



Reflexões acerca dos direitos coletivos versus individuais frente às doenças transmissíveis

Maria Clara Padoveze¹, Núbia Virginia D'Avila Limeira de Araujo¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: padoveze@usp.br

Como citar este artigo:

Padoveze MC, Araujo NVDAL. Reflections on collective versus individual rights related to communicable diseases. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03220. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017000003220>

A publicação em 19 de janeiro de 2017 da nova norma emanada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos Estados Unidos da América do Norte (EUA), desde sua concepção, reativou antigas controvérsias acerca dos direitos coletivos *versus* individuais. Isso porque esta norma propõe nova legislação no tocante ao manejo de doenças transmissíveis no âmbito da proteção da saúde pública, incluindo, entre outras medidas, a determinação referente à quarentena de indivíduos com suspeita de agravos. Ela amplia os poderes do CDC, a partir de 21 de fevereiro de 2017, para a custódia temporária de indivíduos suspeitos de necessitar indicação de quarentena, em condições que podem ser instituídas a partir de sintomas mais genéricos, como febre alta, por exemplo⁽¹⁾.

Conforme a definição do CDC, *quarentena* “separa e restringe o movimento de pessoas que estão expostas a doenças contagiosas para verificar se se tornam doentes”; *isolamento* “separa as pessoas com uma doença contagiosa daquelas que não estão doentes”⁽²⁾. O uso de práticas tanto de isolamento quanto de quarentena é reconhecido mundialmente como evidência científica de eficácia para a prevenção da disseminação de determinadas doenças que são transmitidas pelo contato direto de pessoa a pessoa⁽³⁾. Não obstante, a controvérsia quanto às condições de sua aplicação e suas indicações é uma das questões mais emblemáticas do conflito entre direitos individuais e coletivos no que tange ao controle de epidemias.

A quarentena é dirigida a pessoas que ainda não se apresentam clinicamente doentes, o que ocasiona dificuldades no estabelecimento de critérios exatos para sua indicação. A implementação de quarentena quando pertinente pode ser uma ferramenta de proteção à saúde coletiva. Entretanto, quando não pertinente, pode gerar efeitos maléficos, entre eles, afastamento do contato social, estigma, impedimento ao trabalhador na produção e no consumo de bens e serviços, gerando impactos sociais e econômicos. Além desses, o uso inadequado da quarentena pode gerar percepção de insegurança na sociedade, pelo alarme desnecessário, sentimento de invasão de privacidade e ruptura de direitos.

Destacam-se, neste contexto, as lições aprendidas após as epidemias de influenza, a doença do vírus Ebola e os recentes surtos de Síndrome Respiratória Aguda do Oriente Médio causada por coronavírus (Middle East Respiratory Syndrome – MERS-Cov). Esses episódios reforçaram a necessidade de melhorias na capacidade de resposta rápida de todas as nações na ocorrência de epidemias⁽⁴⁾, mas também acentuaram a polêmica sobre o uso de quarentena e outras medidas restritivas nessas situações⁽⁵⁻⁷⁾.

Mesmo antes da edição da legislação proposta pelo CDC, o advento da revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) ocorrido em 2005 influenciou a retomada dessas discussões. A emergência e a reemergência de doenças e o aumento do risco de propagação frente à crescente circulação de pessoas e mercadorias pelo mundo impulsionou a revisão do RSI, iniciado em 1995 e só finalizado 10 anos após, na quingentésima oitava assembleia da Organização Mundial de Saúde em 2005, vindo a vigorar a partir de junho de 2007⁽³⁾.

O que se vislumbra é o desenvolvimento de ações orquestradas por parte dos países envolvidos, de repercussão internacional e de importância para a saúde coletiva, de forma a intervir na propagação de agravos (como por exemplo, além das medidas clássicas de prevenção, a fabricação rápida de vacinas e exames específicos). Há também o compromisso dos países signatários dessa cooperação

para a plena adoção do RSI, o que vem sendo monitorado pela Organização Mundial de Saúde⁽⁸⁾. Entretanto, em virtude da sua soberania, os países podem adotar diferentes posições quanto à implementação do RSI, adequando instrumentos e legislações nacionais, desde que respeitando os acordos internacionais. No caso dos EUA, o CDC, por meio da sua autoridade para promulgar normativas referentes à saúde pública, encaminhou a proposta ora vigente, tendo como quadro de referência a epidemiologia de determinados agravos.

Durante a fase de consulta pública dessa nova norma, o CDC recebeu manifestações que demonstraram as controvérsias, dentre as quais se destaca o conflito entre o direito coletivo e o individual. Também foram manifestadas as preocupações quanto ao processo da aplicação de quarentena em si, o que incluiu questionamentos quanto aos critérios técnicos para a sua indicação. Esses questionamentos, as revisões do documento e suas justificativas encontram-se disponíveis na íntegra na versão final da norma publicada⁽¹⁾.

Entretanto, o que se destaca aqui é que, se por um lado, a minimização de risco de dispersão de agravos relevantes à saúde é uma premência internacional historicamente demonstrada, por outro lado, os pressupostos dos direitos humanos universalmente aceitos não podem ser negligenciados e o equilíbrio entre eles é um desafio contemporâneo da maior importância. Esse conflito se mantém não resolvido: Tem o Estado o direito de confinar indivíduos para preservar a saúde coletiva? Para preservar os seus direitos individuais pode o indivíduo expor os demais ao risco de contágio? Essa é uma seara na qual os direitos humanos e o direito sanitário têm buscado fundamentação. A adoção de medidas com vistas ao controle sanitário que impliquem restrição de liberdades tem se constituído desde longa data em uma questão complexa, dado os aspectos envolvidos e que não se limitam ao caráter técnico, mas também político, social e econômico, uma vez que impactam o estado de saúde das populações⁽⁹⁾. Consequentemente, é imperativo defender o diálogo entre formuladores de políticas, sociedade e profissionais.

O processo histórico do manejo e da prevenção das doenças transmissíveis, em particular aquelas com propensão a epidemias e pandemias, evidenciou que essas não respeitam as barreiras políticas e geográficas de municípios, estados e países. Nesse contexto, é improvável que qualquer país possa isoladamente tomar medidas que sejam consideradas como plenamente protetoras, pois a dinâmica contemporânea com o constante fluxo de bens e pessoas repercute na ruptura natural de bolhas de proteção. Assim sendo, a tendência global aponta como solução a cooperação entre os povos e a necessidade de consensos baseados em evidências científicas e o respeito aos princípios de uma convivência social ética.

A contribuição da sociedade nesse debate é fundamental para que se possa avançar no enfrentamento dos problemas e das situações de saúde. Os movimentos sociais da saúde e o controle social dos colegiados, experimentados no passado com maior intensidade, ou novos mecanismos de participação social são essenciais para a crítica do tema em questão⁽¹⁰⁾.

Os profissionais de saúde são os primeiros a serem afetados pelas emergências em saúde pública. Estão na linha de frente do cuidado, tendo a seu encargo o processo de tomada de decisão sob condições de estresse físico e pressão social. Além disso, são desproporcionalmente mais afetados por certas doenças epidêmicas pela sua condição de trabalho em relação à população em geral. Por esse motivo, é essencial que esses profissionais compreendam o referencial ético, legal e de saúde pública que embasa sua autonomia relativa para a indicação de quarentena e o isolamento de indivíduos.

Os enfermeiros são profissionais historicamente engajados na minimização da vulnerabilidade aos agravos transmissíveis. Desde os seus primórdios, a enfermagem encontra-se profundamente envolvida com questões de assistência direta, prevenção de transmissão de doenças e formulação de políticas públicas⁽¹¹⁾.

Na prática, é mister o comprometimento com a excelência técnica combinada à proteção aos direitos humanos. Para além disso, e especialmente neste momento, faz-se necessário que os enfermeiros atuem na formulação e execução das políticas públicas, em defesa de indivíduos e famílias, visando ao alcance do equilíbrio entre os direitos coletivos e individuais. Essa participação é possível por meio de mobilização política e defesa intransigente da comunicação pública transparente em todos os estágios da construção de políticas, mas também pela condução de pesquisas que contribuam para a produção de evidências científicas que apoiem a tomada de decisões em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention; Department of Health and Human Services, Control of Communicable Diseases. 42 CFR Parts 70 and 71. Federal Register 2017; Jan 19;82(12):6890-978. [CDC Docket No. DC-2016-0068]. RIN 0920-AA63.

2. Centers for Diseases Control and Prevention. Quarantine and isolation [Internet]. Atlanta: CDC; 2017 [cited 2017 Feb 01]. Available from: <https://www.cdc.gov/quarantine/>
3. World Health Organization. International Health Regulation (2005) [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2017 Feb 01]. Available from: <http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>
4. WHO Ebola Response Team, Agua-Agum J, Allegranzi B, Ariyarahaj A, Aylward R, Blake IM, Barboza P, et al. After Ebola in West Africa: unpredictable risks, preventable epidemics. *N Engl J Med*. 2016;375(6):587-96.
5. Webb A. Quarantine, isolation, and health care workers. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2015 Dec;21(6 Neuroinfectious Disease):1745-50.
6. Smith MJ, Bensimon CM, Perez DF, Sahni SS, Upshur RE. Restrictive measures in an influenza pandemic: a qualitative study of public perspectives. *Can J Public Health*. 2012;103(5):e348-52.
7. Upshur RE. Evidence and ethics in public health: the experience of SARS in Canada. *N S W Public Health Bull*. 2012;23(5-6):108-10.
8. World Health Organization. Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2017 Feb 01]. Available from: <http://www.who.int/ihr/checklist/en/>
9. Barradas RB. Ética e epidemiologia. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2005;12(3):735-53.
10. Silva CV, Silva DFL, Souza EM. A participação da sociedade civil na democratização do Setor de Saúde no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(2):254-9.
11. Gill CJ, Gill G. Nightingale in Scutari: her legacy reexamined. *Clin Infect Dis*. 2005; 40(12):1799-805.