociais e de saúde pública, dependendo da evolução local da pandemia de COVID-19 (WHO, 2020ag).
04/04/2020	Recomenda postos públicos de higienização das mãos na entrada e saída de edifícios comerciais públicos e privados (WHO, 2020ah).
24/04/2020	Em conjunto com a OMS é criado o comitê global para acelerar o desenvolvimento, a produção e o acesso equitativo aos novos diagnósticos, terapêuticas e vacinas COVID-19, Call to Action (ACT) (WHO, 2020an)
18/05/2020	o Solidarity Trial começa comparar quatro opções de tratamento com o padrão de atendimento, com base em evidências de laboratório, animais e estudos clínicos. Estes incluem: cloroquina ou hidroxicloroquina, remdesivir, lopinavir / ritonavir e lopinavir / ritonavir com interferon beta-1a. Ao inscrever pacientes em vários países, o Solidarity Trial visa <u>descobrir rapidamente se algum desses medicamentos existentes diminui a progressão da doença ou melhora a sobrevivência</u> . (WHO, 2020aq)
20/05/2020	A OMS disponibiliza um guia para controle da propagação de COVID-19 em travessias de solo, com objetivo de minimizar a transmissão por exportação e importação do vírus (WHO, 2020ai).
19/06/2020	O braço da hidroxicloroquina do Solidarity Trial, que busca encontrar um tratamento eficaz para COVID-19, foi interrompido. A decisão é baseada em evidências do Solidarity Trial, o

	<p>juízo de recuperação do Reino Unido e uma revisão da Cochrane de outras evidências sobre a hidroxicloroquina. Os dados mostram que a hidroxicloroquina <u>não resulta na redução da mortalidade de pacientes com COVID-19 hospitalizados</u>, quando comparada com o tratamento padrão. (WHO, 2020as)</p>
25/06/2020	<p>OMS manifesta preocupação com produção de O<sup>2</sup> por conta da demanda existente pelo tratamento do COVID-19 e informa a atualização sobre orientação provisória relacionada as ações críticas de preparação, prontidão e resposta para COVID-19. (WHO, 2020at)</p>
28/06/2020	<p>A OMS está realizando sua primeira Conferência de Infodemiologia. A infodemia é uma superabundância de informações, algumas precisas e outras não, que vem ocorrendo durante uma epidemia. (WHO, 2020ax)</p>
02/07/2020	<p>Diretor da OMS enfatiza a utilização de estratégia global par ao controle da pandemia, utilizando-se de todos os meios possíveis concomitantemente. (WHO, 2020au)</p>
07/07/2020	<p>Desenvolvimento de estudos interdisciplinares sobre “infodemiologia”, tentam identificar formas de atuação nesta nova disciplina. (WHO, 2020av)</p>
16/07/2020	<p>É criado um consórcio (COVAX Facility), um mecanismo para garantir o acesso rápido, justo e equitativo às vacinas COVID-19, contando com a adesão de 75 países (WHO, 2020ba), dentre os quais, Brasil e Alemanha (COVAX, 2020).</p>
26/07/2020	<p>A OMS publicou um esboço do panorama das vacinas candidatas COVID-19. Desde 24 de julho, 25 vacinas candidatas estão sob avaliação clínica. (WHO, 2020bc)</p>
27/07/2020	<p>o Diretor-Geral da OMS, reiterou as medidas básicas que são necessárias para <u>suprimir a transmissão e salvar vidas - para encontrar, isolar, testar e cuidar dos casos; e rastrear e colocar em quarentena seus contatos</u>. “Onde essas medidas são seguidas, os casos diminuem. Onde não estão, os casos sobem”. (WHO, 2020bd)</p>
01/08/2020	<p>A quarta reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (2005) em relação ao COVID-19 foi convocada pelo Diretor-Geral da OMS em 31 de julho de 2020. O Diretor-Geral declarou que o surto de COVID-19 continua a constituir uma emergência de saúde pública de preocupação internacional (PHEIC). (WHO, 2020be)</p>
02/08/2020	<p>OMS divulga o Relatório de Progresso de Preparação e Resposta COVID-19, o relatório da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe e o Escritório Regional da OMS para as Américas destacou que as economias da Região só serão <u>revividas se a curva COVID-19 for nivelada</u>. (WHO, 2020bf)</p>
23/08/2020	<p>Nove vacinas candidatas no portfólio COVAX estão atualmente passando por testes clínicos de Fase II ou Fase III. A OMS está propondo distribuir vacinas em duas fases. (WHO, 2020bg)</p>
11/09/2020	<p>Publicação de guia para diagnóstico de testagem para SARS-COV-2, com procedimentos técnicos e período de testagem com</p>

	captura de secreção das vias aéreas (fluido oral/nasal) entre 1~14 dias após exposição (WHO, 2020aj).
13/09/2020	A primeira reunião do Comitê de Revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) sobre o funcionamento do RSI durante a pandemia COVID-19, o comitê visa reformar o RSI com base nas experiências adquiridas na COVID-19 (WHO, 2020bh)
20/09/2020	Com o aumento dos casos de mortes, o Diretor da OMS, pediu aos líderes que implementassem medidas direcionadas que possam ajudar a suprimir a disseminação do vírus e garantir que os sistemas de saúde e os trabalhadores sejam protegidos. Os indivíduos também devem praticar o distanciamento físico, limpar as mãos com frequência, usar uma máscara conforme recomendado, tossir e espirrar com segurança longe dos outros, evitar multidões e manter as janelas e portas abertas quando não puderem encontrar amigos e familiares do lado de fora. (WHO, 2020bi)
21/09/2020	Disponibiliza uma ferramenta de avaliação de prontidão de introdução da vacina COVID-19 (ACT), com vistas a identificar lacunas, priorizar ações assertivas e identificar apoio financeiro de entidades governamentais para otimizar uso e entrega de vacinas (WHO, 2020ak).
15/10/2020	A OMS publica um estudo sobre as considerações comportamentais para aceitação e absorção de vacinas COVID-19, com recomendações de posturas positivas e identificação de dificultadores na propagação de informação que favoreça, ou não, a aceitação da vacina, por meio de influenciadores sociais (WHO, 2020al).
18/10/2020	O Solidarity Therapeutics Trial produziu evidências conclusivas sobre se os medicamentos reaproveitados selecionados são eficazes para COVID-19. Os resultados provisórios do Solidarity Therapeutics Trial, coordenado pela OMS, indicam que os regimes de remdesivir, hidroxicloroquina, lopinavir / ritonavir e interferon parecem ter <u>pouco ou nenhum efeito na mortalidade em 28 dias ou no curso intra-hospitalar de COVID-19 entre pacientes hospitalizados.</u> (WHO, 2020ar)
25/10/2020	A OMS está convocando os governos a realizar cinco ações principais: 1. Avalie a situação atual do surto em seu país com base nos dados mais recentes; 2. Para aqueles países onde os casos, hospitalizações e taxas de UTI estão aumentando, faça os ajustes necessários e corrija o curso o mais rápido possível. 3. Seja claro e honesto com o público sobre a situação da pandemia em seu país e o que é necessário de cada cidadão para superar essa pandemia juntos; 4. Implementar sistemas que facilitem aos cidadãos o cumprimento das medidas aconselhadas ;5. Melhorar os sistemas de rastreamento de contatos e focar em isolar todos os casos e colocar os contatos em quarentena, para evitar pedidos obrigatórios de permanência em casa para todos. (WHO, 2020bj)
01/11/2020	A quinta reunião do Comitê de Emergência do RSI (2005) sobre COVID-19, apontando os vários efeitos pós COVID que são

	relatados por pacientes. Foi apontado que várias vacinas estão na fase final de testes, <u>com possibilidade início de distribuição até o final de 2021</u> . (WHO, 2020bk)
08/11/2020	O Brasil começa a ter destaque nos relatórios da OMS, por conta do número de casos e do número de mortes (5,6 milhões de casos cumulativos e mais de 162.000 mortes cumulativas desde o início da pandemia). (WHO, 2020bl)
15/11/2020	O Diretor-Geral da OMS, no Fórum de Paz de Paris, destacou as mudanças fundamentais que a OMS acredita que todos os países devem fazer: (1) Investir em sistemas básicos de saúde pública, que são a base para prevenir, preparar, detectar e responder a surtos; (2) Adote uma abordagem de saúde única. (saúde de humanos, animais e o planeta são compartilhados); (3) Para além do setor de saúde: a pandemia afetou todos os setores. (WHO, 2020bm)
16/11/2020	A OMS disponibiliza um plano nacional para implementação e vacinação para COVID-19, com o objetivo de ajudar os países a desenvolver seu plano de introdução da vacina COVID-19 (WHO, 2020am)
29/11/2020	A OMS atualizou o esboço do panorama das vacinas candidatas COVID-19, que mostra que há 49 vacinas candidatas em avaliação clínica, 11 das quais estão na fase 3 de avaliação. (WHO, 2020bn)
06/12/2020	Brasil tem um aumento de 35% nos casos na semana passada e, com o maior número notificado desde meados de agosto. Com destaque para o estado de São Paulo que registrou o maior número de casos e óbitos acumulados. (WHO, 2020bo)
13/12/2020	A OMS disponibiliza documentos com argumentos construtivos relacionados à vacinação e estruturas de evidências para divulgação de recomendações para a vacinação. (WHO, 2020bp)
05/01/2020	Recomendações provisórias para uso da vacina Pfizer-BioNTech COVID-19, BNT162b2, sob listagem de uso de emergência (WHO, 2020bq)

Com isto, podemos observar as situações relacionadas ao tempo de atuação da OMS, durante o episódio de contaminação, como a hesitação em classificar o evento como pandemia ou recomendar as restrições de circulação de pessoas.

Outra questão interessante é que houve uma relevância maior em classificar a COVID-19 como pandemia, no entanto, a classificação qualitativa é mais relevante do que a quantitativa, por conta dos efeitos econômicos, humanos e institucionais, conforme apontando acima.

A OMS disponibilizou vasta informação para o controle profilático da epidemia e divulgou vários estudos sobre tratamentos de pessoas contaminadas

em diversas situações, promovendo a divulgação de documentos para os países envolvidos.

Assim, neste primeiro capítulo, pudemos conhecer as estruturas iniciais da OMS, suas origens, relações com outros órgãos internacionais e estruturas de comando. Também verificamos as diretrizes pré-definidas para classificação, tomada de decisões e ações de forma geral e apontamos as diretrizes para a COVID-19 emendadas pela OMS do início da pandemia até março de 2021.

Passemos a estudar a atuação dos países na pandemia e suas produções legislativas.

## **2. AÇÕES NACIONAIS NA COVID-19 – O CASO DA ALEMANHA**

Neste capítulo vamos verificar, de forma cronológica, a atuação da Alemanha e as implicações jurídicas mais relevantes relacionadas com a COVID-19, também verificaremos o impacto sobre a quantidade de infectados e a implicação na curva de infecção relacionado as ações realizadas.

Relevante apontar, inicialmente, que os países escolhidos são federativos, constitucionalistas e democráticos, tendo uma pequena diferença relacionada à questão da forma de governo, porquanto, no Brasil, temos um sistema de governo presidencialista, onde o chefe de Estado é o Presidente da República e na Alemanha temos o sistema de governo parlamentarista onde o chefe de Estado (presidente) não tem poderes de governo, sendo o Primeiro-Ministro o Chefe do parlamento e quem, efetivamente, governa o país.

Obviamente o reflexo desta observação tem amplitude significativa, porquanto o advento da COVID-19 teve repercussão em todas as áreas da vida e do cotidiano atingindo, em especial, a liberdade de locomoção.

Importante salientar que a Alemanha está inserida em uma complexa relação de poderes, porquanto, sujeita à Comunidade Europeia, que tem uma legislação que pode ser vinculativa a todos os países membros (regulamentos); vinculativa ao país destinatário (decisões); não vinculativa que deve ser implementada nas legislações internas ao longo do tempo (diretivas); não vinculativa e sem obrigação implemental (pareceres) (EU, 2020?).

Como apontamos no item 1.5, o primeiro caso confirmado de COVID-19 na Alemanha foi registrado em 28/01/2020 (Tabela 1), neste momento a OMS começava a recomendar medidas de isolamento e tratamento precoce de doentes acometidos por problemas relacionados ao vírus (WHO, 2020p), ainda que de forma amena.

O Escritório Regional da OMS na EUROPA, que faz parte da estrutura de capilaridade da OMS já estudado no item 1.3, se encontrava em alerta, sendo assim, os protocolos de emergência da instituição já haviam sido acionados (WHO, 2020b), exigindo que as informações dos países fossem repassadas em 24h para o Escritório Regional (art. 6 RSI).

A preocupação com o novo vírus na Alemanha não era significativa, porquanto os casos eram concentrados na China (ARNOLD, 2020, GOLDENBERG, 2020), o que é confirmado pelos relatórios do Instituto Robert

Koch (RKI), que veremos mais à frente, mesmo tendo o referido Instituto produzido um relatório para uma situação fictícia de pandemia em 2012 com surgimento em um mercado da Ásia e transmitido por gotículas (via aérea) (DW, 2020b), situação muito semelhante ao episódio real em que vivemos.

Não é difícil, no início dos casos na Alemanha, encontrar comunicados ou reportagens informando a desnecessidade de equipamentos de proteção bucal ou desinfetantes manuais (álcool), para o público em geral, segue um exemplo:

O especialista do RKI enfatizou que **não há evidências científicas de que isso faria sentido na vida cotidiana para o uso de proteção bucal e nasal.** ... pessoa segura o rosto cerca de 200 vezes por dia, em média. ... pessoas enfermas ou com pessoal médico, a máscara para nariz e boca certamente oferece proteção. (BR24, 2020)

Na União Europeia, mecanismos de proteção de seus cidadãos começam a ser acionados e, em 17 de janeiro, o Comitê de Segurança da Saúde realiza a sua primeira reunião sobre o COVID. (EU, 2020a)

Entretanto, com o crescimento dos casos no mundo e, em especial, na Europa, a Alemanha começa a se preocupar com seus cidadãos, tendo um dificultador adicional, a Comunidade Européia e suas livres fronteiras, conforme se observa do Regulamento (UE) 2016/399, conhecido como o Código das Fronteiras Schengen, que determina a **“ausência de controle de pessoas na passagem das fronteiras** internas entre os Estados-Membros da União” nos termos de seu artigo 1º (UE, 2016, grifo nosso), embora em 16/03/2020 a Comissão Européia tenha emitido um comunicado ao Parlamento Europeu e ao Conselho Europeu para uma “restrição temporária sobre viagens não essenciais de países terceiros para o espaço alargado da UE” (EK, 2020).

Já, a Constituição da Alemanha, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) (DEUTSCHLAND, 2020a), embora não tenha artigos específicos sobre saúde pública, não deixa de ser relevante em alguns aspectos, em especial, por força da eminente restrição de locomoção e de direitos fundamentais que adviria a seguir.

O artigo 2 da GG determina que a liberdade da pessoa é inviolável, salvo por determinação de lei. O artigo 8 da GG determina que o direito de reunião ao ar livre pode ser restrito por lei.

O artigo 11 da GG determina que, dentro do território nacional, todos têm liberdade de locomoção, que é um direito fundamental, podendo ser restrito por lei ou em virtude de lei, art. 19 da GG, que pode trazer um certo *delay* para a tomada de decisões, especialmente em situações extremas, como segue:

... **por lei ou com base em uma lei** e apenas para aqueles casos em que não há meios de subsistência suficientes e encargos especiais para o público em geral ou em que é necessário evitar um perigo iminente para a existência ou a ordem de base democrática livre do governo federal ou de um estado, para **combater o risco de epidemias**,... (DEUTSCHLAND, 2020a, grifo nosso)

O artigo 13 da GG, que trata da inviolabilidade do domicílio, um dos direitos fundamentais mais regulados na GG, contém uma relativização semelhante à Constituição Federal de 1988 (CF/88), que permite que:

As intervenções e restrições **só podem ser utilizadas para evitar um perigo comum ou mortal para pessoas individuais**, com base em uma lei também para prevenir perigos urgentes para a segurança e ordem públicas, em particular para remediar a falta de espaço, para **combater o risco de epidemias** ou para proteção de jovens em risco. (DEUTSCHLAND, 2020a, grifo nosso)

Importante frizar, que seguindo a mesma regra que se encontra em nosso sistema jurídico, o Governo Federal pode transferir os direitos de soberania, parte deles, para o ente federado, os Estados, que deverão ter competência para arcar com o ônus (art. 24 da GG), persistindo a regra da especialidade das matérias, sendo que as leis Estaduais devem respeitar o princípio republicano e a Constituição (art. 28 da GG) e, prevalecendo o direito federal sobre o Estadual (art. 31 da GG).

Os novos dados sobre o vírus, em especial sua alta capacidade de transmissão, porquanto, desde o dia da comunicação à OMS pela China (31/12/2019) onde existiam 44 pacientes infectados (WHO, 2020b) e os primeiros casos da Alemanha (28/01/2020) (WHO, 2020p), passamos a ter 4593 casos confirmados e 106 mortos no mundo, mais de 103 vezes em 30 dias, um crescimento que também observamos na velocidade de ocorrências apontadas na Tabela 1.

Estes números obrigam os países a ter um controle diferenciado dos casos de infecção, bem como das internações, por força da capacidade de uso de equipamentos médicos e leitos.

Assim, foi implementado um controle de contaminações, casos e internações, relacionadas à COVID-19, inicialmente, a tomada de decisão mais importante do país, com auxílio de uma empresa privada de análise de dados, a Esri (<https://www.esri.de/de-de/ueber-esri/uebersicht>), em parceria com o Instituto Robert Koch ([https://www.rki.de/DE/Home/homepage\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html)) que é um instituto federal associado ao Ministério Federal da Saúde que fornece os dados para a plotagem pela Esri, produzindo a base para tomada de decisões relacionadas a pandemia. (RKI, 2020; ESRI, 2020)

Desta parceria surge o “painel COVID-19” (<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>), uma plataforma on-line com dados plotados diariamente sobre o COVID-19, que forneceu subsídios para tomada de decisões por parte das autoridades alemãs (RKI, 2020), neste mesmo contexto, a Comunidade Européia também desenvolveu uma aplicação similar, <https://npgeo-corona-npgeo-de.hub.arcgis.com/>, que auxilia no provimento de informações em parceria com a empresa Esri (ESRI, 2020), que está relacionado ao escritório regional da ONU na Europa (WHO, 2020q).

Com os avanços tecnológicos e o alcance da internet foi possível acompanhar de forma mais detalhada a situação de cada território da Alemanha, ou mesmo na europa, e verificar quais situações deveriam ser tomadas, de onde retiraremos os dados oficiais das contaminações, de forma atualizada, em sites que capturam e compilam os dados de forma agradável como segue:

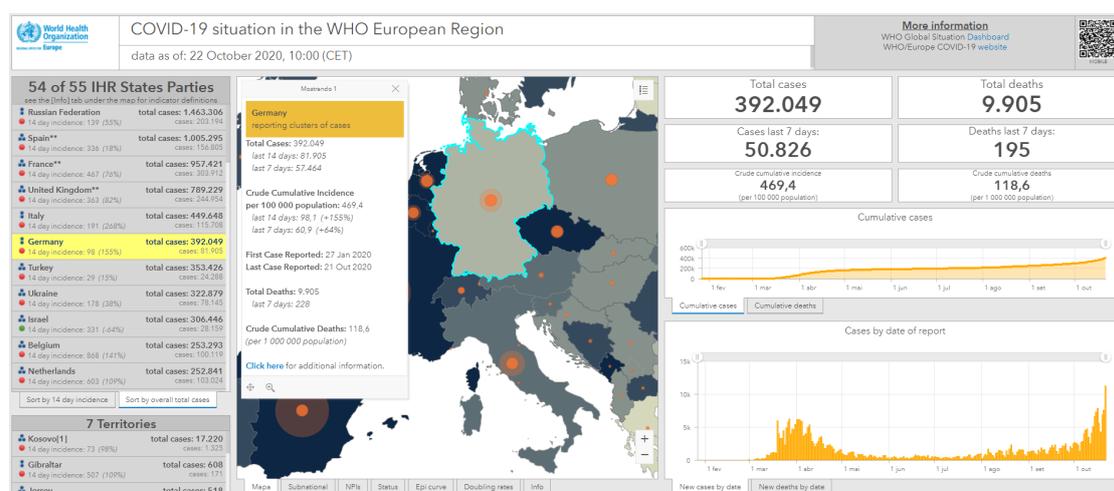


Figura 6 - Dados de infectados COVID-19 (Nationale Plattform für geographische Daten (NPGeo-DE))

Este tipo de abordagem possibilitou ao executivo (Primeiro Ministro) e seus assessores, especialmente o Ministro da Saúde, subsidiar informações

para que o parlamento (*Bundestag*) produzisse uma série de leis e decretos com o fito de proteger a população e a economia da Alemanha.

Mesmo assim, o executivo não se eximiu de sua responsabilidade em fornecer uma série de informações à população e promover um grande movimento de conscientização sobre a COVID-19 e tudo que se relaciona a ela.

O Centro Federal de Educação em Saúde (BZGA) (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*), em 17 de fevereiro, portanto, antes do primeiro caso no país, divulgou informações sobre higiene e etiqueta respiratória para o carnaval (BZGA, 2020a), em 02 de março, ampliando os cuidados com higiene, recomendou o distanciamento de pessoas doentes e utilização de lugares ventilados. Nesta mesma data foi liberado um site, <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus-sars-cov-2.html>, com informações atualizadas sobre a COVID-19 para informar e alertar a população (BZGA, 2020b).

Em sintonia com os esforços governamentais, o Instituto Robert Koch, que é responsável por avaliar situações que coloquem em risco a população alemã, utilizando o Plano Nacional de Pandemia Influenza, *Nationalen Influenza-Pandemieplans* (NIP), publicado pela primeira vez em 2005 e reformulado em 2016 pelas experiências adquiridas na pandemia de 2009 e pelo Sistema de Gerenciamento de Incidentes da OMS, já analisado no item 1.5., contando também com um suplemento que foi publicado em 04/03/2020, com o nome de Suplemento ao Plano Nacional de Pandemia - COVID-19 - nova doença coronavírus, *Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung* (ENP), com detalhes específicos para esta cepa, trouxe instrumentos para valizar o risco pandêmico. (RKI, 2020b)

Para a avaliação de risco é realizada uma análise descritiva e qualitativa, relacionando os termos "baixo", "moderado", "alto" ou "muito alto" que não são balizados em valores probabilísticos de ocorrência ou de danos, portanto, não subjetivos, sendo usado três critérios ou indicadores objetivos para esta valoração (RKI, 2020d; REUSS, 2016, p. 43-45) que são:

- Transferibilidade, número de casos e tendências em casos relatados de acordo com a Lei de Proteção contra Infecções (IfSG);

- Perfil de gravidade, é a proporção de quantidade de doentes graves, clinicamente críticas e fatais, bem como possíveis consequências a longo prazo;
- Carga de recursos do sistema de saúde, é a capacidade do sistema de saúde de comportar a transferibilidade x perfil de gravidade na linha do tempo.

A figura abaixo mostra esta relação de forma mais clara:

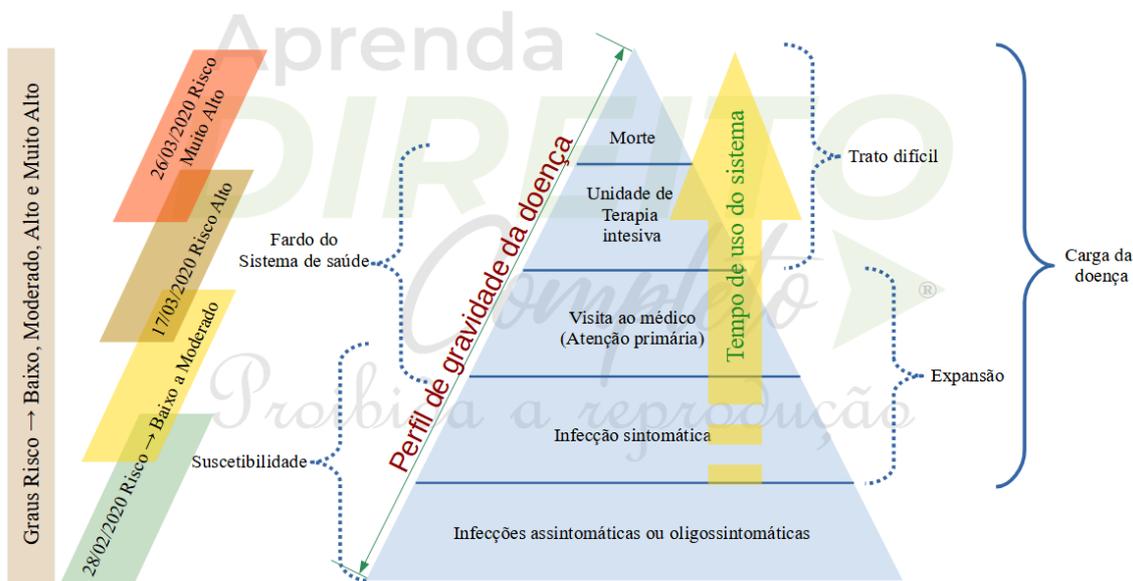


Figura 7 - Níveis de risco relacionado aos fatores de carga e gravidade (autor)

Ao observarmos de forma mais detida, vemos que a forma de mensuração tem semelhanças com a mensuração de risco sanitário da OMS apontado anteriormente (Figura 5), com a diferença de ser mais pragmático e menos subjetivista, também é possível verificar a rápida evolução do grau de risco que o RKI impingiu na situação fática. (RKI, 2020e; RKI, 2020f; RKI, 2020g)

Em relação à legislação *stricto sensu*, desde de 2001, com base nos estudos e referências da RKI, o *Bundestag* (Parlamento Alemão) aprovou uma legislação para a Proteção Contra Infecções (IFSG), *Infektionsschutzgesetz*, que foi um ótimo começo para a tomada de decisões até então (DEUTSCHLAND, 2001) sendo o referencial para os parlamentares e autoridades diante da situação que se descortinava, antes do RSI (2005).

Inicialmente, esta lei tem por objetivo a prevenção de doenças infecciosas de forma precoce, prevenindo sua propagação (art. 1 IFSG), bem como coordenar ações entre todos os atores, sejam eles, políticos, privados, econômicos e acadêmicos para este fim (art. 2 IFSG), determinado a

compulsoriedade de notificação para determinadas doenças dentre as quais se encontra o vírus da gripe (vírus influenza), que exigia **apenas notificação para prova** (art. 6 ISFG, grifo nosso).

A lei é tão detalhada, mérito do *deutsche schätze*, que delimita as responsabilidades do RKI (art. 3 ISFG), aponta a responsabilidade informacional do Governo Federal (art. 4 ISFG) e permite a alteração por portarias para possibilitar o alinhamento com a União Europeia (UE) (art. 55 ISFG), lembrando do que apontamos, nos parágrafos acima, com relação a este dificultador regional.

Um conceito interessante trazido pela lei é o *sentinel-erhebungen* (pesquisa sentinela) (art. 13 ISFG) em que o RKI fica autorizado a fazer testes aleatórios em voluntários para identificar possíveis patógenos de doenças transmissíveis, sempre com dados anonimizados (preocupação antiga no país), sendo obrigado a notificar o Ministério da Saúde sobre resultados e possíveis preocupações (art. 14 e 15 ISFG), portanto, podemos perceber que esta lei possibilitou as simulações e testes, apontados em parágrafos anteriores, que permitiram o aprimoramento da própria lei.

Importante frisar que, esta lei, somente previa quarentena para peste pneumônica (art. 30 ISFG), um bom motivo para uma série de alterações que ocorreram durante a pandemia, conforme se observa do quadro abaixo:

Tabela 2 - Relação de artigos alterados na lei ISFG x leis alteradoras durante COVID (autor)

Data	Artigos alterados	Relação c/ outras leis
28/03/2020	4, 5, 5a (nova), 28, 73	Lei de proteção da população em situação de epidemia de âmbito nacional
30/03/2020	56, 57, 58 e 66	Lei de proteção da população em situação de epidemia de âmbito nacional
14/05/2020	19	<b>Segunda</b> lei de proteção da população em situação de epidemia de âmbito nacional
23/05/2020	4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 23a, 25, 27, 30, 54, 54a (nova), 54b (nova), 56, 69, 70, 72, 73, 75	<b>Segunda</b> lei de proteção da população em situação de epidemia de âmbito nacional
27/06/2020	18, 38 e 40	Portaria de ajuste de competências
29/06/2020	56	Auxílio tributário COVID

19/11/2020	2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 24, 28, 28a, 36, 54a, 56, 57, 58, 66, 68, 69, 73, 74, 77	<b>Terceira</b> lei de proteção da população em situação de epidemia de âmbito nacional
------------	--	---

Estas alterações foram recebidas como necessárias para as consequência que adviriam das restrições e pelo impacto econômico na vida dos alemães, empresas e governo, que foi apontado por Thomas Voelzke como uma “bazuca para proteção social”. (VOELZKE, 2020)

Em novembro, por meio desta terceira lei, com a possibilidade de vacinação, o Governo Alemão, fez uma alteração interessante na Lei de Medicamentos (*Änderung des Arzneimittelgesetzes*) permitindo que o governo possa produzir ou obrigar a produzir medicamentos em caso de ameaça de fornecimento, com compensação “razoável” de custos, portanto, limitando a possibilidade de lucro por parte de fornecedores, sendo a Autoridade Federal que determinará a qualidade, benefício e risco para tal medicamento (DEUTSCHLAND, 2020e)

A partir deste ponto, faremos uma comparação entre o número de casos e o número de mortes, relacionados a produção legislativa *lato sensu* e/ou suas alterações, para tanto, é necessário observar os gráficos abaixo, que serão suporte para esta comparação, todos retirados das iniciativas já apontadas (WHO, 2020r).

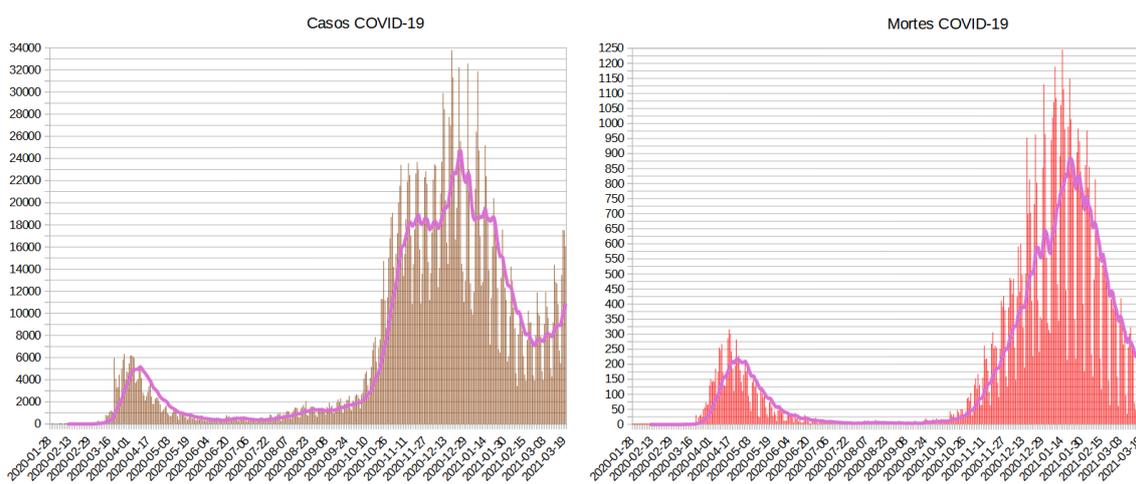


Figura 8 - Casos confirmados e mortes pela COVID-19 por dia (autor)

Como é possível observar, entre o período de outubro a janeiro houve um crescimento maior que no início da crise em relação ao número de casos, as mortes cresceram na mesma proporção, havendo 6 vezes mais casos confirmados em relação à primeira onda.

Observe que, a depender do número de infectados, mesmo medidas mais rígidas não retornam a curva de contaminação aos níveis iniciais e, já podemos observar o início do crescimento dos casos novamente.

Entretanto, foram necessárias ações legislativas para que o número de casos não colocasse em colapso o sistema de saúde alemão, aliás, todas as ferramentas, leis e recursos, objetivaram a possibilidade de uso racional do sistema de saúde.

Dos primeiros casos confirmados em 28/01/2020, com 01 caso, com o grau de risco entre baixo e moderado, subiu para o grau de risco alto em 17/03/2020, com 7156 casos acumulados, passando para o grau de risco muito alto em 26/03/2020, com 36508 casos acumulados (RKI, 2020e; RKI, 2020f; RKI, 2020g) que confirma a gravidade da situação.

Entendendo esta seriedade, o parlamento, em 27/03/2020, aprova a lei de proteção à população em caso de situação de epidemia de âmbito nacional, *Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite* (COVIfSGAnpG), que alterou diversos artigos da IFSG (Tabela 2) e, outras leis, provendo suporte jurídico para o combate a pandemia, embora outros autores já entendiam que existia suporte jurídico para a restrição de direito fundamentais nestas e em outras leis (GUNTHER, 2020).

O artigo 4 da IFSG coloca, definitivamente, o RKI como parceiro do governo em relação à saúde, determinando que os trabalhos entre esta instituição e o Governo Federal e Estadual seriam em conjunto.

O artigo 5 da IFSG, informa que o *Bundestag* passa a estabelecer que a pandemia tinha importância nacional, passou a prever que o Ministério da Saúde pudesse restringir a entrada de pessoas para prevenir a introdução de doença transmissível ameaçadora, através de obrigações adjacentes como: divulgação de rotas de viagens, apresentação de certificado de vacinação ou profilaxia da doença, atestado médico ou ser examinado por médico local.

Este mesmo artigo flexibilizou a liberdade das empresas de transporte e dos passageiros permitindo, respectivamente, proibições e limitações de transporte internacional, nacional ou local, possibilitando a negativa de transporte para certos Estados, pessoas contaminadas, comunicação de dados e roteiros de forma mais incisiva, além de apresentação de exames ou documentos de vacinação e outros.

No caso de empresas de abastecimento ou fármacos a possibilidade de uso, produção, proibição, transferência, dispensa de produtos e medicamentos, podendo abrir e fechar empresas conforme a necessidade, relativizando seus horários trabalho e meios de produção e importação, com base no interesse do bem-estar público ou no interesse da segurança federal (art. 5 ISFG).

O artigo 5a da ISFG, por sua ousadia, merece ser comentado, afinal, diante de tantas restrições que a lei propos, uma expansão para permitir que o Ministério da Saúde pudesse, por decreto e sem a necessidade de validação ou autorização do Bundesrat (Conselho Federal), autorizar pessoas com algum título profissional em saúde a, durante a situação epidêmica nacional, realizar atividades medicamentosas, provendo a possibilidade de arregimentar pessoas para a área da saúde de forma rápida.

As limitações e restrições têm validade até que a situação se normalise, com a revogação da situação de epidemia nacional ou até 31/03/2021, sendo que todas as situações apontadas poderiam ser tomadas por decreto do Ministério Federal da Saúde, dando enorme poder a este Ministério sem o medo característico de governos centralizadores e autocráticos, sendo que, em caso de epidemia nacional, o Ministério da Saúde poderia fazer recomendações para o RKI, além de fazer recomendações a outros ministérios (art. 5 IFSG).

No artigo 28, foram flexibilizados os direitos fundamentais da liberdade da pessoa (referência ao art. 2 GG), liberdade de reunião (referência ao art. 8 GG), liberdade de circulação (referência ao art. 11 GG) e a inviolabilidade de domicílio (referência ao art. 13 GG), todos direitos fundamentais da Constituição da Alemanha (GG), que poderiam ser relativizados conforme artigo 19 da GG, “por lei ou com base em uma lei... para combater o risco de epidemias” (DEUTSCHLAND, 2020a).

Para as *gemeinschaftseinrichtungen*, estabelecimentos de trato comunitário para crianças e jovens, quais sejam, escolas de modo geral e acampamentos de férias (art. 34 ISFG), era possível restringir entrada de doentes ou exigir determinadas prestações positivas para sua entrada, tudo com vistas a proteção das pessoas (art. 35 ISFG).

A ISFC já previa algumas compensações monetárias para auxiliar as restrições impostas nas linhas acima, como compensações (art. 56, ISFG), auxílios sociais e promoção de emprego (art. 57 ISFG) e reembolso de despesas

(art. 58 ISFG) todos alterados para permitir uma melhor interpretação e um maior alcance, assim, foram previstos auxílios para os pais que forem prejudicados por fechamentos de escolas, estamos falando de compensação financeira para ficar com os filhos em casa, para restabelecer as perdas por perda de remuneração ou emprego por cuidar dos filhos, limitado entre 67% do salário pós-imposto e com um limite máximo de 2.016,00€ (euros) por mês, aproximadamente, R\$13.100,00 por família.

Embora não seja o escopo deste trabalho, por estar tratando das relações entre a evolução da doença, o trabalho legislativo e, a possibilidade de, uma condenação Estatal, não podemos deixar de considerar uma possível falha (efeito colateral severo), na conseqüente gana de produzir uma vacina em tão curto espaço de tempo, a ISFG preveu o *bei Impfschaden*, dano de vacinação, ou seja, uma compensação financeira para quem for facinado e sofrer dano a saúde, portanto, nada de prejudicar meu povo sem pagar, inclusive com o devido tratamento médico residencial ou ambulatorial (art. 60-63 e 66 ISFG), o que demonstra a determinação estatal em proteger a população alemã.

A segunda lei de proteção da população em situação de epidemia de âmbito nacional viria para reforçar e clarificar artigos na ISFG, publicada em 23/05/2020 (Tabela 2), porquanto, como podemos observar na Figura 8 - Casos confirmados e mortes pela COVID-19 por dia (autor), os números estavam controlados.

A terceira lei de proteção da população em situação de epidemia, altera outros artigos da ISFG, autoriza o *Bundestag* alemão a determinar ou revogar situação de epidemia de importância nacional, em sintonia com a OMS ou com situações de transmissibilidade em território alemão (art. 2 § 5 ISFG).

Todas estas alterações levaram em consideração um relatório detalhado produzido em 20/03/2020 pelo RKI, baseado em informações coletadas, até esta data, dos casos ocorridos na RPC e em outros países, bem como, de recomendações da OMS já apontadas no item 1.5.

O relatório intitulado “Modelagem de cenários de exemplo da epidemia de SARS-CoV-2 em 2020 na Alemanha” previa situações relacionadas a propagação e gravidade do SARS-CoV-2 na população da Alemanha (RKI, 2020h), provendo uma série de cenários e modelagens matemáticas, uma tabela neste documento é relevante para este trabalho, porquanto diz respeito ao curso

da infecção em dias e, como todos sabemos, os efeitos do direito no “mundo real” tendem a ser demorados, portanto, possivelmente inócuos para doenças de rápida proliferação como o COVID.

A tabela relaciona as fases da doença em uma relação com o uso do sistema de saúde e os dias possíveis de internação do paciente, desde a sua infecção, como podemos observar abaixo:

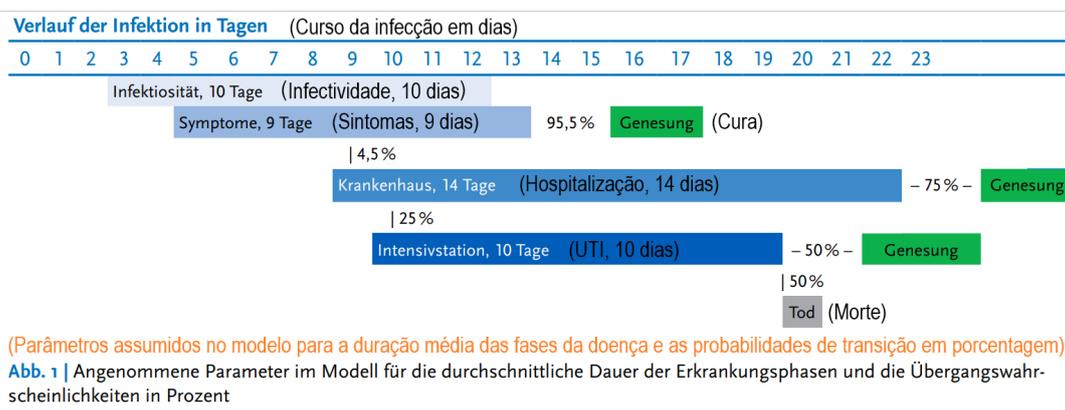


Figura 9 - Curso da infecção em dias (RKI, 2020h, tradução livre)

Assim, é possível perceber que, apesar das grandes e rápidas alterações legislativas que foram apontadas acima, a hospitalização de pacientes infectados se dava entre o 9º e o 22º dia após a infecção e, em alguns pacientes, levava para UTI entre o 8º e 19º da hospitalização, tendo um período total de infectividade de até 20 dias, sendo que os dois ou três primeiros dias são dias de latência média, o que transforma esta doença em um grande desafio. (RKI, 2020h)

Outra questão relevante diz respeito a velocidade de propagação do vírus e, neste relatório, foi utilizado o modelo SEIR que é um modelo estabelecido para descrever a propagação de uma doença, relacionando um determinado paciente infectado a sua capacidade de infectar outras pessoas após a contaminação, o que pode alterar a quantidade de pessoas que passaram pelo curso da infecção, o que estrangulava o sistema de saúde nacional. (RKI, 2020h)

Por fim, com base nestes dados e, a oportunidade e suscetibilidade de transmissão, é possível calcular o número de reprodução da doença, que é representado pela letra “R”, podendo permitir o controle da propagação com base em ações que inibam as condições variantes para esta reprodução, por isso, o desejável é que o valor de “R” seja menor do que 1 ( $R < 1$ ), que é quando

o número de infectados está regredindo. Qualquer valor acima de 1 representará o crescimento da quantidade de infectados e conseqüente elevação do número de internações, neste caso (CARTHAUS, 2020).

Desta forma, somente as alterações legislativas, leis *stricto sensu*, apontadas acima, não seriam suficientes para conter o avanço do vírus, sendo necessário medidas mais contundentes relacionadas a contato físico, minando a oportunidade de transmissão, porquanto a suscetibilidade, que pode ser inibida por vacinação, não está disponível até a presente data (05/04/2021), portanto, a melhor opção no sistema jurídico atual seriam decretos e portarias, o que foi permitido pela própria lei ISFG, que é implementado pelo Ministério da Saúde, cuja pasta é comandada por Jean Spahn, desde o início da COVID-19, até os dias atuais (12/2020).

Como já observamos, na Figura 7, o grau de risco da epidemia na Alemanha, em 26 de março, já havia alcançado seu nível máximo (muito alto) (RKI, 2020g), no dia 27/03/2020, alcançou a marca de 6,3 mil novos infectados no dia (maior número de infectados para os meses de março, abril e maio (WHO, 2020r), sendo que entre 20/03/2020, data do relatório RKI de cenários (RKI, 2020h) e na data da primeira implementação legislativa, ISFG em 27/03/2020, a Alemanha contava com uma média de 4,3k infectados por dia e 36,5 mortos por dia, totalizando no período 292 mortos (WHO, 2020r).

Assim, em 16/03/2020, o governo federal restringiu temporariamente o tráfego transfronteiriço entre a França, Áustria, Luxemburgo, Suíça e Dinamarca, seguindo o exemplo da Polônia, Bélgica e Países Baixos que já haviam fechado suas fronteiras. (RKI, 2020i)

A restrição fronteiriça tem como base os artigos 25 e 28 do Regulamento (UE) 2016/399 que possibilita o fechamento de fronteiras com a comunidade europeia, pois a Alemanha faz parte da UE que tem um tratado de circulação livre para estes países, como segue:

Art. 25. Em **caso de ameaça grave à ordem pública ou à segurança interna** de um Estado-Membro no espaço sem controlos nas fronteiras internas, esse Estado-Membro pode reintroduzir, a título excecional, o controlo em todas ou algumas partes específicas das suas fronteiras internas, por um período limitado não superior a 30 dias, ou pelo período de duração previsível da ameaça grave se a duração desta exceder 30 dias. O alcance e a duração da reintrodução temporária do

controlo nas fronteiras internas **não devem exceder o estritamente necessário para dar resposta à ameaça grave.**

Art. 28. Caso uma **ameaça grave à ordem pública ou à segurança interna de um Estado-Membro exija uma ação imediata**, o Estado-Membro em causa pode reintroduzir, **a título excepcional e de forma imediata, o controlo nas fronteiras internas** por um período limitado até dez dias. (UE, 2016, grifo nosso)

Com isto a Alemanha passa a estar isolada, por suas fronteiras terrestres.

Em sintonia, o Governo Federal e Estadual, por intermédio de sua Primeira Ministra, Angela Merkel, em 22/03/2020 passam a determinar uma série de ações, por meio de Resolução, com vistas a diminuir o contato físico, em sintonia com as determinações já apontadas pela OMS, como segue:

- I. Redução do contato com outras pessoas fora de sua própria residência ao absolutamente necessário;
- II. Em público, sempre que possível, manter a uma distância mínima de pelo menos 1,5 m entre as pessoas;
- III. Permanência em locais públicos só é permitido sozinho ou com membros da sua própria residência;
- IV. Celebrações em lugares públicos, em apartamentos e em instalações privadas são inaceitáveis, tendo em vista a grave situação do nosso país. As violações das restrições serão monitoradas pelas autoridades regulatórias e pela polícia e **sancionadas em caso de violação**;
- V. Os estabelecimentos de alimentação estão fechados salvo para entregas a domicílio para alimentação em casa;
- VI. Fechamento das empresas de prestação de serviços na área de cuidados pessoais, tais como cabeleireiros, estúdios de cosmética, massagens, estúdios de tatuagem e congéneres, salvo tratamentos clinicamente necessário;
- VII. Em todos os estabelecimentos, e principalmente nos abertos ao público, é importante cumprir as normas de higiene e implementar medidas de proteção eficazes para funcionários e visitantes. (DEUTSCHLAND, 2020b, grifo nosso)

Nesta mesma toada, em 30/03/2020, a Comissão Europeia, emite um comunicado para orientar a aplicação de restrições temporárias de viagens nas fronteiras da Comunidade Européia e a repatriação de seus cidadãos, nesta oportunidade a Comunidade não restringiu a circulação de nacionais, salvo

viagens não indispensáveis, nos Estados Membros (UE, 2020b), esta restrição perdurou até 15/06/2020 (UE, 2020d).

Outra estratégia utilizada foi relacionada a política de testagem (modelo PCR de teste), também recomendada pela OMS desde meados de março e que foi, amplamente, aplicada pela Alemanha desde o mesmo período, iniciando com grupos prioritários como profissionais da saúde, polícia e doentes, passando para idosos e grupos de risco e posteriormente para toda a população em poucos dias (RKI, 2020j) e, em 01/04/2020, a Comissão Europeia, anunciou novo material de controle para testes rápidos com vistas a massificar a testagem e permitir maior controle da evolução da COVID-19 na Comunidade (UE, 2020c).

Na tabela abaixo podemos verificar o números de testes realizados, a capacidade de testagem dos laboratórios e os resultados positivos dos testes por semana realizados na Alemanha, os dados são colhidos semanalmente pelo RKI (RKI, 2020k):

*Tabela 3 - Testes SARS-CoV-2 X resultados X capacidade de testagem (autor)*

<b>Testes realizados SARS-CoV-2 e capacidades de testagem por mês</b>				
<b>Mês</b>	<b>Número de testes</b>	<b>Resultados positivos</b>	<b>% positivos</b>	<b>Capacidades de teste</b>
Março	962.307	66.708	6,93%	185.655
Abril	1.484.337	107.841	7,27%	2.110.915
Mai	1.918.588	39.938	2,08%	4.156.629
Junho	1.515.355	14.859	0,98%	3.820.849
Julho	2.109.140	14.039	0,67%	4.060.651
Agosto	4.344.101	38.588	0,89%	5.635.318
Setembro	4.539.808	45.695	1,01%	4.866.244
Outubro	4.983.747	171.839	3,45%	5.987.636
Novembro	5.999.257	495.344	8,26%	6.698.299
Dezembro	4.915.453	616.407	12,5%	4.920.837
Janeiro	4.677.177	489.079	10,46%	5.232.965
Fevereiro	4.423.187	289.281	6,54%	4.881.636

O crescimento do número de testes não impediu o crescimento do número de casos, que aumentou grandemente nos meses de outubro e novembro, não cedendo após a retomada do crescimento, conforme podemos observar na Figura 8, mesmo com novas medidas impostas pelo governo alemão, impondo novo fechamento de comércios e novas medidas restritivas a circulação de pessoas em outubro de 2020 (DEUTSCHLAND, 2020c).

Outras leis, decretos e resoluções relevantes foram publicadas, em março de 2020, como a lei que flexibiliza, durante a pandemia, o direito civil, a

insolvência e o direito penal, com objetivo de permitir, uma certa, tranquilidade neste momento de turbulência, no entanto, a ISFG foi a base normativa mais importante para as ações realizadas na Alemanha.

Assim, diante das drásticas medidas impingidas restavam as autoridades colher os resultados, contando com a compreensão da população, o apoio do judiciário e a cooperação entre o Parlamento e o Executivo, que foram significativamente positivos e podem ser observados no gráfico com o cruzamento dos dados já plotados anteriormente (Figura 6), em que podemos observar na queda da curva da infecção e na curva de mortes, conforme abaxo:

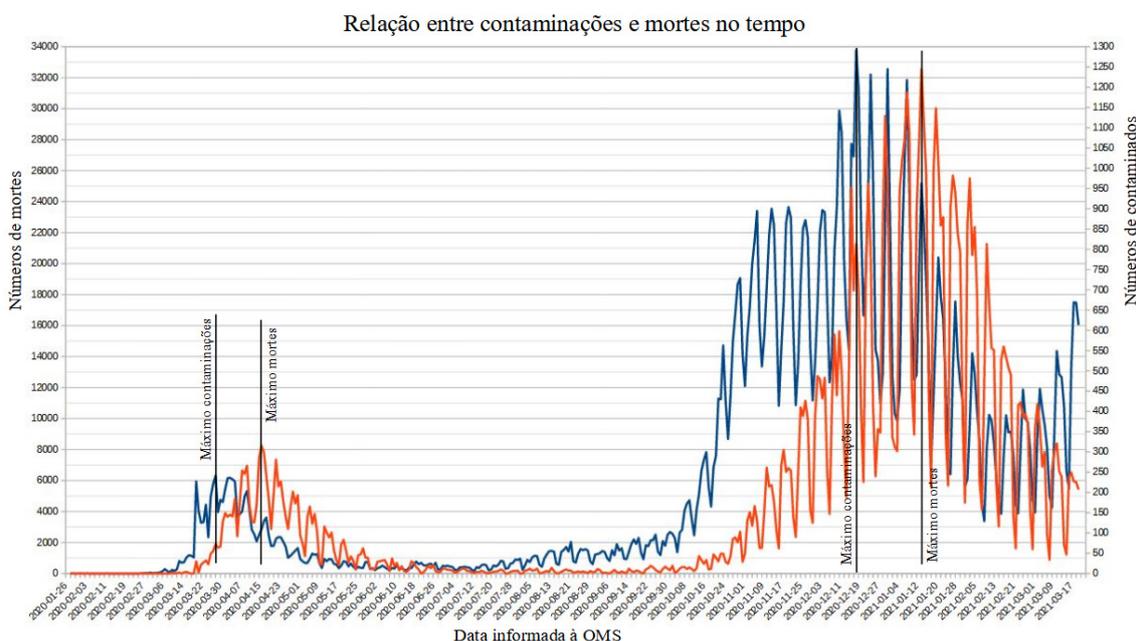


Figura 10 - Relação entre contaminações e mortes no tempo (autor)

A verificação dos dados na mesma tabela nos ajuda a perceber que com as medidas tomadas, iniciando no dia 22/03/2020 (DEUTSCHLAND, 2020b), consolidado pelas medidas legislativas *stricto sensu* a partir de 28/03/2020, mesmo contando com a latência apresentada pela doença conforme o relatório de modelagem (RKI, 2020h) e o gráfico do curso da infecção (Figura 9), o gráfico acima apresenta uma sensível redução dos casos, de forma gradual, conforme se observa da curva pontilhada azul, que representa os dados atenuados do número de contaminações informadas para a OMS nas datas apontadas.

O número de mortes continuou subindo devido ao curso da infecção, porquanto existem pessoas contaminadas que estão por entrar no sistema de saúde (hospitalização e UTI), conforme aponta o relatório de modelagem (RKI,

2020h), completando o “tempo de saturação” até o número máximo de mortes, representado no gráfico acima.

No entanto, a partir de outubro, o número de casos aumentou drasticamente, tendo um novo pico em meados de dezembro, mesmo com as solicitações da chanceler.

Assim, fica clara a eficácia das medidas realizadas, de forma inicial, pela Alemanha, freando o crescimento das contaminações e limitando o fator “R” (CARTHAUS, 2020).

Pelos números apresentados na Figura 8, a testagem em massa foi um suporte para verificação de situação fática, entretanto, conforme já apontado em parágrafos anteriores é somente uma ferramenta para afinar a atuação governamental, não resolveu o problema da segunda onda e da terceira onda que obrigou a Alemanha a manter as medidas rígidas de distanciamento.

Atualmente, a Alemanha tem vivenciado um novo aumento, após uma significativa diminuição dos casos.

Em constante crescimento no número dos casos de contaminação, desde 01/10/2020, com uma média de mais de 9.500 casos dia, o país verificou 23.300 novos casos no dia 07/11/2020, chegando a 30.000 novos casos por dia em meados de dezembro, com o conseqüente aumento no número de mortes, embora em proporção menor que os valores iniciais experimentados nos picos anteriores, contando, 130 infecções por 100.000 habitantes (RKI, 2020I).

Tal evento movimentou o Governo Alemão que, em reunião com governos federal e estadual em conjunto com a Chanceler Alemã Angela Merkel no dia 14/10/2020, decidiram pela restrição de diversas atividades para conter novamente o vírus, dentre as quais a limitação a participação de eventos e fechamento de restaurantes às 23:00 horas, além de limitações para reuniões e celebrações públicas. (DEUTSCHLAND, 2020c)

Como as medidas não surtiram efeito, em parte pelo fluxo viral (Figura 9) que já fora analisado, novas medidas restritivas foram implementadas em 28/10/2020, levando a Alemanha a patamares de restrições semelhantes aos apontados anteriormente, salvo para atividades escolares de ensino básico e jardim de infância que continuam em atividade com medidas de proteção (DEUTSCHLAND, 2020c) que seguirão até o dia 10/01/2021, sendo que em sua justificativa sobre as medidas ao Bundestag, a chanceler informou que:

O debate crítico não enfraquece a democracia; pelo contrário, fortalece-a.

Responsabilidade por si mesmo, pela própria família, pelas pessoas que trabalham e, além disso, por todos nós.

A pandemia deixou isso mais claro do que nunca: nós somos parte de todo. Se nos comportarmos de maneira descuidada, sem distância mínima, sem proteção de boca e nariz, com celebrações em espaço confinado, então aceleramos ainda mais a infecção e colocamos nossos semelhantes em sério perigo. (DEUTSCHLAND, 2020d)

Em comunicado, informando a necessidade de atuação mais contundente, quando em 13/12/2020, a Alemanha já ultrapassava a marca de 20000 infectados por dia (RKI, 2020m), um novo regulamento (DEUTSCHLAND, 2020f) explica a necessidade de medidas mais contundentes e explica o objetivo, como segue:

A meta ainda é tornar possível o rastreamento dos contatos e atingir a incidência de 50 novas infecções por 100 mil habitantes em sete dias. "É por isso que agora somos forçados a agir - e nós agimos", enfatizou a chanceler Angela Merkel no domingo, após consultas com os governos federal e estadual. (DEUTSCHLAND, 2020g, tradução livre)

Mesmo com as medidas, a curva continuou a crescer e alcançou a marca de 33000 infectados por dia, mantendo-se neste patamar até meados de janeiro de 2021 (Figura 8), após o início da vacinação neste país (26/12/2020), data esta que contou com imprevistos, adiamentos e, retirada de documentos do site oficial (RND, 2020).

Com o avanço da nova variante do COVID-19 (RKI, 2020g), com o aumento das contaminações (Figura 10), com o entendimento e apoio de todos os estados federados, a Alemanha, em 23/03/2021, prorroga o *lockdown* e aumenta as restrições até 18/04/2021 (DEUTSCHLAND, 2021b)

Observamos que, mesmo com a testagem em larga escala promovida pelo país, é possível perceber que, o componente significativo para a redução das curvas de contaminação e mortes foi o distanciamento social e fechamento de fronteiras, com a rápida e efetiva paralização de atividades não essenciais para o momento em tela, como podemos perceber do próprio relatório da RKI (RKI, 2020k), o que se coaduna com as afirmações em relatórios da OMS sobre o uso conjugado de ferramentas para o controle da pandemia, inclusive o distanciamento social (WHO, 2020bd).

Em 31/10/2020 o país contava com 73% de ocupação dos leitos da UTI (RKI, 2020m), chegando a 79% de ocupação em 30/11/2020 (RKI, 2020n), mostrando a resistência pelo volume de contágios e a demora para diminuição deles, o que demonstra uma possível saturação da resiliência da população.

Em 06/11/2020, o Governo Alemão lançou seu plano nacional de vacinação, dividido em duas etapas quais sejam (DEUTSCHLAND, 2020e):

- Fase 1: vacinação prioritária e centralizada.
  - A: Grupos prioritários e profissionais da saúde.
  - B: Toda a população.
- Fase 2: vacinação de rotina e descentralizada.

A distribuição, controle e autorização, é realizada, na fase 1, pelo Governo Federal que distribuirá aos Estados Federados cuja responsabilidade é o armazenamento e aplicação das vacinas (DEUTSCHLAND, 2020e), este plano foi desenvolvido antes do plano nacional disponibilizado pela OMS (Tabela 1), com apoio do RKI.

Uma tabela completa com as justificativas e grupos de vacinação para a Alemanha foi desenvolvida em fevereiro de 2021, por um grupo permanente de vacinação (STIKO) que faz parte do RKI (RKI, 2020n), bem depois do plano logístico detalhado para a vacinação na Alemanha, publicado pelo Governo Federal em 06/11/2020 (DEUTSCHLAND, 2020g), que começou em 26/12/2020, com projeção de 6 meses para a vacinação de toda a população

No entanto, já havia várias críticas relacionadas à logística implementada nestes documentos e à realidade fática dos centros de distribuição na Alemanha (DW, 2020), o que foi confirmado com a evolução da vacinação e as críticas relacionadas ao desempenho da Alemanha neste quesito, com o reconhecimento dos erros pela chanceler, apontado a falta de insumos pela compra conjunta com a União Europeia e, a recente proibição da administração do imunizante da AstraZeneca em idosos (CNN, 2021).

Um dos motis do Governo Alemão foi a transparência das informações e divulgação de informações fidedignas para a população de forma massiva e constante por meio de canais digitais, em linguagem acessível e transparente, sendo disponibilizadas de forma clara nos sites oficiais do governo, inclusive com minutas de reuniões ministeriais e declarações de ministros e da própria Chanceler.

Embora estas medidas sejam necessárias, não deixaram de causar inquietação em estudiosos sobre a dificuldade de preservar a democracia, onde medidas austeras são necessárias, inclusive relacionadas a divulgação de informações, limitação de liberdades fundamentais, tais medidas têm que ter um caráter temporário e não podem ser seguidas de reformas legislativas significativas, como bem aponta Tamara Ehs, quando critica as ações da RPC e alguns apontamentos sobre o presidente do Bundestag que quis alterar a Constituição alemã, *Grundgesetzes*, em plena pandemia (HÄNEL, 2020).

No mundo, a vacinação foi iniciada em Moscovo, Rússia (05/12/2020 - Sputnik V), iniciando por médicos, professores e grupos de risco, seguido pelo Reino Unido (08/12/2020 – Pfizer/ BioNTech) cuja primeira paciente foi uma senhora de 90 anos, propondo-se a vacinar os grupos de risco, o que nos possibilita vislumbrar a finalização deste episódio histórico da humanidade. (DW, 2020c)

Com isto, pudemos verificar a atuação da Alemanha durante a pandemia e o impacto das leis e regulamentos que foram produzidos em relação a curva de contaminação.

Agora, passemos a estudar as medidas e ações realizadas pelo Brasil nesta situação.

### 3. AÇÕES NACIONAIS NA COVID-19 – O CASO DO BRASIL

Algumas questões são relevantes em relação ao Brasil e a Alemanha que precisam ser observados diante da complexidade da situação, como o tamanho e quantidade de população destes países, a Alemanha tem uma área total de 357.051 km<sup>2</sup> com uma população de 82.000.000 de habitantes e, o Brasil, conta com 8.515.767 km<sup>2</sup> com uma população de 210.000.000 de habitantes (estimativas para 2017) portanto, mais de 20 vezes maior que a Alemanha, com 3 vezes mais habitantes.

Outra questão relevante é o momento histórico, principalmente quando falamos de leis, pois, no sistema da tripartição de poderes o legislativo e o executivo precisam ter boas relações para que estas sejam aprovadas e o judiciário precisa ser não intervencionista para que haja um certo equilíbrio nestas leis, estabilidade temporal e jurídica, tudo o que não estava ocorrendo naquele momento.

O País havia passado por um Impeachment, a pouco tempo, com grave instabilidade política, e o desbaratamento de diversos grupos políticos criminosos e redes de corrupção com a iniciativa privada e os governos (IMPEACHMENT, 2018), dentre outras situações envolvendo o judiciário, o que, por definição natural, implica na autodefesa de seus membros, conforme declaração do Min. Roberto Barroso no programa Roda Viva em 15/06/2020 (RODA, 2020, 41:39), embora ele mesmo não tenha se desvirtuado neste sentido, segundo sua afirmação.

Neste contexto, são notórias a instabilidade política/econômica e a dificuldade na governabilidade de um Presidente que detêm o poder, relativamente, concentrado e, depende do legislativo para compor e delimitar políticas nacionais, porquanto no presidencialismo esta dificuldade fica mais evidente, ao contrário da estabilidade política da Alemanha, neste período.

No âmbito regional, em relação ao sistema de saúde mundial, temos escritório local da OMS nas américas é a Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO) que é a responsável pela divulgação e troca de informações entre a OMS e os órgãos locais, incluindo o Brasil, também sendo responsável pela organização local e distribuição de recursos e informações (PAHO, 2020) entre os países membros, que se encontra inserta na história da OMS abordada no item 1.1, e na sua estrutura como apontado no item 1.3.

Conforme o item 1.5, o primeiro caso confirmado de COVID-19 no Brasil foi registrado em 27/02/2020 (Tabela 1), neste ponto, a Alemanha já acumulava 21 casos, a Europa contava com 486 casos e o mundo com 3664 casos confirmados e 57 mortos, fora os casos chineses que já estavam em 142823, portanto, um crescimento bem significativo, revelando o potencial epidêmico deste novo vírus (WHO, 2020s).

Como já apontado, os protocolos de emergência da OMS e suas subsidiárias já se encontravam em ação (WHO,2020b) obrigando o Brasil, assim que houvesse algum caso, reportá-lo em 24h para o PAHO (art. 6 RSI), que repassaria para a OMS.

Assim como na Alemanha (item 2), o Brasil não deu a devida importância à contaminação pela COVID-19, em seu início, embora a proximidade com o carnaval e a polêmica instaurada na mídia local sobre a proibição das atividades públicas, mesmo com as declarações do surto da COVID-19, pela OMS, tendo diversos componentes relacionados à esta demanda, como a economia, também relevantes para a tomada de decisão do Governo Alemão.

Embora o Brasil não tenha a problemática de uma legislação internacional de liberdade fronteiriça nos mesmos moldes da União Europeia, item 2, a CF/88 considera a saúde como direito constitucional e dever do Estado (art. 196 CF/88) que, sendo entendida como norma programática pelo STF, não pode ter caráter inconstitucional e, portanto, deve ser implementada dentro de critérios razoáveis e proporcionais por todos os entes federativos (STF, 2000).

Esta perspectiva jurídica obriga o Estado a implementar políticas mais humanitárias e abrangentes possíveis para a saúde e, o intervencionismo do Judiciário brasileiro tem cobrado amplamente tal atuação, a exemplo da ADPF 672, proposta pelo Conselho Federal da OAB, que foi julgada parcialmente procedente para “permitir” aos entes federados, dentro de suas atribuições a “adoção ou manutenção de medidas restritivas legalmente permitidas durante a pandemia”, o que a CF/88 já permite (art. 23, II e IX; art. 24, XII; art. 30, II CF/88), “sem prejuízo da competência geral da União” (art. 21, XXIII CF/88) (STF, 2020), lembrando que o Estado deve atuar com prioridade preventiva (art. 198, II CF/88).

Assim, a repartição de poderes e o princípio federativo são bem delineados e as competências são estruturadas como exclusivas (art. 21 CF/88),

comuns (art. 23 CF/88), privativas (art. 22 CF/88) e concorrentes (art. 24 CF/88), à semelhança da GG, como apontado no item 2, sendo que o direito à saúde se circunscreve no âmbito de competência concorrente e privativa, a depender da amplitude e do assunto (art. 198 CF/88), muito semelhante ao caso alemão.

Como na Alemanha, os direitos fundamentais estatuídos pela CF/88 que podem ser relativizados por lei, como a liberdade pessoal (art. 5, II CF/88) e liberdade de reunião (art. 5, XVI CF/88), liberdade de locomoção (art. 5, XV CF/88) e a inviolabilidade de domicílio, salvo para prestar socorro (art. 5, XI CF/88) podendo estes direitos serem restringidos por lei, portanto, têm as mesmas configurações da GG Alemã, que como lá, oferece grande resistência política legislativa.

Outra lei relevante para o sistema de saúde nacional é Lei 8080/90 que é a lei estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) que determina, em seu artigo 16, as competências de “coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica”, “elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal” (BRASIL, 1990) tendo a União o condão de:

[...] executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, **que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.** (BRASIL, 1990, grifo nosso)

Desta forma, fica evidente a preponderância da União para analisar situações que fujam ao controle dos entes federados e a competência concorrente dos entes para a consecução das ações de saúde no Brasil.

O Brasil, ao contrário da Alemanha, com base no artigo 16, III, a da L8080, tem uma rede de Laboratórios de Saúde Pública (LSP) e privados, coordenados pelo SUS, que dão suporte ao MSB para auxiliar na demanda epidemiológica nacional que tem grande capilaridade e, é dividido entre nível Local, Regional, Estadual, Macrorregional e Nacional, dentre os quais o Instituto Adolfo Lutz (IAL) que é o centro de excelência relacionado aos casos de influenza, como a COVID-19, que é também considerado o Laboratório da Macro Região Sul, que inclui o maior estado da federação, São Paulo, sendo o Laboratório Central (LACEN) deste Estado (SANTOS, 1997).

Por isso o IAL em conjunto com a USP e a Universidade Oxford sequenciaram o genoma da COVID-19 da cepa no Brasil (IAL, 2020) e foi o laboratório que iniciou os testes para diagnóstico deste no Brasil, que foi seguido por uma rede de laboratórios para acelerar os procedimentos em São Paulo (IB, 2020) e posteriormente no Brasil através da rede de laboratórios que iniciariam a testagem em larga escala da população e óbitos dentro do espectro da doença (BRASIL, 2020c).

Desta forma, com as recomendações da OMS sobre a organização de sistemas que pudessem preparar os países para respostas a situações de emergência epidemiológicas, e as competências acima delineadas, a Lei 9782/1999, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária tendo como um dos objetivos “atuar em circunstâncias especiais de risco à saúde” (art. 2 L9872), provendo compartilhamento de informação, apoio técnico e financeiro e vigilância no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 1999).

Em 2011, o decreto nº 7.616 (BRASIL, 2011), regulamenta a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), que pode ser declarada em situações epidemiológicas com risco de disseminação nacional, agentes infecciosos inesperados, gravidade elevada ou ultrapasse a capacidade de resposta no âmbito estadual do SUS (art. 3 D7616/2011) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS que pode ser utilizada em casos de ESPIN para execução “de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população” (art. 13 D7616/2011).

Entretanto, para a COVID-19, foi criado o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) (PCNIHC), produzido pela COE, que escalona o nível de respostas do Governo Federal em relação a esta nova cepa do SARS, relacionando a resposta diretamente com o RSI (2005), subdividindo os níveis de resposta em Alerta, Perigo Iminente e ESPIN, como segue (BRASIL, 2020e, p. 5-7):

- Alerta: risco elevado de introdução da COVID-19 no Brasil, não havendo casos suspeitos;
- Perigo Iminente: caso suspeito confirmado no Brasil;

- ESPIN: transmissão local confirmada, do primeiro caso de Coronavírus (2019-nCoV), no Brasil, ou declaração, pela OMS, de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Para que estas situações sejam acionadas, nos moldes da Alemanha, a avaliação da situação de risco deverá ser realizada de forma descritiva e qualitativa, relacionando a tomada de decisão em dados objetivos, que devem levar em conta (BRASIL, 2020e, p. 5):

- Transmissibilidade, relacionado a eficácia e capacidade de sustento da transmissão e nível de surtos;
- Propagação geográfica entre humanos, animais e coisas entre as unidades federadas;
- Gravidade clínica, incluindo internações, complicações e mortes;
- Vulnerabilidade dos afetados;
- Preventividade e tratamentos;
- Recomendações da OMS e evidências científicas.

Em 2014, foi criado o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública (PRESP), procurando obter uma resposta “oportuna, eficiente e eficaz” pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) com a ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes), em situações de Emergência de Saúde Pública (EPS), que coordena e dirige as respostas federais com procedimentos específicos para “dengue, malária, **influenza**, inundação, seca, entre outros”, tudo com base no RSI e sob a tutela do Ministério da Saúde do Brasil (MSB) (BRASIL, 2014, p. 7-8, grifo nosso).

O COES é acionado por análise da situação de risco, da mesma forma que na OMS e na Alemanha, sendo identificado pelo secretário da SVS, por meio de avaliação da natureza e magnitude do risco que leva em consideração, o próprio risco e a vulnerabilidade do sistema, ativado em 4 níveis, em qualquer ordem ou momento (BRASIL, 2014, p. 15-16), como segue:

**Nível zero:** a esfera local possui os recursos necessários para responder à emergência. A atividade da esfera federal restringe-se ao monitoramento e à orientação técnica a distância, bem como encaminhamento de insumos básicos necessários.

**Nível I:** a esfera local não possui os recursos necessários para responder à emergência, necessitando da mobilização de recursos

adicionais e o apoio complementar (estadual ou federal), possibilidade de envio de equipe de resposta à ESP.

**Nível II:** o risco é significativo, superando a capacidade de resposta das esferas municipal e estadual, necessitando da mobilização de recursos adicionais e o apoio complementar da esfera federal com envio de equipe de resposta à ESP.

**Nível III:** ameaça de relevância nacional com impacto sobre diferentes esferas de gestão do SUS, exigindo uma ampla resposta governamental. Este evento constitui uma situação de excepcional gravidade, podendo culminar na Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (BRASIL, 2014, p. 15-16).

O algoritmo abaixo mostra a forma de acionamento do Coes, dentro de situações de emergência:

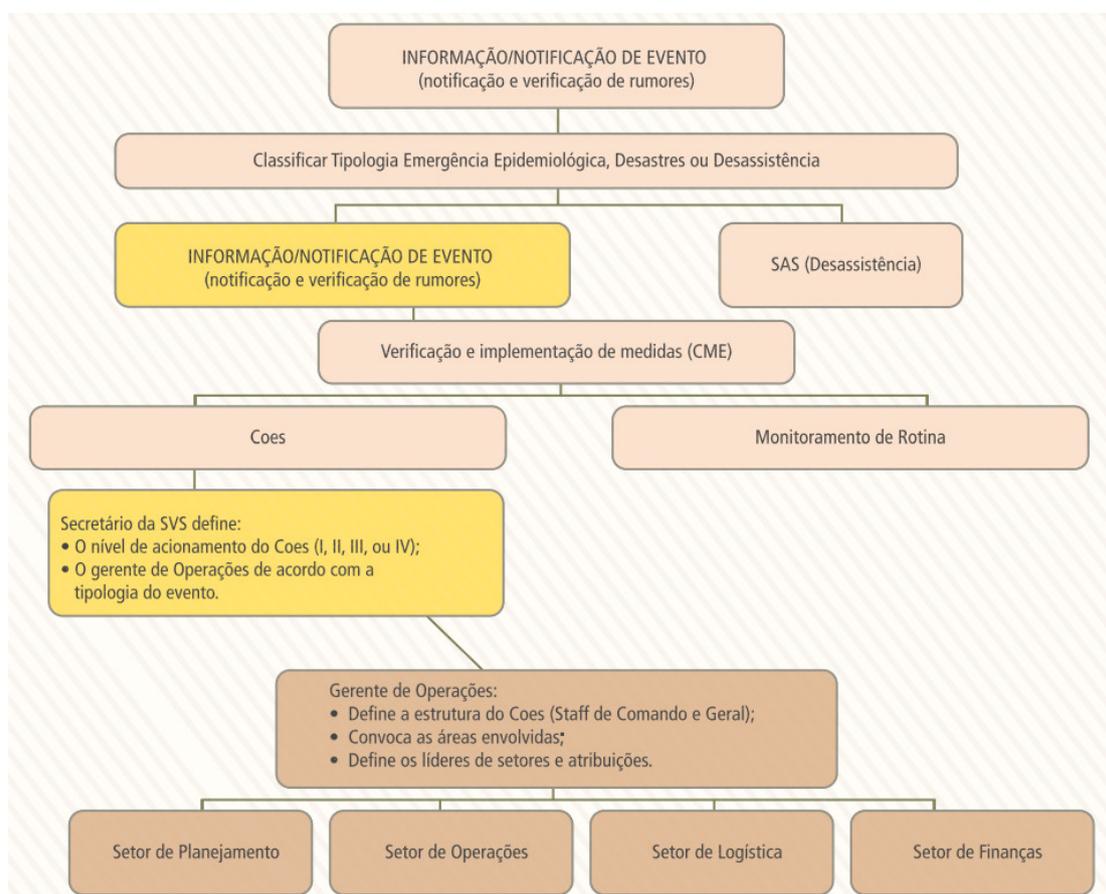


Figura 11 - Algoritmo de decisão para acionamento do Coes (BRASIL, 2014, p. 34)

Como podemos perceber, existe uma preocupação com o atendimento de forma completa por parte do PRESP que busca englobar todas as áreas envolvidas, para uma resposta eficaz em relação EPS, tanto em relação à logística como em relação finanças locais, tudo com o fito de “salvar vidas,

reduzir os impactos sobre a saúde, garantir a segurança pública e atender às necessidades básicas da população afetada” (BRASIL, 2014, p. 7).

Desta forma podemos demonstrar a relação entre os diversos sistemas de monitoramento, do Brasil, que foram apresentados, como segue:

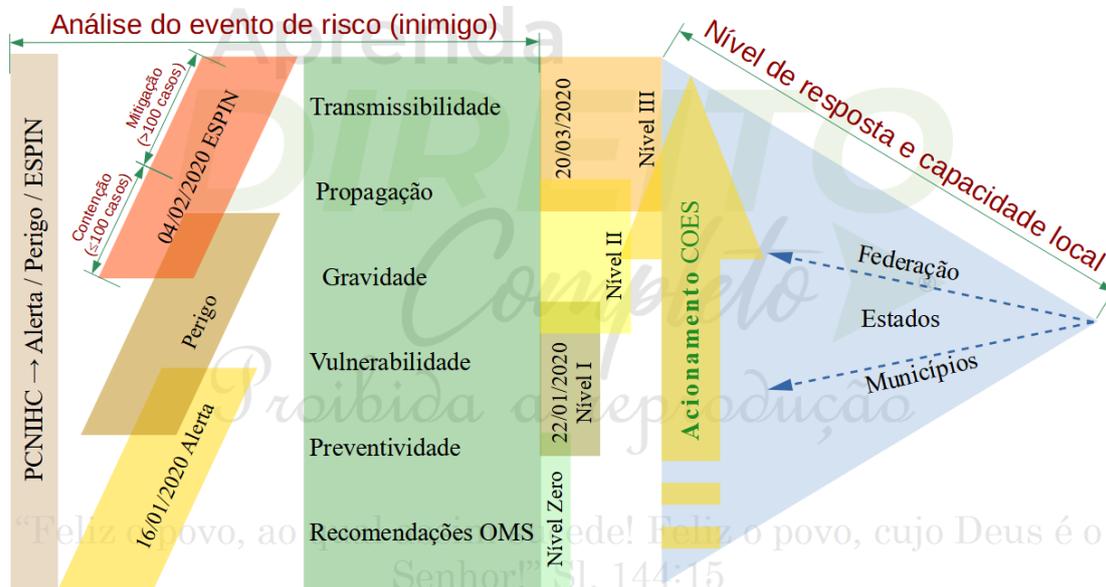


Figura 12 - Níveis de risco relacionado aos fatores de carga e gravidade com acionamento do COES (autor)

Embora existam mais elementos a serem valorados no Sistema de Gerenciamento de Riscos Nacional em relação aos outros apresentados, o que é compreensivo pela complexidade e proporção do país, é possível observar que os sistemas de gerenciamento da Alemanha (Figura 7) e da OMS (Figura 5) são semelhantes ao sistema apresentado, com um diferencial entre o sistema alemão e o brasileiro, que é a análise explícita do grau apresentado pela OMS para mensurar o risco Nacional, além de dimensionar o ESPIN em 2 etapas distintas, conforme a quantidade de casos confirmados (BRASIL, 2020e, p. 6).

Conforme apontado acima, o Ministro da Saúde, assim como na Alemanha, recebeu uma grande parcela de poder para executar as ações necessárias para o controle da pandemia, entretanto, no Brasil, o que podemos perceber é um enfraquecimento das figuras dos Ministros em detrimento do discurso negacionista presidencial como apontado Cinderela Caldeira (CALDEIRA, 2020; MOISÉS, 2020), situação que se repete em 2021 (MOISÉS, 2021).

Esta postura é verificada pela troca de comando no ministério que teve três ministros desde o início da pandemia, quais sejam (BRASIL, 2020):

- Luiz Henrique Mandetta: ortopedista e político;

- Nelson Teich: oncologista, consultor e empresário;
- Eduardo Pazuello: militar;
- Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes: médico cardiologista.

Embora as respostas midiáticas tenham sido mais políticas do que técnicas, em um Boletim Epidemiológico (BE Vol. 51) publicado em 16 de janeiro de 2020, foi detalhado o surgimento de uma “pneumonia de etiologia desconhecida”, informando o cenário situacional em relação à doença, com dados sobre a distribuição de rumores digitais e reforçando as recomendações da própria OMS, em especial o fato de que “a OMS desaconselha a aplicação de quaisquer restrições de viagem ou comércio na China, com base nas informações atuais disponíveis para este evento” (BRASIL, 2020a), conforme já apontado no item 1.5, pelo menos até que a 20/05/2020 (WHO, 2020ai).

O mesmo boletim informa as medidas preventivas realizadas pelo MSB como a adoção de recomendações da OMS, notificação de áreas específicas como portos, aeroportos e fronteiras pela Ag. Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), notificação das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios e avaliação de risco diário. (BRASIL, 2020a)

No dia 03/02/2020, o primeiro BE Coronavírus foi publicado, informando a ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV) em 22/01/2020, uma variação do COES para o Coronavírus, com dados sobre o controle epidemiológico do Brasil em relação a casos suspeitos, pois os Estados já deveriam notificar o Coes sobre casos suspeitos, inclusive com precauções padrões (BRASIL, 2020b), muito semelhantes as recomendações de higiene e etiqueta respiratória apontadas pelo BZGA (BZGA, 2020a), como limpeza de mãos, desinfecção de objetos, distanciamento de infectados e outros, além de cuidados com os pacientes, detalhando todas as informações sobre a resposta internacional e da OMS (BRASIL, 2020b), como apontado no item 1.5.

O gráfico ilustrado, abaixo, revela como e quando foram as ações que levaram ao acionamento do COES, com as datas de identificação dos eventos o início das atividades, mostrando a prontidão administrativa do Brasil em relação ao tema:



Figura 13 - Linha do tempo das ações iniciais na COVID-19 em Jan/2020 (BRASIL, 2020f)

Neste momento é preciso observar que, as informações acima foram divulgadas antes das recomendações da Alemanha (BZGA, 2020b) e, antes do primeiro caso confirmado de infecção no Brasil (WHO, 2020s), demonstrando que a resposta ao problema, inicialmente, foi mais que a Alemanha (item 2).

Continuando, em 04/02/2020, o Brasil declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), 23 dias antes do primeiro caso confirmado no País, por meio da Portaria 188/2020, que leva em consideração a “declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro de 2020” (BRASIL, 2020d) em total sintonia com o RSI (2005) e o ERF, todos apontados no item 1.5.

Inicialmente, os dados sobre a COVID-19 eram acompanhados diretamente do site da OMS, por recomendação do MSB (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020f; BRASIL, 2020h), posteriormente, a partir do BE COE-nCoV 03, específico para a COVID-19, foi disponibilizada uma plataforma no endereço <http://plataforma.saude.gov.br/>, que ficou disponível até jun./2020 quando parou de informar os dados e apagou os mesmos, segundo o The Guardian, quando atingiu o 2º maior número de mortes e foi posteriormente restabelecido pouco depois, sendo o governo acusado de totalitarismo (PHILLIPS, 2020).

A Procuradoria Geral da República instaurou procedimento para apuração relacionada a exclusão dos dados (MPF, 2020), sem conclusões até o momento.

O Ministério da Saúde informou que a queda foi ocasionada por manutenção e alteração na forma de captura dos dados e compilação, “para evitar subnotificação e inconsistências” (BRANDÃO, 2020)

Após este ocorrido, o site com os dados foi restabelecido e redirecionado para o site <https://covid.saude.gov.br/>, onde é possível, ainda hoje, verificar todas as informações, de forma detalhada sobre os dados da COVID-19.

Outra questão relacionada ao assunto é que, o ocorrido, não afetou o fluxo de informações encaminhadas a OMS pelo Brasil, portanto, as informações sobre casos confirmados, suspeitas, mortes e outros continuaram a ser divulgados pelo site da OMS, no endereço <https://covid19.who.int/table>, conforme relatórios detalhados e reportes da OMS.

Em relação as alterações legislativas *stricto sensu*, a principal lei relacionada ao assunto foi publicada em 06/02/2020, Lei 13979/2020, 20 dias antes do primeiro caso confirmado de COVID-19 no Brasil, com a definição de termos básicos como isolamento e quarentena, além de determinar medidas compulsórias como exames e vacinação (BRASIL, 2020s).

É preciso apontar que esta lei teve dois momentos importantes, o primeiro relacionado à sua promulgação inicial, com o impacto direto na situação apontada em 06/02/2020 e o segundo em 02/07/2020 em que houve diversas alterações na Lei 13979/2020, como veremos a seguir.

Assim como o ISFG, a Lei 13979 permitiu atos do Ministro do Estado da Saúde de forma abrangente, possibilitando restrição de fronteiras em qualquer ambiente, restrições interestaduais e intermunicipais, além de possibilitar aos gestores locais esta mesma autonomia, inclusive relacionada a vacinação compulsória (art. 3 L13979/2020).

Entretanto, esta mesma lei objetivou restringir a atuação dos estados quando limitou, em seu art. 3 §§ 9, 10 e 11, as determinações das restrições (isolamento e quarentena) contidas na lei a decreto presidencial.

Este ponto foi enfrentado pelo STF na ADI 6341, julgada em 15/04/2020, em que determina a interpretação conforme a constituição ao afirmar que:

É preciso ler as normas que integram a Lei 13.979, de 2020, como decorrendo da competência própria da União para legislar sobre vigilância epidemiológica, nos termos da Lei Geral do SUS, Lei 8.080, de 1990. O exercício da competência da União em nenhum momento diminuiu a competência própria

dos demais entes da federação na realização de serviços da saúde, nem poderia, afinal, a diretriz constitucional é a de municipalizar esses serviços. (STF, 2020a)

Com esta decisão, o STF, confirma a autonomia dos estados federados e municípios, dentro de suas respectivas circunscrições, para estabelecer as restrições necessárias para a contenção do COVID-19.

Tal autonomia foi ampliada em 11/08/2020 quando a lei 14035/2020 incluí a possibilidade de restrições excepcionais a rodovias, portos e aeroportos, relacionados a locomoção interestadual e intermunicipal.

Outra questão não abordada pela lei, inicialmente, foi a questão de uso de mascarás de proteção individual, que foi incluída pela lei 14019/2020 em 02/07/2020, tal inclusão se deu após uma intensa discussão diante de uma redação, procurava vetar (veto publicado em 03/07/2020) a multa pela falta de uso do equipamento, que, segundo o STF, inviabilizaria a sua aplicabilidade, com superveniência do veto realizado em 06/07/2020, que alteraria o caput e § 5º do art. 3º-B e do caput do art. 3º-F da Lei nº 13.979.

Tal movimentação legislativa deu origem a 3 ADPF's, respectivamente, 714, 715 e 718, com liminar em 04/08/2020, sendo referendada em 31/08/2020 como segue:

... deferir em parte a medida pleiteada e, assim, suspender os novos vetos trazidos na "republicação" veiculada no Diário Oficial da União de 6 de julho de 2020, a fim de que seja restabelecida a plena vigência normativa do § 5º do art. 3º-B e do art. 3º-F da Lei 13.979/2020, na redação conferida pela Lei 14.019, de 2 de julho de 2020. (STF, 2020b)

Com isto, foi mantido o uso de máscaras e a multa pelo descumprimento do uso, com possibilidade de aplicação e normatização pelos estados federados e municípios, dentro de suas circunscrições.

Por fim, em 01/04/2020, foi protocolada a ADPF 672, que objetivava assegurar o exercício da competência concorrente para a adoção ou manutenção de imposição de distanciamento/isolamento social, que teve liminar parcialmente deferida em 09/04/2020, como segue:

... CONCEDO PARCIALMENTE A MEDIDA CAUTELAR na arguição de descumprimento de preceito fundamental, ad referendum do Plenário desta SUPREMA CORTE, com base no art. 21, V, do RISTF, para DETERMINAR a efetiva observância dos artigos 23, II e IX; 24, XII; 30, II e 198, todos da Constituição Federal na aplicação da Lei

13.979/20 e dispositivos conexos, RECONHENDO E ASSEGURANDO O EXERCÍCIO DA COMPETÊNCIA CONCORRENTE DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DISTRITAL E SUPLEMENTAR DOS GOVERNOS MUNICIPAIS, cada qual no exercício de suas atribuições e no âmbito de seus respectivos territórios, para a adoção ou manutenção de medidas restritivas legalmente permitidas durante a pandemia, tais como, a imposição de distanciamento/isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outras; INDEPENDENTEMENTE DE SUPERVENIENCIA DE ATO FEDERAL EM SENTIDO CONTRÁRIO, sem prejuízo da COMPETÊNCIA GERAL DA UNIÃO para estabelecer medidas restritivas em todo o território nacional, caso entenda necessário. (STF, 2020c)

Esta decisão foi referendada, por unanimidade do Tribunal, em 13/11/2020 (STF, 2020d)

Desta forma, os estados federados detêm autonomia, dentro de suas respectivas circunscrições, para efetivar as ações que entendam necessárias a prevenção e manutenção da saúde relacionadas à esta crise humanitária.

Continuando, em 26/02/2020, foi registrado os primeiros 5 casos de COVID-19 no Brasil, entretanto, como já apontado, o Brasil se encontrava em grau máximo de risco por força do posicionamento da OMS (BRASIL, 2020i), estando neste status até a presente data, conforme portaria 188/2020 do MSB que não foi revogada (BRASIL, 2020d)

A partir deste ponto, faremos uma comparação entre o número de casos e o número de mortes, relacionados a produção legislativa *lato e stricto sensu* e/ou suas alterações, para tanto, utilizei os dados do painel da OMS (WHO, 2020t), para uma comparação equidistante, que são tabulados no gráfico a seguir:

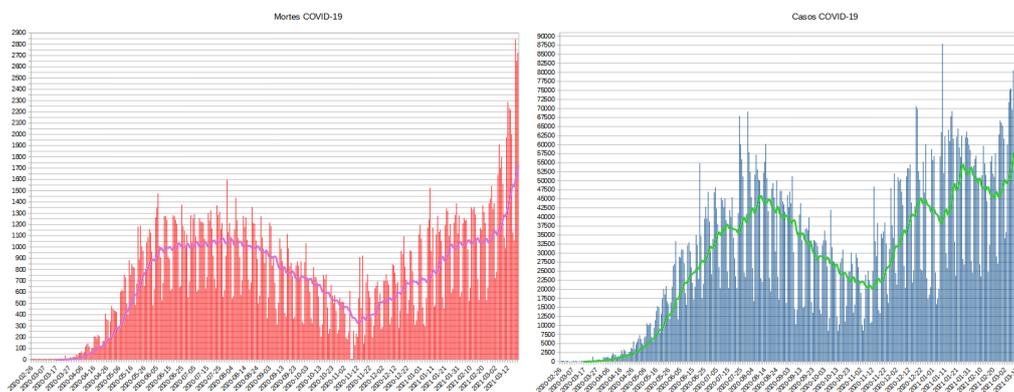


Figura 14 - Casos confirmados e mortes pela COVID-19 por dia (autor)

Como podemos perceber, ao contrário da Alemanha (Figura 8) que tem uma curva em forma de “U”, tanto nos casos confirmados como nas mortes, o Brasil está em um “U” invertido, que voltou a subir em uma ascendente muito maior do que o início da contaminação no país.

As mortes, assim como no caso Alemão, não cresceram na mesma proporção que no período da primeira onda, também por força do conhecimento adquirido sobre o vírus, que possibilitou uma atuação distinta dos profissionais da saúde para o combate a COVID-19.

Os casos de COVID-19, mesmo com as medidas realizadas na legislação, continuavam em clara ascensão, chegando ao patamar de 90000 contaminados no dia 19/03/2020 (Figura 14).

Continuando, entre a semana que antecedeu aos primeiros casos, o Brasil contava com 154 casos suspeitos, contando com 3 Centros Nacionais de referência para Influenza, que fazem parte da rede de laboratórios que apontamos acima, já contando com fluxo de coleta e diagnóstico tanto da rede pública como na rede privada, estruturados por fluxogramas detalhados nos BE-nCoV 03, neste mesmo boletim foi determinado que o MSB teria um canal telefônico (136) exclusiva para a situação, com atendimento 24h a partir de 02/03/2020. (BRASIL, 2020g)

Em 04/03/2020, já com 7 casos confirmados, o BE-nCoV 04 detalha o procedimento operacional para coleta e confirmação de casos pela COVID-19, entretanto, a validação dos resultados deveria ser realizada pelos National Influenza Center (NIC) (BRASIL, 2020j), que são os laboratórios referência apontados acima, criando um gargalo para os testes e fluxo de reconhecimento de contaminação, que não têm capacidade de processar a demanda eventual (VIDALE, 2020), que teve como resposta a criação de uma rede de cooperação entre universidades e institutos de pesquisa, oficializada em 02 de abril, que verificou problemas de certificação a serem solucionados, sendo verificado em São Paulo (SILVA, 2020), inicialmente, e aplicado em rede nacional.

A testagem em massa estava sendo coordenada através dos LACEN, dos NIC e de laboratórios colaboradores, que estavam ampliando a capacidade de testagem a cada semana, como se observa do gráfico abaixo, tal esforço havia reduzido o tempo de testagem de >90% da rede para <15 dias, o que reduziu o gargalo de diagnósticos, entretanto, ainda abaixo da necessidade de

testagem da população nacional para o evento, alcançando 13,7 testes por 1000 habitantes. (BRASIL, 2020k)

Mesmo assim, é importante salientar que os dados sobre testagens no Brasil não são disponibilizados de forma tão fácil, os BE's após 05/2020, dividem a quantidade de testes por tipo de teste, o que dificulta uma verificação sobre o número de testes em relação à população.

Atualmente, o Governo Federal informou uma média de 15.000.000 distribuídos, quinzenalmente, para os estados federados (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b; BRASIL, 2021c), informando como estratégia nacional a testagem.

Em 16/03/2020 o COE-nCoV se reuniu com Ministério da Educação (MEC) que passa a integrar o COE, para traçar as diretrizes relacionadas as instituições de ensino diante da gravidade da situação, neste momento, o Brasil já conta com 204 casos confirmados de COVID-19, sem nenhuma morte (BRASIL, 2020l).

Em 17/03/2020, a portaria 343/2020, autoriza a substituição de aulas presenciais por aulas on-line, bem como a suspensão de atividades acadêmicas presenciais pelo prazo que perdurar a pandemia em âmbito nacional (BRASIL, 2020n) e, em 19/03/2020 o MEC determina a preferência de trabalhos realizados de forma remota para todos os seus servidores em todo o país (BRASIL, 2020m), estando assim até a presente data.

Em 20/03/2020, o MSB, reconhece o estado de transmissão comunitária nacional (BRASIL, 2020t), onde também é reconhecido, pelo Congresso Nacional, o estado de calamidade pública (BRASIL, 2020u).

Já em relação às fronteiras terrestres, em 22/03/2020, a Portaria 132 da Casa Civil, determina o fechamento das fronteiras com o Uruguai (BRASIL, 2020p), em 31/03/2020, a Portaria 158, determina o fechamento das fronteiras com a Venezuela (BRASIL, 2020o) e, em 29/04/2020, considerando relatórios da ANVISA e do MSB, cerra as fronteiras para todas as nacionalidades por 30 dias, através da Portaria 204 (BRASIL, 2020q).

No entanto, apesar dos esforços realizados, o número de casos não cedia, mantendo-se com uma média de 23.000 novos casos por dia (08/05/2020~30/06/2020), desta forma, em 02/07/2020, uma alteração na Lei 13973/2020, passa a obrigar o uso de máscara de proteção em locais públicos,

veículos de transporte coletivo e comércios de modo geral (art. 3-A L13973/2020) com a possibilidade de multa pecuniária pelo descumprimento da medida tanto para o infrator como para aqueles que permitem (art. 3-b L13973/2020), além da obrigatoriedade de assepsia dos locais e disponibilização de álcool gel (art. 3-h L13973/2020).

Assim, com a implementação destas medidas, a curva passa a ceder em agosto/2020, tendo caído desde então, que já apresenta sinais de uma nova onda de contaminação nos últimos dias (Figura 14), que pode estar relacionado ao afrouxamento das medidas de restrição por parte dos estados e municípios, o que foi amplamente noticiado em vários jornais.

No entanto, uma análise entre a relação de mortes e contaminações sobrepostas ao período de ocorrência, nos revela a diferença entre as curvas respectivas relacionadas à Alemanha, como segue:

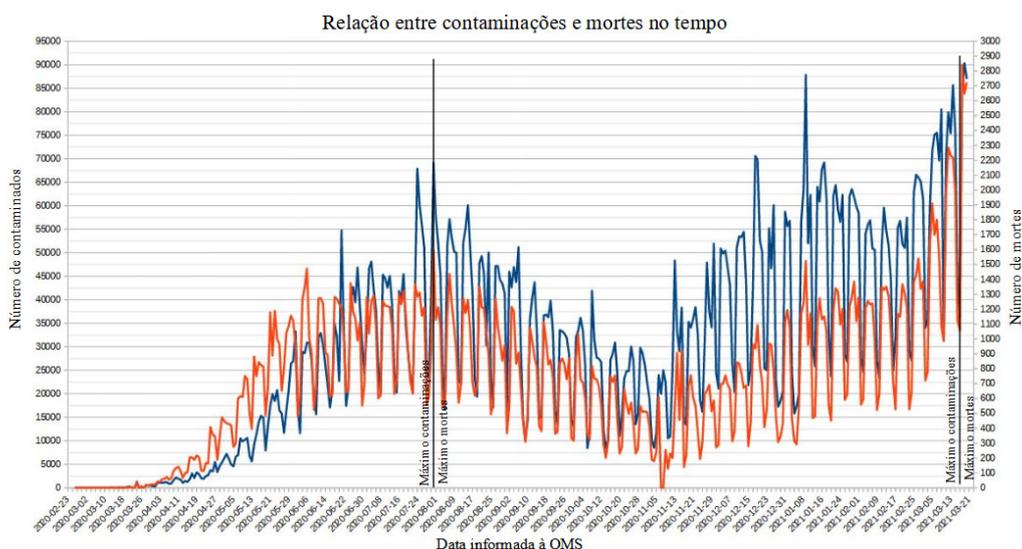


Figura 15 - Relação entre contaminado e mortes no tempo (autor)

Como já verificamos na Figura 9, quando analisamos o fluxo infecção (Figura 9), que é o mesmo em todos os países, existe um lapso temporal até que o número de mortes ceda, mas, podemos observar no caso brasileiro que, o número máximo de contaminados e número máximo de mortes coincidem, fazendo com que a queda na curva de mortes seja mais lenta, não se verificando o tempo de saturação que foi verificado no caso alemão (Figura 10).

Entretanto, com o aumento de casos na Alemanha (Figura 8), podemos observar que, diante da quantidade de casos ocorridos na Alemanha, nestes últimos dias, acompanhado pelo número de mortes (Figura 10), a relação de

contaminados e mortes manteve-se por mais tempo, produzindo um pico mais largo, como no caso do Brasil (Figura 15).

Uma possível resposta para o problema do Brasil e sua curva, tem sido apontado pela falta de notificação, não por saber e, não notificar, e sim por não testar em volume necessários para que seja mostrada a curva real de infecção que pode ser relacionada à curva de mortes (MELLO, 2020, PRADO, 2020), o que pode ser confirmado pelo que foi apontado acima, já que o Brasil testa 3 vezes menos que a Alemanha.

Mais uma vez, pudemos verificar que o distanciamento social é o derradeiro elemento de redução da curva e mortes, entretanto, quanto mais se protela esta medida, mais demorada será a queda da curva de contaminações e, conseqüentemente, a de mortes.

Esta situação já havia sido observada por um estudo realizado pelo COE-nCoV, no BE 05 de 14/03/2020, onde analisa os dados observados na RPC e compila as informações para verificar a eficácia de medidas não farmacológicas para reduzir a transmissão demonstrando, o impacto da redução do contato social, por meio de uma modelagem matemática, que observa uma redução de 50% no número de contaminações (BRASIL, 2020r), possibilitando que o tempo proporcione a ampliação da capacidade de atendimento do sistema de saúde e/ou o conhecimento de possíveis profilaxias para o vírus, como observamos abaixo.

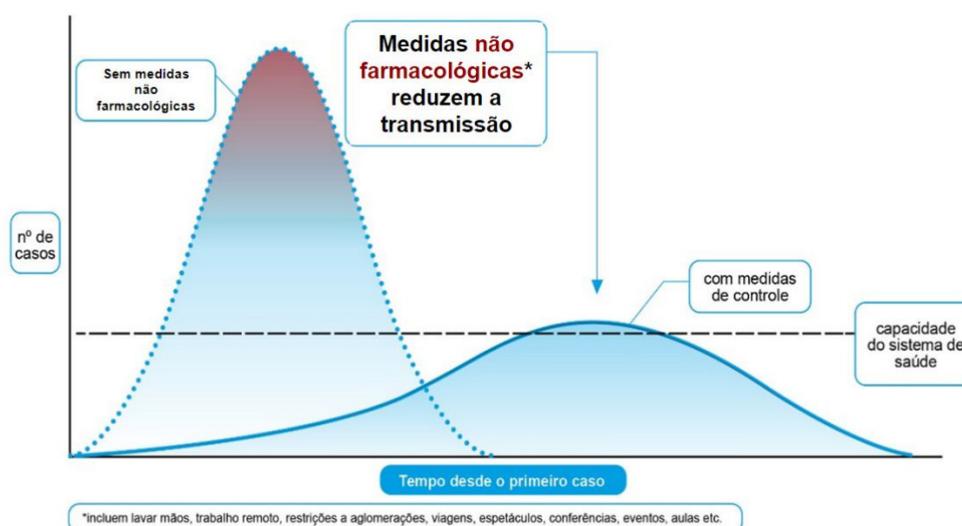


Figura 16 - Medidas não farmacológicas de redução de contato social e impacto na contaminação (BRASIL, 2020r)

Atualmente, o Brasil vem restringindo as liberdades individuais com *lockdown's* em vários estados federados e municípios, o aumento do número de

casos e o colapso do sistema de saúde tem obrigado as autoridades a ampliar as restrições em locais, com o colapso do sistema de saúde (DW, 2021).

Em relação ao plano de vacinação, temos uma verdadeira guerra política entre o Estado de SP e o Governo Federal, com trocas de animosidades e informações controversas, o que não deveria ocorrer, afinal de contas, o Governo Federal, assim como na Alemanha, autoriza por meio de agência federal (ANVISA) a avaliação, compra e distribuição da vacina, no entanto, o STF tem algumas ações questionando estas posturas como:

- ADI 6586 – visa confirmar a obrigatoriedade da vacina (argumento contrário à OMS), sendo julgada parcialmente procedente para conferir interpretação conforme, para adotar medidas indiretas em relação a compulsoriedade pois, “vacinação compulsória não significa vacinação forçada”, confirmando a competência concorrente dos estados federados e municípios (STF, 2020d), até o fechamento do trabalho não houve trânsito em julgado da decisão;
- ADI 6587 – visa desobrigatoriedade da vacina, tendo o mesmo desfecho da ADI 6586, por contemplar o mesmo assunto, conferindo “interpretação conforme à Constituição ao art. 3º, III, d, da Lei nº 13.979/2020” (STF, 2020e), até o fechamento do trabalho não houve trânsito em julgado da decisão;
- ADPF 770 – visa possibilitar aquisição de vacinas sem autorização da ANVISA (PL 54113/20) sendo que, no Tribunal Pleno, referendou a medida cautelar que possibilita a referida aquisição no caso de descumprimento do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação ou no caso de a ANVISA não expedir autorização para vacinas registradas no prazo de 72 horas. (STF, 2021a)

Já em relação ao plano nacional de vacinação, divulgado em 11/12/2020, pelo Ministério da Saúde, prevê 4 fases de vacinação inicialmente, priorizando grupos de risco e profissionais da saúde e, na última fase forças de segurança e salvamento, e posteriormente, o restante da população, com prazo de vacinação final ainda incerto.

Foram contempladas todas as vacinas disponíveis, embora somente as aprovadas pela ANVISA serão distribuídas que, conforme informação do próprio órgão são:

... autorizadas para uso emergencial no Brasil a vacina Covishield, desenvolvida pela Universidade de Oxford em parceria com a farmacêutica britânica AstraZeneca, e produzida no país pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); e a vacina CoronaVac, produzida pelo Instituto Butantan em parceria com a farmacêutica chinesa Sinovac. (VERDÉLI, 2021)

Foi equacionado a forma de distribuição e aplicação das doses, equalizado pela Rede de Frio Nacional que fará o armazenamento e distribuição das vacinas. As informações sobre o vacinado serão disponibilizadas no aplicativo Conect SUS, que conterà informações sobre o tipo de vacina, fabricante, lote e data, além do CPF e outras informações para controle e acompanhamento dos vacinados (BRASIL, 2020v).

Um projeto do governo federal procurou subsidiar a fabricação da vacina contra COVID-19 em território nacional, com vistas a diminuir custos e ampliar a vacinação em anos seguintes, o que foi concretizado em 08 de março de 2021, como segue:

No dia 8 de março, a Fiocruz anunciou o início da produção em larga escala da vacina Covid-19. Na mesma semana (12/3), a Fundação recebeu o primeiro registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para vacina Covid-19 produzida no Brasil e informou que receberá da AstraZeneca, em março, o dobro do número de lotes de Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) previstos... As entregas ao Ministério da Saúde somarão 104,4 milhões no primeiro semestre do ano. A partir do segundo semestre, a Fiocruz deve entregar mais 110 milhões de doses. (FIOCRUZ, 2021?)

Além disso, a própria FIOCRUZ tem procurado antecipar o cronograma de entrega, diante da situação que acomete o Brasil e pela crescente falta de insumos que acomete o mundo por conta da grande demanda ocasionada pela ampliação das negociações com laboratórios, em até 100 dias (FORBES, 2021).

O Instituto Butantã, em São Paulo, firmou contrato com a farmacêutica chinesa Sinovac para o envase e distribuição da CORONAVAC em 11/06/2020, bem como para testes da vacina em 9 mil voluntários (BUTANTAN, 2020) e já entregou 8,3 milhões de doses da vacina (SP, 2021).

No entanto, tais iniciativas não são suficientes para suprir a demanda de vacinação que, diante da nova cepa do vírus (BRASIL, 2021c) e, de sua alta taxa de transmissão, tem colocado vários países em *lockdown's* contínuos, como a

Alemanha, a Inglaterra, o Reino Unido e outros, mesmo com vacinação em andamento.

Erros de gestão tem atrasado a compra de vacinas, além das que serão produzidas, podendo colocar em risco a vacinação nos próximos meses (BRITO, 2021), no entanto, o custo da vacinação pode ser um grande motivador para o problema das compras, quando as contas não fecham. (CRISTINA, 2020), independente dos motivos, esta decisão pode pôr em risco milhares de vidas.

Com isto verificamos as principais ações legislativas e decisões tomadas pelo Brasil, bem como, as discussões jurídicas em torno do tema, abordamos o nível de infectados e mortos durante este período e as variações que ocorrerão durante as ações realizadas. Passemos, agora, a analisar as relações e os motivos para tais ocorrências, bem como suas relações com as diretrizes da OMS.

#### **4. COMPARAÇÃO DAS DIRETRIZES DA OMS E DAS AÇÕES NACIONAIS SOBRE A CRISE HUMANITÁRIA DA COVID-19**

Neste capítulo, iremos verificar as diretrizes postas pela OMS, principalmente, quanto a divulgação dos dados e das recomendações apontadas no item 1.5, relacionados aos relatórios desta organização (item 1.4), intercalados ao tempo e aplicação das respostas no ambiente jurídico dos Estados estudados em relação aos resultados alcançados e eventuais consequências (itens 2 e 3).

É importante salientar que, não podemos extirpar de nosso olhar as relações de poder (item 1) que estão presentes nestes apontamentos, porquanto, interferem de forma determinante nas decisões da OMS, como apontamos anteriormente, que ficou estampado nos conflitos estudados por alguns autores, e vêm emergindo de forma mais contundente pelos acontecimentos singulares que vivemos (BUSS et. al., 2020) como a COVID-19, que exigiu uma atitude prática e efetiva dos atores envolvidos, para além do discurso tecnicista que a OMS vivia no passado, entre as 1930 e 1950 (item 1.2), fazendo da Organização um ator relevante neste tempo.

Outra questão importante, em relação a OMS, é que esta Organização Internacional é um instrumento de alinhamento de posturas relacionadas à saúde internacional, portanto, suas diretrizes têm caráter norteador e complementar, sendo assim, os Estados membros da OMS, têm a responsabilidade de implementar as políticas sanitárias dentro de suas fronteiras, sendo responsáveis por suas ações seja positivas ou negativas, conforme se pode aduzir do artigo 3, item 4, que assevera que os Estados têm “o direito soberano de legislar e implementar a legislação a fim de cumprir suas próprias políticas de saúde”, em complementação ao artigo 2 da Constituição da OMS (UN, 1946a).

As ações da OMS, deveriam ser refletidas nas respostas às situações que emergem para a OMS e, sua aceitação, da sintonia das respostas dos países membros em aplicar estas recomendações.

Tal resposta, como ficou nítido em nossos apontamentos relacionados ao Brasil e a Alemanha (itens 2 e 3) dizem respeito a medidas de distanciamento, porquanto, salvo uma vacina eficaz, somente o distanciamento permite um eficiente controle de transmissão de um vírus com uma taxa de contágio tão

elevada como a COVID-19, podendo utilizar-se de outros instrumentos complementares como a testagem realizada pelos países.

Assim, passemos a analisar as diretrizes da OMS no cenário que fora estudado até então.

#### **4.1. Análise das diretrizes da OMS**

Em uma verificação preliminar, observamos que a OMS se portou com o tecnicismo que lhe é esperado, como órgão técnico e organizacional de ações para coordenação de uma resposta efetiva contra eventuais crises de saúde em escala global (WHO, 2017, p. 6), produzindo um arcabouço de recomendações temporárias para nortear os países durante a pandemia, nos termos do art. 15 do RSI, conforme observamos na Tabela 1.

A centralização da informação em um único órgão que captura e plota os dados de forma a organizar a informação, advinda de outros Estados membros da OMS, para que seja possível uma rápida e efetiva resposta, dentro dos parâmetros propostos nos regulamentos internacionais (art. 5 RSI), foi de muita valia, conforme pudemos observar na resposta inicial de ambos os países, itens 2 e 3.

Como mencionado pelos relatórios disponibilizados pela OMS (WHO, 2020b), as informações recebidas em 31/12/2019 acionaram o Sistema de Gerenciamento de Incidentes nos três níveis da OMS (Escritório Nacional, Regional e Sede), acionado pela classificação do nível de resposta operacional exigido pela emergência, que tem 24 horas para definir a classificação (WHO, 2017, p. 26-27), que neste caso foi acionado no dia 02/01/2020 (WHO, 2020b), conforme apontado (Figura 4), lembrando que passamos pelo dia 31 de dezembro e 01 de janeiro, como dificultadores da tomada de decisão, uma resposta extremamente rápida, tomada e analisada por vídeo conferência (WHO, 2017, p. 28).

De forma muito rápida, os países receberam informes sobre este apontamento nos Pontos Focais Nacionais do RSI, em sites reservados, no dia 05/01/2020, com a avaliação de risco realizada em 07/01/2020 (BRASIL, 2020f), colocando a RPC, nos moldes da Figura 5, como Suspeita de Evento de Saúde Pública em risco “muito alto” o resto do mundo foi considerado “alto”, neste ponto o Grau de Emergência estava acionado em nível 1 (WHO, 2020u), possibilitando

que a OMS passasse a receber informações da RPC a cada 24h do evento e possibilitando que a informação fosse divulgada de forma mais célere.

Embora houvesse a observação de 44 casos suspeitos, havia o reporte de 1 caso confirmado no dia 04/01/2020, com mais 3 casos confirmados no dia 06/01/2020 e, finalmente, 41 casos confirmados no dia 11/01/2020, todos na RPC, totalizando 45 casos totais, número que permaneceu até o dia 16/01/2020. (WHO, 2020r), com crescimento não muito expressivo.

No dia 09/01/2020 a RPC informou que o vírus em questão fazia parte do grupo de vírus SARS, um novo Coronavírus (nCoV) e a informação foi divulgada em emissora que reproduziu informação da Agência de Notícias *Xinhua* da RPC, sendo que a reportagem apontava, inclusive, que eles já haviam realizado o sequenciamento genético do vírus (TING, 2020), que foi disponibilizado, pela OMS, ao mundo (WHO, 2020r)

No dia seguinte, 10/01/2020, a OMS, emitiu um documento com orientações provisórias sobre o nCoV, disponibilizando diversos procedimentos para o manejo de pessoas contaminadas, EPI's, procedimentos laboratoriais, além de procedimentos para evitar propagação do vírus em larga escala, indicando um alinhamento prévio às SARS. (WHO, 2020u)

No mesmo dia, divulgou uma nota pública, no site oficial, relacionados a conselhos sobre viagens e comércios neste momento, informando ser “prudente reduzir o risco geral de infecções respiratórias agudas ao viajar para ou de áreas afetadas (atualmente cidade de Wuhan)”, com ações de profilaxia sobre o assunto, entretanto, é categórica ao informar que “não recomenda nenhuma medida de saúde específica para viajantes”, sendo assim, inicialmente, somente as ações de prevenção e cuidado seriam aplicadas, informando, ainda, que “desaconselha a aplicação de quaisquer restrições a viagens ou comércio na China com base nas informações atualmente disponíveis neste evento” (WHO, 2020v).

No dia 11/01/2020, um relatório define o procedimento para os casos de vigilância do nCoV, determinando que as pessoas com sintomas nos últimos 14 dias antes do conhecimento da doença deveriam ser investigadas e, apontando casos graves da doença, reforçando as ações já apontadas (WHO, 2020x).

No dia 12/01/2020, um novo documento com procedimentos de manejo e para suporte de pacientes com nCoV, com dados técnicos e procedimentos

específicos foi disponibilizado para todos, informando não haver um tratamento específico para este novo vírus (WHO, 2020z).

No dia 13/01/2020 o Tailândia reporta 5 casos à OMS, seguida do Japão no dia 14/01/2020 com 1 caso, sendo que, a partir do dia 17/01/2020, os casos da doença começaram a ser reportados de forma exponencial na RPC (WHO, 2020r), alcançando outros países, quando, a partir do dia 21/01/2020, passou-se a ter reportes diários, com 3 países já contaminados e com 282 confirmados (WHO, 2020b).

A disponibilização de informações em sites parceiros da Organização foi crucial para acompanhamento dos casos por parte dos países e oportunizou a tomada de decisões por partes dos Estados membros, que a partir do dia 21/01/2020 passou a ser atualizado diariamente (WHO, 2020b), estes sites passaram a tratar os dados coletados pela OMS de forma mais “agradável”, possibilitando as primeiras impressões sobre a situação, além de tentar tornar mais transparente o processo ao público em geral.

No dia 24/01/2020, a OMS atualizou suas informações sobre tráfego internacional em que reforça os procedimentos para viajantes e “desaconselha a aplicação de quaisquer restrições ao tráfego internacional com base nas informações atualmente disponíveis sobre este evento” (WHO, 2020aa), tendo o vírus alcançado 7 países no continente asiático e americano (WHO, 2020e).

No dia 26/01/2020, os países começam a restringir as fronteiras, a Europa começa a relatar os primeiros casos confirmados e o número de infectados ultrapassa 2000 casos no mundo e a OMS informa que não havia recomendações específicas para viajantes, salvo as já mencionadas anteriormente (WHO, 2020h).

O artigo 5º do RSI afirma que a OMS deverá verificar os eventos sanitários e “avaliará o seu potencial para causar a propagação internacional de doenças e possível interferência com o tráfego internacional”, mas, para tanto, deverá verificar as informações recebidas pelos países envolvidos e a capacidade de contenção do vírus por estes (art. 11 RSI) ou, quando a OMS houver declarado Emergência de Saúde Pública Internacional (ESPII) (art. 11 e 12 RSI), declarado pela OMS em 30/01/2020, data em que contávamos com 20 países e 9800 casos confirmados do nCoV (WHO, 2020ab).

Em 26/01/2020, a OMS relata situações de restrições fronteiriças em países envolvidos interferindo no tráfego e comércios internacionais, contando com 2014 casos espalhados em 11 países (WHO, 2020h).

Neste interregno temos, no dia 28/01/2020, o primeiro caso registrado na Alemanha (WHO, 2020p).

Com a ampliação de casos e o aumento das tensões relacionadas ao fluxo de pessoas, as divulgações de informações sobre atuação técnica relacionada à COVID-19 foi se ampliando, com recomendações mais específicas sobre estratégias para a cessação da transmissão comunitária (WHO, 2020ac), definição de casos (WHO, 2020ad), protocolos para coleta de informações sobre o vírus (WHO, 2020af) e níveis de transmissão (WHO, 2020ag), além de disponibilizar procedimentos para diagnóstico de testagem em PCR (WHO, 2020aj), tudo isso, objetivando a troca de informações para uma melhor atuação dos países dentro deste novo cenário em suas realidades locais conforme aponta o RSI.

Em 18/05/2020, a OMS começa a testar produtos que possam ter alguma eficácia para o tratamento e progressão da doença, dentre os quais a hidroxicloroquina (WHO, 2020as), que foi considerada ineficaz em relação a mortalidade de pacientes internados em 18/10/2020 (WHO, 2020ar).

Em 16/07/2020 é formado o consórcio COVAX Facility para proporcionar a distribuição de vacinas para os países que quiserem aderir ao consórcio, proporcionando um melhor poder de barganha e uma distribuição equânime (WHO, 2020ba), que entregou as primeiras 1 milhão de doses ao Brasil em 21/03/2021 (LARA, 2021).

Com o aumento da disseminação de informações, a OMS, também se preocupou com um assunto que afeta a comunicação e interrelação entre a informação e as pessoas que tratam com esta informação por meio de uma conferência sobre infodemia (WHO, 2020ax).

Finalmente, em relação a vacinação, a OMS buscou se antecipar em relação aos estudos sobre o alcance, forma e financiamento equitativo vacinal (WHO, 2020ak), iniciados em setembro de 2020, se precavendo em relação a possível aceitação vacinal com estudos sobre abordagens dos influenciadores sociais em relação a aceitação da vacina pela população (WHO, 2020al), além de fornecer um plano para implementação vacinal para a COVID-19 (WHO,

2020am), proporcionando um ótimo subsídio para a produção dos planos vacinais dos países estudados, que são complementados por estudos atuais relacionados ao tema.

No entanto, o próprio diretor da OMS alertou que uma das dificuldades para a vacinação global seria a limitação na produção do imunizante, que é cercado por direitos de propriedade (CNN, 2021) impedindo, de forma indireta o acesso de todos à vacinação e, por consequência, o não cumprimento do objetivo da OMS (art. 1 da COMS).

#### **4.2. Análise Comparativa entre Brasil e Alemanha.**

Diante dos dados coletados e verificações legislativas, *stricto e lato sensu*, pois como observamos, os países estudados, deliberaram poderes para os ministérios governamentais, em especial o Ministério da Saúde, delegando poderes adicionais para seus ministros de forma a permitir um menor lapso temporal para a tomada de decisões (DEUTSCHLAND, 2020a; BRASIL, 2020s).

Tal poder é limitado pela própria natureza do ministério, entretanto, todos os outros ministérios, inclusive o Chefes de Governo dos países analisados, demonstram o uso de recomendações para a tomada de decisões, ainda que de maneira mais sopesada, porquanto, como observamos nos itens 1.1 e 1.2, o impacto econômico destas decisões, em um mundo globalizado, deve ser ponderado.

Em relação à prontidão na tomada de decisões legislativas, pudemos perceber que a Alemanha vinha se preparando para evento similar desde 2001, por meio de legislação específica para situações de emergência pela implementação da IfSG (DEUTSCHLAND, 2001), inclusive com simulações muito parecidas à COVID-19 como a realizada em 2012 (DW, 2020b).

Por sua vez, o Brasil, desde 1999, por meio da Lei 9782, tinha a delimitação de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para situações de risco à saúde (BRASIL, 1999) que foi encorpado pelo decreto 7616 de 2011 para dispor do ESPIN e COES (BRASIL, 2011) além da implementação do PRESP em 2014 (BRASIL, 2014), formando uma rede de proteção para eventuais riscos de saúde pública.

Embora estas iniciativas sejam louváveis, não seriam suficientes para o enfrentamento da crise atual, o que promoveu a alteração ou implementação de novas diretrizes para o momento específico.

Como a Alemanha estava mais suscetível pela proximidade com a RPC e o grande fluxo transfronteiriço que a UE proporciona, prontamente iniciou as alterações legislativas necessárias afinal, como observado, a legislação era bem detalhada, além de clara, o que favorece alterações pontuais, como as apontadas na Tabela 2, que foram implementadas 2 meses após o primeiro caso confirmado em território alemão (28/01/2020) e 2 dias após implementar o grau de risco para “muito alto” (26/03/2020) (RKI, 2020e; RKI, 2020f; RKI, 2020g).

O Brasil, por sua vez, com as situações verificadas na Europa e EUA, que já apresentavam grande quantidade de casos, adiantou-se em relação ao evento, implementou o ESPIN em 04/02/2020 (BRASIL, 2020d), observando que o COE já havia sido acionado de forma específica para o novo coronavírus (COE-nCoV) em 22/01/2020 (BRASIL, 2020b), com o recebimento das informações relativas à COVID-19 nos estados, lembrando que o primeiro caso no Brasil foi registrado em 26/02/2020 (BRASIL, 2020i), um mês após o primeiro caso na Alemanha e 23 dias antes do primeiro caso no país (itens 2 e 3).

O Brasil, adiantou-se em relação a implementação legislativa realizada em 06/02/2020, por meio da Lei 13979/2020, 20 dias antes do primeiro caso (BRASIL, 2020s), no entanto, a antecipação legislativa não significou, necessariamente, uma performance melhor em relação ao enfrentamento da pandemia.

As discussões em torno desta legislação demonstraram que o Brasil não estava maduro para o enfrentamento da crise, seu chefe de governo, o Presidente da República, desde o início dos casos no Brasil, teve uma postura displicente em relação a importância do assunto, chamando o COVID-19 de “gripezinha” desde março de 2020 (DW, 2020c), quando já existiam casos confirmados no Brasil (WHO, 2020s), postura que perdurou por quase um ano, ao contrário da Alemanha que procurou, desde o início, ter uma postura proativa em relação ao caso (BONIS, 2020), se tornando uma referência na Europa.

Assim também foi a postura do Presidente quanto ao uso de máscaras de proteção (EPI's) com uma postura, no mínimo, displicente quanto a relevância do tema (FOLHA DE S.PAULO, 2020), postura esta que tem perdurado durante

toda a pandemia, inclusive distorcendo uma pesquisa alemã para desestimular o uso de máscaras (DW, 2021a).

Observe que a Primeira Ministra da Alemanha, teve uma postura diametralmente oposta em relação ao Presidente do Brasil, incentivando e usando máscaras desde o início da pandemia (DEUTSCHLAND, 2020b)

Em ambas as leis, IfSG e Lei 13979/2020, houve a preocupação em flexibilizar os direitos fundamentais e maximizar os poderes dos estados federados, para o enfrentamento da crise, possibilitando uma tomada de decisões regionalizada e célere, cabendo aos gestores locais a decisão conforme a necessidade e sensibilidade em cada caso, mantendo poderes de mando com o Governo Federal, por se tratar de sistema federativo, desta forma, caso não houvesse a tomada de decisão local, o Governo Federal, atuaria de forma pontual (DEUTSCHLAND, 2020a; BRASIL, 2020s), postura não observada, até o momento, pelo Governo Federal Brasileiro.

Em 16/03/2020 a Alemanha restringe seu tráfego transfronteiriço, que com o fechamento de fronteiras de outros Estados limítrofes coloca o país em isolamento terrestre (RKI, 2020i, UE, 2016) após 48 dias do primeiro caso, o Brasil, por sua vez, inicia o fechamento de fronteiras de forma gradual, a partir de 22/03/2020 (BRASIL, 2020p) com 24 dias do primeiro caso, concluindo integralmente o fechamento em 29/04/2020 (BRASIL, 2020q) após 62 dias do primeiro caso, o que demonstra uma resistência em relação às medidas de distanciamento.

Mesmo assim, em relação ao distanciamento social, o Presidente da República não somente ignora o distanciamento em rede nacional, postura constante desde o início da pandemia (DW, 2020d) como estimula a atitude em passeios odiernos e buscando, inclusive, reverter medidas restritivas em de estados federados (DF, BA e RS) (CNN, 2021a) em total contradição à legislação sancionada pelo mesmo.

Posteriormente, os países passam a tratar de suas questões internas, especialmente relacionadas ao sistema econômico, como a possibilidade de fechamento de comércio e restrições a liberdades de locomoção, na Alemanha foi iniciado em 22/03/2020 (DEUTSCHLAND, 2020b) com o Grau de Risco “Alto” (RKI, 2020f) e 54 dias após o primeiro contágio, no Brasil, no entanto, embora a Lei 13979/2020 tenha possibilitado o fechamento de comércios e restrições

individuais de forma indireta (art. 3, I, II e VI L13979/2020) e a CF/88 assevera que tal competência é concorrente (art. 24, I CF/88) o Governo federal sempre se manifestou contrário ao fechamento de comércios, oficialmente, isto não privou os governos estaduais e municipais de legislarem a respeito, durante a COVID-19, que fora confirmado pelo STF (item 3).

Entretanto o truncamento de comunicação entre os Governo Federal e Estaduais, seja por força da situação político administrativa apresentada (item 3), seja pela delicada situação relacionada as consequências econômicas da medida, produziram declarações que não ajudaram na situação em tela, como o descontentamento de fechamento de comércios por parte do Presidente da República (MARTINS, 2020), com o que alguns chamam de falsa dicotomia entre saúde e sobrevivência econômica (PAIXÃO JR., 2020).

Tais discordâncias têm se refletido em ações judiciais como a tentativa de responsabilização do Presidente da República pelo descumprimento de regras locais relacionadas ao isolamento social e ao uso de EPI's, com promoção de eventos públicos, como no Estado do Acre, em que o MPF e o MPAC promovem uma representação contra o Presidente (CONJUR, 2021)

Mesmo assim, os governos estaduais passaram a determinar o fechamento dos estabelecimentos, a depender da situação fática de cada Estado, com *timers* distintos, o que demonstra a instabilidade política vivenciada pela nação, que se iniciou por São Paulo, o maior estado populacional da federação em 24/03/2020 (AB, 2020) após 26 dias do primeiro caso.

No entanto, é importante observar que mesmo com estas ações jurídicas, apontadas no Estado de SP, em todos os meses foram observados ônibus e metros lotados (SOUZA, 2020), inclusive na fase atual "Roxa" da Pandemia (GOMES, 2021), postura esta verificada em todos os estados federados.

Continuando, no mesmo período, 22/03/2020, a Alemanha, passa restringir liberdades individuais e direitos fundamentais pessoais, por meio de resolução, com vistas a diminuição de contato físico (DEUTSCHLAND, 2020b), enquanto o Brasil, o MSB recomenda o cancelamento de eventos públicos em 13/03/2020, em conjunto com gestores estaduais e municipais, com as recomendações de higiene e distanciamento apontadas pelo OMS (VALENTE,

2020), reforçada por documentos e estudos técnicos que apontavam o distanciamento como melhor solução para o momento (BRASIL, 2020r).

Entretanto, como vimos, tais recomendações não são seguidas pelo Presidente da República, mesmo com as alterações promovidas na Lei 13979/2020 em 02/07/2020 (BRASIL, 2020s), ainda assim, as alterações legislativas foram promovidas entre 15º e 126º dia após o primeiro contágio, muito após a Alemanha.

A Alemanha em 26/03/2020, eleva o nível de risco de saúde para “muito alto”, nível máximo (Figura 7) e, em 27/03/2020, foram realizadas as alterações legislativas na ISFG (Tabela 2), ampliando poderes dos Estados e do Ministro da Saúde (DEUTSCHLAND, 2020a), ação realizada pelo Brasil, 20 dias antes do primeiro caso, como já apontado (BRASIL, 2020s).

Outro ponto que devemos observar em relação aos países diz respeito a testagem em massa que, conforme estudado (Tabela 3), no final de maio a Alemanha detinha capacidade de testagem de 12,4‰ (RKI, 2020k), enquanto o Brasil no final de junho (levando em consideração o prazo entre os primeiros casos), detinha capacidade de testagem de 13,7‰ (BRASIL, 2020k).

No entanto, como apontado, o Brasil não utilizou esta estratégia como ferramenta importante contra o vírus, não existe um local único de acompanhamento de testes nacional, o que dificulta o controle e verificação por parte da população, no WORDOMETER (23/03/2021) podemos verificar que o Brasil testa (137‰) 4 vezes menos que a Alemanha (583‰), embora o número apresentado pelo WORDOMETER esteja claramente desatualizado, no entanto, os Boletins Epidemiológicos do Brasil apontam para os testes PCR enviados para os estados federados e não para a quantidade efetiva de testes realizadas, ao contrário dos boletins produzidos pela Alemanha.

Como podemos perceber, os gráficos apontados (Figura 8 e Figura 14) mostram curvas muito distintas em relação aos dois países e, embora a Alemanha tenha caminhado para uma proporção de testes em maior quantidade, não conseguiu impedir o crescimento de casos de forma gritante nos meses de outubro, novembro, dezembro e janeiro (Figura 10), necessitando retomar o fechamento de fronteiras e restrições de atividades comerciais e pessoais (item 2).

O Brasil, por sua vez, se manteve por muito mais tempo em um patamar de casos em grande quantidade, tendo o número máximo de contaminações em período muito similar ao do número máximo de mortes (Figura 15), mesmo com a chegada da nova variante do COVID-19 (Variante VOC P.1), o Governo Federal e Estados não tiveram ações que pudessem frear o crescimento das contaminações e, conseqüente, crescimento de mortes, causando o colapso do sistema de saúde nacional (DW, 2021).

A Alemanha, com as rápidas medidas implementadas, presenciou uma rápida curva de recuo das contaminações e das mortes (Figura 10), respeitando o período apresentado como curso da infecção (Figura 9), as medidas legislativas e postura política fizeram grande diferença no impacto das medidas, em primeiro momento e, posteriormente, teve muitas dificuldades para conter o avanço da doença (Figura 10), o que redundou no endurecimento de medidas, por várias vezes e, em um lockdown mais logo (item 2).

O posicionamento do Governo Federal do Brasil e, especialmente, do Presidente da República de forma insistente, com produção de informação contraditória relacionada às posturas que circundam a pandemia, que corrobora para a infodêmia (WHO, 2020ax), fez com que o MPFRJ impetrasse uma Ação Civil Pública na 10ª Vara Federal do RJ, com objetivo de limitar tais ações, julgada parcialmente procedente, em 15/03/2021, nos termos abaixo:

Isto posto, julgo a ação procedente, em parte, condenando a União Federal a:

I - Abster-se de veicular, por rádio, televisão, jornais, revistas, sites ou qualquer outro meio, físico ou digital, peças publicitárias que sugira à população brasileira comportamentos que não estejam estritamente embasados em diretrizes técnicas, emitidas pelo Ministério da Saúde, com fundamento em documentos públicos, de entidades científicas de notório reconhecimento no campo da epidemiologia e da saúde pública;

II - Abster-se de, em todos os perfis oficiais vinculados ao governo federal em redes sociais, aplicativos de mensagens e qualquer outro canal digital, compartilhar ou de qualquer outra maneira fomentar a divulgação de informações que não estejam estritamente embasadas em evidências científicas, nos termos do pedido anterior;

III - Promover campanha de informação a respeito das formas de transmissão e prevenção da Covid-19, segundo as recomendações

técnicas atuais, no prazo de 15 dias, a contar da intimação da decisão que determinar a medida; (TJRJ, 2020)

Estas posturas produziram resultados dispares para os Países estudados.

Atualmente, com base nos dados compilados pelo site <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (dados coletados da OMS e outras fontes), podemos perceber que as medidas legislativas, embora tenham sido realizadas dentro de um prazo razoável, não deixaram de proporcionar a morte de milhares de pessoas, conforme se observa dos dados atuais (03/2021):

#	Country, Other	Total Cases	New Cases	Total Deaths	New Deaths	Total Recovered	New Recovered	Active Cases	Serious, Critical	Tot Cases/ 1M pop	Deaths/ 1M pop	Total Tests	Tests/ 1M pop	Population
	World	125,623,581	+199,911	2,759,605	+3,440	101,406,993	+120,503	21,456,983	91,826	16,116	354.0			
2	Brazil	12,227,179		301,087		10,689,646		1,236,446	8,318	57,228	1,409	28,600,000	133,858	213,658,752
10	Germany	2,714,592	+4,720	75,952	+41	2,456,200	+10,900	182,440	3,209	32,325	904	48,979,281	583,231	83,979,174

Figura 17 - Dados atuais Worldometer (WORLDOMETER, 2020)

Podemos perceber que o Brasil chegou à marca de mais de 300000 mortos e, ao que tudo indica será muito maior este número, com recordes de mortes diárias sendo constantemente quebrados.

As declarações de uso de medicamentos, sem respaldo científico, ainda fomentam a infodêmia, como as declarações do Presidente da República sobre o uso de hidroxiquina (cloroquina), mesmo após os estudos divulgados pela OMS (WHO, 2020ar) sobre a não eficácia da droga para o COVID-19 em casos hospitalizados.

Uma reportagem mostra a forma de distribuição da droga pelo país, que teve dispensa de licitação em contratos realizados pelo Exército Brasileiro (ANJOS *et. al.*, 2021), que foi distribuída em todas as regiões do Brasil. A droga continua tendo uso estimulado pelo Presidente da República (ESTADO DE MINAS, 2021), que o faz desde o início da pandemia e, provavelmente, mesmo com a mudança de Ministro da Saúde, não terá outro movimento conforme denuncia a reportagem da DW sobre a atuação pretérita do novo Ministro (STRUCK, 2021b), o que mostra uma continuidade na postura.

Em relação a taxa de mortalidade, utilizando os dados do próprio site WORDOMETER (acesso em 25/03/2021) temos uma taxa de mortalidade para o Brasil de 1,41‰ e, para a Alemanha temos uma taxa de mortalidade de 0,91‰, o que significa o Brasil tem 55% a mais de mortes em comparação com a Alemanha.

Ao observarmos outros países percebemos que a Alemanha foi excepcional em sua atuação, se comparado com os Estados Unidos (1,68‰), o Reino Unido (1,86‰), o Chile (1,12‰) e com Portugal (1,66‰), dentre outros.

Tudo isto demonstra que o Brasil poderia ter tido uma postura diferente e ter despontado como liderança regional (América do Sul), a postura do Governo Federal foi, recentemente, reconhecida como equivocada quando em uma reportagem ao Jornal da Band, em rede nacional, o Vice-Presidente da República. Hamilton Mourão, afirma que:

... eu julgo que desde um primeiro momento, nós tínhamos que ter sido eficientes na comunicação, de esclarecer a população o tempo todo sobre a realidade da doença e sobre as medidas profiláticas que, devidamente levadas a efeito, teriam resultado em um menor número de gente contaminada e, conseqüentemente, em um menor número de perdas de vidas (BAND, 2021)

Já em relação a questão vacinal, a Alemanha tem se preparado a mais tempo, com um plano elaborado 10 dias (DEUTSCHLAND, 2020e) antes da proposta desenvolvida pela OMS (Tabela 1), enquanto, o Brasil, somente apresentou um plano vacinal factível em 11/12/2020 (BRASIL, 2020v), quase 30 dias após a OMS.

Os planos elaborados pelos países estudados seguem uma fórmula já identificada em alguns estudos científicos sobre a forma e método para alcance vacinal (RASTEGAR, 2020), grupos vacinais e distribuição vacinal populacional (WANG et al., 2020), além da realidade fática sobre as reservas mundiais de vacinas como delimitador do alcance e estratégia vacinal local (SO, 2020), lembrando que, tais estudos, são preliminares, diante da realidade fática de cada país, no entanto, servem como ponto de referência para a formulação de políticas vacinais pela própria OMS (WHO, 2020am).

O Brasil, conforme já apontado, tem 20 vezes o tamanho da Alemanha e, isto não pode ser deixado de lado quando verificamos a questão logística da implementação de vacinação, em um curto espaço de tempo, em uma população 3 vezes maior do que a Alemanha e, com recursos menores à disposição.

Os documentos disponibilizados pela OMS (itens 1.5 e 4.1) tiveram o objetivo de formular propostas de atuação para uma situação emergencial com base em estudos científicos e, com base na experiência de casos relatados para a Organização pelo mundo, durante os anos anteriores, com estudos para

possibilitar a vacinação da população de forma igualitária, em tese, com ferramentas e mecanismos que nutram uma estratégia eficaz pelos países estudados (WHO, 2020ak; WHO, 2020al; WHO, 2020am).

Em relação aos planos elaborados pelos países, eles têm seguido um padrão de verificação e abordagem dentro dos requisitos apontados pela OMS e de estudos já parametrizados como: verificação e marcação de população alvo (WHO, 2020am, p. 19-23; WANG et al., 2020); estratégias de entrega (WHO, 2020am, p. 28-34); sistema de monitoramento da imunização (WHO, 2020am, p. 50-56), dentre outros, todos devidamente observados dentro dos planos estratégicos do Brasil (BRASIL, 2020v) e da Alemanha (DEUTSCHLAND, 2020e) que, conforme apontado nos itens 2 e 3, é considerada obrigatória nas legislações estudadas, embora estar na lei seja diferente de obrigar, a obrigatoriedade da vacinação acaba sendo indireta, o que é uma recomendação da OMS (WHO, 2020al), sendo aplicadas desta forma no Brasil, conforme interpretação conforme do STF (ADI 6587 e ADI 6586), e pela Alemanha (ISFG) por aplicação de mecanismos de convencimento mais evasivos ou por obrigação indireta como a obrigatoriedade de demonstração de caderneta de vacinação em aeroportos, empresas ou escolas, não invadindo a liberdade pessoal.

Por alguns estudos realizados (WANG et al., 2020; SCHWARTZ, 2020), podemos perceber que boa parte da produção de vacinas do mundo já está empenhada em contratos de compromisso pré-mercado, os dados são avaliados levando-se em conta uma vacinação de duas doses por habitante de cada país e faz a mensuração como pode ser observado abaixo:

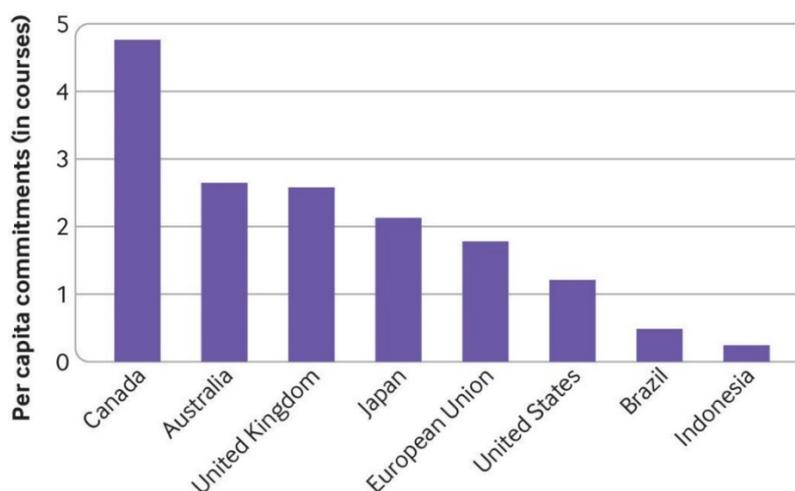


Figura 18 - Quantidade de vacinas adquiridas por países em pré-contratos (WANG et al., 2020)

Podemos perceber o Canadá pode vacinar sua população, com duas doses de vacina, por 5 vezes, o que é um contrassenso diante da necessidade mundial de vacinação, assim seguem a Austrália, o Reino Unido e o Japão com vacinas encomendadas para alcançar duas vezes sua população.

Já em relação aos fabricantes, o total de pré-contratos informados publicamente pode ser verificado abaixo:

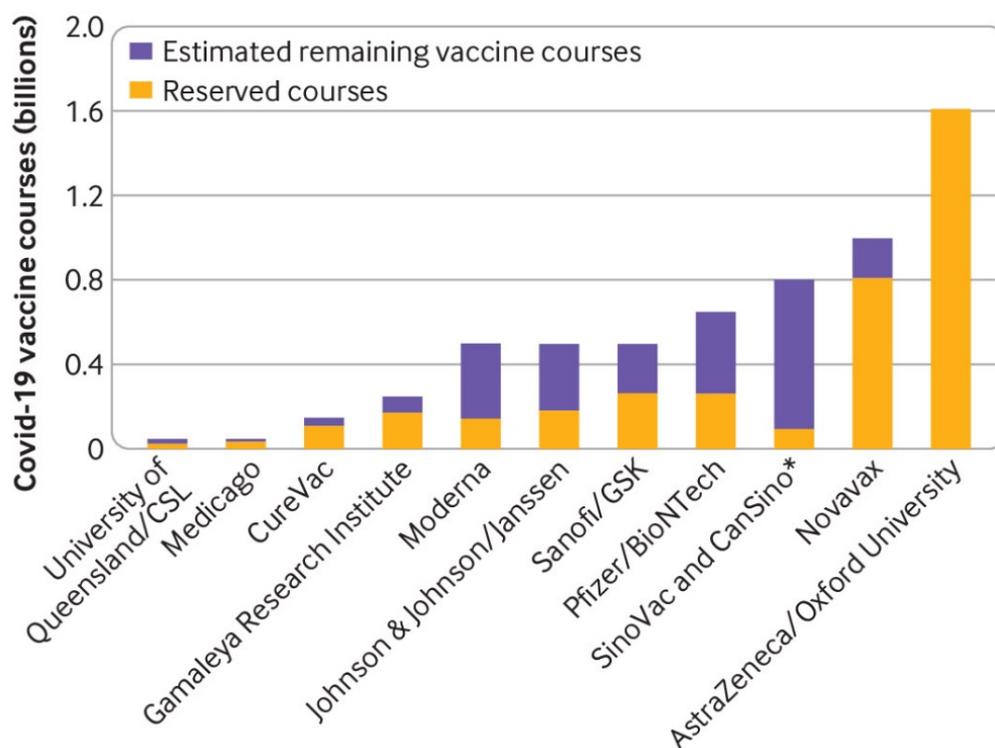


Figura 19 - Produção e vacinas reservadas x vacinas remanescentes por laboratório (WANG et al., 2020)

Com isto fica evidente que, por força das encomendas de países mais abastados, países menos afortunados terão que se contentar com a imunização de rebanho e, fica evidente que, leis nacionais, não poderão resolver este dilema, que se soma á questão da falta de imunizante, já apontado pelo Direito da OMS (CNN, 2021).

Atualmente, a Alemanha tem tido uma baixa performance na vacinação, o que já foi apontado no item 2, tendo que mudar sua estratégia para buscar autossuficiência para produção da vacina em seu próprio território (DEUTSCHLAND, 2021)

Tanto a Alemanha como o Brasil tiveram alterações legislativas que proporcionaram uma melhor condição para o acompanhamento da epidemia.

Embora as legislações apontassem para ações similares, os resultados do Brasil ficaram muito aquém do esperado, mantendo por muito tempo a

quantidade de casos em um valor alto, o que proporcionou uma curva de contaminações menos contundente e mantendo, por consequência, o número de mortes em valores altos, embora os valores estejam dentro de padrões mundiais para doenças como SARS, os resultados poderiam, em tese, ser mais eficazes se, as ferramentas fossem utilizadas com mais assertividade e clareza.

Por fim, cabe-nos esperar que, na questão relacionada à vacinação, o Brasil, demonstre que possui brio para, dentro de suas possibilidades, proporcionar uma vacinação eficiente e um controle eficaz diante do grande desafio de vacinar 210.000.000 milhões de habitantes em uma extensão de 8.515.767 km<sup>2</sup>, ou pelo menos, 70% da população, mostrando a grandeza de nosso país para além de nossas riquezas naturais.

Atualmente, o Brasil conta com 16 milhões (1,8% da população) de pessoas imunizadas com a 1ª dose da vacina e a Alemanha 11,5 milhões (4,25% da população, portanto, temos um enorme desafio pela frente.

Assim, neste capítulo, verificamos de forma cronológica a atuação da OMS e dos países relacionados, as implicações jurídicas mais relevantes relacionadas com a COVID-19 e, também verificaremos o impacto sobre a quantidade de infectados e a implicação na curva de infecção relacionado as ações realizadas e pudemos observar que o Brasil começou com uma boa atuação, entretanto, se distanciou da objetividade pretendida inicialmente, passando a atuar de forma reativa, o que proporcionou um resultado aquém do esperado, no entanto, tem buscado, pelo menos tecnicamente, alcançar o objetivo imunizatório relacionado à doença.

## **CONCLUSÕES**

Analisamos, no capítulo 1, os primeiros passos da construção da Organização Mundial da Saúde, sua estrutura organizacional, os instrumentos normativos relacionados a pandemia, especialmente, as formas de acionamento e mecanismos de mensuração de risco sanitário internacional, além das diretrizes relacionadas ao COVID-19.

Nos capítulos 2 e 3, analisamos as legislações e ações realizadas pelos países estudados, bem como suas posturas e resultados alcançados de forma isolada.

No capítulo 4, procuramos cotejar as informações colhidas nos capítulos 1.5, 2 e 3, com uma comparação entre os países e os resultados alcançados.

Verificamos que, os países estudados, iniciaram sua preparação para a situação posta muitos anos antes do ocorrido, aplicando os ditames do RSI que determina que os Estados membros da OMS deveriam “desenvolver, fortalecer e manter” dentro de um prazo máximo “de cinco anos a contar da entrada em vigor deste Regulamento” mecanismos capazes de “detectar, avaliar, notificar e informar eventos” relacionados à saúde (art. 5 RSI).

Suas legislações estavam pré-ordenadas para a situação, existiam protocolos de acionamento e acompanhamento bem delineados em ambos os países, com características claras para um posicionamento objetivo na tomada de decisões por parte dos envolvidos (BRASIL, 2011; DEUTSCHLAND, 2001; WHO, 2005; WHO, 2017).

Estas legislações, como verificado, tinham mecanismos similares aos sistemas de vigilância da OMS (Figura 5), embora com algumas peculiaridades, seguiu as estruturas de controle e vigilância pré-estabelecidos, como no caso da Alemanha (Figura 7) que tem maior enfoque na situação fática do sistema de saúde nacional relacionado à gravidade da doença, ao contrário do Brasil (Figura 12) cuja preocupação foi dividida entre a capacidade de resposta dos entes federados relacionado à análise do evento de risco sendo que, no caso do Brasil, existe uma relação direta para acionamento do ESPIN juntamente com as recomendação da OMS relacionada ao ESPII (BRASIL, 2020e, p. 6).

Tanto o Brasil como a Alemanha se prepararam de forma antecipada para a situação, adornando documentos jurídicos que proporcionassem uma resposta efetiva e em consonância com o RSI 2005, seguindo os moldes da formatação de eventos do ERF, conforme apontado (Figura 7 e Figura 12), ambos com anos de antecedência (DEUTSCHLAND, 2001; BRASIL, 2011), conforme determinado pelo art. 5 do RSI.

Este nivelamento proporcionou uma tomada de decisões mais racional, que foi balizada em dados coletados internacionalmente e em casos locais, sendo fornecidos pela própria OMS que equaciona a informação, buscando maior eficiência na atuação relacionada aos riscos sanitários nos termos do art. 11 do RSI, o que foi verificado pela formatação das legislações observadas e pela resposta inicial dos países estudados.

Os países, rapidamente, iniciaram uma plotagem de dados para proporcionar um controle sobre as situações (RKI, 2020; BRASIL, 2020f), nos moldes da OMS (WHO, 2020h), disponibilizando os dados de contaminados e mortes, além dos dados adicionais como testagens e leitos de UTI ocupados. Entretanto, o Brasil, não teve a mesma clareza em relação aos dados de testagens e leitos, o que dificulta uma maior efetividade na tomada de decisões e no controle do avanço da pandemia, causando transtornos aos gestores e à comunidade pela insegurança das informações.

Os dados foram encaminhados para a OMS de forma escurteira, não havendo registros de intercorrências graves, todos dentro dos prazos determinados pelo RSI (24 horas), que proporcionou aos membros da OMS um panorama atualizado da situação dos países estudados (RKI, 2020e; BRASIL, 2020i) e do mundo em geral, no entanto, aqui as diferenças começam a ser mais gritantes pois, a Alemanha, passou a divulgar de forma transparente e, diariamente, os dados sobre contaminados, mortes e situação dos hospitais, em boletins desenvolvidos pelo RKI, enquanto, no Brasil, a divulgação foi realizada por boletins semanais, embora alguns dados como mortes e contaminações foram disponibilizados no Painel COVID e foram atualizados diariamente, com uma situação suspensão por 24 horas.

O Brasil não fez um acompanhamento pontual em relação à testagem, enquanto a Alemanha tem relatórios precisos em relação ao número de testados e resultados obtidos, o que proporciona um melhor acompanhamento dos casos e uma ação mais rápida, resultando em um menor número de mortes (itens 3 e 4.2)

Pelo acompanhamento dos eventos ocorridos (linha do tempo) pudemos perceber que o Brasil teve mais tempo para se preparar, foi o primeiro a acionar os protocolos relacionados aos eventos de saúde (BRASIL, 2020f), condicionado os níveis de risco à quantidade de casos (BRASIL, 2020e, p. 5-7), dissociado do nível de resposta nacional para auxílio aos estados federados, que fora acionado pelo COES (BRASIL, 2014, p. 7-8), enquanto, a Alemanha, acionou seus protocolos juntamente com o primeiro caso noticiado no país (RKI, 2020e), o que demonstrou a prontidão dos países em relação às informações fornecidas pela OMS (Tabela 1) e ao arcabouço de legislações produzidas para este momento.

No entanto, desde o início da pandemia, no Brasil, o Presidente da República se comportou de forma dissonante em relação a importância da pandemia, fazendo declarações contrárias às legislações apontadas e tendo atitudes igualmente contraditórias, o que proporcionou uma série de ações contra esta postura e, um resultado aquém do esperado para o País quanto ao controle de infectados e, principalmente, quanto ao número de mortes.

Os documentos analisados demonstraram que as determinações da OMS foram repassadas pelos países às suas populações, por diversos meios (RKI, 2020e; BRASIL, 2020g), que proporcionou um maior alcance para a informação, no entanto, embora os meios oficiais sejam condizentes com as recomendações apontadas pela OMS, os Chefes de Estados tinham posturas diametralmente opostas, o que influenciou na postura dos cidadãos, o que fora observado pela OMS em estudos realizados para verificação de aceitação em relação a questão vacinal (WHO, 2020a, p. 4-6).

As legislações alteradas durante o início da pandemia nos países estudados, proporcionaram uma gama de poderes ampliados para órgãos ministeriais, em especial ao Ministério da Saúde, objetivando a tomada célere de decisões por parte do Executivo, bem como ampliou poderes para os entes federados objetivando a especificidade das decisões, conforme a situação observada em cada ente (BRASIL, 2020s; DEUTSCHLAND, 2001), para um combate mais efetivo.

Entretanto, o Brasil, mitigou a atuação do Ministro da Saúde, com a troca sucessiva de seus ministros (itens 3 e 4.2), além da figura do Presidente da República se contrapor a qualquer forma de prevenção apontada como uso de máscaras, isolamento social e uso de medicamentos com eficácia não comprovada.

Dentro das informações observadas é possível perceber que os países buscaram ampliar a capacidade de testagem do vírus, dentro de suas capacidades econômicas e geográficas, o que não impediu a retomada das contaminações (BRASIL, 2021c; RKI, 2021; WHO, 2020ab), apontando que a testagem é apenas um fator de verificação, ferramenta para tomada de decisões (RKI, 2020k), ratificando o distanciamento como fator preponderante para a cessação da transmissão, por isso a OMS recomenda a testagem para países que pretendiam relaxar o distanciamento, porquanto, a transmissão é produzida

pela incapacidade de identificação das cadeias de transmissão dentro da comunidade, além do uso de todas as ferramentas disponíveis como EPI's, higiene, evitar aglomerações, dentre outros (WHO, 2020ao; WHO, 2020bi; WHO, 2020bj).

Porém, como apontado nos itens 3 e 4.2, o Brasil não adotou a estratégia de testagem como relevante para a atuação na pandemia, em postura contrária às recomendações da OMS (item 1.5) e da postura da Alemanha (itens 2 e 4.2), nem mesmo o isolamento, seja em esfera Nacional, seja em esfera local, o que nos coloca na situação que estamos hoje, 03/2021, com o colapso da rede de saúde.

Conforme observamos, não houve recomendação de fechamento de fronteiras por parte da OMS, nem mesmo restrições específicas em relação a viagens salvo, recomendações gerais para cuidados com pessoas contaminadas, o que foi observado pelo Brasil e pela Alemanha, desde o início, com relatórios para os órgãos responsáveis (RKI, 2020e; BRASIL, 2020b, WHO, 2020b), o que foi replicado pelos países estudados, entretanto, a Alemanha foi mais célere em relação a este quesito, com o isolamento do país em 16/03/2020 (RKI, 2020i), portanto, 48 dias após o primeiro caso, enquanto o Brasil teve seu fechamento total de fronteiras 62 dias após o primeiro caso registrado no país (BRASIL, 2020q).

As recomendações sobre distanciamento foram repassadas pelos órgãos oficiais nos países estudados (BZGA, 2020b; BRASIL, 2020s), entretanto, na Alemanha esta ação foi coordenada pelo Governo Federal, em diálogo com os estados federados, no Brasil, esta ação foi delegada aos governos federados e, constantemente, questionada pelo chefe do Executivo, o que refletiu diretamente no comando do Ministério da Saúde (itens 3 e 4.2) entretanto, isto não impediu medidas legislativas que favorecessem não somente o Governo Federal como os estados federados, como a declaração de Estado de Calamidade Pública (BRASIL, 2020u).

Ainda em relação ao isolamento, o Presidente da República, por diversas vezes, provocou e estimulou aglomerações o que tem sido objeto de ações públicas promovidas por estados federados, além de minimizar a importância do isolamento para o controle da propagação do vírus, o que foi observado pelo Vice-Presidente em entrevista recente.

Enquanto, na Alemanha, o número de casos confirmados caiu drasticamente (Figura 8), após o primeiro pico de casos confirmados, o Brasil manteve sua taxa de aumento de casos por meses (Figura 15), que somente cedeu após as alterações realizadas em 02/07/2020, com a implementação de lei federal determinando multa para não uso de máscara, além de outros itens relacionados (BRASIL, 2020s), o que já havia sido implementado pela ISFG, entretanto, vários estados e cidades já haviam produzido legislações similares, não havendo prejuízo para a aplicação de multas locais, o que efetivamente ocorreu.

Entretanto, o que se observa, no Brasil, é um relaxamento local das medidas de distanciamento, o que pode ter relação com o negacionismo e a postura neoliberal adotada no país (CAPONI, 2020; CALDEIRA, 2020), bem como os casos de subnotificação nacional (PRADO, 2020; MELLO, 2020), além da postura negacionista do Governo Federal.

As recomendações de EPI's em ambientes comunitários como máscaras de proteção foram divulgadas no final de fevereiro (WHO, 2020l) e, já haviam sido recomendados pelos países estudados, sendo implementada pela Alemanha em informes publicitários desde o início da pandemia (RKI, 2020b) e, no Brasil, igualmente, com a chegada dos primeiros casos confirmados (BRASIL, 2020b), no entanto, no Brasil, por meio de seu Presidente, sempre se portou em contrariedade ao uso do equipamento, seja por sua postura ou por suas ações.

Já os protocolos de higienização e controle de propagação que foram disponibilizados pela OMS (WHO, 2020ai) nos meses de abril e maio de 2020, já haviam sido implementados pelos países envolvidos (BRASIL, 2020b; BZGA, 2020a), com divulgação por meios multi-informacionais. No entanto, o Brasil, embora tenha informado em sites e outros meios de divulgação, teve o Presidente da República se posicionando, constantemente, contra tais ações, realizadas pelos estados federados e/ou municípios, em suas redes sociais (youtube e instagram).

As ações realizadas tanto no Brasil, como na Alemanha, tinham por objetivo principal a divulgação de informações relacionadas a ocorrência, com foco na delegação de poderes para que os estados atuassem de forma mais pontual, a depender de cada cenário. Na Alemanha, porém, temos um

ingrediente adicional, o claro objetivo em salvar vidas à despeito dos impactos financeiros possíveis.

Conforme já apontado, a Alemanha, se posicionou de forma radical e uníssonas, o país se fechou para o mundo exterior e impôs medidas radicais de *lockdown* (DEUTSCHLAND, 2020b), forçando a curva de infectados a uma descida significativa para evitar o assolamento de seu sistema de saúde e um significativo incremento no número de mortos (Figura 8), o que produziu um resultado positivo, levando a um intervalo para o decréscimo do número de mortos de forma similar, conforme apontado na Figura 10.

Embora tal situação tenha se mantido estável, com a flexibilização das restrições e a chegada de novas variantes do vírus no país (RKI, 2021a), fizeram o número de infectados crescer drasticamente (Figura 8), 5 vezes mais do que a primeira onda, mostrando grande dificuldade em ceder a níveis mais controláveis (Figura 10), fazendo com que a curva de mortes demorasse mais a ceder.

Tais resultados somente foi possível pela implementação, efetiva, do distanciamento social como ferramenta de contenção da propagação do vírus, o que fora identificado pela OMS no início de suas recomendações (WHO, 2020).

Atualmente, a Alemanha, tem vivido uma nova onda da COVID-19 (Figura 8) que, ao que tudo indica, terá as mesmas características da curva anterior, no entanto, conforme apontado, a Alemanha está em *lockdown* e, permanecerá assim até que os níveis de contaminação sejam aceitáveis, freando o crescimento da curva.

O Brasil por sua vez não optou por recomendar o distanciamento social de forma fática, especialmente, na esfera federal, o que não impedindo que o Governo Federal auxiliasse os estados com hospitais de campanha e recursos para suprir esta demanda, dentro das especificidades dos documentos analisados no item 3, com o acionamento das medidas propostas PRESP.

A resistência em uma resposta mais contundente por parte do Governo Federal tem suas raízes não somente no negacionismo já apontado (CAPONI, 2020) onde o autor argumenta que na validação deste argumento “não podemos limitar o direito de ir e vir, o direito de comprar e vender, e afirmam que o mercado deve continuar funcionando apesar de tudo”, uma afirmação que leva em conta a juridicidade da situação e sua economicidade, fazendo menção ao discurso

dualista da dicotomia já apontada de falsa dicotomia entre saúde e sobrevivência econômica (PAIXÃO JR., 2020).

Assim, embora os discursos contraditórios entre os poderes aparentem uma discordância e uma relativa preocupação com a população, o Executivo, Legislativo e Judiciário, não tiveram ações significativas que mudassem a realidade posta por cada estado federado ou mesmo pela federação com decisões que, efetivamente, tivessem resultados sobre os números de infectados (Figura 14), o que pode ser observado pela curva de cada estado federado (Painel COVID) que tem características muito similares a curva apresentada na Figura 14, o que revelaria uma postura similar entre os governantes, embora o discurso possa ser apresentado conforme seus interesses locais.

Assim, respostas isoladas não mostraram a eficácia que um fechamento de fronteiras e, um *lockdown*, de forma preliminar surtiriam, porquanto evitaria a propagação do vírus, o que fora realizado pela Alemanha, conforme já apontado.

Outrossim, o Brasil, não foi capaz de unificar o discurso relacionado ao distanciamento social com o fechamento de comércios e um discurso uníssono de seus representantes, em favor da preservação da vida, o que favorece a dissonância de discurso dos liderados de forma geral, porquanto, influenciados pela dicotomia, ainda que postas por alguns como falsa, entre economia e a vida (CALDEIRA, 2020; CAPONI, 2020; PAIXÃO JR., 2020)

Tais situações forjaram um quadro de continuidade dos casos por um longo espaço de tempo, proporcionando uma curva em “U” invertido, que não foi resolvida pela legislação posta, o que demonstra uma inaptidão do Estado Democrático de Direito em uma sociedade que não se curva diante da lei, sejam por seus governantes ou por seus governados, com base em um negacionismo científico (CAPONI, 2020) sem fundamento na retórica da contraprova.

Esta postura se multiplicou na forma de uso dos instrumentos auxiliares de mensuração, como a testagem, avalizados como irrelevantes ou não estratégicos para o momento, no entanto, em um primeiro momento, no Brasil, houve uma assertiva postura inicial, com o uso de uma rede de laboratórios (LACEN) que foi objeto de recomendação da OMS (WHO, 2020an) que também publicou um guia com procedimentos técnicos para uma testagem assertiva (WHO, 2020aj), que foi logo negligenciado, não de forma direta, mas indireta,

com a diminuição dos testes, porquanto, em junho, como apontado (item 3), apresentava uma capacidade de testagem superior à da Alemanha, entretanto, atualmente, o Brasil, apresenta um número muitas vezes menor de testagens realizadas em relação a Alemanha o que demonstra a relevância do tema para os governantes locais.

Isto refletiu, igualmente, no número de casos no Brasil e, na curva apresentada na Figura 14, que é apontado por alguns autores como uma subnotificação de casos (PRADO, 2020; MELLO, 2020), que poderia chegar a uma diferença de 300% entre um e outro estudo, portanto, os estudos apresentaram números muito distantes entre si em relação ao valor que deveria estar sendo contabilizado e isto é muito significativo, conforme já apontou Christian S. Perone ao questionar os dados apresentados pela Univ. Federal de Pelotas em estudos sobre a estimativa de casos subnotificados (PERONE, 2020).

Em um estudo realizado por um grupo de universidades (SILVA E VEIGA, 2020), sobre as subnotificações de mortes nacionais é constatado uma média nacional de 40,68% (faixa 25,9%-62,7%) em relação a mortes associadas à COVID-19, onde foi ajustada a sazonalidade dos dados para adequação a sazonalidade semanal dos informes oficiais, assim, poderíamos recalcular a curva obtida pela margem de 45%, dentro da faixa encontrada, levando em consideração o peso proporcional à quantidade de casos (variando a cada 10000 casos confirmados em proporção simples do valor de 45% em 7 níveis de peso), porquanto, quanto maior a quantidade de casos maior a probabilidade de subnotificação, mantendo a proporção de mortes dentro do período, em relação a quantidade de casos.

Assim, os casos não identificados poderiam alimentar a cadeia de contaminação, proporcionando a retroalimentação dos casos e impedindo a curva de contaminação de ceder, até mesmo por conta do curso da infecção (Figura 9) que tem uma característica peculiar no caso do SARS COVID-19, conforme observado pelos dados já verificados.

A Alemanha soube aproveitar o momento para agregar valor à postura governamental, unindo o país em torno de pontos mais relevantes e, buscando aproveitar as recomendações apontadas pela OMS com o aprimoramento da aplicabilidade de suas dinâmicas internas, como divulgação de informações

claras e uníssonas, relações governamentais com base em posturas proativas e agregadoras, inclusive em relação aos Estados Federados, divulgação de mecanismos e decisões com base em dados racionalmente estudados, dentre outros, isto proporcionou um rápido acerto legislativo, que possibilitou uma melhor administração da informação e da situação, produzindo resultados muito melhores que o Brasil e, um dos resultados mais significativos da Europa.

O Brasil, por sua vez, iniciou a jornada de forma proativa, antecipando suas ações iniciais e produzindo, igualmente, as alterações necessárias para que a legislação fosse introduzida de forma a produzir os mesmos efeitos que na Alemanha, entretanto, perdeu a objetividade por força da dinâmica da política interna e da postura de seu Presidente, principalmente, em relação à postura quanto aos devidos cuidados relacionados à pandemia.

Desta forma, não foram as posturas jurídicas que delinearam os resultados dispares entre os países e sim, a postura política espelhada por seus governantes que produziram a efetiva aplicação do aparato legislativo em ações práticas nem sempre populistas.

Assim, o Brasil não observou as recomendações da OMS de forma ostensiva, embora os relatórios divulgados pelo Governo brasileiro tenham aparência de observância, na prática, muitas recomendações como uso adequado de EPI's para a população em geral, distanciamento social, utilização de determinados protocolos de utilização de fármacos, não foram observados.

Os resultados são evidentes, embora a Alemanha esteja passando por novo *lockdown*, pode ostentar uma das menores taxas de mortalidades do mundo, enquanto o Brasil, ultrapassa a marca de 300.000 mortos, um *lockdown* mais abrangente e necessário, por conta do colapso do sistema de saúde e uma taxa medíocre de mortalidade.

Se o Brasil tivesse a mesma taxa de mortalidade da Alemanha, teríamos poupado 100.000 vidas.

## REFERÊNCIAS

AB. Agência Brasil - Saúde. Veja as medidas que cada estado está adotando para combater a covid-19. 28 de março de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/veja-medidas-que-cada-estado-esta-adotando-para-combater-covid-19>>. Acesso em: 05 nov 2020.

ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento e; CASELLA, Paulo Borba. Manual de direito internacional público. 24. ed. 959 p. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. *E-book*. ISBN 9788553610082.

ALMEIDA, Paula Wojcikiewicz; PEREIRA, Maíra Fajardo Linhares. Revisitando os efeitos da assinatura de um tratado internacional: da obrigação de boa-fé à sujeição internacional do estado. Rev. direito GV, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 171-197, June 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1808-24322013000100007>>. Acesso em: 11 jul 2020.

ANJOS, Anna Beatriz; MUNIZ, Bianca; FONSECA, Bruno; FERNANDES, Larissa. O Mapa da cloroquina: como governo Bolsonaro enviou 2,8 milhões de comprimidos para todo o Brasil. 1 de março de 2021. Disponível em <<https://apublica.org/2021/03/o-mapa-da-cloroquina-como-governo-bolsonaro-enviou-28-milhoes-de-comprimidos-para-todo-o-brasil/>>. Acesso em: 15 mar 2021.

ARNOLD, Heinz. Wie gefährlich ist das Corona-Virus für Deutschland? elektroniknet.de, 14 februar 2020. Disponível em: <<https://www.elektroniknet.de/halbleiter/wie-gefaehrlich-ist-das-corona-virus-fuer-deutschland.173485.html>>. Acesso em: 15 out 2020.

BAND. Jornal da Band. Governadores reagem após Bolsonaro falar em "estado de sítio"; Fux pede esclarecimentos. Redação – 19/03/2021. 1 vídeo (2:35 min). Disponível em: <<https://www.band.uol.com.br/noticias/jornal-da-band/ultimas/governadores-reagem-apos-bolsonaro-falar-em-estado-de-sitio-fux-pede-esclarecimentos-16341412>>. Acesso em: 23 mar 2021.

BBC. China 'encobriu' casos de coronavírus em Wuhan, diz cientista que investigou origem da pandemia. BBC News Brasil. 28 julho 2020. Disponível em:<<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53569400>>. Acesso em: 01 set 2020.

BBC. China 'encobriu' casos de coronavírus em Wuhan, diz cientista que investigou origem da pandemia. BBC News Brasil. 28 julho 2020. Disponível em:<<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53569400>>. Acesso em: 01 set 2020.

BONIS, Gabriel. CNN – Brasil. Como a Alemanha avança para conter o novo coronavírus e salvar vidas. 28 março 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52040181>>. Acesso em: 20 jan 2021.

BR24. RKI em Corona: desinfecção e máscara facial desnecessárias no dia a dia. 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/rki-desinfektionsmittel-und-mundschutz-im-alltag-bei-coronavirus-unnoetig,RrnGuRY>>. Acesso em: 25 out 2020.

BRANDÃO, Marcelo. MPF quer explicações sobre mudança na divulgação de dados da covid-19. 07/06/2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/mpf-quer-explicacoes-sobre-mudanca-na-divulgacao-de-dados-da-covid-19>>. Acesso em 15 mar 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Legislação Informatizada - Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948 - Publicação Original. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 19 jul 2020.

BRASIL. Casa Civil. Portaria nº 132, de 22 de março de 2020p. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País, por via terrestre, de estrangeiros provenientes da República Oriental do Uruguai, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-132-de-22-de-marco-de-2020-249098650>>. Acesso em: 03 nov 2020.

BRASIL. Casa Civil. Portaria nº 158, de 31 de março de 2020o. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-158-de-31-de-marco-de-2020-250477893>>. Acesso em: 03 nov 2020.

BRASIL. Casa Civil. Portaria nº 204, de 29 de abril de 2020q. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-204-de-29-de-abril-de-2020-254499736>>. Acesso em: 03 nov 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados entre Estados e Organizações Internacionais ou entre Organizações Internacionais. Exposição de motivos do senhor Ministro de Estado das Relações Exteriores para o Congresso Nacional. 29 de dezembro de 2015. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=701DBCD1773F1FB1F2C5DA2890871FFD.proposicoesWeb2?codteor=1427770&filename=MSC+589/2015](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=701DBCD1773F1FB1F2C5DA2890871FFD.proposicoesWeb2?codteor=1427770&filename=MSC+589/2015)>. Acesso em 18 mai 2020.

BRASIL. Decreto legislativo nº 6, de 20 de março de 2020u. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Portaria/DLG6-2020.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/DLG6-2020.htm)>. Acesso em: 05 nov 2020.

BRASIL. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020x. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm)>. Acesso em: 05 mai 2020.

BRASIL. Decreto nº 18.956, de 22 de outubro de 1929. Promulga seis convenções de direito internacional publico, aprovadas pela Sexta Conferencia internacional americana. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-18956-22-outubro-1929-549004-publicacaooriginal-64267-pe.html>>. Acesso em: 13 mai 2020.

BRASIL. Decreto nº 19.841, de 22 de outubro de 1945. Promulga a Carta das Nações Unidas, da qual faz parte integrante o anexo Estatuto da Corte Internacional de Justiça, assinada em São Francisco, a 26 de junho de 1945, por ocasião da Conferência de Organização Internacional das Nações Unidas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D19841.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D19841.htm)>. Acesso em: 13 mai 2020.

BRASIL. Decreto nº 52.288, de 24 de julho de 1963. Promulga a Convenção sôbre Privilégios e Imunidades das Agências Especializadas das Nações Unidas, adotada, a 21 de novembro de 1947, pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1950-1969/D52288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D52288.htm)>. Acesso em: 25 jul 2020.

BRASIL. Decreto nº 63.151, de 22 de agosto de 1968. Promulga os anexos à Convenção sôbre Privilégios e Imunidade das Agências Especializadas das Nações Unidas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1950-1969/D63151.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D63151.htm)>. Acesso em: 25 jul 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.030, de 14 de dezembro de 2009. Promulga a Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados, concluída em 23 de maio de 1969, com reserva aos Artigos 25 e 66. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D7030.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D7030.htm)>. Acesso em: 13 mai 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm)>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Lei 13.979 de 6 de fevereiro de 2020s. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm)>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Lei 9.872 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm)>. Acesso em: 01 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Nota Oficial. Comitê de emergência do MEC define primeiras ações contra o coronavírus. 16 de março de 2020l. Disponível em: <<https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/comite-de-emergencia-do-mec-define-primeiras-acoes-contra-o-coronavirus>>. Acesso em: 03 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 343, de 17 de março de 2020n. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-343-de-17-de-marco-de-2020-248564376>>. Acesso em: 03 nov 2020

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 491, de 19 de março de 2020m. Estabelece medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Ministério da Educação. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-491-de-19-de-marco-de-2020-248881297>>. Acesso em: 03 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. 26 de fevereiro de 2020i. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>>. Acesso em: 03 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, COE-nCoV. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Fevereiro de 2020e. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/plano-contingencia-coronavirus-preliminar.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020d. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19. Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Publicado em 11/12/2020v. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/12/2020\\_12\\_11\\_plano-de-vacinacao-covid19-revisado.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/12/2020_12_11_plano-de-vacinacao-covid19-revisado.pdf)>. Acesso em 13 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 01. 16 de janeiro de 2020a. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/15/Boletim-epidemiologico-SVS-01.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 04, Versão 2. 22 de janeiro de 2020f. Disponível em: <[https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim\\_epidemiologico\\_SVS\\_04.pdf](https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologico_SVS_04.pdf)>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial (BEE) 20. 01 de julho de 2020k. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/01/Boletim-epidemiologico-COVID-20-3.pdf>>. Acesso em: 05 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 01. 03 de fevereiro de 2020b. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 05. 14 de março de 2020r. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/03--ERRATA---Boletim-Epidemiologico-05.pdf>>. Acesso em: 05 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 12. 19 de abril de 2020c. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/boletins-epidemiologicos-1/abr/be12-boletim-do-coe.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 02. 10 de fevereiro de 2020h. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COEcorona-SVS-13fev20.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 03. 21 de fevereiro de 2020g. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/2020-02-21-Boletim-Epidemiologico03.pdf>>. Acesso em: 05 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 54. 13 de março de 2021a. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/18/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_54-1.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/18/boletim_epidemiologico_covid_54-1.pdf)>. Acesso em: 20 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 53. 6 de março de 2021b. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/12/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_53\\_12-03.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/12/boletim_epidemiologico_covid_53_12-03.pdf)>. Acesso em: 20 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 52. 27 de fevereiro de 2021c. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/05/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_52\\_final2.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/05/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf)>. Acesso em: 20 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 44 p.. ISBN 978-85-334-2166-0

BRASIL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020t. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Portaria/prt454-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt454-20-ms.htm)>. Acesso em: 05 nov 2020.

BRITO, José. CNN Nacional. Erro de gestão atrasou 70 milhões de doses da Pfizer ao Brasil. 07/03/2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2021/03/07/erro-de-gestao-atrasou-70-milhoes-de-doses-da-pfizer-ao-brasil>>. Acesso em: 20 mar 2021.

BROWN, T. M., Cueto, M., & Fee, E.. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. American Journal of Public Health, 96(1), 62–72. (2006). Disponível em: <<https://doi.org/10.2105/ajph.2004.050831>>. Acesso em: 13 jul 2020.

BUSS, Paulo M.; ALCAZAR, Santiago; GALVAO, Luiz Augusto. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. Estud. av., São Paulo, v. 34, n. 99, p. 45-64, Aug. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.004>>. Acesso em: 15 nov 2020.

BUTANTAN. Butantan e Governo de SP vão testar e produzir vacina inédita contra coronavírus. 11/06/2020. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/butantan-e-governo-de-sp-vaio-testar-e-produzir-vacina-inedita-contra-coronavirus>>. Acesso em: 23 mar 2021.

BZGA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hygienetipps für die Karnevalszeit. 17.02.2020a. Disponível em: <<https://www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/2020-02-17-hygienetipps-fuer-die-karnevalszeit/>>. Acesso em: 15 out 2020.

BZGA. BZgA-Informationen zum neuartigen Coronavirus für Bildungseinrichtungen. 03.03.2020b. Disponível em: <<https://www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/2020-03-03-bzga-informationen-zum-neuartigen-coronavirus-fuer-bildungseinrichtungen/>>. Acesso em: 15 out 2020.

CALDEIRA, Cinderela. Informações simplistas e negacionismo levaram à baixa adesão ao isolamento. Jornal da USP 19/06/2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/informacoes-simplistas-e-negacionismo-levaram-a-baixa-adesao-ao-isolamento/>>. Acesso em: 05 nov 2020.

CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. Estud. av., São Paulo, v. 34, n. 99, p. 209-224, Aug. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>>. Acesso em 15 dez 2020.

CARTHAUS, Anna. Deutsche Welle. O que é o número de reprodução R? DW, 11.05.2020. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3aavv>>. Acesso em: 25 out 2020.

CNN. Brasil – Política. Bolsonaro entra com ação no STF contra restrições de governadores do DF, BA e RS. 19 de março de 2021a. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2021/03/19/bolsonaro-entra-com-acao-no-stf-contr-restricoes-de-governadores-do-df-ba-e-rs>>. Acesso em: 23 mar 2021.

CNN. Brasil – Saúde. OMS afirma que limitação de produção de vacinas é um entrave global. 21 de fevereiro de 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/02/21/oms-afirma-que-limitacao-de-producao-de-vacinas-e-um-entrave-global>>. Acesso em: 23 mar 2021.

CNN. Exemplo no início da pandemia, Alemanha atrasa vacinação; Merkel reconhece erros. 07 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2021/03/07/com-recursos-medicos-descrevem-plano-de-vacinacao-da-alemanha-como-desastroso>>. Acesso em: 20 mar 2021.

CONJUR. Consultor Jurídico. MP quer responsabilização de Bolsonaro por causar aglomeração no Acre. 18 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2021-mar-18/mp-responsabilizacao-bolsonaro-causar-aglomeracao-acre>>. Acesso em: 23 mar 2021.

COVAX. Commitment agreements. Countries have agreements signed commitment agreements to the COVAX Facility.15/12/2020. Disponível em: <[https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/pr/COVAX\\_CA\\_COIP\\_List\\_COVAX\\_PR\\_15-12.pdf](https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/pr/COVAX_CA_COIP_List_COVAX_PR_15-12.pdf)>. Acesso em: 10 mar 2020.

CRISTINA, Paula. Isto É – Dinheiro. O (alto) preço da vacina. Disponível em: <<https://www.istoedinheiro.com.br/o-alto-preco-da-vacina/>>. Acesso em: 10 fev 2021.

CRODA, Julio Henrique Rosa; GARCIA, Leila Posenato. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 1, e2020002, 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100021>>. Acesso em: 15 set 2020. Epub 23-Mar-2020.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. The World Health Organization: a history. 2019. New York: Cambridge University Press, 2019. ISBN 978-1-108-48357-5.

DEUTSCHLAND. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands (Einigungsvertrag). Ausfertigungsdatum: 31.08.1990. Disponível em: <<http://www.gesetze-im-internet.de/einigvtr/BJNR208890990.html>>. Acesso em: 10 jul 2020.

DEUTSCHLAND. Bundesministerium für Gesundheit. Strategie zur Einführung und Evaluierung einer Impfung gegen Sars-CoV-2 in Deutschland. Stand: 6. November 2020e. Disponível em: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Download/s/C/Coronavirus/Impfstoff/Nationale\\_Impfstrategie.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Download/s/C/Coronavirus/Impfstoff/Nationale_Impfstrategie.pdf)>. Acesso em: 01 dez 2020.

DEUTSCHLAND. Die Bundeskanzlerin. Die Regelungen im Überblick. 13. Dezember 2020g. Disponível em: <<https://www.bundestkanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/merkel-beschluss-weihnachten-1827396>>. Acesso em: 10 mar 2020.

DEUTSCHLAND. Die Bundesregierung. Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2020b. Disponível em: <<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1733246/e6d6ae0e89a7ffea1ebf6f32cf472736/2020-03-22-mpk-data.pdf?download=1>>. Acesso em: 10 out 2020.

DEUTSCHLAND. Die Bundesregierung. Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. G. v. 18.11.2020 BGBl. I S. 2397 (Nr. 52); Geltung ab 19.11.2020e. Disponível em: <[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl120s2397.pdf%27%5D\\_1607695354870](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s2397.pdf%27%5D_1607695354870)>. Acesso em: 01 dez 2020.

DEUTSCHLAND. Die Bundesregierung. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG). G. v. 23.05.1949 BGBl. S. 1; zuletzt geändert durch Artikel 2 G. v. 29.09.2020a BGBl. I S. 2048 Geltung ab 24.05.1949; FNA: 100-1 Grundgesetz. Disponível em: <<https://www.bundesanzeiger-verlag.de/>>. Acesso em: 01 out 2020.

DEUTSCHLAND. Die Bundesregierung. Nationale Impfstrategie COVID-19. 06/11/2020g. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfstrategie\\_Covid19\\_Ueberblick.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfstrategie_Covid19_Ueberblick.pdf?blob=publicationFile)>. Acesso em: 10 mar 2021.

DEUTSCHLAND. Die Bundesregierung. Regierungserklärung von Bundeskanzlerin Merkel in Berlin vor dem Deutschen Bundestag (Protokoll des Deutschen Bundestages). Donnerstag, 29. Oktober 2020d in Berlin. Disponível em: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/regierungserklaerung-von-bundeskanzlerin-merkel-1807160>>. Acesso em: 01 dez 2020.

DEUTSCHLAND. Die Bundesregierung. Treffen im Kanzleramt. Das haben Bund und Länder vereinbart. 15. Oktober 2020c. Disponível em: <<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/992814/1798920/9448da53f1fa442c24c37abc8b0b2048/2020-10-14-beschluss-mpk-data.pdf?download=1>>. Acesso em: 10 nov 2020.

DEUTSCHLAND. Die Bundesregierung. Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 28 Oktober 2020d. Disponível em: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/buerokratieabbau/videokonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-28-oktober-2020-1805248>>. Acesso em: 10 nov 2020.

DEUTSCHLAND. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG). Artikel 1 G. v. 20.07.2000 BGBl. I S. 1045; zuletzt geändert durch Artikel 5 G. v. 19.06.2020 BGBl. I S. 1385. Geltung ab 01.01.2001; FNA: 2126-13 Krankheitsbekämpfung, Impfwesen. Disponível em: <<https://www.bundesanzeiger-verlag.de/>>. Acesso em: 10 out 2020.

DEUTSCHLAND. Regierungserklärung von Bundeskanzlerin Merkel in Berlin vor dem Deutschen Bundestag (Protokoll des Deutschen Bundestages). Donnerstag, 29. Oktober 2020 in Berlin. Disponível em: <<https://www.bundesanzeiger-verlag.de/>>. Acesso em: 01 out 2020.

DEUTSCHLAND. Telefonkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 13. Dezember 2020f. Disponível em: <<https://www.bundeskanzlerin.de/resource/blob/656734/1827366/69441fb68435a7199b3d3a89bff2c0e6/2020-12-13-beschluss-mpk-data.pdf?download=1>>. Acesso em: 10 mar 2020.

DEUTSCHLAND. Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2021. 23. März 2021 Disponível em: <<https://www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/videokonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-22-maerz-2021-1880086>>. Acesso em: 23 mar 2021.

DOSHI, Peter. The elusive definition of pandemic influenza. Bull World Health Organ. 2011 Jul 1; 89(7), 532-538. Disponível em: <<https://doi.org/10.2471/BLT.11.086173>>. Acesso em: 15 set 2020.

DW. Deutsche Welle - Brasil. Bolsonaro volta a passear pelo comércio em meio à pandemia. Redação 09.04.2020d. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3ajTC>>. Acesso em: 22 jan 2021.

DW. Deutsche Welle - Brasil. Em pronunciamento, Bolsonaro minimiza novo coronavírus. Redação 25.03.2020c. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3ZzLO>>. Acesso em: 22 jan 2021.

DW. Deutsche Welle. Brasil vive maior colapso sanitário de sua história, dizem pesquisadores. Redação 17.03.2021. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3qkb5>>. Acesso em: 23 mar 2020.

DW. Deutsche Welle. Brasil vive maior colapso sanitário de sua história, dizem pesquisadores. Redação 17.03.2021. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3qkb5>>. Acesso em: 22 mar 2021.

DW. Deutsche Welle. Corona-Impfung nur mit entsprechendem Gesetz?. CORONA-PANDEMIE. 05.12.2020d. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3mGct>>. Acesso em: 10 mar 2021.

DW. Deutsche Welle. Covid-19: Mulher de 90 anos foi a primeira a ser vacinada no Reino Unido. Internacional 08.12.2020c. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3mPBk>>. Acesso em: 10 dez 2020.

DW. Deutsche Welle. EUA acertam acordo bilionário por vacina alemã e americana. Redação 22.07.2020. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3fiCJ>>. Acesso em: 25 jul 2020.

DW. Deutsche Welle. EUA são acusados de reter itens médicos destinados a outros países. Redação 04.04.2020a. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3aRa2>>. Acesso em: 25 jul 2020.

DW. Deutsche Welle. Há oito anos, governo alemão previu cenário semelhante ao da COVID-19. Redação 07.04.2020b. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3c31r>>. Acesso em: 25 out 2020.

EK. Europäische Kommission. Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Europäischen Rat und den Rat. COM (2020) 115 final. COVID-19: Vorübergehende Beschränkung von nicht unbedingt notwendigen Reisen in die EU. Brüssel, den 16.3.2020. Disponível em: <<https://www.auswaertiges-amt.de/blob/2320802/91101cdb76072f04ed4bb8e64a182211/mitteilung-eu-kom-data.pdf>>. Acesso em: 15 out 2020.

ESRI. Esri Deutschland. Hier finden Sie Antworten auf Fragen rund um das Esri Corona Dashboard. Gerne stehen wir Ihnen für weitere Fragen zur Verfügung. Weitere ausführliche Informationen zu Fallzahlen, Statistik und Karten finden Sie auf der Seite des Geo Health Centre der Universität Bonn. 2020. Disponível em:

<<https://www.esri.de/de-de/landingpages/corona-impact-2020/faq#>>. Acesso em: 10 out 2020.

ESTADO DE MINAS. Bolsonaro volta a defender cloroquina para COVID-19: 'Deixa de ser otário'. Redação - 04/02/202. Disponível em <[https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2021/02/04/interna\\_politica,1235217/bolsonaro-volta-a-defender-cloroquina-para-covid-19-deixa-de-ser-otario.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2021/02/04/interna_politica,1235217/bolsonaro-volta-a-defender-cloroquina-para-covid-19-deixa-de-ser-otario.shtml)>. Acesso em: 15 set 2020.

FARIA, José Eduardo. Direitos humanos e globalização econômica: notas para uma discussão. Estud. av., São Paulo, v. 11, n. 30, p. 43-53, Aug. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141997000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141997000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 ago 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141997000200004>.

FARLEY, John. To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). New York: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2004. ISBN 0-19-516631-0

FERRAJOLI, Luigi. A soberania no mundo moderno: nascimento e crise do Estado nacional. Tradução Carla Coccioli, Márcio Lauria Filho: revisão da tradução Kariaa Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2002. ISBN 85-336-1720-8.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Vacinas contra a COVID-19. [2021?]. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/vacinas-covid19>>. Acesso em: 23 mar 2021

FOLHA DE S.PAULO. Coronavírus – Redação. Bolsonaro e Mandetta ignoram recomendação de uso de máscara contra coronavírus. 18.mar.2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/bolsonaro-e-mandetta-ignoram-recomendacao-de-uso-de-mascara-contra-coronavirus.shtml>>. Acesso em: 10 out 2020.

FORBES. Redação. Fiocruz busca antecipar em até 100 dias produção local de vacina da AstraZeneca. 15 de março de 2021 Disponível em: <<https://forbes.com.br/forbessaude/2021/03/fiocruz-busca-antecipar-em-ate-100-dias-producao-local-de-vacina-da-astrazeneca/>>. Acesso em: 23 mar 2021

GOLDENBERG, Rina. Alemanha subestimou risco da covid-19, diz reportagem. DW, 18.05.2020. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3cQ6E>>. Acesso em: 15 out 2020.

GOMES, Rodrigo. Em São Paulo, fase roxa tem ônibus, metrô e trens lotados e pouco isolamento social. RBA Cidadania. 17/03/2021. Disponível em:<<https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2021/03/sao-paulo-fase-emergencial-onibus-metro-trens-lotados/>>. Acesso em: 20 mar 2020.

GUNKEL, Christoph. Ich fürchtete, sie könnten meine Gedanken lesen - Uno-Mitgliedstaaten sollten erpresst werden, um den Irakkrieg durchzuboxen: 2003 deckte Katharine Gun schmutzige Spiele der Geheimdienste auf und bezahlte dafür einen hohen Preis. War es das wert?. 28 de outubro de 2019. Spiegel Geschichte. Disponível em:<<https://www.spiegel.de/geschichte/official-secrets->

[katharine-gun-und-der-irak-krieg-die-whistleblowerin-a-1292907.html](#)>. Acesso em: 01 set 2020.

GUNTHER, Christian. Kampf gegen das Coronavirus: So kann der Staat die Grundrechte einschränken. Anwalt.de – Redaktion. 04.08.2020. Disponível em: <[https://www.anwalt.de/rechtstipps/kampf-gegen-das-coronavirus-so-kann-der-staat-die-grundrechte-einschraenken\\_164492.html](https://www.anwalt.de/rechtstipps/kampf-gegen-das-coronavirus-so-kann-der-staat-die-grundrechte-einschraenken_164492.html)>. Acesso em: 15 nov 2020.

HAMMARLUND, Per A.. Liberal Internationalism and the decline of the State: the thought of Richard Cobden, David Mitrany, and Kenichi Ohmae. New York: Palgrave Macmillan, 2005. p. 226. ISBN 1–4039–6703–2

HÄNEL, Lisa. Coronavirus: Stresstest für die Demokratie. Deutsche Welle 09/04/2020. Disponível em: <<https://www.dw.com/de/coronavirus-stresstest-f%C3%BCr-die-demokratie/a-53061016>>. Acesso em: 15 nov 2020.

HARARI, Yuval Noah. The world after coronavirus. In: Financial Times. 2020. Disponível em: <<https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75>>. Acesso em: 26 mar 2020.

HUBER, Valeska. The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894. The Historical Journal, vol. 49, no. 2, 2006, pp. 453–476. JSTOR. Disponível em: <[www.jstor.org/stable/4091623](http://www.jstor.org/stable/4091623)>. Acesso em: 13 mai 2020.

IAL. Instituto Adolfo Lutz. Primeiro caso coronavírus. Fev/2020. Disponível em <<http://www.ial.sp.gov.br/resources/insituto-adolfo-lutz/publicacoes/coronavirus/report-3.pdf>>. Acesso em 01 nov 2020.

IB. Instituto Butantan. Governo de São Paulo lança plataforma de laboratórios para diagnóstico de Covid-19. Disponível em <<https://butantan.gov.br/noticias/governo-de-sao-paulo-lanca-plataforma-de-laboratorios-para-diagnostico-de-covid-19>>. Acesso em 01 nov 2020

IMPEACHMENT de Dilma Rousseff. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Wikimedia, 2018. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Impeachment\\_de\\_Dilma\\_Rousseff#Contexto\\_pol%C3%ADtico](https://pt.wikipedia.org/wiki/Impeachment_de_Dilma_Rousseff#Contexto_pol%C3%ADtico)>. Acesso em: 01 nov 2020.

KELLY, Peter. The classical definition of a pandemic is not elusive. Bull World Health Organ. 2011 Jul 1; 89(7), 540-541. Disponível em: <<https://doi.org/10.2471/BLT.11.088815>>. Acesso em: 15 set 2020.

LARA, Rafaela. CNN Brasil – Saúde. Consórcio Covax entrega ao Brasil as primeiras doses de vacina contra a Covid-19. 21 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/21/consorcio-covax-entrega-ao-brasil-as-primeiras-doses-de-vacina-contr-a-covid-19>>. Acesso em: 23 mar 2021.

LEE, Kelley. The World Health Organization (WHO). Global institutions series. First published 2009. New York: Taylor & Francis e-Library, 2008. ISBN 978-0-203-02973-2

MARKEL, H.. Worldly approaches to global health: 1851 to the present. (2014) Public Health, 128(2), 124–128. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.004>>. Acesso em: 03 mai 2020.

MARTINS, Thays. Correio Braziliense – Política. Bolsonaro questiona fechamento do comércio: "Se falta emprego, falta pão". 19/03/2020. Disponível em: <[https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/03/19/interna\\_politica,835399/bolsonaro-questiona-fechamento-do-comercio-se-falta-emprego-falta-p.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/03/19/interna_politica,835399/bolsonaro-questiona-fechamento-do-comercio-se-falta-emprego-falta-p.shtml)>. Acesso em: 03 nov 2020.

MASLOW, Abraham. Motivation and Personality. New York: Harper & Row, 1970.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. Curso de Direito Internacional Público. 12. ed.. Rio de Janeiro: Forense, 2019. E-book. ISBN 978-85-309-8337-6.

MCCARTHY, Michael. A brief history of the World Health Organization. The Lancet, Vol 360, October 12, 2002. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11244-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11244-X/fulltext)>. Acesso em: 01 jun 2020. DOI:10.1016/s0140-6736(02)11244-x.

MELLO, Daniel. Agência Brasil – Saúde. Covid-19: médicos dizem acreditar em subnotificação de casos e mortes. 07/07/2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-07/medicos-veem-subnotificacao-em-casos-e-mortes-por-coronavirus>>. Acesso em: 15 nov 2020.

MOISÉS, José Álvaro. Jornal da USP. Mudou o ministro, mas é preciso mudar a política, dizem especialistas. 16/03/2021. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/mudou-o-ministro-mas-e-preciso-mudar-a-politica-dizem-especialistas/>>. Acesso em: 20 mar 2020.

MOISÉS, José Álvaro. Jornal da USP. Presidente toma decisão de alto risco e troca ministro da Saúde. 21/04/2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/?p=317066>>. Acesso em: 20 mar 2020.

MPF. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Covid-19: Câmara do MPF instaura procedimento para apurar exclusão de dados divulgados pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/covid-19-camara-do-mpf-instaura-procedimento-para-apurar-exclusao-de-dados-divulgados-pelo-ministerio-da-saude>>. Acesso em: 03 nov 2020.

O'NEILL, Tom; PIEPENBRING, Dan. Por dentro do arquivo do pesquisador que ajudou a CIA a testar o LSD para o controle mental. The Intercept – Brasil. 04 de janeiro de 2020. Disponível em: <<https://theintercept.com/2020/01/04/cia-controle-mental-lsd/>>. Acesso em: 17 jul 2020.

OLIVEIRA, E. B. de. Direito à saúde: garantia e proteção pelo poder judiciário. Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 36-58, 2001. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v2i3p36-58. Disponível em:

<<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82757>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ONU. Nações Unidas Brasil. A história da Organização. 2020. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/conheca/historia/>>. Acesso em: 19 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. A/RES/3050 (XXVIII), 18-09-1973b. Admission of the German Democratic Republic and the Federal Republic of Germani to membership in the United Nations. Disponível em: <[https://undocs.org/A/RES/3050%20\(XXVIII\)](https://undocs.org/A/RES/3050%20(XXVIII))>. Acesso em: 10 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. Carta das Nações Unidas e Estatuto da Corte Internacional de Justiça. 24 de setembro de 1973a. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/11/A-Carta-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. Carta das Nações Unidas e o Estatuto da Tribunal Internacional de Justiça. Departamento de Informação Pública Nações Unidas, NY 10017, 24 de setembro de 1973. Disponível em: <<https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2009/10/Carta-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas.pdf>>. Acesso em: 01 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. História da Carta da ONU. 1941a: A Declaração do Palácio de Santiago. Disponível em: <<https://www.un.org/en/sections/history-united-nations-charter/1941-declaration-st-james-palace/index.html>>. Acesso em: 01 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. História da Carta da ONU. 1941b: A Carta do Atlântico. Disponível em: <<https://www.un.org/en/sections/history-united-nations-charter/1941-atlantic-charter/index.html>>. Acesso em: 01 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. História da Carta da ONU. 1942: Declaration of The United Nations. Disponível em: <<https://www.un.org/en/sections/history-united-nations-charter/1942-declaration-united-nations/index.html>>. Acesso em: 01 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. História da Carta da ONU. 1943: Moscow and Teheran Conferences. Disponível em: <<https://www.un.org/en/sections/history-united-nations-charter/1943-moscow-and-teheran-conferences/index.html>>. Acesso em: 01 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. História da Carta da ONU. 1944-1945: Dumbarton Oaks and Yalta. Disponível em: <<https://www.un.org/en/sections/history-united-nations-charter/1944-1945-dumbarton-oaks-and-yalta/index.html>>. Acesso em: 01 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. História da Carta da ONU. 1945: San Francisco Conference. Disponível em: <<https://www.un.org/en/sections/history-united-nations-charter/1945-san-francisco-conference/index.html>>. Acesso em: 01 jul 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. S/RES/335 (1973), 22-06-1973c. Admission of new member to the United Nations. Disponível em: <[https://undocs.org/S/RES/335%20\(1973\)](https://undocs.org/S/RES/335%20(1973))>. Acesso em: 10 jul 2020.

PACKARD, Randall M..A History of Global Health: Interventions into the lives of other peoples. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016. p. 414. ISBN 9781421420349.

PAHO. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. OPAS Brasil. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/brasil>>. Acesso em: 10 out 2020

PAIXÃO JR., Sebastião Ventura Pereira da. Consultor Jurídico. Entre a vida e a economia, há uma falsa dicotomia constitucional. 9 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-abr-09/paixao-jr-falsa-dicotomia-entre-vida-economia>>. Acesso em: 03 nov 2020.

PCA. Permanent Court of Arbitration. Island of Palmas Case (or Miangas) Award of the Tribunal (The Netherlands / The United States of America), 04 May 1928. Disponível em: <<https://pca-cpa.org/en/cases/94/>>. Acesso em: 01 jul 2020

PERONE, Christian S. Nota sobre o estudo da UFPel no Rio Grande do Sul. Terra Incognita, 29/04/2020. Disponível em: <<https://blog.christianperone.com/2020/04/nota-ufpel-covid/>>. Acesso em 15 dez 2020.

PHILLIPS, Dom. Brazil stops releasing Covid-19 death toll and wipes data from official site. The Guardian. 07/06/2020. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2020/jun/07/brazil-stops-releasing-covid-19-death-toll-and-wipes-data-from-official-site>>. Acesso em: 03 nov 2020.

PORTA, Miquel *et al.* A Dictionary of Epidemiology. Sixth Edition. 343 p. New York: Oxford University Press, 2014. ISBN 978-0-19-997673-7

PRADO, Marcelo Freitas do et al. Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 224-228, June 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200030>>. Acesso em: 15 nov 2020.

PRENTZAS, G. S. The World Health Organization. United States of America: Chelsea House, 2009. p. 135. ISBN 978-0-7910-9839-4

RAMOS, Fábio Pestana. O sistema Westfaliano e as relações internacionais na Europa. Para entender a história... ISSN 2179-4111. Ano 6, Volume jul., Série 04/07, 2015. Disponível em: <<http://fabiopestanaramos.blogspot.com/2010/08/o-sistema-westfaliano-e-as-relacoes.html>>. Acesso em: 15 jul 2020.

RASTEGAR, Mehdi et al. An Inventory-Location Optimization Model for Equitable Influenza Vaccine Distribution in Developing Countries During the COVID-19 Pandemic. 9 December 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.12.022>>. Acesso em 19 dez 2020.

REUSS, Annicka et al. Robert Koch-Institut org.. Nationaler Pandemieplan Teil II – Wissenschaftliche Grundlagen Robert Koch-Institut (RKI), Berlin 2016. E-Book. 222 p.. ISBN 978-3-89606-271-0

REZEK, José Francisco. Direito internacional público: curso elementar. 17. ed.. São Paulo: Saraiva, 2018. ISBN 9788547232849

RKI. Instituto Robert Koch. Das Robert Koch-Institut ist das Public-Health-Institut für Deutschland. 2020. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Home/homepage\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html)>. Acesso em: 01 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung. Vorbereitungen auf maßnahmen in deutschland version 1.0 (Stand 04.03.2020c). Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Ergaenzung\\_Pandemieplan\\_Covid.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?blob=publicationFile)>. Acesso em: 17 out 2020. ISBN 978-3-89606-271-0

RKI. Robert Koch-Institut. Aktualisierung der Nationalen Teststrategie und Neuverkündung der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronavirusTestverordnung – TestV). 2020k. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25646/7189>>. Acesso em: 15 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Coronavirus SARS-CoV-2. COVID-19: Grundlagen für die Risikoeinschätzung des RKI. 2020d. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikobewertung\\_Grundlage.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung_Grundlage.html)>. Acesso em: 17 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Infektionskrankheiten A-Z. COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2). Daten zum Download. 2020j. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/nCoV.html?nn=2386228](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html?nn=2386228)>. Acesso em: 15 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Influenza-Pandemieplanung. 2020b.. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan\\_Teil\\_II\\_gesamt.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.html)>. Acesso em: 17 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020h in Deutschland. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Modellierung\\_Deutschland.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Deutschland.pdf?blob=publicationFile)>. Acesso em: 17 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 07.11.2020l – Aktualisierter stand für Deutschland. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Nov\\_2020/2020-11-07-de.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-07-de.pdf?blob=publicationFile)>. Acesso em: 09 nov 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 01.03.2021 – Aktualisierter stand für Deutschland.

Disponível em:  
<[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz\\_2021/2021-03-01-de.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/2021-03-01-de.pdf? blob=publicationFile)>. Acesso em: 20 mar 2021.

RKI. Robert Koch-Institut. Aktualisierter Bericht zu Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland, insbesondere zur Variant of Concern (VOC) B.1.1.7. 24. März 2021a (Aktualisierung des Berichts vom 17.03.2021). Disponível em:  
<[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/DESH/Bericht\\_VOC\\_2021-03-24.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-03-24.pdf? blob=publicationFile)>. Acesso em: 25 mar 2021.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 04.03.2020e – Aktualisierter stand für Deutschland. Disponível em:  
<[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-04-de.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-04-de.pdf? blob=publicationFile)>. Acesso em: 17 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 17.03.2020f – Aktualisierter stand für Deutschland. Disponível em:  
<[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-17-de.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-17-de.pdf? blob=publicationFile)>. Acesso em: 17 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 13.12.2020m – Aktualisierter stand für Deutschland. Disponível em:  
<[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Dez\\_2020/2020-12-13-de.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-13-de.pdf? blob=publicationFile)>. Acesso em: 10 mar 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 26.03.2020g – Aktualisierter stand für Deutschland. Disponível em:  
<[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-26-de.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-26-de.pdf? blob=publicationFile)>. Acesso em: 17 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 16.03.2020i – Aktualisierter stand für Deutschland. Disponível em:  
<[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-16-de.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-16-de.pdf? blob=publicationFile)>. Acesso em: 17 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019. Daily Situation Report of the Robert Koch Institute. 31.10.2020m – Aktualisierter stand für Deutschland. Disponível em:  
<[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Okt\\_2020/2020-10-31-de.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Okt_2020/2020-10-31-de.pdf? blob=publicationFile)>. Acesso em: 01 dez 2020.

RKI. Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019. Daily Situation Report of the Robert Koch Institute. 30.11.2020n – Aktualisierter stand für Deutschland. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Nov\\_2020/2020-11-30-de.pdf?\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-30-de.pdf?_blob=publicationFile)>. Acesso em: 01 dez 2020.

RKI. Robert Koch-Institut: COVID-19-Dashboard. Auswertungen basierend auf den aus den Gesundheitsämtern gemäß IfSG übermittelten Meldedaten Alle Bundesländer. 2020a.. Disponível em: <<https://npgeo-corona-npgeo-de.hub.arcgis.com/app/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>>. Acesso em: 15 out 2020.

RKI. Robert Koch-Institut: Stufenplan der STIKO zur Priorisierung der COVID-19-Impfung. 2020n. Disponível em: <[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Stufenplan.pdf?\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Stufenplan.pdf?_blob=publicationFile)>. Acesso em: 15 mar 2020.

RND. Redaktionsnetzwerk Deutschland. RKI bedauert Veröffentlichung veralteter Impfstoffprognose: “Sehr ärgerlicher Fehler”. 12/08/2020. Disponível em: <<https://www.rnd.de/gesundheit/verwirrung-um-bericht-rki-zieht-papier-zu-moeglichem-impfstoff-ab-herbst-2020-zurueck-J5SVP325TFCAFCHKCDERZY36GU.html>>. Acesso em: 10 mar 2020.

RODA Viva. Direção: Vera Magalhães. In.: Entrevista com o Presidente do STF Min. Luís Barroso. Produção: TV Cultura, 2020. 1 vídeo (90 min.). Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=gxDsglWkVJQ&ab\\_channel=RodaViva](https://www.youtube.com/watch?v=gxDsglWkVJQ&ab_channel=RodaViva)>. Acesso em: 01 nov 2020.

SANTOS, Ana Rosa dos. A rede laboratorial de Saúde Pública e o SUS. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília, v. 6, n. 2, p. 7-14, jun. 1997. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731997000200002>>. Acesso em 01 nov 2020.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Um século de cólera: itinerário do medo. Physis, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 79-110, 1994. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73311994000100005>>. Acesso em: 11 jul 2020.

SCHWARTZ, Jason L. Equitable global access to coronavirus disease 2019 vaccines. BMJ 2020;371: m4735. 15 December 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.m4735>>. Acesso em 15 dez 2020.

SILVA E VEIGA, Lena et al. COVID-19 Mortality Underreporting in Brazil: Analysis of Data From Government Internet Portals. J Med Internet Res 2020; 22(8): e21413. 14 de junho de 2020. Disponível em: <<https://www.jmir.org/2020/8/e21413>>. Acesso em 15 dez 2020.

SILVA, Renan Gonçalves Leonel da *et al.*. A participação da universidade na produção de testes diagnósticos moleculares do novo coronavírus no Brasil: resposta aos desafios sanitários. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n.

6, e00115520, June 26, 2020. Available from <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115520>>. Acesso em: 05 nov 2020.

SO, Anthony D.; WOO, Joshua. Reserving coronavirus disease 2019 vaccines for global access: cross sectional analysis. *BMJ* 2020;371:m4750. 15 December 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.m4750>>. Acesso em 19 dez 2020.

SOMBRA, José Flávio (Org.). História das relações internacionais contemporâneas da sociedade internacional do Século XIX a era da globalização. São Paulo: Saraiva, 2007. ISBN 978-85-02-06191-7.

SOUZA, Felipe. 'Quarentena para quem?': trabalhadores enfrentam ônibus cheio e proteção precária. *BBC News Brasil*. 31 março 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52090643>>. Acesso em: 01 set 2020.

SOUZA, Rodrigo Augusto de. A filosofia de John Dewey e a epistemologia pragmatista. 2010. *Revista Redescições – Revista on line do GT de Pragmatismo e Filosofia Norte-americana*, Ano 2, Número 1, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/Redescicoes/article/view/14765>>. Acesso em: 03 mai 2020

SP. Governo do Estado de São Paulo – Portal do Governo. Em 10 dias, SP entrega 8,3 milhões doses da vacina do Butantan ao Brasil. 22/03/2020. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ha-dez-dias-sp-entrega-830-mil-doses-diarias-da-vacina-do-butantan-ao-brasil-diz-doria/>>. Acesso em: 23 mar 2021.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADI 6113. Direito da saúde | Pública | Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Relator: Min. Cármen Lúcia. Julgado em 22/06/2020, pelo Tribunal Pleno. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadTexto.asp?id=5114821&ext=RTF>>. Acesso em 20 mar 2021.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADI 6341. Referendo em medida cautelar em ação direta de inconstitucionalidade. Direito constitucional. Direito à saúde. Emergência sanitária internacional. Lei 13.979 de 2020. Competência dos entes federados para legislar e adotar medidas sanitárias de combate à epidemia internacional. Hierarquia do sistema único de saúde. Competência comum. Medida cautelar parcialmente deferida. Relator: Min. Marco Aurélio. Julgado em 15/04/2020a, pelo Tribunal Pleno. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344964720&ext=.pdf>>. Acesso em 01 dez 2020.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADI 6586, rel. min. Alexandre de Moraes Liminar parcialmente deferida ad referendum. 17/12/2020d. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadTexto.asp?id=5247369&ext=RTF>>. Acesso em: 20 mar 2021.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADI 6587, rel. min. Ricardo Lewandowski. Decisão do Tribunal Pleno do STF, por maioria, em julgamento parcialmente procedente. 17/12/2020e. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadTexto.asp?id=5247370&ext=RTF>>. Acesso em: 20 mar 2021.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADI 6587, rel. min. Ricardo Lewandowski. Referendo na medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 770 Distrito Federal. 24/02/2021a. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15345861511&ext=.pdf>>. Acesso em: 20 mar 2021.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADI 715. Referendo na medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 715 Distrito Federal. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgado em 31/08/2020b, pelo Tribunal Pleno. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344467338&ext=.pdf>>. Acesso em 20 mar 2021.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADPF 672, rel. min. Alexandre de Moraes. Liminar parcialmente deferida ad referendum. 09/04/2020c. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15342867936&ext=.pdf>>. Acesso em: 20 mar 2021.

STF. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR, rel. min. Celso de Mello, j. 12-9-2000, 2ª T, DJ de 24-11-2000. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>>. Acesso em: 01 nov 2020.

STRUCK, Jean-Philip. Deutsche Welle – Brasil. O que esperar do novo ministro da Saúde?. Redação – 17.03.2021b. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3qmGo>>. Acesso em: 23 mar 2021.

STRUCK, Jean-Philip. Deutsche Welle. Bolsonaro usa pesquisa alemã distorcida para criticar uso de máscaras. 17.03.2021. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/bolsonaro-usa-pesquisa-alem%C3%A3-distorcida-para-criticar-uso-de-m%C3%A1scaras/a-56709073>>. Acesso em: 20 mar 2021.

TING, Qu. Xinhuanet. 专家称系新型冠状病毒 武汉不明原因的病毒性肺炎疫情病原学鉴定取得初步进展. 2020-01-09. Disponível em: <[http://www.xinhuanet.com/politics/2020-01/09/c\\_1125438971.htm](http://www.xinhuanet.com/politics/2020-01/09/c_1125438971.htm)>. Acesso em: 15 nov 2020.

TJRJ. Processo 5019484-43.2020.4.02.5101. Data de autuação: 27/03/2020. Classe da ação: AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Ato Lesivo ao Patrimônio Artístico, Estético, Histórico ou Turístico, Atos Administrativos, Direito Administrativo e outras matérias de Direito Público. COVID-19, Questões de Alta Complexidade, Grande Impacto e Repercussão. Disponível em: <[https://eproc.jfrj.jus.br/eproc/externo\\_controlador.php?acao=processo\\_selecao\\_publica&acao\\_origem=processo\\_consulta\\_publica&acao\\_retorno=processo](https://eproc.jfrj.jus.br/eproc/externo_controlador.php?acao=processo_selecao_publica&acao_origem=processo_consulta_publica&acao_retorno=processo)>

[consulta\\_publica&num\\_processo=50194844320204025101&num\\_chave=&num\\_chave\\_documento=&hash=d4ac7fce85a7c93a2d1a8bf906c31230](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_1035)>. Acesso em: 23 mar 2021.

UE. Comissão Europeia. Coronavirus: Commission recommends partial and gradual lifting of travel restrictions to the EU after 30 June, based on common coordinated approach. 2020d. Disponível em: <[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_20\\_1035](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_1035)>. Acesso em: 22 set 2020.

UE. Comissão Europeia. COVID-19. Guidance on the implementation of the temporary restriction on non-essential travel to the EU, on the facilitation of transit arrangements for the repatriation of EU citizens, and on the effects on visa policy. 2020b. Disponível em: <[https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/20200330\\_c-2020-2050-report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/20200330_c-2020-2050-report_en.pdf)>. Acesso em: 20 set 2020.

UE. Comissão Europeia. Cronologia da intervenção da UE. 2020a. Disponível em: <[https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/timeline-eu-action\\_pt](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/timeline-eu-action_pt)>. Acesso em: 15 out 2020.

UE. Comissão Europeia. New control material developed by Commission scientists to help prevent coronavirus test failures. 2020c. Disponível em: <[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/mex\\_20\\_573](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/mex_20_573)>. Acesso em: 20 set 2020.

UE. Regulamento (UE) 2016/399 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2016, que estabelece o código da União relativo ao regime de passagem de pessoas nas fronteiras (Código das Fronteiras Schengen) OJ L 77, 23.3.2016, p. 1–52. Disponível em: <<http://data.europa.eu/eli/reg/2016/399/oj>>. Acesso em: 15 out 2020.

UE. União Europeia. Regulamentos, diretivas e outros atos legislativos. [S.I.] [2020?]. Disponível em: <[https://europa.eu/european-union/law/legal-acts\\_pt](https://europa.eu/european-union/law/legal-acts_pt)>. Acesso em: 15 out 2020.

UN. Constitution of the World Health Organization. CHAPTER IX. New York, 22 July 1946a. United Nations, Treaty Series, vol. 14, p. 185. Disponível em: <[https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IX-1&chapter=9&clang=en#8](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-1&chapter=9&clang=en#8)>. Acesso em: 11 jul 2020.

UN. Convention on the Privileges and Immunities of the Specialized Agencies. CHAPTER III. New York, 21 November 1947. United Nations, Treaty Series, vol. 33, p. 261. Disponível em: <[https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=III-2&chapter=3&clang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=III-2&chapter=3&clang=en)>. Acesso em: 25 jul 2020.

UN. Convention on the Privileges and Immunities of the United Nations. CHAPTER III. New York, 13 February 1946b. United Nations, Treaty Series, vol. 1, p. 15, and vol. 90, p. 327. Disponível em:

<[https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtmsg\\_no=III-1&chapter=3&clang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtmsg_no=III-1&chapter=3&clang=en)>. Acesso em: 25 jul 2020.

UN. United Nations: Treaty Collection. Law of Treaties, Chapter XXIII. Vienna Convention on the Law of Treaties between States and International Organizations or between International Organizations. Vienna, 21 March 1986. STATUS AS AT: 01-08-2020 05:00:36 EDT. Disponível em: <[https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtmsg\\_no=XXIII-3&chapter=23&lang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtmsg_no=XXIII-3&chapter=23&lang=en)>. Acesso em 01 ago 2020.

UN. United Nations: Treaty Collection. Law of Treaties, CHAPTER XXIII. Vienna Convention on the Law of Treaties. Vienna, 23 May 1969. Registration: 27 January 1980, No. 18232. Disponível em: <[https://treaties.un.org/Pages/ViewDetailsIII.aspx?src=IND&mtmsg\\_no=XXIII-1&chapter=23&Temp=mtmsg3&clang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetailsIII.aspx?src=IND&mtmsg_no=XXIII-1&chapter=23&Temp=mtmsg3&clang=en)>. Acesso em 01 ago 2020.

VALENTE, Jonas. Agência Brasil - Saúde. Governo recomenda cancelamento de eventos por causa do coronavírus. 13/03/2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/coronavirus-governo-recomenda-cancelamento-e-adiamento-de-eventos>>. Acesso em: 05 nov 2020.

VARELLA, Marcelo Dias. Direito internacional público. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. *E-book*. ISBN 9788553609031.

VERDÉLIO, Andreia. Agência Brasil - Saúde. Anvisa diz que vacinas usadas no Brasil são seguras. 03.03.2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/anvisa-diz-que-vacinas-usadas-no-brasil-sao-seguras#:~:text=Atualmente%2C%20est%C3%A3o%20autorizadas%20para%20uso,Butantan%20em%20parceria%20com%20a>>. Acesso em 21 mar 2021.

VIDALE, Giulia. Coronavírus: laboratório doa processamento de até 3 milhões de exames. Veja - Saúde. 21 abr 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/coronavirus-laboratorio-doa-processamento-de-ate-3-milhoes-de-exames/>>. Acesso em: 05 nov 2020.

VOELZKE, Thomas. Das Sozialschutzpaket - mit der Bazooka für sozialen Schutz? Juris das Rechtsportal. 01.04.2020. Disponível em: <[https://www.juris.de/jportal/nav/juris\\_2015/aktuelles/magazin/corona-sozialpaket.jsp](https://www.juris.de/jportal/nav/juris_2015/aktuelles/magazin/corona-sozialpaket.jsp)>. Acesso em: 15 nov 2020.

WANG, Wei et al. Global, regional, and national estimates of target population sizes for covid-19 vaccination: descriptive study. *BMJ* 2020;371:m4704. 15 December 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.m4704>>. Acesso em 19 dez 2020.

WENDT, Edmund Charles. A treatise on Asiatic cholera. New York: W. Wood, 1885. The library at Wellcome Collection. Disponível em: <<http://catalogue.wellcomelibrary.org/record=b2099642>>. Acesso em: 15 mai 2020.

WHO. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 9 March 2020m. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---9-march-2020>>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2017. Emergency response framework – 2nd ed.. 76 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258604/9789241512299-eng.pdf;jsessionid=D3E4529C61F613B34229F9AC14020F1B?sequence=1>>. Acesso em: 15 set 2020. ISBN 978-92-4-151229-9

WHO. World Health Organization. 2018. Handbook for Developing a Public Health Emergency Operations Centre Part A: Policies, Plans and Procedures. WHO reference number: WHO/HSE/GCR/2014.1. 88p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277191/9789241515122-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 set 2020. ISBN: 978 92 4 151512 2

WHO. World Health Organization. 2020a. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 50. 10/03/2020 World Health Organization. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331450>>. Acesso em: 11 jul 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ab. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 11. Data as reported by: 31 January 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4)>. Acesso em: 30 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ac. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 52. Data as reported by: 12 March 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0_4)>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ad. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 53. Data as reported by: 13 March 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200313-sitrep-53-covid-19.pdf?sfvrsn=adb3f72\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200313-sitrep-53-covid-19.pdf?sfvrsn=adb3f72_2)>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ae. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 59. Data as reported by: 19 March 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200319-sitrep-59-covid-19.pdf?sfvrsn=c3dcdef9\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200319-sitrep-59-covid-19.pdf?sfvrsn=c3dcdef9_2)>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020af. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 64. Data as reported by: 24 March 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200324-sitrep-64-covid-19.pdf?sfvrsn=723b221e\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200324-sitrep-64-covid-19.pdf?sfvrsn=723b221e_2)>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ag. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 72. Data as reported by: 01 April 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2)>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ah. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 75. Data as reported by: 04 April 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200404-sitrep-75-covid-19.pdf?sfvrsn=99251b2b\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200404-sitrep-75-covid-19.pdf?sfvrsn=99251b2b_4)>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ai. Controlling the spread of COVID-19 at ground crossings. WHO/2019-nCoV/Ground\_crossings/2020.1. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Corrigendum (29 May 2020). Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278436/retrieve>>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020aj. Diagnostic testing for SARS-CoV-2. 11 September 2020. WHO/2019-nCoV/laboratory/2020.6. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1302661/retrieve>>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ak. COVID-19 vaccine introduction readiness assessment tool. 21 September 2020 | COVID-19: Critical preparedness, readiness and response. WHO/2019-nCoV/Vaccine\_introduction/RA\_Tool/2020.1. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator/virat-vraf2.0\\_final\\_3dec2020.xlsx?sfvrsn=37fd4fa8\\_1&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator/virat-vraf2.0_final_3dec2020.xlsx?sfvrsn=37fd4fa8_1&download=true)>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020al. Behavioural considerations for acceptance and uptake of COVID-19 vaccines. WHO technical advisory group on behavioural insights and sciences for health, meeting report, 15 October 2020. ISBN: 978-92-4-001692-7. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1320080/retrieve>>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020am. Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines. 16 November 2020 | COVID-19: Critical preparedness, readiness and response. WHO/2019-nCoV/Vaccine\_deployment/2020.1. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1315396/retrieve>>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020an. Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator. A Global Collaboration to Accelerate the Development, Production and Equitable Access to New COVID-19 diagnostics, therapeutics and vaccines. 24 April 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator-call-to-action-24april2020.pdf?sfvrsn=5f721eaf\\_6&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator-call-to-action-24april2020.pdf?sfvrsn=5f721eaf_6&download=true)>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ao. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 67. Data as reported by: 27 March 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331613/nCoVsitrep27Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 dez 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ap. Basic documents, 49th ed. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339554>>. Acesso em: 15 fev 2021.

WHO. World Health Organization. 2020aq. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 119. Data as reported by: 18 May 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 01 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ar. COVID-19 Weekly Epidemiological Update - 10. Data as reported by: 18 out 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 01 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020as. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 151. Data as reported by: 18 jun 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 01 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020at. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 157. Data as reported by: 25 jun 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020au. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 164. Data as reported by: 02 jul 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020av. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 169. Data as reported by: 07 jul 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ax. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 160. Data as reported by: 28 jun 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020b. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 01. Data as reported by: 20 January 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4)>. Acesso em: 15 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2020ba. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 178. Data as reported by: 16 jul 2020. Disponível em:

<<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bc. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 188. Data as reported by: 26 jul 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bd. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 189. Data as reported by: 27 jul 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020be. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 194. Data as reported by: 01 ago 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bf. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 195. Data as reported by: 02 ago 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bg. Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. Data as reported by: 23 ago 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bh. Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. Data as reported by: 13 set 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bi. Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. Data as reported by: 20 set 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bj. Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. Data as reported by: 25 out 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bl. Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. Data as reported by: 01 nov 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bm. Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. Data as reported by: 15 nov 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bn. Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. Data as reported by: 29 nov 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bo. Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. Data as reported by: 06 dez 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020bp. Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, under Emergency Use Listing. 13 dez 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE\\_recommendation-BNT162b2-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1)>. Acesso em: 10 mar 2020.

WHO. World Health Organization. 2020d. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 03. Data as reported by: 31 January 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4)>. Acesso em: 15 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2020e. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 04. Data as reported by: 24 January 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200124-sitrep-4-2019-ncov.pdf?sfvrsn=9272d086\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200124-sitrep-4-2019-ncov.pdf?sfvrsn=9272d086_8)>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2020h. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 06. Data as reported by: 26 January 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019-ncov.pdf?sfvrsn=beaeee0c\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019-ncov.pdf?sfvrsn=beaeee0c_4)>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2020i. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 39. Data as reported by: 28 February 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200228-sitrep-39-covid-19.pdf?sfvrsn=5bbf3e7d\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200228-sitrep-39-covid-19.pdf?sfvrsn=5bbf3e7d_4)>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2020n. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 51. Data as reported by: 11 March 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2020o. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. World Health Organization. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>>. Acesso em: 20 set 2020.  
License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO. World Health Organization. 2020p. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 8. Data as reported by: 28 January 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200128-sitrep-8-ncov-cleared.pdf?sfvrsn=8b671ce5\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200128-sitrep-8-ncov-cleared.pdf?sfvrsn=8b671ce5_2)>. Acesso em: 30 set 2020.

WHO. World Health Organization. 2020s. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 38. Data as reported by: 28 February 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200227-sitrep-38-covid-19.pdf?sfvrsn=2db7a09b\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200227-sitrep-38-covid-19.pdf?sfvrsn=2db7a09b_4)>. Acesso em: 01 nov 2020.

WHO. World Health Organization. 2020t. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <<https://covid19.who.int/table>>. Acesso em: 05 nov 2020.

WHO. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. 5 June 2020k. COVID-19: Infection prevention and control / WASH. WHO REFERENCE NUMBER: WHO/2019-nCoV/IPC\_Masks/2020.4. Disponível em: <[https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-the-community-during-home-care-and-in-health-care-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-the-community-during-home-care-and-in-health-care-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: interim guidance, 12 January 2020z. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332299>>. Acesso em: 15 nov 2020.

WHO. World Health Organization. Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts. 13 August 2020j. COVID-19: Clinical care. WHO REFERENCE NUMBER: WHO/2019-nCoV/IPC/HomeCare/2020.4. Disponível em: <[https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: interim guidance, 10 January 2020u. World Health Organization. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332447>>. Acesso em: 15 nov 2020.

WHO. World Health Organization. Origin of SARS-CoV-2. 26 March 2020d. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/FAQ/Virus\_origin/2020.1. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus\\_origin-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus_origin-2020.1-eng.pdf)>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. Rapid risk assessment of acute public health events. WHO Press, 2012. WHO reference number: WHO/HSE/GAR/ARO/2012.1. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_HSE\\_GAR\\_ARO\\_2012.1\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HSE_GAR_ARO_2012.1_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 20 set 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. 2020q. Disponível em: <<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19>>. Acesso em: 15 out 2020

WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe. COVID-19 situation in the WHO European Region. 2020r. Disponível em: <<https://npgeo-corona-npgeo-de.hub.arcgis.com/app/e6acbf22cc4f4b85949f59734244ba71>>. Acesso em: 15 out 2020

WHO. World Health Organization. Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 23 January 2020g. Statement Geneva, Switzerland. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 30 January 2020i. Statement Geneva, Switzerland. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. Surveillance case definitions for human infection with novel coronavirus (nCoV): interim guidance, 11 January 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330376>>. Acesso em: 15 nov 2020.

WHO. World Health Organization. Updated WHO advice for international traffic in relation to the outbreak of the novel coronavirus 2019-nCoV. 24 January 2020aa. COVID-19 – Travel Advice. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-outbreak-of-the-novel-coronavirus-2019-ncov-24-jan/>>. Acesso em: 15 nov 2020.

WHO. World Health Organization. WHO advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China. 10 January 2020f. COVID-19 Travel Advice. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china/>>. Acesso em: 20 set 2020.

WHO. World Health Organization. WHO advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China. 10 January 2020v. COVID-19 – Travel Advice. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china>>. Acesso em: 15 nov 2020.

WORLDOMETER. Reported cases and deaths by country, territory, or conveyance. 2020. Disponível em: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>>. Acesso em: 13 dez 2020.

ZHU, Na et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. The New England journal of medicine vol. 382,8 (2020): 727-733. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>>. Acesso em: 15 set 2020.