

Controle sanitário de fronteiras: trânsito internacional de pessoas na Copa do Mundo de 2014

Border sanitary control: international people's traffic in the world cup of 2014

El control sanitario de las fronteras: tránsito internacional de personas en la Copa del Mundo de 2014

Aline Daiane dos Reis Lima¹

pessoas.

RESUMO

Enquanto as viagens e o comércio internacionais trazem muitos benefícios à saúde ligados ao desenvolvimento econômico, eles também podem causar riscos à saúde pública que podem se disseminar internacionalmente em aeroportos, portos e fronteiras terrestres por meio de pessoas, animais, alimentos, bagagens, cargas, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais. Devido ao aumento do tráfego de pessoas durante a Copa do Mundo de 2014 que acontecerá no Brasil, percebe-se a necessidade da efetiva aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) para que seja garantido o direito fundamental a saúde da população brasileira e aos visitantes por meio da identificação de emergências de saúde pública de importância internacional e das respostas a tais eventos.

Palavras-chave: Regulamento Sanitário Internacional. Copa do Mundo. Trânsito de

ABSTRACT

While international travel and trade bring many health benefits linked to economic development, they may also cause public health risks that can spread internationally at airports, ports and ground crossings through people, animals, food, baggage, cargo, containers, goods and postal parcels. Due to the increased traffic of people during the 2014 World Cup to be held in Brazil, one realizes the need to apply the definitions of the International Health Regulations (2005) to be guaranteed the fundamental right to health of the population and visitors by identifying public health emergencies of international concern and the answers to these events.

Keywords: International Health Regulations. World Cup. People's traffic.

RESUMEN

Mientras que los viajes y el comercio internacionales trae muchos beneficios de salud

¹ Farmacêutica. Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

relacionados con el desarrollo económico, sino que también pueden causar riesgos de salud pública que pueden propagarse a nivel internacional en los aeropuertos, puertos y fronteras terrestres a través de personas, animales, alimentos, equipajes, cargas, medios de transporte, mercancías y paquetes postales. Debido al aumento del tráfico de personas durante la Copa del Mundo 2014 que se celebrará en Brasil, se da cuenta de la necesidad de la aplicación efectiva del Reglamento Sanitario Internacional (2005) que se garantice el derecho fundamental a la salud de la población y visitantes a través de la identificación de las situaciones de emergencia de salud pública de importancia internacional y las respuestas a estos eventos.

Palabras clave: Reglamento Sanitario Internacional. Copa del Mundo. Tránsito de personas.

INTRODUÇÃO

A Federação Internacional de Futebol Associado (FIFA) é a instituição responsável pela definição e aplicação das regras mundiais do futebol, realizando diversos eventos, dentre eles a Copa do Mundo, realizada a cada quatro anos, em um país sede, contando com a participação das melhores seleções do mundo. Em 2014 o Brasil sediará este torneio.

Durante a Copa do Mundo, milhares de pessoas de diversos países deslocam-se para o país sede para acompanhar os jogos. O turismo desportivo tem recebido crescente atenção como significativa fonte de geração de receita e contribuindo com grandes benefícios econômicos para as cidades, as regiões e os países. Por outro lado, percebe-se a necessidade

do monitoramento do trânsito internacional de pessoas para a determinação dos riscos à saúde e minimização do risco de disseminação de doenças.

Estima-se que 600 mil turistas estrangeiros e 3 milhões de brasileiros desloquem-se para as cidades-sede para assistirem os jogos no Brasil. O Sistema de Saúde Brasileiro enfrentará oportunidades e desafios no que tange os serviços de saúde, preparando-se para atender ao aumento da demanda por atendimentos e as alterações do perfil epidemiológico populacional. Desta forma, o Governo Federal instalou a Câmara Temática de Saúde, que se reúne periodicamente, buscando a promoção da coordenação das ações de saúde durante o evento, o apoio para a elaboração de projetos de aprimoramento da infraestrutura e o acompanhamento da execução destas ações¹.

O Sistema de Vigilância em Saúde deverá ser aperfeiçoado, por meio das ações de fiscalização sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras, da preparação para as emergências de saúde pública e da notificação de doenças transmissíveis de relevância epidemiológica no país. O Governo Federal criou a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), para a atuação em situações de catástrofe e emergências de grandes proporções no Brasil durante a Copa do Mundo, por meio do Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011¹.

A Lei Geral da Copa (LGC), Lei nº 12.663, de 5 de junho de 2012², foi regulamentada pelo Decreto nº 7.783, de 7 de agosto de 2012, estabelecendo as medidas relativas à Copa das Confederações de 2013 e à Copa do Mundo de 2014. A concessão de vistos de entrada é prevista no artigo 19 da LGC para aqueles que

desejarem assistir os jogos da Copa do Mundo no Brasil, sem restrição à nacionalidade, raça ou credo. O inciso XI, do referido artigo, estabelece que “espectadores que possuam ingressos ou confirmação de ingressos válidos para qualquer evento e todos os indivíduos que demonstrem seu envolvimento oficial com os eventos” terão seus vistos concedidos e válidos até dia 31 de dezembro de 2012. No artigo 55 da LGC, são definidas as responsabilidades de fornecimento de segurança, vigilância sanitária, saúde e serviços médicos, alfândega e imigração, que serão disponibilizados para a realização do evento.

O processo de globalização proporcionou o desenvolvimento e a diminuição dos custos para o tráfego internacional de pessoas e mercadorias, desenvolvendo o comércio e o turismo mundial, como pode ser observado na Copa do Mundo, um evento de repercussão global. Por sua vez, a globalização também impulsionou a transnacionalização dos riscos à saúde, facilitada pelo transporte e pela transmissão de doenças, novas e reemergentes, por meio de pessoas, animais, alimentos, bagagens, cargas, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais, podendo expor toda a população mundial a crises sanitárias, epidemias, e pandemias³.

Considerando a significativa majoração do tráfego internacional de pessoas e mercadorias durante a Copa do Mundo de 2014, assim como a responsabilidade pela vigilância sanitária e pela proteção à saúde, o país deverá controlar as fronteiras para a mitigação de transmissão de doenças advindas do turismo desportivo conforme estabelecido no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a principal norma internacional em vigor sobre

a transnacionalização dos riscos, plenamente aplicável no Brasil.

Este artigo tem como objetivo ressaltar a necessidade do controle do trânsito internacional de pessoas visando à minimização de riscos à saúde no Brasil, país sede do evento Copa do Mundo de 2014.

Para a construção deste artigo de revisão bibliográfica, foram selecionados livros, artigos e leis tendo como descritor de busca: trânsito internacional de pessoas, vigilância sanitária, controle sanitário de fronteiras, Regulamento Sanitário Internacional, Copa do Mundo. A revisão foi realizada com artigos publicados em revistas científicas, pesquisados na base de dados da Bireme, por meio dos serviços da Medline, Scielo e Lilacs. Também foram acessados sites oficiais (Federação Internacional de Futebol Associado, Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-americana de Saúde e Ministério da Saúde) para a obtenção de notícias atualizadas sobre o assunto.

TRANSNACIONALIZAÇÃO DOS RISCOS À SAÚDE

As epidemias amedrontam o ser humano e perpassam por todos os tempos históricos. O comércio internacional intensificou as relações mercadológicas, porém influíram também no aparecimento de surtos epidêmicos pela ultrapassagem das doenças pelas fronteiras geográficas, favorecendo a transnacionalização dos riscos à saúde da população mundial. A identificação da transmissão de doenças pelo deslocamento de pessoas remete à peste da Etiópia que se disseminou pela Grécia em 431 a.C. Esta pandemia alastrou-se pela Ásia,

África e Europa⁴.

Na Idade Média, começou-se a estudar, na região comercial do mediterrâneo, o contágio e a contenção das doenças. Adotava-se o isolamento (ou quarentena) de pacientes com doenças graves para que estas não fossem transmitidas aos indivíduos saudáveis. Estas ações originaram o sistema de vigilância epidemiológica para a proteção contra as doenças⁵.

A descoberta da América, em 1492, favoreceu a disseminação global das doenças que ainda não assolavam o continente. O perfil das doenças do velho e do novo mundo era muito contrastante devido às condições ambientais, alimentação e presença de vetores biológicos transmissores de doenças. A população americana não tinha imunidade natural para as enfermidades vindas do velho mundo. Acredita-se que, neste contexto, houve a unificação microbiana no mundo. Porém, somente três séculos depois, a população mundial e os agentes públicos tomaram conhecimento dos riscos da disseminação das doenças em escala global⁶.

Nos últimos séculos, a população mundial foi atingida por algumas epidemias, como Síndrome Aguda Respiratória Grave (SARS), dengue, gripe aviária (H5N1), influenza A subtipo H1N1, encefalopatia espongiforme bovina, febres hemorrágicas virais, que demandaram grande mobilização dos países quanto à segurança sanitária, às restrições comportamentais, comerciais e à mobilidade das pessoas.

Os desafios da globalização para o gerenciamento de doenças infecciosas exigem

respostas de governança. Para os desafios encontrados dentro do país, a resposta do governo se concentra na cooperação interestadual para minimizar a disseminação da doença. Desafios entre países exigem estratégias que reduzam a prevalência da doença por meio da melhoria da saúde pública interna⁷.

Nestas ocasiões de crise sanitária mundial, em que estão inseridas as pandemias, constitui-se um Estado de exceção em nome da saúde pública. Nestes casos, há restrição dos direitos humanos em vista da preservação da vida e da segurança internacional, sobrepondo o interesse coletivo sobre os interesses individuais. O estabelecimento do Estado de exceção nas pandemias é justificado pela dependência de um procedimento de cooperação internacional⁸.

A interdependência técnica, cultural e econômica entre as nações universaliza as transações comerciais e possibilita a maior circulação de produtos e de pessoas. A globalização origina a possibilidade da transnacionalização das doenças transmissíveis, sejam elas novas ou reemergentes. A facilitação do comércio e das viagens internacionais implica no transporte de microrganismos por meio de pessoas, objetos, animais, insetos e alimentos. Aponta-se a necessidade e a importância do estabelecimento de redes globais de diagnóstico e vigilância em saúde³. A definição de legislação internacional, que vise o controle e a eliminação de doenças de importância global, torna-se fundamental para a verificação de eventos epidêmicos e a previsão de ameaças e de pandemias com antecedência.

O REGULAMENTO SANITÁRIO

INTERNACIONAL E O DIREITO À SAÚDE

O direito internacional tem como princípio geral o respeito aos direitos humanos. A dignidade da pessoa humana é superior aos interesses dos Estados e deve ser protegida, podendo sobrepor os princípios de soberania e ingerência⁹. Os direitos humanos foram garantidos por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 para a proteção do ser humano em resposta às atrocidades cometidas nos períodos de guerra.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou suas atividades em abril de 1948 com o objetivo basilar de atingir o nível mais elevado possível de saúde a todas as pessoas, conforme estabelecido no artigo 1º da sua Constituição¹⁰. Além disto, o artigo 2º da referida Constituição define as responsabilidades da OMS de atuar como autoridade internacional de saúde e de fornecer assistência em casos de urgências e emergências de saúde⁴. Conforme explicitado por Periago & Stepke¹¹, a comunidade internacional deve fornecer fundamentos conceituais e operacionais para a construção de um bem comum público e universal, para que a saúde seja oferecida a todos os seres humanos.

O RSI é um instrumento jurídico internacional vinculante, organizado pela OMS, que visa à aliança global de alerta e à resposta frente às epidemias, para promover a segurança sanitária mundial¹². O RSI propõe segurança máxima contra a propagação das ameaças e dos riscos à saúde pública, respeitando a dignidade, os direitos humanos e as liberdades fundamentais, para que o trânsito e o comércio internacionais sejam minimamente afetados¹³.

O primeiro RSI foi adotado em 1951, e em 1969 foi publicado um novo RSI, com aplicação restrita a cólera, a peste e a febre amarela. O Regulamento sofria várias críticas, visto que, mesmo atendendo aos objetivos a que se propunha, era pouco eficiente para o controle das doenças que emergiam no mundo em globalização. O Regulamento Sanitário Internacional foi revisado em maio de 2005 e entrou em vigor em 15 e junho de 2007¹⁴. O RSI (2005) foi adotado na 58ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2005 em Genebra (Suíça), e tornou-se juridicamente obrigatório em qualquer Estado Membro da OMS que não tenha vetado ou manifestado reservas ao Regulamento até dezembro de 2006. Conforme o artigo 2º do RSI, o propósito e a abrangência do RSI são:

[...] prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais (WHO, 2008).

O atual RSI (2005) ampliou o seu alcance e aumentou a segurança sanitária mundial, minimizando a interferência no trânsito de pessoas e no comércio internacional⁷. O intenso tráfego internacional, advindo da globalização e das mudanças epidemiológicas, incitou a implementação do RSI, propondo estratégias de vigilância e controle de enfermidades transmissíveis que possuem potencial pandêmico¹⁵.

O novo RSI (2005) enfatiza a colaboração internacional para a notificação dos alertas

de saúde. O aparecimento de doenças emergentes e reemergentes instigou a revisão do Regulamento, estimulando a agilidade para a notificação destes agravos à saúde. Ressalta também a transparência e a velocidade das comunicações de eventos de saúde pública de importância internacional, o fortalecimento dos sistemas de vigilância em saúde e a melhoria dos procedimentos para o controle das fronteiras e do transporte internacional¹². Para isto, o RSI (2005) determina a adoção de Pontos Focais Nacionais em todos os Estados Membros capazes de identificar e notificar os eventos e os agravos ocorridos em seus territórios.

Conforme definição do artigo 1º do RSI (2005), quarentena é “a restrição das atividades e/ou a separação de pessoas suspeitas de pessoas que não estão doentes ou de bagagens, contêineres, meios de transporte ou mercadorias suspeitos, de maneira a evitar a possível propagação de infecção ou contaminação”. O RSI (2005) também define o tratamento dos produtos e das pessoas que passam pelo país como potenciais causadores e propagadores de doenças. O artigo 18 do RSI dispõe as recomendações relativas a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e encomendas postais que podem ser submetidos a quarentena em caso de detecção de risco à saúde pública. Ainda, o artigo 23 determina que a inspeção de bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias, encomendas postais e restos humanos são medidas de saúde observadas na entrada e na saída dos viajantes do país.

O RSI (2005) prevê diversas restrições ao trânsito de pessoas e o impedimento de entrada

de viajantes nos países para a prevenção do alastramento de riscos potenciais. Com a evolução do conceito de saúde pública e o incremento da movimentação mundial facilitada de pessoas e de bens de consumo, percebe-se a necessidade de aplicação do princípio da precaução. O princípio da precaução analisa os riscos e as possibilidades destes causarem danos. A sua aplicação ao contexto internacional visa proteger e preservar a saúde pública, bem como a segurança e a soberania nacional, tanto nas restrições ao trânsito de pessoas e mercadorias quanto ao comércio. A finalidade da precaução é de superar a prevenção, impondo a obrigação de vigilância na preparação da decisão e no acompanhamento das consequências. Este princípio requer responsabilidade política dos governantes, devido aos impactos econômicos e sociais das decisões tomadas¹⁶.

O RSI é um instrumento fundamental para a governança global e a mitigação da propagação internacional de doenças que apresentam potencial risco pandêmico por meio das notificações de eventos de importância internacional. O alastramento de doenças no mundo globalizado influi diretamente no trânsito de pessoas e no comércio internacional. Para a obtenção das metas cobijadas pelo RSI, o Regulamento deve ser conduzido com princípios éticos, promovendo a cooperação entre todos os atores que participam em todos os níveis de aplicação, sejam eles local, nacional e internacional¹³.

EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL

O RSI define emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) como:

[...] evento extraordinário, o qual é determinado, como estabelecido neste regulamento:

- por constituir um risco de saúde pública para outro Estado por meio da propagação internacional de doenças;
- por potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada (WHO, 2008).

O atual RSI institui medidas para ampliar a detecção e a resposta à possível propagação de doenças internacionalmente. São considerados eventos capazes de constituir ESPII aqueles nos quais efetivamente ocorre o dano ou causam risco potencial, contemplando doenças de origem microbiológica, química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais¹⁷. Desta forma, cabe aos Estados adotar medidas que, além de serem eficazes na identificação de eventos danosos, sejam capazes de prevenir os potenciais riscos à população.

A aplicação das normas internacionais pelos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica visando à contenção de doenças com potencial pandêmico foi facilitada pelo RSI (2005), devido à definição dos eventos objetos de monitoramento, proposição e execução de ações que visem evitar ou diminuir a probabilidade de propagação internacional.

Cada país deve avaliar os eventos ocorridos em seu território para determinar se estes devem ser considerados como ESPII, utilizando o instrumento de decisão disposto no Anexo II do RSI de 2005 para depois notificá-los à OMS¹⁴.

Na figura 1, pode-se observar que são

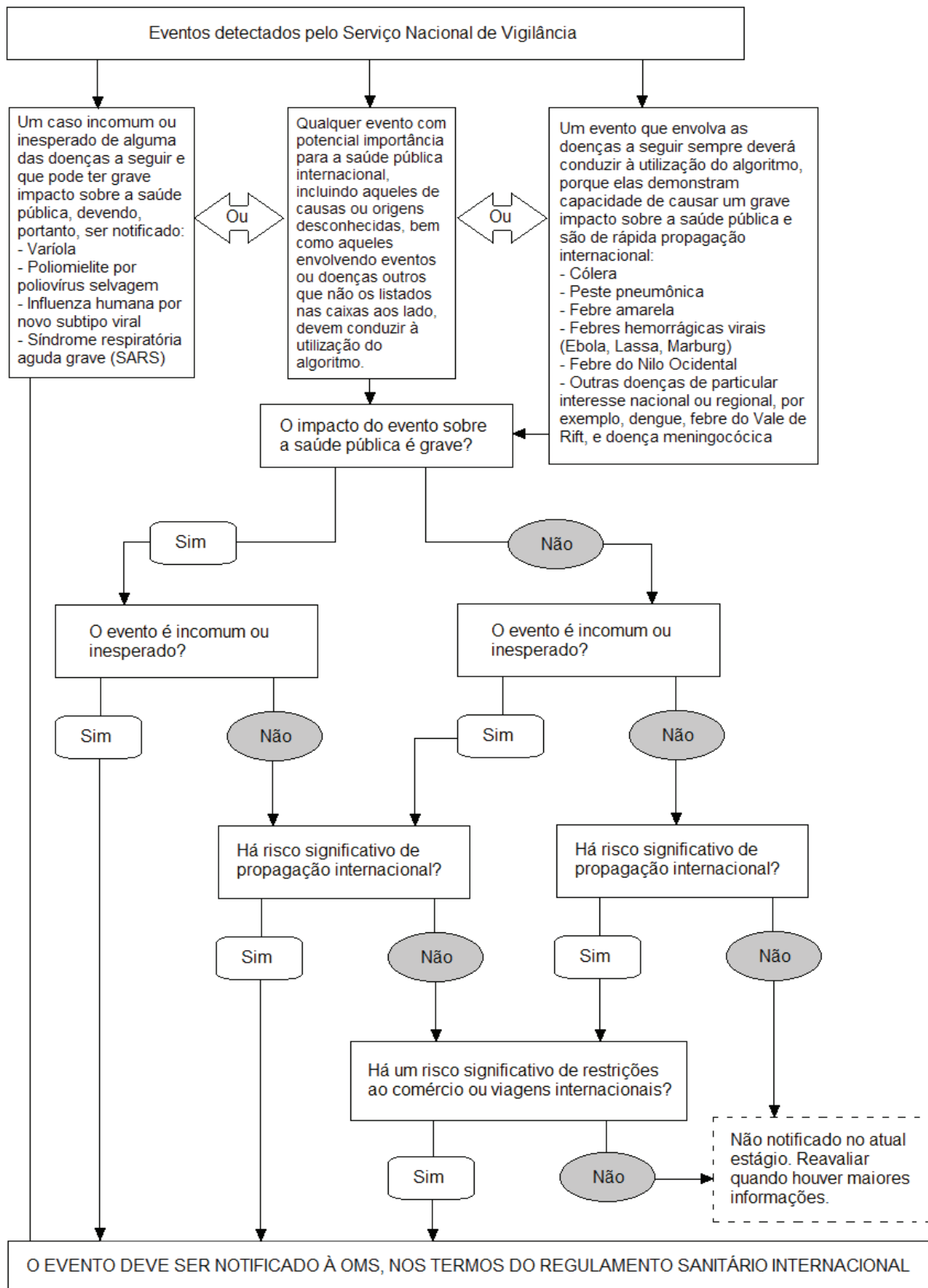
definidas doenças de notificação compulsória e doenças as quais o algoritmo de decisão deve ser avaliado para então ser realizada a notificação à OMS. Todas as informações de eventos enviadas à OMS são então analisadas para que sejam definidos ou não como ESPII¹⁹. Ressalta-se que não somente as doenças descritas no algoritmo devem ser notificadas à OMS. Aqueles eventos de causas indefinidas, de interesse nacional ou regional, também podem ser potenciais doenças de propagação internacional e precisam ser avaliadas conforme o instrumento de decisão do RSI. Este instrumento é muito relevante para que as tomadas de decisão sejam uniformizadas e harmonizadas em todos os Estados Membros.

A notificação do ESPII deve ser adequada e eficiente e, para isto, cada Estado Membro deverá ter um sistema de vigilância sanitária que envie as informações rapidamente de pontos periféricos para o Ponto Focal Nacional para que os dados sejam analisados prontamente¹⁷.

Tendo sido confirmada a ESPII, a OMS divulga as respostas internacionais temporárias coordenadas às ESPII para a contenção das doenças para o país afetado e para todos os demais Estados Partes. Estas recomendações podem ser modificadas ou prorrogadas de acordo com a resolubilidade destas medidas. Quando a ESPII estiver encerrada, as recomendações temporárias poderão ser suspensas ou podem ser emitidas recomendações permanentes visando à minimização dos riscos sanitários¹⁹.

O artigo 9º do RSI (2005) institui a possibilidade de aceitação de informações advindas de fontes não oficiais para o conhecimento de eventos que podem constituir uma ESPII. Na ocorrência destes casos, o

Figura 1: Instrumento de decisão para avaliação e notificação dos eventos que possam constituir ESPII¹⁸



Estado no qual o evento esteja acontecendo deve ser consultado e ele terá até 24 horas

para confirmar ou desconsiderar a notificação identificada⁴.

CONTROLE SANITÁRIO DE FRONTEIRAS DURANTE A COPA DO MUNDO

O Congresso Nacional Brasileiro aprovou o RSI, por meio do Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009²⁰, comprometendo-se a prevenir e controlar a propagação das enfermidades dentro e fora de suas fronteiras. O Brasil é Estado Membro da OMS, portanto a implantação do RSI no país tem caráter vinculante.

Cada país deve designar um Ponto Focal Nacional para o RSI para atuar conjuntamente à OMS. A Portaria nº 1.865/GM/MS, de 10 de agosto de 2006²¹, estabeleceu a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) como Ponto Focal Nacional para o RSI. O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) é o departamento da SVS/MS que recebe informações sobre a ocorrência de surtos e emergências epidemiológicas com potencial risco à saúde da população. O CIEVS opera 24 horas por dia, todos os dias do ano, para detectar e gerenciar as emergências de saúde pública, e coordenar as respostas e as intervenções adequadas a serem implantadas pelo MS e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde²². Este Centro expande o uso de informações estratégicas e a comunicação de eventos à rede mundial de alertas e respostas¹⁷. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) atua conjuntamente ao CIEVS na fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras desempenhando ações de vigilância epidemiológica e de controle de vetores, conforme competência

estabelecida no artigo 7º, § 3º, da Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999²³.

O artigo 5º do RSI prevê que todos os Estados Partes deverão desenvolver, fortalecer e manter as capacidades para detectar, avaliar, notificar e informar eventos de acordo com as especificações do Anexo I do referido Regulamento. O Brasil já estabeleceu as capacidades nacionais básicas constantes no Anexo I do RSI, como atividades de vigilância, informes, notificação, verificação, resposta e de colaboração e atividades referentes a portos, aeroportos e fronteiras terrestres.

Estão sendo realizadas Câmaras Temáticas de Saúde, organizadas pelo Ministério da Saúde em parceria com os estados e os municípios, para o debate e a construção do planejamento e das diretrizes das ações de saúde que serão implantadas durante a Copa do Mundo de 2014. Todos os doze municípios que sediarão os jogos participam das reuniões: Belo Horizonte (MG), Brasília (DF) Cuiabá (MT), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Manaus (AM), Natal (RN), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA) e São Paulo (SP)¹.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o MS realizaram a Primeira Reunião na América Latina em Ações do Setor da Saúde para Eventos de Massa/ V Reunião da Câmara Temática de Saúde para a Copa do Mundo de 2014, nos dias 12 e 13 de dezembro de 2011 no Brasil. Este evento proporcionou a troca de informações relativas à saúde entre os países da América Latina que sediarão e sediarão eventos de grande porte. O intercâmbio de experiências, com base nas definições do RSI, contribuiu para a preparação, a resposta

e a cooperação regional durante eventos de massa, oferecendo subsídios às cidades-sede brasileiras para a Copa do Mundo de 2014²⁴.

A FN-SUS também prestará assistência ágil e efetiva às populações em território nacional e internacional, atingidas por catástrofes, epidemias ou crises assistenciais durante a Copa do Mundo. Os profissionais que atuarão na FN-SUS terão capacitação específica para atuarem em situações de calamidade. De acordo com o artigo 2º da Resolução nº 443, de 9 de junho de 2011²⁵, a FN-SUS é organizada pelo MS e pretende garantir a integralidade da assistência em situações emergenciais ou de risco, conduzida sob os princípios básicos do SUS: equidade, integralidade e universalidade. A FN-SUS proverá respostas rápidas e eficientes em situações de calamidade e urgências em todo o território nacional e, extraordinariamente em outros países, em casos de acordos de cooperação internacional. As equipes da Força Nacional contarão com a estrutura e os serviços da Defesa Civil, dos órgãos de vigilância e assistência e do Corpo de Bombeiros. Uma equipe de 320 pessoas que integrará a FN-SUS, de todas as cidades-sede da Copa do Mundo, foi treinada em setembro de 2012 para a gestão da saúde em situação de urgência e emergência²⁶.

Em vista do intenso trânsito de pessoas em alguns pontos de entrada e saída do Brasil durante a Copa do Mundo, alguns procedimentos deverão ser intensificados para a ágil ação das autoridades sanitárias brasileiras, adotando-se medidas de controle sanitário de viajantes na entrada e na saída do território nacional pelos servidores de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (PAF). De acordo com o artigo 71 do Regimento Interno da Anvisa,

a Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000²⁷, a Agência é responsável pelas atividades de controle sanitário, de vigilância epidemiológica e de controle de vetores em portos, aeroportos, pontos de passagem de fronteiras, terminais de passageiros e cargas e estações aduaneiras. O Brasil exige a apresentação do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) válido para a entrada de turistas no país. A exigência do CIVP é prevista no RSI. Conforme a Nota Técnica nº 06/07/DEVEP/SVS/MS²⁸, o Brasil recomenda a vacinação contra a febre amarela para viajantes procedentes de áreas endêmicas ou com destino a estas áreas, ou para viajantes com destino às áreas nacionais de risco para transmissão dela²⁹.

A Gerência de Portos Aeroportos e Fronteiras da Anvisa (GGPAF) instituiu o Sagarana, o sistema de gestão de riscos nos portos, aeroportos e fronteiras do Brasil. O sistema visa garantir o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras, bem como a proteção à saúde do viajante, dos meios de transporte e dos serviços submetidos à vigilância sanitária. Este novo sistema permite a identificação de informações em tempo real sobre a inspeção de aeronaves, navios, transportes terrestres. Os postos de monitoramento são submetidos à rotina semanal de gestão do sistema, que contempla a avaliação da programação das atividades, o preenchimento dos questionários de fiscalização e as suas conclusões³⁰.

Recentemente foi publicada pela Anvisa a RDC nº 2, de 4 de janeiro de 2013³¹, que “estabelece as normas de controle sanitário sobre a entrada de bens e produtos procedentes do exterior destinados à utilização em eventos de grande porte no País”. A Resolução simplifica a entrada dos alimentos, medicamentos,

cosméticos, perfumes, materiais médicos e outros produtos de interesse à saúde humana de uso exclusivo pelas comitivas e pelas delegações internacionais credenciadas durante os megaeventos no Brasil, como a Copa do Mundo de 2014. Conforme definido na norma, os produtos de consumo pessoal ficarão dispensados de controle pela Anvisa e as substâncias proscritas no Brasil continuam proibidas de serem importadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reorganização mundial, caracterizada pelo intenso fluxo de pessoas, bens e mercadorias entre os países, aumenta a possibilidade de transnacionalização dos riscos à saúde global. Ao mesmo tempo em que favorece o desenvolvimento do país, pode causar impacto negativo tanto na saúde da população quanto na economia, afetando o comércio de bens e serviços, sobretudo relacionados ao turismo e às viagens. Os riscos e as doenças ultrapassam as fronteiras favorecendo a disseminação internacional de doenças. Desta forma, percebe-se a necessidade de harmonização da legislação internacional relativa a este tema.

Os padrões mínimos de segurança internacional devem ser atingidos para a proteção da saúde mundial, contudo deve-se haver comprometimento político nos níveis regional, nacional e internacional por meio da cooperação entre os países e as instituições. A governança global da saúde deve estar comprometida com os direitos do ser humano e também deve ser responsável por prover uma estrutura básica eficiente capaz de identificar, notificar e responder os eventos que apresentam riscos de propagação internacional.

A Copa do Mundo é um evento global e a vigilância em saúde brasileira deve estar atenta ao surgimento de emergências em saúde pública por meio de monitoramento, proposição e execução de ações que visem evitar ou diminuir a probabilidade de propagação internacional de doenças durante a realização do evento. O Brasil está se preparando para a realização dos jogos de 2014, do ponto de vista sanitário, por meio do Sistema Sagarana, do FN-SUS e das discussões nas Câmaras Temáticas de Saúde. Em virtude da LGC, todos os turistas que pretendem assistir aos jogos da Copa do Mundo terão a concessão dos seus vistos de entrada no Brasil e deverão ser atendidos pelos sistemas de segurança, vigilância sanitária, saúde, serviços médicos, alfândega e imigração.

O RSI (2005) mostra-se promissor para minimização da propagação internacional de enfermidades e para a comunicação de surtos epidêmicos e outros riscos durante o torneio de 2014. O Brasil vem trabalhando para alcançar o cumprimento das Capacidades Básicas previstas no Anexo I do RSI (2005), como Estado Parte, utilizando os instrumentos de avaliação de capacidades básicas de vigilância e resposta em pontos de entrada (portos e aeroportos) definidos em conjunto pelos países que compõem o bloco.

REFERÊNCIAS

1. Portal da Copa. Câmaras setoriais. Disponível em: <http://www.copa2014.gov.br/pt-br/sobre-a-copa/camaras-tematicas#Saúde>. Acesso em 24 de setembro de 2012.
2. Brasil. Lei nº 12.663, de 5 de junho de 2012. Disponível em: <http://www.planalto>.

gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12663.htm. Acesso em 12 de setembro de 2012.

3. Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1575-89.

4. Castro LPG. Saúde pública global e o novo Regulamento Sanitário Internacional. *Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário*. 2012;1(1):68-79.

5. Costa EA. Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde. *Direito sanitário e saúde pública*. 2003;2003:179-203.

6. Berlinguer G. Globalização e saúde global. *Estudos Avançados*. 1999;13(35):21-38.

7. Fidler DP. Emerging Trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(3):285-290.

8. Ventura, DFL. Pandemias e Estado de exceção. *Anais do VII Congresso Internacional de Direito da USJT*. 2010:41-56.

9. Varella MD. *Direito Internacional Público*. São Paulo: Saraiva, 2010.

10. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em 12 de novembro de 2012.

11. Periago MR, Stepke FL. A Globalização e os dilemas da saúde universal. *Ethos Gubernamental*. 2006;4:103-110.

12. Gonzalo MM. El “nuevo reglamento sanitario internacional” - RSI (2005). *Revista Española de de Salud Pública*. 2007;81(3):239-246.

13. Mendoza GJA. Novo ‘Regulamento Sanitário Internacional’: Plataforma para governança global da saúde. *Ethos Gubernamental*. 2007;4:79-102.

14. World Health Organization. *International Health Regulations (2005)*. Geneva: WHO Press, 2008.

15. Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em Saúde: é necessária uma legislação de emergência? *Revista de Direito Sanitário*. 2009;10(2):126-144.

16. Dallari SG, Ventura DFL. O princípio da precaução: dever do Estado ou protecionismo disfarçado? *São Paulo em Perspectiva*. 2002;16(2):53-63.

17. Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados*. 2008;22(64):19-32.

18. Brasil. *Regulamento Sanitário Internacional (2005)*. Brasília: Anvisa, 2009.

19. Ferreira FP, Castro LPG. O novo Regulamento Sanitário Internacional e o controle da pandemia influenza H1N1 no Brasil. *Revista Paradigma*. 2011;20:205-222.

20. Brasil. Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=11&data=10/07/2009>. Acesso em 12 de setembro de 2012.

21. Brasil. Portaria nº 1.865/GM/MS, de 10 de agosto de 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1865.pdf>. Acesso em 12 de setembro de 2012.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de informações estratégicas em vigilância em saúde – CIEVS. Brasília: SVS, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apostila_cievs_bilingue.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2012.

23. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm. Acesso em 22 de novembro de 2012.

24. Organização Pan-Americana de Saúde. CSP28/INF/3. 28ª Conferência Sanitária Pan-americana. 2012:41-45.

25. Brasil. Resolução nº 443, de 9 de junho de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0443_09_06_2011.html. Acesso em 30 de novembro de 2012.

26. Portal da Copa. Profissionais de saúde das cidades-sede da Copa do Mundo participam de treinamento em Brasília. Disponível em: <http://www.copa2014.gov.br/pt-br/noticia/profissionais-de-saude-das-cidades-sede-da-copa-do-mundo-participam-de-treinamento-em>. Acesso em 6 de dezembro de 2012.

27. Brasil. Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/regimento.pdf>. Acesso em 27 de novembro de 2012.

28. Brasil. Nota Técnica nº 06/07/

DEVEP/SVS/MS. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0608868047458ebf97aed73fbc4c6735/PAF+Viajantes+Nota+Tecnica.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 28 de novembro de 2012.

29. Anvisa. Guia prático para o controle sanitário de viajantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

30. Anvisa. Sagarana: Primeiro ano maio de 2010 a maio de 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/167d300048173402bbe2bf70623c4ce6/Relatorio_Sagarana.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 26 de novembro de 2012.

31. Brasil. RDC nº 2, de 4 de janeiro de 2013. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=08/01/2013&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=56>. Acesso em 9 de janeiro de 2013.

Artigo apresentado em: 02/12/2012

Artigo aprovado em: 15/01/2013

Artigo publicado no sistema em: 02/04/2013