

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

IRIS ALMEIDA DOS SANTOS

CONFLITOS BIOÉTICOS NA QUARENTENA HUMANA

Dissertação ou tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientador: Wanderson Flor do Nascimento

BRASÍLIA  
2014

IRIS ALMEIDA DOS SANTOS  
CONFLITOS BIOÉTICOS DA QUARENTENA HUMANA

Dissertação ou tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovado em 27 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Wanderson Flor do Nascimento -Presidente  
Universidade de Brasília

Natan Monsores de Sá  
Universidade de Brasília

Gislene Maria Barral Lima Felipe da Silva  
Secretaria de Educação do Distrito Federal

Muna Muhammad Odeh (Suplente)  
Universidade de Brasília

Dedico

*Aos meus pais, irmãos e demais familiares*

*Ao meu orientador Wanderson Flor do Nascimento  
pela complacência quase que transcendental nesta etapa  
de conclusão do trabalho.*

*E a todos que tiveram e ainda terão o privilégio de  
trilhar os caminhos da Bioética de Intervenção.*

## AGRADECIMENTOS

Ao programa de Pós-graduação em Bioética o qual me possibilitou espaço reflexivo para questionamentos dando significância aos meus estudos anteriores em Ciências Biológicas e à compreensão de mundo. Um agradecimento especial ao papel do professor Volnei Garrafa em materializar este espaço discursivo entre várias áreas de conhecimento.

Aos professores: Nathan Monsores e Wanderson Flor do Nascimento, os quais admiro de paixão pela simplicidade e bondade necessárias ao acolhimento e à sensação de pertencimento. Às professoras e professores Rita Segato, Arneide Cemin Bandeira, Dais Rocha, Thiago Cunha, Cláudio Lorenzo, Aline Oliveira, Roque Junges e Jorge Cordón.

Ao apoio e orientação, mais que administrativa, da Dalvina, Cleide, Vanessa, Camila e Shirleide.

Aos amigos pela contribuição no pensamento bioético ao qual trilhou meu caminho até aqui, dando o axé necessário à permanência da jornada, em especial Marie Togashi, Albany e Célia Marques.

Aos casais bem-casados Guilherme e Gislene, Pricilla e Cristiane pelo acolhimento em momentos complicados e até loucos.

E outras amigas e amigos: Dario Palhares, Alzira Diogo, Juliana Bottechia, André Lucio Bento, Cristiano Lucas, Cristiano Calixto, Regina Guzmán, Leandro Martorell, Camila Vasconcelos, Arthur Regis, Mariana, tantos outros...

E aos meus 'desafetos' por silenciarem durante o término deste estudo.

## RESUMO

O uso da quarentena humana como ação emergencial de saúde no combate à síndrome respiratória aguda grave (SARS) no início do milênio marcou significativamente a saúde pública, abrindo um novo campo de discussões entre diversos profissionais da saúde no mundo inteiro quanto aos aspectos estruturais, regulamentares e éticos referentes aos limites entre a proteção da coletividade e a redução do direito à autonomia e liberdade de pessoas ou grupos dentro de uma sociedade. Paradoxalmente dividiu a opinião de especialistas entre a eficácia do método e os aspectos legais e éticos envolvidos durante a sua aplicação. O presente trabalho se pautará na descrição e análise da quarentena humana na perspectiva da bioética por meio de revisão bibliográfica, na descrição do seu uso na atualidade, nos possíveis riscos que esta medida representa à autonomia, liberdade e dignidade humana; do risco potencial de seu uso como justificativa para a implantação de futuras formas de estado de exceção.

Palavras-chave: quarentena humana, bioética, saúde pública, estado de exceção.

## ABSTRACT

The use of human quarantine as an priority containment measure against the severe acute respiratory syndrome (SARS) at the beginning of the millennium profoundly impacted public health, broadening the debate among diverse health professionals all over the world in what concerns structural, regulatory and ethical aspects related to the boundaries between the protection of the collective and the reduction of individuals or groups 'freedom and autonomy rights within the society. Paradoxically, specialist's opinion was split between the efficiency of the method and legal and ethical aspects involved in its implementation. The present work is based on the description and analysis of human quarantine from the bioethical perspective, using bibliographic revision; on the description of its current use; on the possible risks the such measure might bring to human freedom, dignity and autonomy; and the potential risk of its use as means to and end of future implementation of state of emergency.

Key words: quarantine, bioethics, public health, state of exception.

“Toda Cidade [no sentido da *polis* grega: Cidade-Estado] é um tipo de associação, e toda associação é estabelecida tendo em vista algum bem (pois os homens sempre agem visando a algo que consideram se um bem); por conseguinte, a sociedade política [*polis*], a mais alta dentre todas as associações, a que abarca todas as outras, tem em vista a maior vantagem possível, o bem mais alto dentre todos.” (Aristóteles, *Política*).

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	09
2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	15
3. METODOLOGIA.....	16
4. A QUARENTENA HUMANA: CONCEITOS BÁSICOS .....	17
4.1. Considerações conceituais e contextuais.....	17
4.2. A primeira medida regulatória de quarentena em Regusa.....	20
4.3. Das primeiras convenções de saúde aos acordos internacionais de quarentena.....	21
4.4. Críticas à regulação otomana: proteção de saúde ou controle mercantil?.....	22
4.5.Os lazaretos brasileiros no século XIX.....	25
5. O ESTADO E AS MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA .....	31
5.1A Medicina social e o biopoder.....	33
5.2. As medidas de saúde pública.....	37
6. O PENSAR ÉTICO NAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA.....	42
6.1. Relação entre ética e epidemiologia.....	42
6.2. A questão do risco e da hiperprevenção na quarentena humana.....	46
6.3. Limitações éticas das medidas de quarentena humana na saúde pública.....	49
6.4. Avaliando a quarentena humana em diferentes visões e concepções.....	60
6.5. Por que discutir a quarentena humana na perspectiva hermenêutica.....	66
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
8.REFERÊNCIAS .....	75



## 1. INTRODUÇÃO

A quarentena humana ressurgiu no cenário da saúde em 2003 como medida de vigilância epidemiológica no controle da síndrome respiratória aguda grave, SARS, também conhecida como gripe aviária. O inusitado uso da medida nos mesmos moldes regulamentares usados há dois séculos moveu os pilares da saúde pública levando inúmeros profissionais e especialistas a refletir os limites de atuação ora como prática social, técnica, política, econômica e ideológica, ou como um método, ferramenta, instrumento ou técnica para a gestão e gerência em um processo social em que participam sujeitos individuais e coletivos (1). Também moveu a opinião de eticistas, bioeticistas e juristas em virtude do conflito desta medida com os direitos de proteção da coletividade e da restrição da liberdade de indivíduos em nome da promoção da saúde e bem-estar geral da população. Em outras palavras, tratou-se do conflito entre o tradicional individualismo horizontalizado, simplista e entrópico, característico do supradimensionado princípio da autonomia (2), típico da maioria dos países ricos ou desenvolvidos, e a proteção da coletividade, somada a outras questões como as fragilidades estruturais, dos regulamentos, da organização e da inferência estatística da disseminação de doenças contagiosas de proporções pandêmicas. Trouxe também à tona outras questões como a estigmatização de pessoas, grupos ou etnias, ou o medo e outras fobias que podem refletir na relação social de grupos em uma mesma comunidade ou até mesmo entre nações ou continentes inteiros.

A medida de quarentena foi institucionalizada paralelamente à expansão mercantil e fortalecimento das nações, marcada pelo avanço tecnológico nos meios de transporte e pela conexão de diversas pessoas em diferentes partes do mundo que foram os primórdios da globalização do planeta. A justificativa de proteção, no entanto, não foi um fator isolado, mas um dos componentes os quais possibilitaram o fortalecimento dos Estados tanto externamente, na proteção das divisas, como internamente, na vigilância e disciplina a população.

A falta de elementos discursivos, associada ao medo e ao risco que as grandes epidemias ao longo da história da humanidade, reforça na coletividade a aceitação acrítica de tais medidas, muitas vezes dotadas de um discurso tendencioso, calcado sob uma única ótica analítica, ao qual pode ser reforçado pela mídia dominante no alcance da manipulação de massas.

O presente trabalho tem por objetivo geral evidenciar o contexto geral da quarentena humana, e sua significância na atualidade, que permita captar seus mecanismos dinâmicos plasmados no ideário de proteção da coletividade na sociedade atual, analisando ao mesmo tempo os limites desta medida na atualidade, no intuito de ampliar as possibilidades discursivas em interface com a bioética global. Em se tratando da bioética em seu sentido global um campo recente e multidisciplinar, o tema buscará, ainda que primitivamente, levantar elementos discursivos da quarentena humana na intenção de contribuir para futuras análises de conflito, tendo como marco teórico as epidemias virais gripe no início do segundo milênio.

A quarentena baseia-se na exclusão de indivíduos ou grupos dentro de uma população em nome da proteção em saúde, ou da ameaça de possíveis catástrofes que atingem proporções numéricas de difícil controle que representam ameaças à estabilidade do viver. Atualmente é considerada por alguns eticistas como a mais extrema forma de ação que um governo pode usar em nome da saúde pública ao sacrificar um direito individual para proteger a massa de população e que não pode ser feita sem considerar os aspectos éticos juntamente com as informações provenientes dos Centros de controle e Prevenção de Doenças (CDC's) (3).

Ainda que para muitos fosse considerada uma medida tradicionalmente eficaz no controle de doenças contagiosas, a quarentena ofuscou seu significado histórico após a população mundial ter vivenciado duas grandes guerras mundiais caracterizadas pelo extermínio em massa que trouxeram marcas profundas sobre os limites da intolerância entre populações. Destas emergiram outros movimentos como a ética prática agregada às ações de saúde. Por isso justificar eticamente o uso da quarentena considerando a realidade dos países do hemisfério norte foi e ainda é um dos maiores desafios para o planejamento e execução de ações em saúde pública na atualidade, hajam vistos os riscos e os custos individuais e comunitários, a restrição da liberdade individual, e a polaridade econômica entre os hemisférios norte e sul.

As ações de quarentena humana nem sempre são do mesmo tipo em diferentes países do mundo, a exemplo do sistema de vigilância em saúde adotado pelo governo chinês que impôs quarentena a mais de 14 milhões de viajantes identificando no final da ação somente 12 casos de pessoas infectadas por SARS. No aeroporto de Toronto o resultado não foi diferente; entre um milhão de pessoas que sofreram as ações de quarentena nenhum caso grave foi identificado, mostrando de forma estrita que o isolamento de populações assintomáticas não

teve efetividade no controle da disseminação de doenças, além de criar no público o medo, a desconfiança e o pânico em escapar da quarentena (3).

Em alguns países do hemisfério norte, como os Estados Unidos, o Canadá e a Austrália, a quarentena tradicionalmente tem peso de lei. E este fato ainda divide a opinião sobre a importância em se manter o uso desta medida, considerando-se que as leis surgem dos anseios da população dentro de sua realidade sociocultural e vivência histórica, ao passo que em outros países as necessidades da implementação de leis, normas e regulações obedecem a outros princípios e realidades. O resultado é o questionamento sobre a padronização da saúde diante da atual globalização que padroniza o modelo e as regulações de vigilância epidemiológica a ser seguida por vários países em situações emergenciais de resposta a surtos pandêmicos, sem considerar a frágil estrutura dos recursos de saúde pública presentes nos países do hemisfério sul.

As informações apresentadas pela mídia nem sempre correspondem à situação real, dividindo a opinião pública entre os conhecimentos reais sobre o que é a doença em termos de prevenção e tratamento e o alimentar folclórico da finitude que esta doença ou peste pode proporcionar. A mídia ainda é o principal meio de comunicação utilizado pelas autoridades governamentais à população em massa. O agravante, porém, é a forma com que esta ferramenta é usada em nome do poder e do controle da população, como é observado diariamente em propaganda e mercantilização de planos de saúde e medicamentos.

Em uma sociedade de riscos, o uso da quarentena pode ser uma carta na manga para ações futuras em situações emergenciais de proteção da coletividade, como por exemplo, um possível ataque bioterrorista ou por guerras químicas. O anseio de promover o prolongamento da vida quer seja pela promoção da saúde ou pelo controle de epidemias de forma ostensiva, quase bélica pelo Estado que por um lado gera a noção de segurança, mas por outro lado pode resultar em segregações, como as presenciadas nos casos mais extremos do biologismo nazista, em que a medicina mostrou seu viés abusivo e perverso, como expressão fria do biopoder. A intervenção direta sobre o controle dos corpos por outro lado possibilitou a emergência da ética prática na profissão médica e o surgimento da bioética como ética aplicada de proteção à vida. É certo que a relação de controle dos corpos e conseqüentemente da vida humana é uma relação de domínio atribuído pelo valor que esta vida possui dentro da dinâmica da ordem social e este controle sob a perspectiva da saúde pode agregar outros valores e atributos que a conferem significância em outros setores da sociedade.

A vida da coletividade a ser protegida é o foco da quarentena humana, cujo surgimento justificou-se em resposta à crescente ameaça de pestilências que surgiam junto do crescimento das cidades e da expansão do comércio marítimo. Justifica-se nos dias atuais no imaginário da população pela ideia de proteção da coletividade pela segregação do fator doença, que muitas vezes indiferencia-se do foco a ser protegido, e a doença, um evento, ser o próprio doente.

Mesmo atualmente ainda estar associada a eficácia em proteção da coletividade em casos emergenciais de proteção da saúde, a quarentena humana entrou em choque entre o privado e o coletivo, gerando conflitos para além dos muros da saúde pública, em questionamentos de cunho jurídico na tentativa de se elucidar os limites entre a proteção e os princípios éticos da autonomia e da liberdade. E como vida está intimamente relacionada com o processo saúde-doença, esta não pode se resumir somente no modo com que o indivíduo concebe a sua autonomia de viver, mas na pressão em se viver, nas relações humanas e nos cuidados e higiene e outros cuidados típicos da pós-modernidade, marcados pela “ausência de referenciais éticos, pelo mal-estar, vazio e desilusão reconfiguraram a noção de saúde como estado de bem-estar e a busca de proteção da vida em ética da vida ou bioética”.

Atualmente, os conhecimentos em bioética contemplam diferentes realidades socioeconômicas e culturais abrangendo diversas questões para além da saúde pública. O resultado dos inúmeros relatos de casos de risco de proteção à vida feitos por pesquisadores do mundo inteiro resultou na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) em 2005, após o acordo de 191 países, como mais “um instrumento à disposição da democracia no sentido do aperfeiçoamento da cidadania e dos direitos humanos universais” (4).

A DUBDH, embora tenha representado como uma das mais representativas fronteiras de proteção à vida humana, ainda é um dos primeiros passos na compreensão pública da complexa ação de saúde-doença. A dúvida que gerou o pânico originado pelas doenças virais H1N1, SARS e AIDS após serem declaradas oficialmente como pandemias de alto grau de mortalidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou a fragilidade do sistema de saúde no atendimento da população em caso de epidemias pela precária estrutura de atendimento nas unidades hospitalares e a compra maciça de medicamento internacional que nestes casos é feita sem licitação prévia.

O início do milênio marcado pelo uso de uma medida tão ostensiva quanto a quarentena humana em Toronto na proteção da gripe aviária deu início a novas discussões em

saúde pública, principalmente quanto aos limites éticos das ações de intervenção em suas reais finalidades. O trabalho tem por objetivo descrever a questão da quarentena humana na atualidade no território discursivo da bioética hermenêutica, para ampliar significativamente para que usar e porque é realmente necessária em alguns casos. A análise foi feita por meio de pesquisa bibliográfica no intuito de compreender os elementos imbricados no uso da quarentena humana em sua complexidade na realidade.

A primeira parte do trabalho é destinada à origem das medidas de quarentena humana e sua construção ao longo da história até adquirir um peso de regulação como medida de saúde no intento de se reconhecer o discurso como apropriação social pelos países latinoamericanos desde o período mercantilista, marcado pelo intenso fluxo migratório das grandes companhias marítimas.

A segunda parte tem por objetivo evidenciar os aspectos da quarentena como medida de saúde pública em epidemiologia, e seus limites para além da proteção, ampliando seu discurso como parte da biopolítica, e sua justificativa de uso em resposta à hiperprevenção a possíveis ataques bioterroristas, ou uma ‘quarentena de riscos’. Em outras palavras, do potencial um risco que as medidas de quarentena possam vir a desencadear o estado de sítio em nome da segurança nacional, desenhado pela superproteção reforçada pela mídia, como visto nas últimas epidemias virais do milênio.

A terceira parte tratará dos aspectos casos de quarentenas humanas atuais e suas fragilidades na busca de sentido para a sociedade do século XXI, cujo padrão de vida é diferenciado do padrão de décadas atrás, pelo padrão da informação flutuante, pela possibilidade de finitude da vida humana vivenciada após duas grandes guerras mundiais, pelas situações abusivas de testes em humanos na medicina e tantas outras polêmicas que por um lado dividem a ignorância esclarecida e por outro os ideais éticos de proteção da vida em todas as vertentes em que a saúde ganha posição destaque, dada que a interferência implica diretamente entre o viver e o morrer.

A última parte do trabalho tratará dos aspectos bioéticos relacionados às medidas de quarentena humana e a escolha da bioética hermenêutica como base discursiva, tendo em vista que alguns conflitos em ética podem ser evitados se for compreendido que os valores não se materializam e se tornam coisas, mas se manifestam sempre e apenas por meio das coisas (5). Desta forma, colocar em evidência discursiva esta medida de saúde e a reflexão de suas interfaces com outras áreas do campo social necessárias para se repensar sua atuação como livre orientação do *ethos* público o qual merecem em toda a sua gravidade ser analisado

e debatido, na tentativa de se promover a proteção de coletividade considerando-se o risco eminente do poder governamental sobre a vida do cidadão comum em seu teor disciplinante, em que a saúde é um dos elementos balizadores da razão de Estado, uma exceção soberana na realidade biopolítica.

## 2.OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS DA PESQUISA

O objetivo geral da pesquisa foi trazer à luz da bioética um questionamento geral sobre o que significa a quarentena humana para a saúde pública no século XXI, e o aprofundamento dos estudos relacionados à temática sob a perspectiva bioética.

Os objetivos específicos são:

- 1) Apresentar os conceitos básicos e históricos da quarentena humana como medida de saúde pública.
- 2) Analisar a quarentena humana na perspectiva ética e da bioética hermenêutica.

### 3. METODOLOGIA

O tipo de estudo será realizado na forma de pesquisa qualitativa descritiva contextualizada, nos quais serão examinados arquivos e documentos de acesso ao público relacionados ao tema, tomando como aporte teórico, a discussão social no campo da Bioética Princípalista, da Bioética de Intervenção e da Bioética da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos à luz da Bioética Hermenêutica.

Buscou-se primeiramente fazer um o levantamento minucioso de eventuais estudos científicos de base epidemiológica versando sobre a quarentena, mediante busca nos principais indexadores científicos, tais como o Google Scholar, o Medline, a BIREME, a Lilacs e a Pubmed, além das referências citadas pelos trabalhos ocasionalmente encontrados.

Nessa base, serão analisados os casos recentes e que tiveram impacto de aplicações de quarentenas neste século XXI, tais como a ameaça da SARS, a pandemia da gripe H1N1 de 2009. A análise comparará as medidas adotadas frente ao conhecimento epidemiológico de base, associado aos interesses estatais e econômicos envolvidos e frente à dicotomia indivíduo/sociedade inerente a essa medida.



## 4. A QUARENTENA HUMANA: CONCEITOS BÁSICOS E HISTÓRICOS

### 4.1. *Considerações conceituais e contextuais da quarentena*

A palavra quarentena [do fr. *quarantaine*] deriva da palavra *quadragesima* e do italiano (*quaranta*), atribuída ao período de quarenta dias de isolamento de passageiros e cargas em navios, imposto por autoridades portuárias, caso estes suspeitassem da presença de portadores de infecção entre os passageiros ou tripulantes, os quais eram obrigados à incomunicabilidade a bordo dos navios ou em um lazareto de um navio, condicionados a permanecerem sem atracar (6,7,8).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu a quarentena como a limitação da liberdade de trânsito de pessoas sãs que foram expostas à doença transmissível por um período estritamente necessário para controlar o risco de contágio. A medida regulamentar deve ser ordenada por meio de documento escrito por uma autoridade competente, prévio *dictamen* médico, e consiste em que as pessoas expostas não saiam de um determinado local ou que sua assistência seja restringida a determinados lugares (8).

Não há evidências temporais exatas de quando a quarentena surgiu na humanidade. Infere-se apenas como este termo fez parte do léxico moderno. Há um consenso que a quarentena humana está associada às pestes, principalmente a Peste Negra, a febre amarela, na região européia. Considerava-se quarenta dias um tempo necessário para a manifestação de doenças transmissíveis por objetos ou pessoas contaminadas provenientes de regiões estrangeiras. Na saúde, um dos registros mais antigos aponta o uso regulamentar da quarentena humana no século XVIII pelo governo britânico como forma de controle do surto de peste bubônica, período em que a quarentena adquiriu peso de lei pelos países do Novo Mundo no controle de surto de cólera (9).

Centron & Landwirth (10) destacam a importância em saber sobre a quarentena pelas autoridades sanitárias no passado e ainda que estas seja considerada como ‘o mais antigo, mais efetivo mais temível e mais incompreendido método de controle comunicável de doenças epidêmicas, cuja conotação tem sido apontada com exílio e a morte’ seu uso na prevenção de novos surtos epidêmicos tem que ser considerada desde as suas bases conceituais para permitir novos planejamentos e estratégias de combate a novas cepas virais. Para os autores quarentena é a ‘restrição compulsória ou obrigatória de pessoas ou grupos de pessoas, quem presumidamente têm sido expostas a doenças contagiosas, mas não estão

doentes' e diferencia-se do conceito de isolamento que é 'a separação de pessoas enfermas com doenças contagiosas' (10). Em ambas as situações, tornam-se necessários o envolvimento e a adesão da sociedade nas questões de saúde 'compartilhadas com os líderes, de forma aberta e transparente, inclusive com a participação dos líderes', contemplando os princípios éticos da liberdade individual, da proteção do público, da proporcionalidade, da privacidade e da reciprocidade. Possivelmente a última alternativa é uma das mais audaciosas apostas dos profissionais da saúde, visto que a quarentena voluntária preferível à quarentena compulsória, sendo que as estratégias devem considerar sobretudo a opinião pública e o livre esclarecimento quanto ao seu uso em casos de surtos epidêmicos.

Estudos epidemiológicos apontam as causas das doenças ao longo da história da humanidade a inúmeros fatores que se moldam em diferentes contextos periódicos e socioculturais em que a origem das doenças poderia ser atribuída a processos diversos antes mesmo que o homem seja envolvido, tais como constituição genética, ambiente físico, fatores sociais e econômicos. O resultado deste contato seria um dos principais fatores que resultariam na manifestação de enfermidades por causa de um agente infeccioso específico (11).

As ações e estratégias em caso de novas evidências de surtos epidêmicos devem ser analisadas a partir da base conceitual da quarentena, como uma medida extrema, até a criação de futuras correntes de trabalho direcionadas ao planejamento estratégico para o controle de pandemias gripais em fronteiras, como aeroportos, não se esquecendo dos aspectos éticos relacionados. Requer antes de tudo o envolvimento da população por adesão no controle de epidemias, após os devidos esclarecimentos ou ciência do porquê de se usar medidas de contenção de surtos epidemiológicos ao se considerar o caráter distintivo das epidemias em sua manifestação coletiva e singular, como um fenômeno que atinge grupos de indivíduos capaz de provocar alterações no 'modo de andar a vida' (12) que não envolve um indivíduo, mas um corpo coletivo.

O discurso em defesa da quarentena seguido por outros pesquisadores como Gensini et. al. (13) pautou-se nos casos exitosos em que o sistema de saúde por meio do uso desta medida controlou na metade do século vinte a epidemia de tuberculose, conhecida como grande praga branca. Consistia no isolamento de pessoas doentes em de hospitais específicos para tuberculosos e no controle ostensivo de portos e aeroportos em que havia em sua estrutura predial postos de quarentena para o controle epidemias. Estes portos também atuavam como a primeira linha de defesa contra as epidemias de varíola, febre amarela,

cólera. Doenças como a AIDS não podem ser consideradas para ativar sistemas de quarentena por causa de problemas legais e éticos.

Ries (14) descreveu a questão divergente do tratamento diferenciado a grupos étnicos durante surtos epidêmicos como um ponto a ser considerado como no exemplo do isolamento obrigatório de orientais na cidade de Chinatown pelo governo norteamericano no início do século vinte, após o primeiro caso registrado de vítima de peste bubônica. Na época justificativa para o isolamento foi atribuída à interpretação governamental em achar que ‘os asiáticos eram mais susceptíveis à epidemia por se alimentarem de arroz’(14). Esta foi uma demonstração do perigo em se pautar as causas do isolamento apenas na opinião pública pode resultar em problemas segregação de grupos diferenciados dentro de uma própria comunidade, como revelou os resultados apresentados na pesquisa de opinião pública feita na década de oitenta que revelou que cerca de 30 a 50% da população norteamericana era favorável à quarentena de pessoas com AIDS.

Segundo o autor, o impacto do uso da medida de quarentena no controle do surto viral de gripe trouxe de volta a incerteza sobre o controle e a erradicação de pestilências, conforme era considerado desde o final da década de sessenta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A morte de 44 pessoas no país mostrou o despreparo e a fragilidade de infraestrutura na saúde pública, fato que levou oficiais de saúde de várias partes do mundo a ‘pesarem a legalidade e a ética das várias intervenções de controle de disseminação de epidemias, incluindo a quarentena’(14). Durante a rápida disseminação de SARS, o governo de Ontário autorizou aos oficiais de saúde o poder impor quarentena a indivíduos suspeitos de doenças contagiosas. De forma similar o governo federal adotou o Ato de Quarentena, medida regulatória aplicadas pelos postos oficiais de quarentena em aeroportos em casos de viajantes suspeitos de infecção por SARS.

Em alguns países asiáticos a quarentena ganhou peso de lei marcial. Oficiais de Hong Kong usaram barricadas para confinar mais de 300 pessoas suspeitas de contágio por SARS em suas residências. As autoridades de Singapura impuseram a quarentena com o uso de câmeras de segurança e dispositivos monitoramento eletrônico. Cidades chinesas foram penalizadas com aprisionamento e execução caso quebrassem a ordem de quarentena (14). Entre os anos de 1986 e 1994 as autoridades governamentais cubanas utilizaram os registros de saúde para identificar na população os indivíduos soropositivos portadores de HIV. As pessoas portadoras do vírus foram isoladas compulsoriamente em locais denominados

*sanatoriuns*. A reclusão de homossexuais era compulsória, pois eram naturalmente suspeitos de acarretar o vírus segundo as autoridades de saúde.

#### 4.2. A primeira medida regulatória de quarentena em Regusa

A quarentena humana como medida regulatória de proteção de divisas foi instituída pelas autoridades portuárias de Regusa em 1347 após a eminência da Peste Negra, uma epidemia agressiva que ceifou a vida de aproximadamente um terço da população europeia no na metade do século XIV (15, 16).

Viscount Bernabo de Reggio, Italia, declarou que toda pessoa com praga estaria fora da cidade dentro de campos, para a morte ou recuperação [...].A estratégia de proteção da cidade foi instituída pelo “médico da cidade Jacob de Padua, o qual advertiu sobre a construção de um local fora dos muros da cidade destinado a tratamento de doentes da cidade e outras pessoas quem viessem fazer tratamento nela. visitá-la”. A recomendação baseou-se na teoria do contágio pela separação de pessoas saudáveis daquelas que foram contaminadas (16).

A medida passou a ser adotada pelo Grande Conselho da cidade de Regusa, criando a primeira lei da quarentena em 1377, a ser aplicada por todas as autoridades portuárias com objetivo de conter epidemias com base em três princípios regulamentares: cidadãos ou visitantes provenientes de locais de ocorrência de pragas não podem ser admitidos em Regusa sem primeiro permanecer isolado um mês; a pessoa de Regusa que visitasse locais contaminados também sofreria as medidas de quarentena; não era permitida a compra ou a venda de alimentos a pessoas em quarentena. Leis similares foram seguidas pelas autoridades portuárias mediterrâneas de Marseilles, Veneza, Pisa e Genova.

Na metade do século XV, foi construído o primeiro *lazaretto*, ou casa de peste, em Sardenha destinado à contenção e observação médica de pessoas estrangeiras. A República de Veneza estabeleceu o primeiro quadro de saúde em 1458 formado por três nobres que com o intuito de investigar o melhor princípio de preservar a saúde da cidade. Os regulamentos italianos e as leis de quarentena serviram como modelo o qual foi copiado posteriormente pelo estado germânico.

Aparentemente as autoridades tinham uma breve noção do perfil sintomático de algumas doenças por determinada região, o que reforçava o estigma das ações de quarentena a grupos específicos ainda que necessariamente não fossem portadores da doença. A praga

revisitou todas as partes da Europa frequentemente entre os séculos quinze, dezesseis e dezessete. Em Marselles, o tratamento aos doentes era ainda mais ofensivo: todas as casas eram marcadas com uma cruz vermelha da base ao meio da porta, com a frase ‘Senhor, tenha piedade de nós’, e somente abertas com permissão das autoridades (16).

As medidas controle de pragas e epidemias estiveram presentes no Novo Mundo, onde na ocorrência da epidemia de varíola. Massachusetts decretou a lei de isolamento de pacientes infectados em 1701 e a quarentena de navios que chegavam à cidade, caso fosse necessário.

#### *4.3. Das primeiras convenções de saúde os acordos internacionais de quarentena*

O século XIX foi marcado pelos avanços médicos na área de saúde, coroada pelo controle e isolamento microbiológico de Louis Pasteur, seguida por Robert Koch e outros brilhantes microbiologistas em suas descobertas que direcionavam o controle de doenças em massa (17). As medidas de prevenção sanitária, mais que um dado estatístico desde o controle do cólera em Londres por William Farr no século XIX, foi pauta de várias ações governamentais. As inúmeras atuações em saúde pública adquiriram diferentes significações e ressignificações dependendo da natureza da ação e suas finalidades. Contemplou uma complexidade de dimensões e atos cujo objetivo básico era a garantia constitucional do bem estar da população.

Foi um período de efervescência em que a dicotomia entre ricos e pobres incitaram a criação de cuidados em saúde para a população trabalhadora que grassava no interior das indústrias ou das cidades industriais. Também foi um período de geração de riqueza com a descoberta do Novo Mundo, concomitante ao fortalecimento dos Estados Modernos como a Inglaterra e a Alemanha pelo controle da força vital da população, promovida pelo campo da saúde pública, sendo seu mais importante marco teórico (18).

A região do mediterrâneo foi palco para o surgimento das primeiras convenções internacionais de saúde no século XIX marcando significativamente um período de acordos internacionais de saúde, dada a aceleração do transporte marítimo, na constante troca entre mercadorias e pessoas entre o oriente e ocidente e entre a Europa e América mediante a possibilidade de eminentes riscos epidêmicos.

As medidas de quarentena conhecidas como medidas regulatórias otomanas nasceram do acordo internacional entre vários países do mediterrâneo no intuito de prevenir contra o risco proveniente de epidemias

Ainda que já existissem tradicionalmente regulamentos marítimos de quarentena pelas grandes corporações internacionais, foi somente na metade do século XIX que I Conferência Sanitária internacional em Paris elaborou os conceitos chaves do ‘sanitarismo, doenças e epidemias’(19) de acordo com o mais recente avanço em microbiologia e os métodos de ações epidêmicas, técnicas de quarentena, métodos de prevenção e leis de higiene pessoal.

Uma das chaves do tema da conferência, a primeira a nível internacional no controle e prevenção de epidemias, foi o cólera ter penetrado a Europa através do Império Otomano que iniciou como um terreno fértil para esta doença, e que as autoridades tiveram que tocar a uma medida de prevenção mais efetiva os quais contemplassem ao mesmo tempo o mar e a terra (19).

O marco da I Conferência em Sanitária foi a padronização do período de quarentena e dos lazaretos na região mediterrânea. Dois anos depois o Sultão aprovou a sua nova regulação de quarentena do Império Otomano, na cidade de Istambul com 137 artigos médicos os quais contemplaram inúmeras significações na forma de acordos bilaterais decididos juntamente com a Áustria, Sicília, Grécia, Portugal, Rússia, Sardínia e o governo de Toscana.

As resoluções geradas nas conferências procuraram estabelecer as leis internacionais de quarentena em especial contra o cólera, a febre amarela, destinadas principalmente a migrações e viagens reforçando as regulações de quarentena na região mediterrânea.

#### *4.4. Críticas à regulação otomana:proteção de saúde ou controle mercantil?*

Maglen (20) trouxe contribuições sob o ponto de vista econômico das regulamentações otomanas de caráter mercantilista que para a comunidade britânica era uma associação fechada entre a tradição e o império com a teoria de contenção médica de contágio e anti-contágio. A Inglaterra foi o primeiro país a desconsiderar as medidas de quarentena como prevenção de saúde internacional.

A crítica às políticas de isolamento e exclusão adotadas pela regulação otomana era baseada nas barreiras que estas impunham ao pensamento liberal britânico, além de serem consideradas limitadas no propósito de contenção de doenças. As autoridades médicas

britânicas classificaram as ações obsoletas, dado o eminente risco de pessoas sãs contraírem doenças, aumentando o quadro epidêmico.

O principal oponente da quarentena humana no século XIX foi o médico inglês Charles Maclean. Ao pesquisar a dinâmica do controle epidêmico a bordo da East India and Levant Companies, concluiu que ‘a quarentena foi realmente a causa de 19/20 das epidemias por reforçar o confinamento e pestilência no ar, produzindo ocultação da doença, da disseminação do mal e do terror mortal’. Classificou após a análise médica a medida de quarentena aplicada nos portos como ‘uma ação imoral, ineficaz e uma vexatória fonte de enormes despesas’(20). As pesquisas realizadas por Maclean com o auxílio de dois comitês de saúde, examinaram a aplicação da quarentena associada ao contágio natural de doenças quarentenáveis em lazaretos por um período de 21 dias. O resultado estatístico da pesquisa demonstrou institucionalmente a ineficácia da quarentena, classificada pelo autor como uma medida ‘anti-comercial, anti-social e anti-cristã’ e que portanto deveria ser rejeitada pelo governo inglês’(20).

A Inglaterra investiu no controle aduaneiro por meio de autoridades sanitárias em portos de saúde. Criou um sistema sanitário o qual criou o Estabelecimento de Autoridade do Porto Sanitário em Ato de Saúde Pública, fundando um sistema sanitário de prevenção de epidemias, oferecendo tratamento para infectados, logo uma alternativa para a real aplicação da quarentena. Criou os Atos de Quarentena a serem acionados mediante autorização de autoridades sanitárias a serem aplicados mediante real necessidade de controle epidêmico.

A crítica de cunho moral e sociológico dos regulamentos otomanos está presente no artigo de Chiffolleau (21) ao mostrar a perspectiva da medida de quarentena aplicada aos peregrinos de Meca o qual demonstrou uma faceta mais perversa e um potencial risco à integridade humana, ao impor a quarentena a grandes grupos populacionais classificados como ‘grupo de risco’ após o acordo sanitário, mais caracterizado como acordo político mercantil, entre várias de potências europeias com o império otomano.

O acordo possibilitou a construção de uma barreira geográfica entre o Mar Vermelho e Levante, conhecida como região tampão, o qual controlava sob rigorosa força militar a entrada e saída dos peregrinos a Meca. Os peregrinos eram duplamente confinados em dois lazaretos, um na entrada e outro na saída da cidade, em que eram ‘presos e desinfetados durante a jornada sagrada’ (21). Segundo a autora, tratou-se de uma decisão política acordada internacionalmente a um grupo vulnerado sob o escopo de uma medida de proteção em saúde,

aceita socialmente pela população europeia, o qual justificou internacionalmente a quarentena a este ‘grupo de risco’ fabricado durante os acordos.

No Novo Mundo, a primeira Convenção Nacional de Quarentena na América do Norte foi criada em 1857, na Philadelphia, resultando nas primeiras regulamentações das medidas de quarentena e vacinação no controle e prevenção de epidemias a serem aplicadas nos portos durante os fluxos migratórios. Em 1872 surgiu desta convenção a primeira Associação Americana de Saúde Pública. Como um espaço de poder, sofreu tensões entre as autoridades de saúde e as autoridades governamentais divididas entre o as a tradição das teorias miasmáticas e as novas descobertas no mundo microbiológico(22).

Foster (22) resgata as tensões no controle sanitário do Novo Mundo na descrição da medida de quarentena na ilha de Grosse Île, uma ilha de isolamento situada no rio St. Lawrence, e porta de entrada para o continente. Atravessaram estação de Grosse Île acerca de quatro milhões de imigrantes. Alguns navios eram inspecionados e ‘a detenção não passava de mais um inesperado e indesejável atraso em suas jornadas’ (22). A ilha não era direcionada para alívio do sofrimento das doenças, ou para tratamento de enfermidades, e sim para evitar a disseminação da doença na população canadense, ao ser detectado o perigo do contágio de doenças, como o cólera, o tifo e a varíola trazidos pelos emigrantes através do Atlântico. As autoridades coloniais britânicas decidiram pela implantação de políticas de restrição de entrada de imigrantes seguindo as medidas de quarentena adotada pelos países mediterrâneos após a experiência com o cólera. As tais medidas segundo as autoridades americanas facilitavam o controle epidêmico nos Estados Unidos e resultaram posteriormente nas leis de quarentena.

A proteção insular dividiu a opinião entre as autoridades de saúde, oficiais militares e autoridades médicas, no aporte teórico a ser seguido na defesa contra epidemias. Alguns eram céticos aos novos estudos das ciências médicas, adotando os métodos ultrapassados, provenientes da teoria miasmática, entre vapores e assepsias. Tais determinações permitiram que ‘pessoas de boa aparência’ entrassem sem os mesmos cuidados, visto que a doença era típica da ‘baixaria suja irlandesa’, que ainda assim foram injustamente acusados pela disseminação da doença no país que matou milhares de pessoas (22).

O caso da ilha de quarentena de Grosse Île trouxe importantes contribuições na análise e criação de estratégias e procedimentos em saúde entre as ações das ciências médicas e as ações de Estado a partir dos quais as pessoas vítimas das epidemias de cólera e tifo foram enterradas



#### 4.5. Os lazaretos brasileiros no século XIX

No Brasil, as medidas de vigilância sanitária no século XIX seguiram as prescrições da medicina lusitana que adotaram as regulações internacionais. O governo imperial autorizou a construção de diversos lazaretos na costa brasileira com o objetivo de evitar epidemias de febre amarela, de febre tifoide e, principalmente de cólera. Os serviços sanitários nos portos brasileiros eram divididos em três distritos responsáveis pela inspeção de outros portos no país: o do Rio de Janeiro, que controlava as regiões sudeste e sul; o de Recife, responsável pelo controle da região nordeste e o de Belém, que fiscalizava os portos do norte do país.

Santos (23) por meio de registros históricos remonta a dinâmica do serviço sanitário no Lazareto da Ilha Grande, Rio de Janeiro, o qual constituiu um serviço de isolamento, não um hospital, subordinado à Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, órgão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, dirigido por dois médicos e por um pequeno destacamento da polícia. O projeto arquitetônico do Lazareto da Ilha Grande foi idealizado de forma a possibilitar ‘a vigilância contínua e o controle disciplinar dos internos, tornando a instituição bem adaptada às funções de um sistema carcerário.

Os serviços do lazareto da Ilha Grande deveriam ser divididos em administrativo e médico. Ao último atribuía-se a responsabilidade pelas visitas, tratamento dos enfermos e vistoriadas cartas de saúde, ao passo que o serviço administrativo, mais amplo, ficava encarregado da administração de serviços diversos, conservação dos prédios, alimentação, cobrança de taxas, fiscalização dos navios ancorados e vigilância. A internação durava o período máximo de incubação da doença contagiosa que se queria controlar. Em caso de suspeita de febre amarela, cólera e peste, os períodos de quarentena eram, respectivamente, oito, dez e vinte dias (decreto 9554, 3 fev. 1886) (23).

As estações separavam classes de passageiros em compartimentos diferenciados, com a finalidade de reforçar a diferença de classes, ao mesmo tempo imputar uma nova disciplina aos indivíduos em ‘cidadãos bons e trabalhadores’(23).

Os lazaretos brasileiros persistiram até 1913. A estrutura foi posteriormente serviu como leprosários e depois como complexo penitenciário destinado a presos políticos até a sua completa inativação.

Rebello et al.(24) analisaram documentação histórica sobre o impacto que as medidas de controle epidemiológico teve na vida dos imigrantes de navios inspecionados no Rio de Janeiro, durante o fluxo migratório no final do século XIX e início do século XX. A pesquisa

tinha como objetivo reconstruir a dinâmica das ações sanitárias dos portos brasileiros frente às constantes ameaças de contágio por pessoas infectadas no interior dos navios durante o fluxo migratório provenientes de países estrangeiros, em especial, europeus. Considerou-se que durante o período a vigilância portuária no Brasil contava com informações do exterior por meio dos diplomatas brasileiros e dos regulamentos internacionais para moldar as ações de prevenção de epidemias nos portos.

Os navios suspeitos de estarem infectados, ou provenientes de países grassados pelas pestes eram detidos em lazaretos e a duração da quarentena de rigor também era a do prazo máximo de incubação da doença ou em alguns casos os passageiros permaneciam em ‘quarentena complementar de tantos dias faltassem para inteirar o referido prazo de incubação máxima’. Havia duas situações possíveis: o recolhimento dos passageiros a um hospital de isolamento ou a quarentena em lazaretos (24).

Dentre inúmeros relatos sobre o tratamento dado aos navios estrangeiros, um ilustra bem a situação crítica que demonstrou a fragilidade estrutural na aplicação das regulações de quarentena em 1893, quando o governo brasileiro impediu a entrada de navios estrangeiros provenientes de países atingidos por epidemias, como a Itália e França. A medida que era conhecida como “torna viagem” resultou em problemas diplomáticos com estes países por ocasionar a morte de milhares de pessoas em navios sem atendimento médico, como por exemplo o retorno do navio Carlo R, que partiu de Nápolis em direção ao Rio de Janeiro com mais de mil passageiros, alguns com quadro de cólera. A mistura de pessoas sãs com infectadas resultou na morte de mais de cem pessoas e ao mesmo tempo revelou as consequências de descontrole de vigilância mediante ao agravamento do quadro epidêmico em proporções numéricas.

Vários questionamentos sobre o tratamento atribuído a pessoas doentes e pobres provenientes de países europeus acompanharam os humores das ações de vigilância em saúde nos primeiros anos do século XX. O fluxo migratório era resultante do novo modelo econômico que começava a emergir, exigindo do novo continente a presença de mão-de-obra especializada. O antigo modelo de quarentena com base nos velhos modelos de detenção de pessoas e/ou navios foram contestados e, aos poucos substituídas pela nova estratégia de higiene que ditava o isolamento do doente, a vacinação e a vigilância sanitária de pacientes saudáveis, sendo a quarentena restrita apenas a navios infectados (25). As novas regras de vigilância sanitária conforme acordos internacionais requeria a instalação de hospitais de isolamento e de estações de desinfecção nos portos, ou nos principais portos. As desinfecções

contavam pela primeira vez com novas tecnologias como o aparelho de gás de Clayton em substituição a velhas práticas como baldear o chão de navios com substâncias desinfetantes e o processo era feito por mar e por terra. A alteração da estratégia de controle, no entanto não reduziu o agravante tratamento desumano atribuído a passageiros de terceira classe durante o processo de desinfecção, muitas vezes indiferenciado dos objetos ou vitimados pela teoria higienista que eram naturalmente considerados suspeitos pela falta de asseio, despídos e depois submetidos à desinfecção rigorosa após a desinfecção com ácido fênico. As viagens intercontinentais no início do século vinte geralmente eram seguidas por um risco de morte eminente e o retorno dos navios impedidos de atracarem abriu precedente para o tratamento desumano e da exclusão de pessoas nos chamados ‘navios da morte’(25). As ações que inicialmente geraram inúmeros problemas diplomáticos, incitaram a importância do investimento estatal e no planejamento da reforma sanitária no interior do território nacional, tendo em vista que o mesmo fator gerador do crescimento econômico também era o local propício para o alastramento de uma epidemia. O incentivo foi estimulado pelas novas descobertas microbiológicas, cuja pesquisa era uma área disputada devido a necessidade de se conhecer e controlar novas doenças que poderiam barrar o avanço imperial colonialista, embora a medicina brasileira já acatava as novas descobertas para o controle de epidemias advindas da microbiologia (25).

#### *4.6. As novas quarentenas a partir do século XX*

As teorias desenvolvimentistas do início do século XX remodelaram a saúde como o estado do bem estar social que se expandiram na América latina a partir dos anos sessenta. A compreensão do processo de controle de epidemias ainda estava atrelado à proposta higienista do ‘ciclo pobreza-ignorância-doença, nos quais os comportamentos inadequados das classes inferiores são responsáveis pelas doenças e epidemias’ e estas deveriam ser tutoradas pelas classes dominantes na forma de solidariedade dos países ricos em ‘ajudar no controle’ da manifestação destas epidemias nos países pobres, naturalmente vulneráveis quanto à eminência destas (26).

O final do século XX foi marcado pela presença de uma nova cepa viral conhecida como vírus da imunodeficiência humana, vírus HIV, responsável pela doença AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O advento da AIDS contribuiu para a renovação

das práticas de saúde coletiva, nas quais o cuidado às pessoas deve ser responsabilidade de diferentes setores da sociedade, trazendo de volta o conceito de cuidado, e de vulnerabilidade individualizante, diferente dos significados atribuídos a este termo.

O advento da AIDS no final do milênio trouxe profundas reflexões e questionamentos sobre as ações médicas e epidemiológicas em algumas instâncias legais, que permitiam a ampla aplicação de medidas restritivas que potencialmente podem ferir o direito individual.

Durante séculos a questão da autonomia foi considerada quando práticas tais como o isolamento, a quarentena, a restrição de movimento, em como a estigmatização decorrente da ocorrência de doenças transmissíveis, eram de ampla utilização. Com a emergência da AIDS retoma-se a discussão sobre autonomia de indivíduos e grupos portadores de doenças, não somente em sua forma clinicamente reconhecível, mas também daqueles portadores do HIV. São bastante conhecidas as restrições impostas a pacientes com AIDS e portadores, por instituições como empresas de seguros médicos, hospitais, escolas e empregadores[...]Esta transgressão representa, em tais casos, uma etapa do processo de impedimento do acesso do indivíduo a bens, serviços e oportunidades (27).

Para Ribeiro (27) ‘o princípio da autonomia envolve a preocupação com a dignidade humana, a liberdade e os direitos fundamentais do indivíduo, tendo como eixo fundamental a provisão de informação adequada’. A emergência ética ocorridas no pós-guerra está atrelada antes de tudo a três eixos distintos de saúde pública: o desenvolvimento tecnológico, a ampliação das reivindicações aos direitos e o aparecimento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) cristalizou a necessidade de (re)pensar a ética em termos médicos sociais e epidemiológicos dada a estigmatização de grupos marginais no processo social, prostitutas, homossexuais, viciados em drogas e presidiários.

Da a natureza coletiva da epidemiologia e da saúde pública, as discussões sobre a questão ética deverão, ao tempo em que não podem perder de vista o indivíduo, transcender a visão microética para alcançar a abrangência e as peculiaridades do(s) grupo(s) considerado(s)[...] onde indivíduos de grupos discriminados passam de sujeitos de direitos individuais a sujeitos de direitos coletivos (27).

O conflito a ser considerado no advento da AIDS em termos éticos e epidemiológicos foi o fato da doença ser inicialmente atribuída a grupos homossexuais pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention), órgão mundialmente responsável pela catalogação científica das doenças no meio médico. A descrição normativa da doença contribuiu para justificar ‘cientificamente’ ações de grupos extremistas ou às ações de estados totalitários, dada a coroação da homossexualidade como um grupo de risco a ser extirpado do meio social. Tal fator pôs em questionamento a estatística da doença em ‘registro de grupos de riscos’ (27). Os

testes clínicos foram considerados antiéticos por países como Holanda e o Reino Unido, pois a identificação e o aconselhamento eram considerados como uma responsabilidade superior.

De alguma forma a eminência do vírus HIV quebrou os dados da geografia epidêmica dos países da OMS que antecipavam apontaram a geografia epidêmica de países ao redor do mundo, no intuito de antecipar ações em vigilância, dada à estatística e sazonalidade das doenças, que interpretados nas ciências sociais ou econômicas direcionadas ao campo da saúde, poderiam representar ganhos, mas que sob o foco da ética reforçava os aspectos antropológicos e morais e míticos, por ignorância das causas e percurso das doenças, com tendência a inculpar os outros pelas epidemias (28).

A tendência a inculpar os outros pelas epidemias foi uma componente constante da história das doenças. Os judeus foram acusados como transmissores da peste negra na Europa, os irlandeses pelo cólera em Nova York, os italianos pela poliomielite no Brooklyn. Enfim, deve-se recordar que a primeira definição da AIDS, formulada pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) de Atlanta, quando identificou a doença, foi “imunodeficiência adquirida relacionada a homossexuais” (*Gay-related immunodeficiency*) (28, p. 217).

No ano de 1986, após ser registrado o primeiro caso de AIDS, Cuba instituiu uma medida regulamentar, um mandato ao qual autorizava a quarentena de pessoas infectadas com o vírus. Cubanos infectados foram presos e confinados em *sanatoriums*(29), abrindo precedentes a novos questionamentos e críticas sobre a violação dos direitos humanos, mesmo partindo de um cujo regime é contemplado pelo acordo internacional, embora justificado positivamente pelas autoridades dado o isolamento econômico e as limitações do sistema de saúde.

Francisconi (29), descreve o conflito moral vivenciado por portadores do HIV em Cuba mediante a intervenção do Estado no uso de força militar a pessoas cujo comportamento sexual as caracterizam naturalmente como portadoras do vírus:

Cuba tomou uma medida radical e única no mundo, ao que se saiba, de isolar os pacientes infectados. Naquele país as autoridades de saúde pública partiram da premissa que é impossível saber qual o infectado que se comportará de maneira responsável e, portanto, está indicada a detenção preventiva dos pacientes sob o rótulo de quarentena (29).

O dilema entre as ações governamentais de proteção ao risco potencial e aos problemas éticos, evidenciaram, mais que a pretensão de proteção, a redução da autonomia do indivíduo no âmbito de sua liberdade, bem como a pressão social e a estigmatização não

diferente diferentes dos padrões coercitivos aplicados desde a Idade Média durante surtos de epidemias.

A novidade trazida pela AIDS, o que cria é a emoção, a angústia, é a chegada da doença num mundo que se acreditava definitivamente protegido, asséptico. Essas emoções e angústias são ainda maiores devido às relações rapidamente estabelecidas entre a Aids e o sexo, o sangue e a morte (30).

Por se tratar de uma situação difusa e ainda nova em termos epidemiológicos, representou um marco, por não se delimitar a um grupo étnico, social, cultural ou econômico específico. Ou seja, uma doença silenciosa disseminada em diferentes setores sociais e não atribuída a um grupo específico de controle. O surgimento da AIDS no cenário mundial gerou tensão entre diferentes imperativos contraditórios ou aparentemente contraditórios calcada no medo, nas incertezas, na limitação da ciência médica diante do novo, do vírus, e das 'certezas' e forças das opiniões políticas sobre a opinião pública diante desta incerteza (30).

A AIDS trouxe o repensar a história das doenças, e assim como história, a quebra de uma linha epidemiológica pré-existente, abrindo novos elementos de construção de análise. Representou também uma possibilidade de resignificar a desigual relação indivíduo-Estado (31) bem como dos limites éticos voltados às ações de saúde pública consideradas tanto pelo viés dos grupos vulneráveis, quanto pelo próprio fim ou propósito que é a proteção da coletividade.

## 5. O ESTADO E AS MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA

Em sociedades democráticas, o poder sobre a vida impera fortemente sobre as relações humanas em função da categorização útil ou produtiva, de sorte que a liberdade seria apenas uma ilusão devida à complexidade dos determinismos, a uma história e um corpo e é pura e simplesmente esta história do corpo e nada mais (32).

Em contrapartida, foco da ética e bioética, coloca a vida como centro das discussões explorando suas inúmeras vertentes e de inestimável valor, que na descrição de Junges ‘consiste em ser a base de suporte de uma existência pessoal, o lugar de liberdade que se plasma a si mesma, o pressuposto e o substrato de uma história irrepitível, a condição de possibilidade de relações intersubjetivas’ (33).

A segregação e violência experimentadas no totalitarismo nos deram a noção real da materialização do poder do mundo moderno na supressão ideológica e econômica de outras culturas, na manipulação da vida humana e da possibilidade de ofertar os meios que possibilitem esta (sobre)vida vinculante à sociedade, às questões de manter-se ou não vivo, desvinculado como uma exceção soberana na realidade biopolítica. Cabe-nos, então, refletir dentro deste contexto a dignidade humana como limite, que se revela como fundamento dos direitos humanos e o princípio da matriz bioética, ao menos em sua perspectiva.

Dado que o direito e o poder são duas faces da mesma moeda, pois a comum exigência da eficácia se complementa com o evidente paralelismo existente entre os requisitos da mesma norma jurídica, justiça e validade – e os do poder- legitimidade e legalidade, a intangibilidade do fundamento absoluto da liberdade encontra validade, em termos reflexivos, à luz da perspectiva kantiana (34). Entretanto para a realidade vivida é ainda uma expressão um tanto vaga, entre o direito de ser e o que gostaria de ser.

O Estado age por meio de leis e direito, mas as disciplinas se exercem por meio de regulamentos ou expelem o direito, tornando-o mais minuciosos e indulgentes, e que naturalizam as leis, aos quais definem o espaço de liberdade e estabelecem a universidade da igualdade (34).

Bello (35) faz uma densa e significativa análise à luz do Direito, permitindo a compreensão das ações de quarentena humana como uma relação de dominação expressada pela lógica da trinca ‘mecanismos de poder, regras de direito e efeitos de verdade’.

O direito tem sido colonizado por saberes disciplinares que o condicionam para a produção de verdades (...) além de torná-la insuficiente para a

promoção dos seus desígnios teóricos iniciais (paz, justiça social etc.), a biopolítica maneja a categoria “direitos humanos” como elemento de justificação para as intervenções controladoras da vida humana. Assim em tempos de ‘descartabilidade’ da vida humana, de seletividade de sujeitos e de exacerbação do individualismo, em nome da garantia de liberdade e de dignidade, realiza-se operações bélicas genocidas, marginaliza-se imigrantes ‘ilegais’ e segrega-se por inanição sujeitos alheios à *lex mercatoria* (35).

As medidas de quarentena surgiram legalmente na metade do século XX, com o acordo mundial entre vários países como medida minimizadora de riscos de surtos epidêmicos em função da crescente tecnologia dos meios de transporte os quais reduziram a distância entre os territórios mundiais, que ficou conhecido como Regulamento 21 da Organização Mundial de Saúde (OMS) (36). Sua aplicabilidade em casos de suspeita de contágios, não representa apenas uma medida de saúde, mas de segurança nacional, acompanhada de forte militarização, ação policial e reclusão de pessoas acompanhada da redução de seu direito civil, não muito diferente em termos de lei de indivíduos no sistema prisional.

O propósito intencional das medidas de quarentena humana são ideologicamente justificáveis em alguns países na forma de medidas administrativas e políticas, seguindo documentação específica com peso de lei o qual direciona suas ações em casos de surtos epidêmicos (37, 38, 39). Sua limitação está no quesito ético devido à restrição da liberdade, da coesão abusiva do poder de polícia, da estigmatização de grupos fenotípicos.

A sacralização inócua da proteção da coletividade (considerada) oculta o léxico da quarentena humana como biopoder e das consequências relacionadas a sua aplicação acrítica e despolitizada. Um risco eminente visto o novo contexto globalizado munido de uma forte militarização e guerras ‘justificadas’ pelo ‘risco terrorista’, com efeito disciplinar e coibitório a países periféricos (40). Cabendo-nos aqui o repensar de outras tramas dos fios no contexto da quarentena humana da atualidade, no território multidisciplinar da bioética.

O século XIX foi marcado pelos avanços médicos na área de saúde, coroada pelo controle e isolamento microbiológico de Louis Pasteur, seguida por Robert Koch e outros brilhantes microbiologistas em suas descobertas que direcionavam o controle de doenças em massa. As medidas de prevenção sanitária, mais que um dado estatístico desde o controle do cólera em Londres por William Farr no século XIX, foi pauta de ações governamentais. As inúmeras atuações em saúde pública adquiriram diferentes significações e ressignificações dependendo da natureza da ação e suas finalidades. Contemplou uma complexidade de dimensões e atos cujo objetivo básico é a garantia constitucional do bem estar da população.



### 5.1. *A Medicina social e o biopoder*

Saúde como um mecanismo de existência do Estado, denominada medicina social caracterizou-se como ‘um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que, portanto, tem efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores (41).

Um saber técnico como a medicina, ou melhor, um conjunto constituído pela medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. (41, p. 302)

A relação disciplinar da medicina como mecanismo regulamentador do Estado, de acordo com Foucault caracterizou o século XIX como o século que tomou posse da vida, desde o biológico (sexual) ao população mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina de uma parte e das tecnologias de regulamentação de outra parte. Não implicou somente em controlar, mas vai além, do poder de fazer viver e até mesmo de ‘fabricar’ humanos, de fazer a vida proliferar, de fabricar algo vivo, de fabricar algo monstruoso, de fabricar – no limite – vírus incontroláveis e universalmente destruidores, do biopoder’ (41).

Ainda que emergisse paralelamente à medicina científica e epidemiológica, no sentido de prevenção em saúde, ocultava o contexto do biopoder, um controle sobre os ‘sãos’ ou os ‘puros’, mas acima de tudo os mais socialmente aptos. Sendo o Estado um poder ilimitado, por si só, é possível neste contexto de controle de vidas, para um ‘poder político, matar, reclamar a morte, pedir a morte não só seus inimigos, mas mesmo de seus próprios cidadãos? Como esse poder que tem essencialmente o objetivo de deixar viver pode deixar morrer?’ (42)

A ampliação do poder da vida no sentido de intervenção direta sobre os corpos, no sentido de poder, originou-se própria razão de “economia política”. Michel Foucault descreve a ‘economia política’ a partir do verbete utilizado por Rousseau: uma espécie de reflexão geral sobre a organização, a distribuição e a limitação dos poderes numa sociedade que possibilitou assegurar a autolimitação da razão governamental. Como razão de Estado, ora estrita entre a circulação de riquezas, ora como prosperidade de uma nação ‘que se propõe justamente à manutenção de certo equilíbrio entre os Estados’, um acordo de paz resultante da expansão econômica e a estabilização dos Estados europeus (42).

Relatos históricos revelam o uso legal das medidas de quarentena como um comum acordo de proteção entre os países europeus durante a expansão comercial mediterrânea.

Como lei de proteção do Estado, limitou-se inicialmente à proteção das divisas nos portos, assumindo posteriormente outras teias de poder sob o escopo de proteção de saúde, atingindo extremos como a decisão de por em quarentena grandes massas populacionais como o ocorrido com peregrinos de Meca.

Gracia (43) descreve a saúde, uma das formas de manifestação de poder, e, portanto positiva ou negativa dependendo da forma com que é aplicado: a saúde é uma possibilidade positiva de vida, enquanto a enfermidade é uma possibilidade negativa; o resultado de possibilitação histórica é o que chamamos de cultura humana e que possibilita que o mesmo pode ser definido como um sistema de poderes dos seres humanos tanto positivos como negativos.

Aristóteles foi o primeiro a diferenciar a potência (*dýnamis*) do ato (*enérgeia*). Uma coisa é a potência ou possibilidade, outra bem distinta é o poder. Em latim esses termos do grego foram traduzidos por *potentia* ou *facultas*, no primeiro caso, e por *actos*, no segundo. Dizendo de outro modo ao subvertemos o poder nós o convertemos em uma realidade, em ato, resultado da atuação de uma potência ou faculdade (43).

Os poderes existem, são realidades, e se constituem por sua vez em fontes de novas possibilidades, do que resulta que não toda uma dinâmica vinculada. Começa primeiro pelo exercício de uma potência ou possibilidade interna, mas essa criação humana, estritamente subjetiva, acaba por objetivar-se e converter-se em realidade que por sua vez é fonte de novas possibilidades. E o poder do controle sob o escopo da saúde populacional não deixou de ser verdade visto que o sistema econômico é o mesmo. Trata-se aqui de um poder histórico hegeliano, um processo de possibilidades, de sistemas de poderes resultantes que mudam sua conformação e se autorregulam. Um risco potencial que para este caso, pode assumir medidas de controle que se moldam e reconfiguram no período histórico. O simples fato de ser e ainda estar é um risco potencial ao qual impossibilita qualquer argumento. Daí o seu uso de forma impositiva, mas sem conexão com a realidade atual eu se moldou em outros valores.

A nova medicina social marcou o início dos Estados Liberais como forma de seu fortalecimento advindo com a riqueza das nações. O sistema de saúde público foi resultante deste novo modelo de sociedade que no contexto da industrialização era sinônimo de força de produção ou trabalho, e conseqüentemente de maior possibilidade de aquisição de riquezas. A saúde é o mesmo que bem de consumo. Dentro da sociedade do *welfare*, é identificada como

‘bem-estar’, ou ‘como perfeito estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença’, segundo a OMS (44). No contexto capitalista consumista, a mercantilização dos sistemas de saúde e de fármacos, movimentou as grandes corporações no controle da saúde mundial e na pesquisa de novas doenças.

E a saúde coletiva traçou seu marco pelo crescimento das nações e pelas medidas de controle populacional. Os abrigos criados pelas instituições cristãs foram substituídos pelos primeiros hospitais que recebiam pessoas vitimadas pelas cidades industriais, os quais geraram posteriormente serviram às primeiras quantificações estatísticas de pessoas doentes como as tabelas mortuárias de John Graunt no século XVII em Londres, dando início às pesquisas estatísticas vitais com fins demográficos. A associação do método numérico de Louis com a estatística médica de Farr. A interação entre medicina e a estatística foi aplicada pelo médico e matemático Pierre-Charles Alexandre Louis no século XIX, considerado um dos fundadores da Epidemiologia.

O caráter pioneiro nas estatísticas de saúde é atributo de William Farr, ao mensurar a saúde da massa populacional dos distritos ingleses alcançava-se uma razoável integração entre a clínica e a estatística. Contudo para que dessa combinação resultasse uma nova ciência da saúde, de caráter essencialmente coletivo, era necessário partir do princípio segundo o qual a saúde é uma questão social e política, princípio aliado a uma preocupação, e a um compromisso, como os processos de transformação da situação de saúde na sociedade (45).

A medicina social e possibilitou a organização estatal na Alemanha, França e Inglaterra pelo uso de instrumentos e ações de controle e de ideias higienistas mantenedoras de uma sociedade disciplinar. Pode-se dizer que a higiene pública é uma variação de quarentena que era alicerçada pelo modelo de vigilância constante o qual tinha o intuito de controlar a eminência de novas pestes. Embora tenha sido mais representativo para a sociedade francesa, este sistema foi adotado por diferentes países europeus, sendo por muitas vezes acompanhado de um plano de urgência, que no caso de confirmação de novos surtos de pestes, obrigava indivíduos suspeitos de estarem infectados a serem isolados no interior de suas residências, sob a vigilância constante por uma autoridade designada ao controle de epidemias em um determinado bairro. A desinfecção se dava de casa em casa, controladas pelas instituições que assumiam a tarefa de medir, controlar e corrigir casos considerados anormais (46).

O Estado age por meio de leis e direito, mas as disciplinas se exercem por meio de regulamentos ou expõem o direito, tornando-o mais minuciosos e indulgentes, e que

naturalizam as leis, aos quais definem o espaço de liberdade e estabelecem a universalidade da igualdade (47).

Em sociedades democráticas, o poder sobre a vida impera fortemente sobre as relações humanas em função da categorização útil ou produtiva, de sorte que a liberdade seria apenas uma ilusão devida à complexidade dos determinismos, a uma história e um corpo e é pura e simplesmente esta história do corpo.

Saúde como um mecanismo de existência do Estado, denominada medicina social caracterizou-se como ‘um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que, portanto, tem efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores (48).

Um saber técnico como a medicina, ou melhor, um conjunto constituído pela medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios (48, p. 382).

A relação disciplinar da medicina como mecanismo regulamentador do Estado, de acordo com Foucault caracterizou o século XIX como o século que tomou posse da vida, desde o biológico (sexual) ao população mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina de uma parte e das tecnologias de regulamentação de outra parte. Não implicou somente em controlar, mas vai além, do poder de fazer viver e até mesmo de ‘fabricar’ humanos, de fazer a vida proliferar, de fabricar algo vivo, de fabricar algo monstruoso, de fabricar – no limite – vírus incontroláveis e universalmente destruidores, do biopoder’ (49).

Ainda que emergisse paralelamente à medicina científica e epidemiológica, no sentido de prevenção em saúde, ocultava o contexto do biopoder, um controle sobre os ‘sãos’ ou os ‘puros’, mas acima de tudo os mais socialmente aptos. Sendo o Estado um poder ilimitado, por si só, é possível neste contexto de controle de vidas, para um ‘poder político, matar, reclamar a morte, pedir a morte não só seus inimigos, mas mesmo de seus próprios cidadãos? Como esse poder que tem essencialmente o objetivo de deixar viver pode deixar morrer?’ (49).

A ampliação do poder da vida no sentido de intervenção direta sobre os corpos, no sentido de poder, originou-se própria razão de ‘economia política’<sup>1</sup> como razão de Estado, ora estrita entre a circulação de riquezas, ora como prosperidade de uma nação ‘que se propõe justamente à manutenção de certo equilíbrio entre os Estados’ (49), um acordo de paz resultante da expansão econômica e a estabilização dos Estados europeus.

Relatos históricos revelam o uso legal das medidas de quarentena como um comum acordo de proteção entre os países europeus durante a expansão comercial mediterrânea.

Como lei de proteção do Estado, limitou-se inicialmente à proteção das divisas nos portos, assumindo posteriormente outras teias de poder sob o escopo de proteção de saúde, atingindo extremos como a decisão de por em quarentena grandes massas populacionais como o ocorrido com peregrinos de Meca.

Os poderes existem, são realidades, e se constituem por sua vez em fontes de novas possibilidades, do que resulta que não toda uma dinâmica vinculada. Começa primeiro pelo exercício de uma potência ou possibilidade interna, mas essa criação humana, estritamente subjetiva, acaba por objetivar-se e converter-se em realidade que por sua vez é fonte de novas possibilidades. Tanto a saúde, quanto a questão da quarentena humana, reside na potencialidade de eclosão, ou na possibilidade de aplicação. E aí se reside a questão do uso em poder.

## 5.2. *As medidas de saúde pública*

A saúde pública, considerando-se a ‘saúde como a expressão do maior grau de bem-estar que o indivíduo e a coletividade são capazes de alcançar’, tem por objeto o processo saúde-doença da coletividade, observada suas dimensões biológica, psíquica e social (50).

Fortes e Zoboli (50) entendem a saúde pública como “a arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e obter um ambiente saudável, através de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados na sociedade”. Insere como campo de saber científico das ciências médicas e como práticas

---

<sup>1</sup> Foucault descreve a “economia política” a partir do verbete utilizado por Rousseau, “uma espécie de reflexão geral sobre a organização, a distribuição e a limitação dos poderes numa sociedade”, que segundo o autor, possibilitou assegurar a autolimitação da razão governamental (49,p. 286).

efetivadas por órgãos estatais, dentre eles a atuação normalizadora, por vias regulatórias, e uso de polícia administrativa nos casos de ações em vigilância sanitária.

A saúde pública é complexa em maior ou menor grau, e sofre a influência de vários setores sociais quer seja para a promoção de saúde ou para a prevenção de doenças. Entretanto, o termo é um tanto inespecífico quando se trata de proporcionar as condições necessárias para a manutenção da vida e a ação de culpabilizar “estilos de vida não saudáveis”. Trata-se de um dilema entre a autonomia de interferência no direito de ser um ser saudável, e a vulnerabilidade socioambiental em se manter são. E nesta vulnerabilidade o qual o indivíduo sofre a ação de suas condições de sobrevivência, torna-o mais suscetível a ser vitimado por doenças, principalmente as epidêmicas. E, portanto, mais sujeito a ser colocado em quarentena.

Ações em saúde que implicam o controle de fronteiras são políticas de estado com propósito de transmitir no meio popular a ideia de proteção e dada a inquieta necessidade de segurança, de acolhimento. Da saúde humana como instrumento de cidadania muitas vezes eclipsadas pela ignorância e principalmente pelo preconceito (51).

As ações previstas no caso de riscos epidêmicos descrito por elas são a quarentena e o isolamento, sendo o último relativo ao confinamento de pessoas sob tratamento de saúde em meio hospitalar. Barbera et al.(51) levanta alguns pontos sobre a ação de medidas de quarentena nos Estados Unidos diante da eminente possibilidade de um ataque terrorista destacando que as leis federais autorizam esforços cooperativos entre o governo federal e os estados para planejamento, treinamento e prevenção de doenças epidêmicas e outras emergências de saúde considerando três pontos chaves no caso de epidemias: a análise da saúde pública e médica na imposição da quarentena em larga escala, a possibilidade de implementação e manutenção da quarentena e os potenciais benefícios e das consequências adversas ao se tomar as medidas. As ações de vigilância são ostensivas no período de espaço de duração das doenças, seguindo normas internacionais, e a análise do risco e a implementação das ações são direcionadas por um comitê composto por vários experts na área da saúde na possibilidade de gerar respostas mais eficazes nas medidas. A ética segue os preceitos deontológicos. Não há a formação de um comitê ético ou qualquer forma de participação de outros segmentos da sociedade.

Como medida de saúde, suas ações são justificadas quase em sua totalidade, por se tratar de proteger a vida, principal objetivo dos estudos bioéticos, visto que a vida é o maior

valor do homem e, portanto, inalienável, contemplada pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH).

Em termos sociais, as medidas de quarentena humana representam a tomada de decisão em medidas administrativas, com dispendiosos gastos públicos em situações facilmente contornáveis se o foco for o âmbito administrativo.

No âmbito legal, sua ação pode mascarar o poder sitiante do Estado frente à liberdade de indivíduos ou pequenos grupos. Em outras palavras, pode representar uma forma latente de poder e controle sobre a vida dos cidadãos, já vistos na história na forma de regimes governamentais autoritários.

As medidas de quarentena humana persistem na humanidade pela necessidade humana de proteção da vida. O ideário de proteção de coletividade de certa forma é discriminatório, atribuído a outros, seres não alienáveis à realidade local, aos estranhos, a culpabilidade da doença. Principalmente quando responsabiliza um grupo social, econômica e culturalmente mais vulnerável como gerador de algum mal capaz de provocar rupturas na trama social.

O aspecto de exceção da quarentena humana remonta o estudo de possibilidades teóricas do conceito de corpo associado à soberania e ao poder. Os pontos fundamentais na análise do poder sob o foco da quarentena humana apontam para a compreensão do corpo atomizado na trama da sociedade em seu discurso de verdade e de racionalidade constituídos.

Neste tecido, a quarentena se mascara no liame do poderio estatal não evidente dentre as múltiplas formas de dominação que se podem exercer na sociedade em rede, reconhecendo no seu espectro a existência da correlação de forças, embora não totalmente estáveis, de dominação, e entretanto um trunfo a ser aplicado estrategicamente quando requerido ou necessitado.

A saúde, por sua vez, assume-se como movimento supra ideológico e transnacional caracterizada como serviço público ou bem comum, parte da economia global contemporânea justificada em seu próprio campo como membro ou mais uma instância de controle disciplinar do corpo, uma anatomia do poder que originou a biomedicina no século XIX. Um poder retratado não extensivo, mas o poder capilar e um saber espacial analítico de todos os indivíduos pertencentes a uma sociedade e em uma noção totalitária do conjunto ao qual o grupo de indivíduos faz parte.

Ao contrário do ideário de proteção de iguais, as ações efetivas de policiamento e vigilância sob o escopo de proteção em saúde também pode se constituir como uma brecha que permite o extravase da expressão de violência naturalmente contida, guardada,

interiorizada pela racionalização no campo do monopólio administrativo, produtivo ou utilitário na atividade comunitária.

Os limites entre proteção e extravase pode ser interpretado como campos de batalha ou lugar nenhum, aos quais escapam da normalidade legal entre os direitos como cidadãos e os direitos como ser humano.

Tais ações de controle podem ser mera expressão da violência natural interiorizada, latente, mascarada de violência contida pela racionalização que só é válida no território comunitário. Não no sentido etiológico da doença, mas no sentido disciplinar de controle disciplinar do processo saúde-doença. Isto não significa direito à proteção igual a quem tem direito, mas o engajamento de poder agregar proteção aos iguais no quesito de pertencimento ao que chamamos de comunidade, ou nação. Pode-se nesta concepção excluir o outro, culpar o outro, adoecer o outro. E o poder de morte pelas soberanias se volta para o direito da vida enquanto biopoder, e a exploração das energias vitais em que a relação escravocrata é substituída pela falácia da qualidade de vida e ao poder soberano é dada a decisão de vida, morte, às escolhas de quem deve ou não ser privado destes direitos.

Nesta perspectiva cabe a aplicação das medidas de proteção emergencial, no caso, as medidas de quarentena, de que uma certa forma demonstra o poder incidente sobre o corpo, tendo em vista a abrangência da biopolítica sobre a população como mecanismo regulador que se manifesta sobre o saber-poder da medicina (52).

O foco em questão se direciona na prática, na tentativa de se promover esta proteção de coletividade de forma a minimizar o atrito com outros princípios, como a autonomia e a liberdade. Outra questão é o risco eminente do poder estatal do poder sobre a vida em seu teor disciplinante, ao qual a saúde é um dos elementos balizadores da razão de Estado, uma exceção soberana na realidade biopolítica.

A medida de quarentena foi institucionalizada paralelamente ao avanço mercantil, marcado pelo avanço nos meios de transporte e nos primórdios da globalização do planeta. A justificativa de proteção, no entanto, não foi um fator isolado, mas um dos componentes os quais possibilitaram o fortalecimento dos Estados tanto externamente, na proteção das divisas, como internamente, na vigilância e disciplina a população.

Embora os propósitos das medidas de quarentena humana sejam ideologicamente (e legalmente em alguns países) justificadas. O uso da força de proteção como segurança é questionável, em virtude das variáveis associadas à proteção e Estado que, pode justificar ações premeditadas de ataque antecipado a uma suposta fragilidade e risco à liberdade e



autonomia humana, é um dos campos que desencadearam os estudos no campo da bioética, que representa a mais recente fronteira em que o discurso de potenciais questões, quer sejam emergentes ou persistentes.

A falta de elementos discursivos, associada ao medo e ao risco que as grandes epidemias ocasionaram ao longo da história da humanidade, reforçam na coletividade, e até em consenso internacional, o aceitação acrítica de tais medidas, muitas vezes dotadas de um discurso tendencioso, calcado sob uma única ótica analítica, muitas vezes reforçado pela mídia dominante no alcance da manipulação de massas.

Em se tratando da bioética em seu sentido global um campo recente e multidisciplinar, o tema buscará, ainda que primitivamente, levantar elementos discursivos da quarentena humana que acrescentem elementos discursivos na intenção de contribuir para futuras análises de conflito tendo como marco teórico as epidemias virais gripe no início do século vinte e um.

## 6. O PENSAR ÉTICO NAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

### 6.1. *Relação entre ética e epidemiologia*

Na atualidade a relação entre ética e epidemiologia corresponde a um movimento de várias vertentes, dada a natureza coletiva da epidemiologia e da saúde pública em que a ética deve considerar os membros da comunidade, bem como os integrantes de outros grupos, sem perder de vista o indivíduo em sua peculiaridade.

Segundo Kass (53) a notificação de doenças transmissíveis pode representar um potencial risco à autonomia e liberdade individual pela violação da privacidade, a antecipação de riscos, e pela possibilidade da aplicação de ações coercitivas previstas nos regulamentos e da legislação o qual pode impor sanções a indivíduos ou a grupo de indivíduos pelas autoridades estatais em saúde. Atualmente torna-se necessário o resgate de escolhas ponderadas e éticas, que sejam justas e beneficiem um maior grupo populacional e que ao mesmo tempo reduza os problemas associados aos riscos da redução da liberdade, privacidade.

O pânico gerado pela eminência da SARS não é novidade no campo de disseminação de doenças infecciosas como a lepra, a peste bubônica, as doenças sexualmente transmissíveis incluindo a HIV/AIDS. O problema é de ordem de saúde pública em que o proteger se transformou em coerção por alguns países como a Índia, onde ‘os pacientes suspeitos de doenças infecciosas foram banidos dos hospitais e como criminosos foram enjaulados’. Na China a Suprema Corte julgou que a intencionalidade do contágio oferecia sério risco à população, e por isso as pessoas eram passíveis de prisões ou morte sendo que as determinações feitas pelo staff de vigilância em saúde acusou inclusive pessoas quem não estavam em quarentena. A ordem de quarentena seguiu para Singapura, Canadá com a restrição de viajantes, chegando a alguns casos extremos de vigilância rastreada por dispositivos eletrônicos em Hong Kong.

Epidemia segundo Stefan Ujvari (54) é uma palavra que vem da junção dos termos gregos *epi*(sobre) *demós* (povo), a princípio pode ser definida como a calamidade que se abate sobre o povo. Mas, cientificamente é conceituada como o repentino surgimento de um grande número de pacientes acometidos por uma mesma doença, de forma simultânea e num curto espaço de tempo. Não há um número mínimo de doentes para que se confirmar uma epidemia,

haja vista que o aparecimento de um único caso de uma doença contagiosa já pode significar o início de um surto epidêmico.

O conceito de risco em Epidemiologia pode se referir a probabilidades de ocorrência de eventos estimados para um grupo populacional. O risco refere-se a uma situação hipotética, um discurso indutivo, que divide opiniões entre epidemiologistas, por se tratar de uma probabilidade de ocorrência, mas não uma ocorrência em si, ainda que a predição tenha uma vantagem no quesito planejamento de ações mais pontuais no caso de epidemias (54).

A predição por um lado facilita ações no tempo-espaço, permitindo um melhor planejamento e análise de ações mais pontuais no caso de epidemias, mas por outro pode associar ações para doenças endêmicas, cujo quadro é conhecido e em termos de população, “localizado no âmbito dos coletivos humanos”(54).

Uma das críticas ao risco provável ou relativo, não está necessariamente nos aspectos metodológicos como a regularidade dos efeitos empíricos ou nos fatores de risco pertencentes em nível de organização social distinto, mas na sua existência autônoma, objetivável, independente dos complexos contextos socioculturais nos quais as pessoas se encontram.

Para Almeida-Filho (55) o risco agrega vários elementos analíticos, sendo necessário politizar as relações entre epidemiologia, doença e risco de saúde. Isto não implica em “abandonar a conceitualização das doenças para produzir conhecimento sobre a saúde, mas interpretar e tematizar ativamente que valores estão sendo obstaculizados pelas patologias e riscos no modo tal como os percebemos, conceitualizamos e transformamos”.

Os riscos adquirem um estatuto ontológico, que acompanha, de certa forma, aquele produzido pelo discurso biomédico para doenças, mas possuidor de características próprias, ou seja, atributos de virtualidade, “fantasmáticos”[...] servir de risco para reforçar conteúdos morais e conservadores (55).

O nortear crítico da ação epidemiológica é essencial no momento em que insere maior análise da complexa relação saúde-doença. Trata-se ainda de discutir dentro do campo dos conhecimentos médico-científicos, o que não implica necessariamente na interpretação político-estatal dos riscos em termos estratégicos, ou risco contingencial. A política estatal neste contexto agrega a opinião das massas, as quais podem potencializar o risco, quer seja por manipulação informativa, por ignorância ou desconhecimento dos vários elementos constitui a situação real de risco.

Presume-se a existência de um pouco evidente ponto de conflito de interesse entre os que querem institucionalizar a quarentena humana de forma global, partindo do pressuposto da

igualdade de sistema econômico capitalista e das regulações internacionais de saúde, e por outro lado o conflito moral entre os diferentes valores a serem considerados em casos de quarentena humana, que nos países desenvolvidos se referem ao choque de princípios entre o direito à liberdade e autonomia e a proteção da coletividade, mas que nos países do sul ainda não foram vislumbrados, sequer debatidos à luz da bioética.

A lacuna resultante da falta de elementos analíticos nos leva a refletir sobre distanciamento da análise bioética, por se impor como postulado que ainda não foram suficientemente observados e confrontados neste sentido, mudando-se a perspectiva do método para a perspectiva do impacto deste método na pessoa que sofre a ação de ser isolada compulsoriamente pelo Estado.

Após o advento da bioética global, fundamentada na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO em outubro de 2005 ficou evidente que as infraestruturas de bioética não são diferentes em cada parte do mundo, ao qual compartilham em maior ou menor grau problemas que interseccionam várias realidades sociais, em que os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo deve estar envolvida em um processo comum de diálogo. Globalizar as questões bioéticas significa que mais atenção é dada às questões relevantes para os países em desenvolvimento, em particular as desigualdades globais em saúde o que demonstra a interdependência mundial dos povos (56).

A bioética global caracteriza-se por novas questões que afetam a todos em todos os lugares, não competindo a esta assumir posições específicas em qualquer ponto que mereça a atenção e discurso dentro da análise dos fundamentos culturais e filosóficos da origem das medidas da quarentena humana, muito menos recair em uma aceitação acrítica das medidas sem antes se dispor dos juízos morais agregados a sua aplicabilidade.

O mote consiste na percepção dos princípios que possam vir a entrar em conflito, incluindo direta ou indiretamente alguns princípios tradicionais presentes na DUBDH, tais como o benefício do dano a indivíduos sem a capacidade para consentir, a igualdade, justiça e equidade, o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, a privacidade e confidencialidade, a não discriminação e não estigmatização.

Situações de conflito em bioética são em geral analisadas sob o aspecto casuístico em que são detectadas infrações ou abusivas que ferem diretamente a dignidade ou mesmo o direito à vida. Devido à natureza dos casos reais, chamam para si a intervenção direta de um comitê ético na busca de uma melhor solução ou saída para a resolução do problema. Em geral reflete uma relação assíncrona entre forças, o qual uma é vulnerável à outra. No caso da

quarentena humana, a vulnerabilidade está aparentemente no coletivo se observado em sua totalidade, porém quando observada de maneira segmentada dentro deste coletivo, muitas vezes se restringe ou direciona a pequenos grupos ou indivíduos por razões culturais, étnicas ou sociais.

Por se tratar de uma situação difusa e ainda nova em termos epidemiológicos, representou um marco, por não se delimitar a um grupo étnico, social, cultural ou econômico específico. Ou seja, uma doença silenciosa disseminada em diferentes setores sociais e não atribuída a um grupo específico de controle.

No cenário indiferenciado entre medicina e militarização, a autonomia e a liberdade individuais passam a ser tutoradas pelo poder do Estado, divididas entre o direito e a exceção, entre a vigilância e as medidas de quarentena humana, compreendida inicialmente como uma medida de saúde pública destinada à contenção de epidemias.

Os relatórios epidemiológicos embora bem-vindos na proeminência de dados e possibilidades de avaliação epidemiológica, corre o risco de possíveis “desvios” e quebra de confidencialidade. Como visto no caso conflitante decorrente da necessidade epidemiológica de obter dados sobre a prevalência e informações sobre o HIV, os quais, segundo a Organização Mundial de Saúde, OMS deveriam ser anônimos, sem qualquer possibilidade de identificação.

O mecanismo sistêmico de ações em saúde e controle de doenças endêmicas atualmente é conhecido e catalogado no mundo inteiro pela Organização Mundial de Saúde através do Centro de Controle de Doenças (Center for Disease Control, CDC) (57). Algumas doenças, mesmo com etiologia conhecida, são imprecisas quanto ao grau de virulência, como por exemplo, os vírus influenza que possui um alto grau de mutação, cuja sazonalidade pode resultar em quadros clínicos de uma gripe branda, ou se manifestar em cepas altamente agressivas como ocorreu com a gripe espanhola no início do século vinte. Sistemas de vigilância em saúde permanecem em constante comunicação no mundo inteiro e seguem resoluções de saúde específicas nos casos de epidemias ou pandemias para otimizar a ação em saúde como ocorreu nas ações de controle da SARS. No Brasil, o controle é feito pela Agência de Vigilância Sanitária, Anvisa, em que uma das ações é a proteção ostensiva de portos e aeroportos, com o poder de por em quarentena pessoas em caso de suspeita de epidemias (58).

## 6.2. A questão do risco e da hiperprevenção na quarentena humana

Castiel et al. (59) exploraram bem a questão do risco e da hiperprevenção, que, menos sendo reduzidos pelas pesquisas da medicina descritiva, podem gerar interpretações diversificadas em incertezas sustentada e justificadas pelo princípio de precaução.

O paradoxo da incerteza se refere à adoção de uma medida preventiva diante da insuficiência de provas científicas. Em outras palavras: quando o princípio da precaução é utilizado para lidar com incertezas, o seu emprego acaba por demonstrar os limites da ciência em proporcionar evidências ‘confiáveis’ dos riscos potenciais. (60, p. 39-43)

A interpretação de estados totalitários aos “riscos potenciais” em saúde levam a um reducionismo quanto aos reais objetivos. Castiel usou como exemplo a forma abusiva com que os nazistas coisificaram os judeus, denominados ‘problema judeu’, reduzidos a números estatísticos que, em diferentes países europeus, haveriam ser ‘evacuados’ (eufemismo para eliminação), levados em grupos para os chamados ‘guetos transitórios’, de onde viria o transporte para os campos de concentração (60). Isolar milhares de judeus sob a justificativa de argumentos raciais do percentual de mescla sanguínea/judaica, mas também de saúde pública e biossegurança: ‘era uma forma de desinfecção com vista a eliminar piolhos-transmissores de graves doenças epidêmicas; se piolhos contaminavam judeus, havia que radicalmente erradicar também os ‘vetores’ de infecção (60).

O risco de interpretação, em termos de racionalidade da saúde pública atual, demonstra pela primeira vez os limites de abuso humano, com alto poder segregatório, em que o homem, não mais coisa, passa a ser destituído de sua própria humanidade, no caso, o homem passou a ser a própria doença, advindos da interpretação dos significados epidemiológicos conforme os interesses do Estado.

Castiel denominou ‘epidemiopolítica’ ou ‘epidemiopoder’ (60) em alusão à biopolítica de Foucault que extrapolam os horizontes do Estado “com os germes de fascismo que ele comporta. O Estado e sua violência intrínseca sob seu paternalismo providencial”, que Michel Foucault denominou de ‘fobia do Estado’. Esta fobia de Estado fruto da tanatologia imunitária de sistemas totalitários extremistas, sem um fundo racista nas práticas biopolíticas que definem em vinculam diretamente os que devem viver e os que devem morrer.

A ‘fobia de Estado’, ao qual pode gerar formas extremas de proteção, não estão necessariamente vinculadas a regimes totalitários, mas a ações pontuais em que a vigilância em saúde é quase indistinta de segurança nacional. A expressão de sentimentos como o medo e a precaução emergem-se em situações de ameaça à vida. E como tantos outros meios de

manipulação, podem ser explorados por outros setores da sociedade, como os meios de comunicação em massa, cujas informações oficiais ou não, potencializam o caos e alimentam o medo. Esta intervenção midiática na saúde foi explanada durante a epidemia de SARS, Síndrome Aguda Respiratória Severa, denominada como a primeira pandemia do século XXI.

Dada a complexidade de elementos que contextualizam as ações em saúde pública na sociedade de risco, Castiel (61) argumenta que o campo epidemiológico deve prover aconselhamento cientificamente bem informado sobre os futuros efeitos na saúde, e o estabelecimento de ações que, sob informações acuradas de uma real conceitualização de desastre, amenizem a situação das populações afetadas.

Uma forma de abordar a epidemiologia dos desastres seria encarando-a como equivalente aplicado em termos calamitosos e emergenciais à epidemiologia de surtos e epidemias de doenças toxi-infecciosas que estão vinculadas a atividades correspondentes de vigilância epidemiológica. (61, p. 94-7)

Outra questão apontada pelo autor foi o “princípio da intervenção” surgida na metade do século vinte o qual legitimou a “ação moral de agente e instituições de países em relação a outros necessitados, rompendo direitos jurídicos de soberania nacional”. Nesta linha argumentativa, os aspectos econômicos de custo-benefício devem ordenar as ações racionais bem informadas, e conseqüentemente reforçam a retórica do paternalismo o qual justifica as ações de intervenção em termos de epidemiologia de um desastre vinculada à cobertura midiática e a repercussões de caráter subjetivo que podem gerar ‘uma sincronia de emoções que escapam da gestão ‘racional’ (61). A administração dos riscos em busca ‘racional’ de maior segurança pode gerar ambientes afetados, por causa da elevação ‘irracional’ da sensação de risco, com desdobramentos indesejáveis em termos de ansiedade aumentada à incerteza e à insegurança.

A indefinição entre o racional e irracional, no controle global das doenças, os quais atualmente intercalam a vertente de várias áreas de conhecimento, dispõem sobre os riscos globais no contexto de uma ética da responsabilidade presente que garantirá a permanência da vida para as gerações futuras. As ações epidemiológicas em geral são pensadas em termos de predição e prevenção a emergência de novas ameaças de doença.

A gripe aviária, ou SARS, trouxe discursivamente uma argumentação raiz que atribui a origem das doenças a animais. Isto não ocorreu diferente da atribuição da AIDS aos macacos das savanas africanas. Embora a complexidade não estava vírus em si, mas na tipificação do vírus a populações humanas específicas aos quais deveriam ser monitoradas.

O discurso cataclísmico deslocado do ambiente ‘selvagem’(62, 63, 64), com as novas cepas de influenza foram estendidos ao contato humano com animais domésticos, que a partir de 2003 se manifestaria na criação de aves na Ásia e na criação de suínos no México em 2009.

O conflito gerado pela SARS trouxe à tona vários elementos de análise no campo imunológico e de saúde. Alcântara descreve os eventos que geraram o surgimento da SARS a partir do suposto vírus influenza H1N5 de aves descoberto pelo Dr. Carlo Urbani, uma das primeiras vítimas da doença. Posteriormente cientistas de Hong Kong descobriram por técnicas microscópicas que o vírus causador da doença era pertencente a um coronavírus. Pesquisas genômicas foram realizadas em vários países. O Canadá foi o primeiro a apresentar a sequência completa do coronavírus, denominado SARS-CoV cepa Urbani (65). Outros países afetados por SARS-CoV elaboraram suas próprias versões, totalizando mais de 10 genomas e pelo menos 4 mutações pontuais (65,66).

A nova cepa de gripe no início do milênio retrata muito bem isto. O vírus H5N1, conhecido que deu origem à gripe aviária, teve seu primeiro caso registrado em novembro de 2002 na província de Guandong, China, com a primeira vítima fatal da doença, seguido pelo médico mais dez pacientes internados no mesmo hospital. As incertezas quanto ao aspecto pandêmico da doença marcou significativamente as ações antecipadas de vigilância em saúde no mundo inteiro, por se tratar de uma nova pandemia cujos resultados eram tidos como imprevisíveis quanto à contenção e à profilaxia. Conhecida como Síndrome Aguda Respiratória Severa ( SARS), espalhou-se por outros países do oriente até atingir os Estados Unidos, Canadá e Irlanda. Registros da OMS no primeiro trimestre de 2003 apontaram 643 mortes em 28 países pelo mundo. (66).

A inserção da exploração midiática da epidemia de SARS, alimentaram a incerteza primitiva mediante a disseminação e surgimento de novas epidemias (67,68). Reforços em aeroportos, portos e fronteiras embora duplicados, ainda contariam com medidas de isolamento de pacientes que, ajudaria a ‘reduzir o risco de contágio em mais de 60%’ e caso o paciente “ não for colocado em quarentena, irá contaminar pelo menos um em cada cinco pessoas que tiver em contato” (69). Um dado empírico usado como justificativa das autoridades de saúde para o controle da epidemia citado em meio de comunicação em massa, mas limitado quanto a opiniões de profissionais de saúde e aos aspectos éticos e bioéticos associados ao controle real da doença.



Opiniões de outros especialistas, apontaram a quarentena humana como um tema anacrônico que foi ‘re-emergida’ no início do século 21 como uma importante, embora controversa, ferramenta de combate contra doenças infecciosas, mas que ao mesmo tempo ocasionou “ um acalorado debate no seio da comunidade de saúde pública sobre a ética e a legalidade da quarentena” (70).

No Canadá, país que abriga uma parcela considerável de orientais, sobretudo chineses, o surgimento da SARS trouxe à tona os impactos que as medidas de quarentena podem acarretar a um grupo étnico, generalizando o medo, a falta de compreensão, discriminação, e as dificuldades econômicas e rebelião como já presenciados no início do século XX por chineses moradores da cidade de São Francisco, único grupo arbitrariamente posto em quarentena pelas medidas injustas das autoridades de saúde.

Tracy (70) entrevistou randomicamente 500 pessoas da cidade de Toronto e da região de York acerca da compreensão popular sobre as medidas de quarentena. O teste estatístico de análise de variância revelou um número de pessoas favoráveis ao uso das medidas de quarentena e isolamento em caso de doenças infecciosas cujo uso “já é justificado no contexto de uma epidemia de doença infecciosa”. Um fato curioso no teste quanto que cerca de 96% dos entrevistados nunca estiveram em quarentena, outros dados quanto à etnia, condição socioeconômica e grau de instrução dos entrevistados não foram contemplados nos resultados.

Pesquisas, porém, trazem elementos presentes no imaginário da população quanto à ideia de proteção. E neste contexto, abre a questão discursiva acerca dos limites éticos em termos de referenciais valorativos de bem-viver para a humanidade no enfrentamento da ausência de sentido inerente ao conflito de moralidades (71). Uma limitação não contemplada pela simples casuística.

### *6.3. Limitações éticas das medidas de quarentena humana na saúde pública*

A evolução da pesquisa clínica revelou que, embora o conhecimento dos mecanismos básicos das doenças norteie a prática terapêutica, muitos estudos contradisseram o senso comum e o raciocínio mecanístico (72). Dessa forma, o conceito de Medicina Baseada em Evidências inicialmente surgiu no âmbito da prática clínico-cirúrgica e atualmente é adotada em programas de saúde coletiva. Principalmente pela abrangência e pelo impacto maciço de

uma medida de saúde pública, é preciso antes saber quais os estudos norteiam uma determinada medida.

Para classificar um determinado estudo ou o estado da arte do conhecimento acerca de algum tópico, várias classificações foram adotadas, e no Brasil o Ministério da Saúde adota a classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, cuja última revisão foi em 2001. Nessa classificação, os estudos são classificados de A a D, sendo D o de menor nível de evidência: opinião de especialistas ou estudos em modelos animais; C são estudos de séries de casos; B são estudos mais densos, como estudos caso-controle, revisões de estudos caso-controle, estudos prospectivos de coorte e A são os estudos mais refinados e que propiciam respostas mais consistentes, como ensaios clínicos e revisões de ensaios de clínicos (73).

Ainda, parâmetros epidemiológicos devem ser continuamente monitorados a fim de que uma medida de saúde coletiva seja continuada ou interrompida. Particularmente, os dados de Redução Absoluta de Risco e seu inverso, o Número Necessário para Tratar são parâmetros que devem estar associados no que tange a decisões coletivas (74,75).

Não foram encontrados estudos que avaliassem tais parâmetros no que tange à medida de quarentena humana. Os estudos mais recentes se limitam a discutir a quarentena como medida aceita ou recusada pela população e a eficácia de determinada medida policialesca em implantar regimes de quarentena, sob vigilância estrita.

Concretamente, a quarentena humana se traduz em duas políticas: a) impedir o desembarque em territórios nacionais de pessoas que manifestem sintomas de determinada moléstia; b) impedir o desembarque de pessoas que tiveram contato em ambientes confinados (navios, ônibus, aviões) com pessoas que manifestaram determinada moléstia e c) impedimento à livre circulação (prisão domiciliar) de pessoas que manifestem determinados sintomas.

Tais medidas deveriam ser no mínimo avaliadas quanto à sua eficácia: quantas pessoas deveriam ser quarentenadas para evitar que uma contraísse a doença? Quantas embarcações deveriam ser evitadas de atracar para evitar que uma pessoa manifestasse a doença no território nacional?

Essas perguntas, de âmbito meramente estatístico (ciência dura) não foram sequer avaliadas recentemente.

Como estudo de evidência D, o higienista Oswaldo Cruz era de opinião que a prática de reclusão das embarcações na Ilha Grande era cara, não impedia o desembarque de pessoas doentes no território nacional e não se relacionava ao controle nem aos ciclos naturais de

epidemias que assolavam o porto do Rio de Janeiro. A obrigatoriedade de quarentena na Ilha Grande sustentava uma rede de hotéis e pousadas cuja 'qualidade' variava conforme a renda do quarentenado.

Como estudos com evidência C – estudo de caso, medidas contra a população pobre foram aplicadas durante o surto da Gripe Espanhola em São Paulo. Copiando toscamente o modelo francês, a população foi impedida de sair às ruas, morrendo mais de inanição e maus tratos do que pela infecção propriamente dita. Ainda assim, o próprio governador de São Paulo caiu acamado pela gripe, ilustrando crassamente a ineficácia desse tipo de prática.

E, por fim, como estudo de evidência B – coorte prospectiva - em 1910, Roberts (75) estudou quarentena e isolamento de crianças com difteria. Esse autor concluiu que tais práticas não evitavam o surgimento de novos casos de difteria a cada reinício do período escolar. Mostrou que o isolamento domiciliar se correlacionou a significativa mortalidade e que a medida que mais salvou vidas foi a quarentena sob internação hospitalar.

Mesmo atualmente, Barbera et al. (76) afirmam que a quarentena não é uma medida primária em saúde pública; que é uma medida drástica e que, só é factível de ser implementada sobre pequenos grupos populacionais e sobre um território bem delimitado.

Jones (77) reviu a época da Gripe Espanhola no Canadá, país que não adotou medidas de quarentena nem de restrição a viajantes estrangeiros. Esse autor conclui que medidas de quarentena humana são mais malélicas que benéficas e que nunca apresentaram evidências de efetivamente controlarem ou restringirem alguma epidemia.

Ou seja, todos os níveis de evidência relacionados aos resultados da quarentena mostram que é uma medida cara e que não reduz nem impede nem modifica o ciclo de uma epidemia. Tais resultados não surpreendem, uma vez que a própria descoberta do ciclo das infecções microbianas mostram os fenômenos do portador são, do período de incubação e do espectro de manifestações (leves, moderadas e graves). Ou seja, o doente que primeiro manifestar sintomas graves de uma doença epidêmica o terá feito por ter tido contato com um portador do agente infeccioso e antes mesmo de manifestar a doença, já terá muito provavelmente transmitido o agente a um número não mensurável de outras pessoas.

Sem contar que algumas das doenças quarentenáveis – como as diarreias e a febre amarela – sequer são transmitidas pelo contato pessoa a pessoa: as doenças diarreicas se transmitem em territórios carentes de saneamento básico e a febre amarela é uma zoonose (ou seja, existe no ambiente independentemente do ser humano) transmitida por mosquitos.

Ainda que sejam escassos os registros os quais apresentem um abuso, em geral apresentado por um elemento externo, o presente trabalho tem por objetivo apresentar a questão desta medida de saúde, na intenção de ampliar as possibilidades de atuação da bioética no discurso quanto às possibilidades e aplicabilidades das medidas de quarentena humana como questão bioética a ser dialogada com as autoridades de saúde.

Não se trata necessariamente em inferir pró ou contra a medida, mas de racionalizar sua implementação e necessidade de aplicação, tendo em vista o impacto social e moral na vida dos cidadãos latino-americanos, em particular, excluídos dos moldes de vigilância em saúde criados no contexto das nações desenvolvidas.

Inúmeras questões para além do processo de saúde-doença da coletividade, como a expressão do maior grau de bem-estar que o indivíduo e a coletividade são capazes de alcançar através de um equilíbrio dinâmico, mediado por um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (78). Os modos como as sociedades identificam a particularidade de cada caso, buscam sua explicação e se organizam para enfrentá-los variam historicamente e dependem de determinantes estruturais econômicos, políticos e ideológicos (78).

A saúde pública tem como objetivo básico a garantia constitucional do bem estar da população, a proteção e estabilidade do meio social (79). O conceito foi redigido sob o consenso de vários países em 1946 pela OMS, Organização Mundial de Saúde, como “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”. Trata-se, portanto, de um termo complexo do ponto de vista de aplicação, promoção e efetivação que vai além do saber clínico. Surgiu na busca do alívio para o espírito depressivo pós-guerra, em um novo misticismo sanitário, o qual emergiu de um movimento ideológico, com características ecumênicas, denominado promoção de saúde. Em um contexto planetário, a saúde está assentada em uma concepção de paz perpétua, entre diferentes nações, o “*welfare state*” (80).

Dessa interiorização da verdade, com traços mimeticamente seguidos, concebeu-se o poder disciplinar na pretensão de moldar o sujeito produtivo em discursos de verdades como produtos do construto do poder-saber.

Por sistema de formação é preciso, pois, compreender um feixe complexo de relações correlacionando em uma prática discursiva, para que essa se refira a tal ou tal objeto, para que empregue tal, ou tal enunciação, pra que utilize tal ou tal conceito, para que organizasse tal ou tal estratégia. (81, p. 81)

As dimensões da saúde integral ocorreram em 1978, na Convenção de Alma Ata. Cumpriu a campanha mundial pela atenção à saúde como um direito de todos, cumprindo a campanha mundial pela atenção à saúde, como um direito de todos os cidadãos e cidadãs, compromisso de cada governo promovê-la em seus respectivos Estados, consolidada como movimento supra ideológico e transnacional. A ampliação do tema trouxe, ao mesmo tempo, uma crise de identidade epistêmica sobre o que de fato seria saúde em seu sentido estrito, filosófico, ideológico e cultural.

Preocupações e controvérsias relativas à origem e transmissão das doenças infecciosas têm repercussões no perfil epidemiológico nos países, persistente longo dos séculos, sendo um tema constante que exigiu cooperação sanitária internacional na elaboração de um registro único de controle de doenças. (82) O primeiro acordo mundial de controle de epidemias e vigilância sanitária foi elaborado em 1948, durante a I Assembleia Mundial de Saúde, organizada pela OMS. Após esta etapa, as ações de vigilância nos países latino-americanos foram normatizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde, PAHO (83), um órgão vinculado à ONU, Organização das Nações Unidas, o qual direcionou o treinamento e a formação de profissionais da área da saúde, ainda que de forma ideológica, no saneamento básico, nas leis de controle epidêmico e quarentena pela OMS, em 1948. O texto final referente às ações de vigilância sanitária foi sancionado na IV Assembleia Mundial de Saúde, conhecido como Regulamento 02 da OMS. No Brasil, a vigilância epidemiológica é controlada pela Agência de Vigilância Sanitária, ANVISA, órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Segue aos padrões de controle epidemiológico internacional estabelecido pela OMS, normatizadas pela Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 18 (84).

Para Fortes e Zoboli (85) o conceito saúde-doença da coletividade sofre a influência de diversos condicionantes dentre elas o contexto social de expressiva urbanização da população brasileira e suas características sociais peculiares, objeto de reflexão bioética. Nesta trama torna-se difícil dissociar a contextualização de saúde do Estado que a promove.

O século XX trouxe profundas transformações na área de saúde, especialmente na década de 90 com a implantação do sistema único de Saúde (SUS) e com a expansão da saúde médica complementar ao qual deveria contemplar as carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidade, o sujeito, a práxis, os valores e ideologias o êxito técnico e político. (86)

O planejamento em vigilância ganhou mais rigor em zonas aduaneiras. Em alguns casos, a vigilância é amplamente aplicada pela força policial em portos e aeroportos. Medidas

de quarentena humana atualmente são aplicadas em caso de suspeita de surtos epidêmicos de doenças previamente cadastradas pelas autoridades sanitárias no país (87) e no mundo inteiro, como os Centros de Controle de Doenças (CDC).

A guerra em escala planetária, os limites de intervenção de umas nações às outras, aliado ao avanço tecnológico, estimulou pesquisas no mundo inteiro, dada a ameaça aérea de guerra bacteriológica. Foucault no livro *O Nascimento da Biopolítica* (88) aponta a teoria do capital humano em vários campos da sociedade, em espaços até então inexplorados e da possibilidade de reinterpretar em termos econômicos e em termos estritamente econômicos todo um campo que, até então, poderia ser considerado, e era de fato considerado, não-econômico (88). Como a ameaça invisível microbiológica, proveniente dos conhecimentos no campo médico, bem como o controle das “almas” e ao estado de desesperança quanto ao futuro. A militarização da saúde na realidade pós-guerra, marca um novo paradigma do processo saúde doença, bem como dos fins da saúde.

A compreensão dos mecanismos da quarentena humana exige compreender a relação saúde-doença no âmbito da Saúde Pública ao qual sofreu as influências dos movimentos ideológicos que constituíram a Polícia Médica, a Higiene e a Medicina Social.

Os movimentos sociais que compuseram a Medicina Social na França e na Alemanha no século XIX resultaram no Relatório de Beveridge e nas propostas de “socialização da medicina” no século XX também apresentam antecedentes do campo da Saúde Pública. Como ilustração do vetor ação política: podem ser mencionados a Polícia Médica, o sanitarismo expresso no Relatório de Chadwick e no Relatório de Shattuck, a organização de agências de Saúde Pública, a criação da Oficina Sanitária Pan- americana, de Ministérios da Saúde, de campanhas sanitárias e de Escolas de Saúde Pública, via Fundação Rockefeller e Departamento de Estado, além da instalação da OMS/OPS (88, p. 88).

Para Minetti e Perez (89) a bioética principialista estadunidense foi primeiramente adotada e adaptada por países da América Latina como disciplina cujo discurso floresceu em uma tradição norte-americana, mas que evoluiu nos últimos trinta anos em três estágios: a recepção como ética implicada, a assimilação como compreensão e a condição humana e capacidade de transformar o corpo humano e recriação em novas perspectivas alternativas ao tradicionalismo bioético.

A bioética brasileira caracterizou-se pelo reconhecimento e respeito ao pluralismo moral. Seu marco inicial foi a criação do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética, NEPeB em 1995, pioneiro na área e bioética do país, cujos objetivos foram o desenvolvimento de

pesquisas multidisciplinares em bioética, o estímulo de grupos de discussão relacionados a problemas éticos e sociais. (90)

O dilema entre proteger a coletividade justificada pela quarentena traz no seu bojo os limites entre o que e quando proteger o indivíduo, talhando sua liberdade, e mais ainda, o que e quem proteger em casos de ameaça à vida coletiva.

Entre as intenções, a imposição legal e a real “tensão indivíduo e coletividade” agregam outros princípios e valores como a vulnerabilidade, a solidariedade entre pessoas com risco de sofrerem as ações de quarentena, como modo de proteção à possibilidades advindas das razões de Estado, ou do acordo internacional entre Estados (91).

O risco potencial da quarentena humana urge como tema persistente a ser analisado na face hermenêutica-crítica, dentro da questão paradigmática ao qual lhe compete. Desta forma, busca-se estudar seus princípios, sua aplicabilidade, suas configurações temporais e justificativas, muitas vezes utilitárias que atingem diretamente a dignidade humana e sobretudo vislumbrar suas fronteiras de atuação entre a proteção e a reclusão, o estado de sítio. Não se trata basicamente de gerar conceitos, mas discussões, reflexões, apontando os significados e a aplicabilidade da quarentena nos moldes da reflexão ética não esvaziada da capacidade de indignação humana (92,93).

Com efeito, em certas situações nas quais se tem uma restrição das escolhas privadas, como proibição de disposição indiscriminada do próprio corpo, a dignidade humana, como empoderamento encontra sua barreira de contenção na dignidade como limite ou na interdição de tornar a pessoa humana objeto de si mesma ou de outrem. Cabe à saúde a oportunidade de conceber o complexo ‘promoção-saúde-doença-cuidado’ (93) em uma nova perspectiva paradigmática, mediante políticas públicas saudáveis e participação da sociedade.

Questão da vulnerabilidade social como fragilidade, desproteção, debilidade e desfavorecimento agregados aos estudos bioéticos, alterou o foco discursivo nos quais deve atuar a bioética. Uma vulnerabilidade que pode ser advinda da inserção do Estado em proteger os vulnerados.

As práticas sociais existentes e da proteção dos vulnerados, deverá interrogar sobre os efeitos biopolíticos, como por exemplo a dialética concreta entre a vigência da segurança como paradigma de governo para governar a desordem e o paradigma do Estado de Exceção e a redução da vida humana, supostamente protegida juridicamente, como sendo de fato a “vida nua”, de um Homem que se tornou *homo sacer*. (94)

A dignidade humana impõe ao indivíduo ‘a vida com um bem em si’, termo que ao final da Segunda guerra mundial se constituiu como um dos grandes consensos éticos do

mundo ocidental. Trata-se de um termo polissêmico que no terreno ideológico ganha força moral e jurídica, mas é indefinida no mundo real, por agregar ao mesmo tempo plasticidade e ambigüidade, os quais dependem do sentido que se dá à palavra. O termo dignidade pode ganhar conotações diferentes os quais dependem, em termos de direito, da dimensão e dos elementos analisados. Quanto à dimensão, a dignidade pode ser ontológica, relacional e comunicativa, de limite e de tarefa e histórico cultural. Na perspectiva de se analisar a dignidade humana na perspectiva de seus elementos, pode ser vista sob os ângulos da liberdade, da integridade psicofísica, da igualdade e da solidariedade. Várias definições levaram a inúmeras interpretações e dilemas morais, embora a palavra seja dotada de sentido moral como elemento de justificação no discurso ético contemporâneo.

A dignidade como autonomia envolve, em primeiro lugar a capacidade de autodeterminação, [...] integra a ideia de dignidade e ao denominado mínimo existencial, da dimensão material da dignidade, instrumental ao desempenho da autonomia (95, p. 21-22).

No discurso filosófico, a questão do valor da vida humana como um valor moral, ‘o valor sensível do impacto do mundo sobre o ser humano pela via do prazer e da dor’, em considerar e ser considerado. A abordagem ôntica do ser humano defendida por Cabrera (96) há um paradoxo em se falar do “valor da vida humana”, satisfatório do ponto de vista axiológico em termos de “valor supremo e básico”, ou pela capacidade de “auto-realização” e “consciência de si” mas indefinidos, tendo em vista a não contemplação das diferenças, o qual poderiam levar o ser humano à categoria *dasein*, não como pessoa.

Segundo Chauí (97) a orientação pragmática do pensamento ético-filosófico ainda está longe de ser submetida a critérios de verdade e falsidade, tendo em vista a crise, denominadas por alguns de ‘pós-modernidade’, entre o relativismo e o universalismo nas pretensões de liberdade de ser nas concepções de Kant, Hegel e Marx. O homem ‘diante do poder do Estado não possui qualquer direito ao poder e não possui qualquer força (moral) que lhe permita investir um outro no poder’. Nesse sentido a ética e a vida política tornam-se incompatíveis na medida em que ‘a moral do imperativo ético garante a liberdade e a responsabilidade éticas como valores universais, mas pagando o preço de não corresponder às exigências econômicas da prática’.

Na bioética, o imperativo ético na forma de imperialismo moral, e apontado por Taeldi (98) como um dos riscos de domínio de uma bioética internacional sobre as situações éticas particulares, o qual renega, na prática os valores culturais e culturais da razão moral, e que por meio de um discurso sofista, com pretensão universalista, busca inserir uma padronização



o qual “dissocia os princípios éticos dos direitos humanos e inverte seu grau de subordinação, convertendo a moralidade interpretativa e historicamente construída dos direitos humanos em legalismo rigorista dedutivo; sob o manto de um combate teórico contra o relativismo cultural, não respeita, na prática, o papel dos valores cultura e comunitários na razão moral”. É nesta concepção fundamentalista que se sustenta eticamente as ações de quarentena da atualidade.

O final do século vinte e passagem de milênio, a aplicação da medida de quarentena humana durante a epidemia de SARS, Síndrome Aguda Respiratória Severa, possibilitou o surgimento de novas questões sobre a ética nas ações de saúde, dada as ações de vigilância no Canadá e na Ásia.

Peter Singer (99) e outros pesquisadores apontaram o dilema entre a quarentena humana e a liberdade individual, tolhida em casos de estado de sítio. A supressão entre o princípio de proteção, cuidado, ante o princípio da autonomia, liberdade, em resposta à ação efetiva do Estado e os limites a indivíduos os quais são submetidos aos rigores da lei, que no caso das leis de quarentena se ignoram neste país desde o século XIX.

Como primeiro dilema ético apontou por Peter Singer foi a contraposição da aplicação de quarentena à liberdade do indivíduo, seguida de outras quatro: a proteção da privacidade de indivíduos infectados, a fragilidade dos funcionários de saúde entre o cuidado e o risco de infecção, as limitação da estrutura dos hospitais no atendimento de infectados e não infectados, e por último o intercâmbio de informações e ações nas divisas entre os países no caso de disseminação de doenças ao redor do globo (100).

Cultura, liberdade, respeito e diálogo são valores que aperfeiçoam a que os possui ou reforça para alcançá-los quer na vida social ou coletiva. E a liberdade não se dá sem o princípio da autonomia.

A autonomia sob a esfera do direito segundo Borges, gera deveres como o respeito à pessoa, à sua liberdade, à sua visão de mundo, à sua intimidade e à sua privacidade. Os direitos à privacidade e à intimidade protegem certos aspectos dos modos de ser da pessoa contra o direito alheio, mas estes direitos podem ser violados por motivos de segurança pública a pedido do Estado (100).

Childress et al. (101) analisaram a linha entre a promoção de saúde pública e os direitos individuais sob a ótica da ética em saúde pública apontando cinco pretensões que devem ser contempladas: a efetividade, a proporcionalidade a necessidade a última infração e a justificação pública. Sob a ótica da proteção pública é justificável ‘restringir a liberdade de

indivíduos para proteger a coletividade'. Um enfoque utilitarista ético por considerar os indivíduos dentro de uma concepção universalizada de autonomia e a promoção de saúde como igualitária a toda a população.

O uso constante de máscaras, demarcou a eminência da SARS, ao mesmo tempo que evidenciou o medo coletivo característico da hiperprevenção, mesmo em resposta a um vírus sazonal e de etiologia conhecida. Foi um período marcado pelo pânico retroalimentado pela mídia, por ser tratar de uma pandemia de grau 6 segundo os dados da OMS (102), o que levou vários países à compra maciça de medicamentos retrovirais específicos. Embora considerada como pandemia, a gripe teve dados inferiores aos esperados, arranhando a confiabilidade na OMS quanto à consistência dos dados apresentados em mídia (103). Abriram-se discursos sobre a questão ética e econômica, dada a fragilidade impactante nos países do Sul, além da eminência do controle das ações em saúde, os quais são seguidas segundo a OMS em resoluções e tratados internacionais de vigilância em saúde (104,105).

Singer desmonta o caráter asséptico da estrutura de saúde como um corpo único e ao mesmo tempo traz a questão humana na figura dos profissionais de saúde, vulneráveis ao garantir o direito do Estado e vitimados quando ao risco de acarretar o mal ao qual queiram proteger.

O enquadramento da medida de quarentena humana como medida de saúde pública, passa, antes pelo conceito contemporâneo do que vem a ser saúde pública. O público compreendido no âmbito da complexidade entre o ente e a coletividade.

A saúde está diretamente relacionada à continuidade da vida humana no planeta. Sua raiz etimológica do latim, significa “salvação”, “conservação da vida”. Uma compreensão além dos conceitos potterianos e biomédicos na atual concepção bioética.

Como um construto histórico (105), a relação saúde-doença perspassa civilizações ao longo da história, na relação entre grupos de indivíduos, a coletividade e o meio ambiente. Nas primeiras décadas do século XX, inseriu-se o discurso ético aos problemas da continuidade da vida, denominado ética da vida ou bioética.

O neologismo bioética tornou-se internacionalmente conhecido apenas em 1971 após uma publicação do cancerologista Van Rensselaer Potter, dada a ação do desequilíbrio ambiental na estrutura biológica do homem, podendo a longo prazo afetar a continuidade da vida.

Registros de condições abusivas a seres humanos em pesquisas de saúde, que se caracterizaram pela interferência direta a seres humanos para além dos muros nazistas,

resultaram no surgimento de uma bioética de princípios, ou bioética principialista, apresentada no Instituto Kennedy em 1977 por Tom L. Beauchamp e James F. Childress (106).

Tratou-se de levantar conflitos morais na prática biomédica na forma de uma ética aplicada como autonomia, consentimento informado, beneficência, justiça, de forma a enfrentar dilemas morais e chegar a conclusões e escolhas. Segundo os autores, os dilemas poderiam surgir de princípios e regras morais conflitantes, onde a única forma de cumprir o próprio dever é transgredindo um outro dever cujo objetivo final seria a resolução do conflito, os quais poderiam se caracterizar como dilema moral ou um dilema prático. Em todo caso, dada a desorientação ou incerteza moral, e a discrepância entre as razões morais, seria necessária uma justificação moral para se alcançar um equilíbrio reflexivo, os quais seriam aceitos ‘provisoriamente como pontos pacíficos’ os quais poderiam constituir uma obrigação *prima facie* em casos não conflitantes com outros princípios de importância equivalente maior ou menor (107).

A perspectiva hegemônica da bioética, conhecida mundialmente como bioética principialista, agregou valores éticos às ciências médicas, buscando em princípio nortear a aplicação dos princípios gerais da vida moral ao campo próprio da bioética (107) com base em quatro princípios, autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça representou o princípio ético do século vinte, mas seu caráter heterônomo não alcançou os valores morais em sua totalidade, abrindo margem para diferentes interpretações e adequações em outras realidades culturais, cujos valores morais a serem considerados são outros, ou seja, não poderiam ser restritos a uma moralidade comum. (108,109)

O foco valorativo da diversidade moral ocasionou a ressignificação dos princípios bioéticos em novos eventos discursivos e conseqüentemente em novas concepções do viria a ser a bioética a partir da década de 90 (109). As críticas referentes à universalização e ao princípio da autonomia os quais representaram a ideologia liberal, apontaram a bioética principialista como “bioética para privilegiados” (109), excludente para a realidade dos povos do Sul.

Diniz (110) apontou uma outras fragilidade ‘imperceptível’ da teoria principialista em sua intenção de delinear ‘um ser humano ideal, inserido em uma estrutura decisória também fantasiosa, em que o sujeito kantiano, cumpridor de seus deveres, era a referência simbólica preferida’. Concepção que escapava da situação real e muitas vezes não retratava o princípio ético requerido para a resolução do problema, nem mesmo poderia ser atribuído como uma

referência valorativa de bem-viver para a humanidade, aqui retratada como abstração, ainda que intencionalmente tornasse publicamente discutíveis problemas na moralidade biomédica.

Novas questões inseridas à pauta da bioética resinificaram o conceito a partir dos valores morais de diferentes partes do planeta, abrindo um leque discursivo em diferentes concepções para além do campo da saúde, como as que fundaram a bioética de intervenção proposta por Garrafa e Porto, cujos princípios, diferentes dos principialistas, agregaram outros valores como a proteção, prevenção, precaução e prudência, denominados 4 P's, e o termo vulnerabilidade no lugar de autonomia (111).

#### *6.4. Avaliando a quarentena humana em diferentes visões e concepções*

A determinação de uma doença vai além dos limites de uma história natural, tendo grande influência das determinações culturais, sociais e econômicas. De todo modo, diante de impasses diplomáticos entre a China e o México por conta da quarentena imposta a mexicanos à ocasião do surgimento da nova variante do vírus influenza H1N1, chamou a atenção para a necessidade de reflexão sobre os limites biopolíticos dos governos para com as respectivas sociedades e para com as sociedades estrangeiras, até mesmo como forma de contenção de abusos de poder. O autor, contudo, ressaltou que não fez uma análise aprofundada; antes apenas levantou a questão em seu ensaio.

Velasco-Hernández & Leite (112) descreveram sobre o surto epidêmico no México com o uso do padrão bimodal como parâmetro. Alterações qualitativas significativas neste padrão obtidos através da manipulação destes parâmetros gerado retardada epidemias único pico que aparecem muitas semanas após o final do período de isolamento, ou epidemias de dois pontiagudos, mas com muito maior atraso entre elas visto que ocorreu em regiões geograficamente distantes. o seu efeito sobre as epidemias locais foi provavelmente a mesma que a observada ao nível do país , como mostra nossa modelo . O modelo incorpora uma quantidade mínima de informações que podem reproduzir o padrão observado o uso de parâmetros conhecidos apenas e excluindo tratamento. O pesquisador apontou outros fatores que nosso modelo epidêmico atual negligencia, tais como o efeito de espaço e de infecções assintomáticas, bem como a insuficiência de informações para parametrizar um modelo bem elaborado.

Se o problema é a baixa imunidade, se o problema são as condições e a exploração do trabalho em si mesma e todo o estresse e carências daqui derivados, se o problema são os interesses do grande capital controlador da indústria de carne, rações, alimentos, medicamentos e artigos médico-hospitalares, porque eles nunca estão no foco, na linha de fogo, por que não são tratados como os *verdadeiros* vilões da peste suína e de tantas outras pestes? Essa é que é a questão-chave. A resposta a essa questão do ocultamento dos grandes (112, p. 40-47).

Levison (113) em seus estudos sobre a história da hanseníase em Porto Rico de 1898 a 1930, resgatou a compreensão concreta da patogenia da lepra sob o foco das ações em saúde em medidas de quarentena de seres humanos, dentro de uma história social mais ampla da saúde pública, da ciência e medicamento tais como os utilizadas no século XIX, como o isolamento involuntário indeterminado. Citou a falta de registros etnográficos que documentariam a vida dentro do leprosário, porque, quando os pacientes falar em sua própria voz, é possível ver a maneira em que a lepra havia atingido os pacientes em cativeiro, transformado o significado de suas identidades, pois os “registros mostram que existem indivíduos amputados de laços familiares e imbuídos de vergonha como exilados”.

O presente artigo usa fontes primárias, escritas em espanhol, para reconstruir a história social da lepra em Porto Rico a partir de 1898, quando os Estados Unidos anexaram a ilha a seu território. As políticas de saúde pública desenvolvidas em Porto Rico até a década de 1930 foram específicas, devido a uma combinação de fatores políticos, científicos e sociais. O país sofreu a influência das prioridades sanitárias dos Estados Unidos e desenvolveu suas políticas de controle da lepra sobre os vestígios do sistema de saúde da Espanha colonial. No início da ocupação norte americana, extrema segregação agrediu a liberdade e os direitos individuais dos pacientes, em nome da proteção à sociedade. (113, p. 225-6)

Carvalho (114) como base no risco da estigmatização do H1N5 na mídia, pesquisou os fatores sociais que legitimaram a o isolamento de hanseníacos na colônia Santa Izabel, Minas Gerais entre 1920 e 1960. Seus resultados e conclusões o desligar o isolamento como prática profilática envolveram diversos fatores: os de caráter econômico, dado o ônus de manter o doente isolado; o fator profissional pela indústria da lepra; e também fatores sociais, na ‘substituição da prática isolacionista por outra que mantivesse o portador de lepra no meio social’.

Para a comunidade médico-científica não fora fácil admitir que o isolamento não surtiria os resultados esperados e que, portanto, deveria ser abolido das ações de combate à enfermidade, para a sociedade, a questão tornara-se complexa. Temer o leproso passou a ser popular e o associava à imagem bíblica do indivíduo desfigurado pela doença e, transformar esse entendimento, tanto sobre a enfermidade, quanto sobre o enfermo mostrou-

se um desafio, em primeiro lugar assumido pelos agentes de saúde pública, particularmente os médicos envolvidos na luta contra a lepra (114).

As pesquisas genéticas não possuem ainda um consenso quanto à virulência e origem das cepas virais. Alguns países como o Japão anteciparam as pesquisas sobre a sazonalidade do influenza durante o período de entressafra epidêmica proveniente dos viajantes no aeroporto de Nagoya, Japão (115).

Dantas (116) pesquisou a genômica da gripe suína, pondo dúvida quanto à mutação viral, cujo genoma não é um mutante, mas um recombinante entre os vírus que atacam porcos, aves e humanos, denominado como uma espécie de “coquetel de cromossomo”. A manipulação gênica é um dos fatores do bioterrorismo, e isto reforça as ações militares portuárias, mas demonstram a fragilidade de alguns países diante de guerras biológicas.

Campos (117) escreve sobre a nova pandemia de influenza, e em termos probabilísticos a compara com o fenômeno da ‘tsunami’ ao qual exige das autoridades governamentais preparo para futuros casos. Em resgate histórico da cepa viral a partir dos primeiros registros epidemiológicos, cuja nova denominação vai de acordo com o local de origem do primeiro caso da doença.

Algumas intervenções sanitárias foram capazes de retardar a disseminação das duas pandemias anteriores, mas não conseguiram abortá-la; quarentena e restrição de viagens tiveram pouco efeito. No entanto, prevenir aglomerações de pessoas e fechar escolas são medidas potencialmente efetivas. O impacto da vacina sobre a pandemia, embora potencialmente grande, ainda está por ser demonstrado (117).

McVernon et al. (118) defende a importância dos sistemas de alerta como elemento balizador de ações sanitárias, na intenção de retardar o quadro epidêmico, e como o fechamento de escolas nas primeiras fases de surtos epidêmicos, como a experiência vivenciada em Melbourne, Austrália, embora aponte que tais medidas não são eficazes na eliminação da epidemia.

Como um vírus de RNA, é passível de mutações rápidas e pode representar um perigo eminente na transferência entre humanos, aumentando o risco de pandemias que podem desencadear consequências sociais como as medidas de quarentena.

As consequências sociais incluem quarentena voluntária ou forçada; fechamento de escolas e fronteiras; discriminação e cancelamento de viagens. Podemos usar como exemplo o surto recente da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARG). Durante o período 2002-2003, ela provocou despesas da ordem de US\$ 50 bilhões, além de todas as consequências listadas acima, que ocorreram mesmo em locais onde não houve notificação de qualquer caso da síndrome. (129)

Rabelo et al.(119) partindo do estudo do cólera no Brasil no final do século XIX ao início do século XX, trouxe questões contemporâneas acerca das ações em saúde. A pesquisa foi visionária no sentido de trazer a dinâmica das ações portuárias sob o foco do tratamento desumano atribuído a passageiros conforme seu nível sócio econômico.

Seguindo as regulamentações internacionais, a ação acrescentou outro item aos propósitos de proteção, é justificada pela emigração de europeus e para as Américas, em função do capital.

Cerca de 31 milhões de europeus imigraram para as Américas. A substituição das embarcações a vela pelos navios a vapor, a instalação de cabos telegráficos e de ferro vias propiciaram meios de comunicação e de transporte mais rápidos e baratos (119).

Pessoas que chegavam ao lazareto, sintomáticas ou não eram isoladas por terem estado no “meio infeccionado” e expostas ao contágio da moléstia tinham sido expostos ao contágio da moléstia. Neste caso o porto era isolado e as ações de proteção intensificada através da polícia sanitária.

A polícia sanitária marítima brasileira do final do século XIX baseava-se no isolamento – chamado de “sequestro” ou quarente na de navios e passageiros – na desinfecção e nas visitas sanitárias. No porto, havia equipes médicas encarregadas de realizar as visitas sanitárias aos navios. Uma parte delas ficava responsável pelas visitas internas aos navios que já se achavam fundeados. A outra inspecionava todos os navios que chegavam de portos estrangeiros. Essas visitas tinham por fim verificar o estado de saúde a bordo e impor as quarentenas (119).

Atualmente o cólera ainda faz do quadro de doenças infecciosas, incorporado as doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional (cólera, peste e febre amarela) e as que são objeto de vigilância da OMS, de importância epidemiológica no país (poliomielite e malária) (120). No tocando ao combate à cólera, o Ministro da Saúde, alardeou, em 1992, que seriam cadastrados inicialmente como “doentes” todos os que apresentassem sintomas das doenças em locais onde o vibrião colérico tivesse sido já detectado. Até então, exigia-se comprovação laboratorial. Segundo as autoridades, nesta nova maneira de apuração, todos os casos de diarreia seriam tratados como se fossem de cólera e aumentar-se-iam as chances de evitar o avanço da doença.

Na fragilidade da vida, ao cuidado que supera a pura perspectiva da justiça e dos direitos (121). As barreiras portuárias podem implicar em invisíveis barreiras comerciais, ativadas pelo simples risco epidêmico o que de fato pode acarretar profundos problemas de

ordem econômica a países inteiros. O risco eminente é um risco futuro e fatalmente inverte o sentido da proteção ao sentido das respostas exageradas e até ofensivas ou alardeadas (121).

E nesta dicotomia, desigual, em que o mundo sustenta uma ilha em termos de proporção geográfica, em que o indivíduo sustenta o coletivo abre-se o conflito ou do *patrimonium minimum* o qual despertou alguns pesquisadores aos limites da coisificação, da mercantilização humana (122).

Entre a continuidade da vida e a eminência da morte situam-se as relações humanas e a ética, uma triangulação entre poder, direito e verdade e dominação, controle, exclusão e opressão, enquanto diferentes cenários e culturas (123,124). No caso da influenza pandêmica (H1N1) a decisão tomada pelas autoridades sanitárias brasileiras foi priorizar nas suspeitas ou confirmações diagnósticas da doença, as pessoas que tivessem maior possibilidade de complicações, risco ou morte, mas que caberia cautela ao se usar o critério com o único e exclusivo utilizado para priorizar pessoas teriam uma baixa probabilidade de vida, que certamente poderiam falecer ou para quem o recurso não seja eficaz (124).

De fato, tais características são verificadas em registros que apontam ações sanitárias, muitas vezes exacerbadas, no intuito de controlar doenças o que muitas vezes se assemelha a alarmismos ou condições sitiantes em estado de guerra, dada as situações administrativas de urgência (125,126,127,128,129).

A atuação do Estado na retenção arbitrária e compulsória de grupos de pessoas em situações não confirmadas baseia-se no princípio de que, em casos de suspeita de epidemia, a investigação seguida da remoção do agente suspeito é o suficiente para a eliminação da doença (130,131). No entanto, nota-se que medidas emergenciais em seu papel como defensor da sociedade é substituído por tomada de decisões coletivas que estão acima da lei, em meio ao alarmismo da Organização Mundial de Saúde, OMS (132), sem levantar todas as evidências possíveis na tarefa de incriminar “culpados”, sejam agentes, pessoas, fatores ou circunstâncias, e refazer a seqüência de acontecimentos que levou à epidemia.

Um dos motivos do surgimento da Bioética para além dos problemas de ordem moral, biotecnológica ou religiosa, foi ‘a intervenção dos poderes legislativos e, inclusive dos poderes executivos em questões que envolvem a proteção à vida ou os direitos dos cidadãos sobre sua saúde, reprodução e morte’ (133).

A literatura médica vem tratado a quarentena humana como a restrição, imposta ou não, a pessoas que pressupostamente têm sido expostas a doenças contagiosas mas não estão doentes, que em termos de éticos fere o princípio da dignidade humana.



A dignidade humana dispõe sobre o direito dos homens, presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, de caráter inalienável alicerçada na liberdade, justiça e paz. A dignidade possui uma conexão singular com a saúde humana, o que lhe confere especial importância para a bioética (134).

A introdução de novos conflitos de interesses coletivos, como o visto nas medidas de quarentena, foge dos preceitos de proteção individual por ter contornos menos precisos do ponto de vista legal ou normativo, por estar associada a valores e interesses na teia do estado.

O direito humano à saúde como bem ético comum, não pode se opor aos interesses da coletividade.

Assim, caso a comunidade política decida restringir o direito humano à saúde, obviamente sem anular o bem que consiste em seu âmago, não o fará em prol do coletivo e em detrimento do individual, visto que o cerne do direito individual é um bem comum (134).

No contexto bioético, o dilema permanece, devido ao seu caráter descritivo e não uma ética material dos valores. A autonomia humana é um dos campos que desencadearam os estudos no campo da bioética, que representa a mais recente fronteira em que o discurso de potenciais questões, visíveis ou não, apontem risco à ética da vida (135). Com fundamentação na dignidade humana um ‘a priori ético comum’ de uma dignidade não outorgada, que se refere a sujeitos concretos, enquanto ser em sua essência, único e insubstituível, que tem valor por si, isto é, goza de dignidade.

Para D’Agostinho (136), a bioética possui limites no aspecto jurídico devido a sua caracterização filosófica e, portanto, aberta, que não pode ser objetivada. A bioética encontra sua força entre o dogmatismo da certeza e o ceticismo das incertezas, ajudando a reacender novas e renovadas perspectivas.

Devemos abandonar a perspectiva da modernidade (considerada no sentido mais lato do termo), a perspectiva que reconhece a identidade como o lugar profundo e solitário em que se hospeda o *eu* como o lugar da consciência, do *oráculo* do qual emanam as palavras do bem e do mal [...] identificando na subjetividade individual o limite intransponível da ética em um [...] eu não auto-referencial, e sim relacional como condição de possibilidade, na totalidade dos “tu”, sincrônicos e diacrônicos, que se manifestam nas malhas do viver biológico, histórico e pessoal. (136)

A quarentena humana, na forma dos direitos civis assegurados pelo Estado, fecha em seus limites a abertura de novos discursos, alguns provenientes da própria concepção de doença e sua complexa relação entre fatores bióticos e abióticos sentidas pelo indivíduo sob diferentes contextos sociais e culturais. E neste caso, carece a reflexão bioética no repensar a

quarentena humana além da doença, sob uma outra ótica que agregue outros elementos discursivos para além da visão determinista e acrítica da proteção da coletividade.

### *6.5. Por que discutir a quarentena humana na perspectiva hermenêutica*

A questão da quarentena buscará seu discurso na perspectiva de uma hermenêutica crítica que explique seus pressupostos referenciais simbólicos numa reflexão aprofundada, como a compreensão do biopoder nas ações de saúde pública.

O conceito de biopoder de Foucault traz uma nova perspectiva de compreensão da complexa interação do controle disciplinar, dos ‘corpos dóceis’ e ‘úteis’, permite a visualização de uma coletividade de controle, de força e poder de decisão. O biopoder se instrumentaliza e se personifica com a ritualidade do poder disciplinar aplicada pelas práticas de gestão de governo ou governabilidade e seus dispositivos de segurança, como no caso da estatística da doença em epidemiologia. Nota-se que a referência cabe ao uso de uma ferramenta na perspectiva de poder ao qual é aplicada desde o advento da epidemia de cólera em Londres. Nesta sutileza de domínio dos corpos, do poder disciplinar é que situa a fundamentação da teia do Estado a administração dos corpos pela gestão calculista da vida, da disciplina ascética dentre instituições de ordenamento como escolas, prisões, manicômios, para uma regulação sanitaria que atinge a sociedade inteira pelo controle da população (137).

Esta miscelânea de inter-relações em que o ponto central é o homem, busca a compreensão de mundo e do porquê das coisas. A passagem da filosofia das consciências centrada na autonomia à filosofia da linguagem centralizada na relação exige a superação de uma compreensão puramente representativa da linguagem, no poder do discurso. Um discurso que delimita a liberdade como autoconstrução diante de algo que é absoluto.

O homem descobre o sentido das coisas porque ele se cria um sentido humano para as coisas. Portanto, um homem com sentidos desenvolvidos possui um sentido também para tudo quanto é humano, ao passo que um homem com sentidos não desenvolvidos é fechado diante do mundo e o percebe não universal e totalmente com sensibilidade e intensidade, mas de modo unilateral e superficial, apenas do ponto de vista do seu “próprio mundo”, que é uma fatia unilateral e fetichizada da realidade (137, p. 120).

A pessoa humana pode ser interpretada fenomenologicamente como espiritualidade (liberdade), reciprocidade (responsabilidade) e singularidade (historicidade), características

que determinam o significado da dignidade da pessoa humana e fundamentam sua exigência ética. A experiência e a prática possibilitam ao homem superar uma realidade a partir de uma realidade particular e visão de mundo para além da percepção.

O sagrado aponta um ‘além’ ou um “trans” em relação aos níveis de realidade e de percepção, mas um além ligado a eles. Portanto é transcendente e imanente, permitindo o movimento ascendente e descendente entre os níveis de realidade (informação) e recepção (consciência). Assim sendo, esse encontro com o sagrado na transrealidade e na transpercepção é a condição de nossa liberdade e nossa responsabilidade, pois enriquece a informação sobre o objeto e a consciência do sujeito. Ele é, também a origem última de nossos valores, pois fundamenta uma atitude de aptidão para manter uma postura ou a capacidade individual e social de sustentar uma orientação constante independente da complexidade de uma situação e dos acasos da vida (138, p. 3).

A busca de sentido libertário atravessa a fronteira da necessidade, do agir humano. A limitação discursiva para além da aplicação dos princípios deontológicos na casuística não se diferencia significativamente do paradoxo da própria filosofia, que é levada a argumentar, de forma dialética, categorias não – paradialética: a pensar o eterno a partir do contingente; o ser a partir do ente; o impensável a partir das meras e débeis forças da pensabilidade.

A nossa época tem indubitavelmente responsabilidades específicas que devem ser inseridas numa problemática de mais amplo espectro. O ponto crucial é que existe um insolúvel paradoxo intrínseco à própria medicina, uma contradição constitutiva [...] o desejo de remover um ser contingente como é o homem da lógica intrínseca da contingência (139).

O sentimento aglomera informações sobre a realidade e ao mesmo tempo descortina o caráter absoluto de cada um. A liberdade é antes subjetiva, dependente da visão de mundo, dos objetos, acontecimentos e valores. O extrapolar da visão entre pares, ou grupos, se materializam em uma ideia coletiva que pode desencadear uma ação ou reflexão de um acontecimento. Cada objeto percebido, observado ou elaborado pelo homem é parte de um todo, e precisamente este todo não percebido explicitamente é a luz que ilumina e revela o objeto singular, observado em sua singularidade e no seu significado (140,141).

Construiu-se na atualidade sentidos pétreos para justificativas em saúde. Possivelmente a banalização da proteção, a fragilidade do ser ou o risco de morte. O *welfare state* é muito mais amplo a uma saúde da população, à saúde planetária que nesta esfera hierarquizada, classificatória, imputa a quem se deve proteger, a quem é representativo em termos sociais, tecnológicos, seja por cor, credo ou grau de desenvolvimento econômico e tecnológico (142). A saúde é uma moeda de troca, como a saúde dos fatores abióticos, como a

atmosfera segundo o percentual de taxa de carbono emitida pelos quintais do desenvolvimento em sua economia limpa. A saúde como pretexto de fugas, de justificativas a não prisão de corruptos que fatalmente ‘adoecem’ mediante a retirada das máscaras e das capas do mal social que causara. A saúde que justifica transações econômicas, quer seja de medicamentos, testes ou mercado humano. Por fim, a saúde que justifica a submissão de pessoas como carta na situação de exceção, no uso militar ostensivo, de forte militarização, como presenciado na gripe suína e na rígida proteção das fronteiras estadunidenses, com gastos econômicos justificados.

Estas outras interpretações das ações em nome da saúde, embora não tenham munição casuística, podem ser tratadas em seu aspecto hermenêutico, por se tratar de uma outra perspectiva de visão a uma mesma situação, o que pode ser justificada pela bioética hermenêutica de Junges. A bioética hermenêutica trata-se de uma reflexão que passa pelas disciplinas e vai além, ponde questões e formulando perguntas que transcendem a ciência e a cultura. Ela parte do fato que existem diferentes níveis de realidade e, correspondentemente, diversos níveis de percepção, mostrando que tanto o objeto como o sujeito são transdisciplinares.

Para construir uma bioética hermenêutica e crítica, não basta o procedimento da inter e multidisciplinaridade; exige-se a visão de transdisciplinaridade, de uma reflexão que passa pelas disciplinas e vai além, pondo questões e formulando perguntas que transcendem a ciência e a cultura (142).

Na discussão sobre o realismo e o não realismo as definições e tornam precisas, os conceitos são reformados, e algumas palavras são substituídas por outras, mas toda esta atividade se desenvolve na base de um pressuposto tático e não investigado. Toda concepção de realismo ou do não-realismo é baseada sobre uma consciente ou inconsciente concepção da realidade, cabendo-nos aqui considerá-la, no contexto discursivo bakhtiniano, em que toda “a palavra que entra para a enunciação é uma unidade cultural do discurso-língua vivo, dinâmico e como tal, é dotada de tudo que é próprio para a cultura, sobretudo para as significações cognitivas, éticas e estéticas” (143).

Kosic (144) retrata que a intervenção de uma realidade criada a partir de uma estrutura social, como a estrutura econômica, pode representar um obstáculo à totalidade concreta, degenerando-a em uma totalidade abstrata.

O materialismo dialético é uma filosofia radical porque não se detém nos produtos humanos como numa verdade de última instância, mas penetra até as raízes da realidade

social, isto é, até o homem como sujeito objetivo, ao homem como ser que cria a realidade social.

À consciência ingênua a filosofia aparece como mundo subvertido [...] a filosofia subverte “efetivamente” o seu mundo. Com efeito, a pesquisa filosófica sacode a certeza do mundo comum e da realidade fetichizada de todos os dias ao indagar sobre a sua legitimidade e “racionalidade” (144).

O risco que situações antinômicas entre princípios pode acarretar uma perda de limites e portanto seu valor universal, como por exemplo a antinomia entre respeitar a liberdade e o interesse pelo próprio bem.

O respeito pela liberdade pode colidir com o interesse pelo próprio bem. A esfera do princípio da autonomia, em sua aplicação é deontológica, quer dizer, funda direito e obrigações prescindindo das obrigações do agir. A esfera do princípio da beneficência, em sua aplicação, teleológica, funda os direitos e deveres nas consequências das ações. Os dois princípios, se não integrados, conduzem a esferas contrastantes (145).

Bernard (146) em suas pesquisas sobre filosofia e bioética, delimita algumas categorias dentre os filósofos que são indiferentes à dinâmica dos acontecimentos fora da filosofia, a categoria dos captadores e a categoria dos renovadores, que aliam os conhecimentos biológicos aos estudos mais tradicionais dos filósofos. Nestes contextos, são postas as ideias de determinismo, ou indeterminismo, a ideia de liberdade ante ao conhecimento do mundo.

Neste espaço entre as duas realidades, objeto da inter-relação ética, constroem-se fronteiras que impõe reflexões éticas acerca dos problemas da saúde direcionadas às éticas primordiais humanistas referentes à dignidade humana.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como medida de proteção, a quarentena humana não tem eficácia cientificamente comprovada, embora revista-se como uma atitude de proteção e regeneração a esse indivíduo infectado. E este fator regenerativo é o que vem sendo socialmente aceito nos últimos séculos transmitindo no meio popular a ideia de proteção e segurança (147). Tratam-se de ações ostensivas que uma vez desencadeadas no período de espaço de duração das doenças, remete pessoas ao estado de extrema vulnerabilidade, cujo direito é reduzido à vida nua (148). Nesse sentido, mediante a interdição e a restrição temporária de liberdade, abarca todas as suas consequências, obliteradas no discurso oficial, como a sumária supressão da autonomia do indivíduo.

Na prática, a quarentena é um prisão como outra qualquer na qual o indivíduo é declarado “moralmente responsável” em ter sido acometido por determinada doença, especialmente se essa doença provém de regiões inóspitas e subdesenvolvidas. Imputa-se culpa ao indivíduo e se esquece que a determinação de uma doença vai além dos limites de uma história natural, tendo grande influência das determinações culturais, sociais e econômicas. As medidas de quarentena situam-se nas fronteiras entre a saúde e outros poderes do estado, às quais podem gerar rupturas e consequências criminosas dessa violação, como a ruptura da fronteira política, que gerou problemas como o ‘biodespotismo’ , analisados durante os processos de Nuremberg.

A garantia constitucional da saúde é um termo complexo do ponto de vista de aplicação, promoção e efetivação, que implica mais do que o saber clínico. No conceito da OMS a saúde está assentada em uma concepção de paz perpétua ante o ranço pós-moderno. Para Peter Singer a supressão entre o princípio de proteção, cuidado, ante o princípio da autonomia, liberdade, em resposta à ação efetiva do Estado e os limites a indivíduos os quais são submetidos aos rigores da lei, que no caso das leis de quarentena se ignoram neste país desde o século XIX.

Entre as intenções, a imposição legal e a real tensão indivíduo e coletividade agregam outros princípios e valores como a vulnerabilidade, a solidariedade entre pessoas com risco de serem submetidas à quarentena como modo de proteção à possibilidades advindas das razões de Estado, ou do acordo internacional entre Estados.

Neste princípio de proteção da coletividade, a restrição de movimentação de pessoas sob a suspeita de estarem acometidas por uma doença contagiosa reveste-se como uma atitude

de proteção e regeneração a esse indivíduo e este fator regenerativo é o que vem sendo socialmente aceito nos últimos séculos.

Para Kottow (149) a orientação pragmática do pensamento ético-filosófico não seria senão uma contribuição racional à solução de problemas concretos com a qual a tecnociência e suas complexas práticas enfrentam e ultrapassam a moral comum. Cantú (150) reafirma o discurso bioético de Kottow, defendendo que a simples transferência dos princípios médicos como uma base na epistemologia do discurso ética ainda está longe de ser submetida a critérios de verdade e falsidade, visto que não há postulados éticos absolutos diante da incerteza de falácias. Garrafa (151) defendeu a ampliação do paradigma bioética relacionada aos problemas sanitários e morais vivenciados no hemisfério sul, ressignificando o resgate do exercício humanístico da ética.

A quarentena humana, nasceu das discrepâncias da vida em coletividade caso alguns destes elementos apresentem diferenças no padrão de saúde. As causas das doenças são inúmeras e seus efeitos variam de organismo a organismo segundo sua estrutura imunológica. Neste caso, a doença mata pessoas caso estas não apresentem resistência aos fatores que a ocasionam. E esta possivelmente pode ser uma das causas que aterrorizam pessoas no caso de novos surtos epidêmicos, a improbabilidade do novo.

Fora dos muros regulamentares a quarentena humana não tem suas bases na proteção, e sim na segregação, alicerçadas principalmente nos pilares dos controles econômico e social. Quando observada pela perspectiva do excluído, adquire outros contornos por externar valores reais que mensuram até que ponto uma pessoa, ou grupos de pessoas, é digna de ser considerada, de não perder seus direitos, de ter dignidade humana e não ser “coisificada” no mal que acarreta, agravada pelo “racismo” ou discriminação.

Outro ponto a ser considerado é o fato das medidas serem “legais”, ou seja, provenientes das leis de países dominantes, cuja estrutura de saúde está mais estabilizada. Estas leis nascidas da realidade destes países que buscam padronizar um padrão de vigilância sanitária global, muitas vezes não inclui, e ainda por vez até reforçam a discriminação aos países subdesenvolvidos, grassados pela exclusão ambiental e problemas primários de saneamento. A “sujeira”, fonte de micróbios, pode constituir por si só uma forte justificativa para criar barreiras, bloqueando internacionalmente países, ou mesmo justificando as ‘intervenções internacionais’ no interior de nações. Por exemplo, no cumprimento do regulamento internacional de vigilância para viajantes, o sistema de saúde mexicano, no controle portuário das fronteiras do Texas na emigração para os Estados Unidos, depende

gastos gigantescos no controle e vacinação de viajantes, ao passo que o país grassa em doenças ocasionadas pelo baixo saneamento e qualidade de vida.

Na América Latina há o crescente e irresoluto problema da injustiça sanitária e ambiental que atinge de forma impactante a fragilidade da vida, ao cuidado que supera a pura perspectiva da justiça e dos direitos. As barreiras portuárias podem implicar em invisíveis barreiras comerciais, ativadas pelo simples risco epidêmico o que de fato pode acarretar profundos problemas de ordem econômica a países inteiros. O risco eminente é um risco futuro e fatalmente inverte o sentido da proteção ao sentido das respostas exageradas e até ofensivas ou alardeadas. Segundo Garrafa (152) poder gera injustiça de responsabilidade social de direito à saúde e (153) admite que a saúde é um luta socialista e politizante, ao qual todos os integrantes tem que defender os direitos ao pluralismo cultural.

A reflexão sobre a temática neste sentido deve contemplar o ‘repensar’ as medidas de quarentena humana aos olhos do sul, na ótica descolonizada, não hierarquizada, sensível às lógicas coloniais de hierarquização das vidas pelas relações de poder (154), de forma dialógica, não oponente, respeitando nossa identidade e forma de ver e conceber tais medidas em sua complexidade.

As questões de verdade que envolvem a quarentena em seu teor epistemológico consistem em princípio que pode sempre transcender não apenas as nossas melhores fontes de atual evidência ou garantia epistêmica, mas, também a nossa habilidade de formar qualquer proposição que se qualifique como suscetível de verdade em um sentido pertinente de acordo com o nosso melhor conhecimento presente ou os nossos melhores meios de verificação presentes (155).

O medo eminente da doença mistura-se com o medo da finitude humana, o que aumenta o grau de angústia e desesperante do desconhecido. A literatura ilustra bem as reações humanas no advento de pestilências e epidemias, demonstrando um mal-estar coletivo, o apego às superstições dentre outras reações que desestabilizam a teia social.

O livro *Contágio*, Martins et al. (156) cita a manifestação da Peste em Londres no século XVII, projetando o impacto da doença na vida cotidiana dos cidadãos, que diante da inevitável finitude da vida, desfazem-se de sua etiqueta e rotina social, na tentativa de soluções vãs e até absurdas, como expiação de ‘pecados em praça pública’ e até o retorno a rituais e magias. Por outro lado, mostra a mercantilização do caos explorada por pequenos comerciantes, xamãs e outros indivíduos periféricos à rotina da cidade. Todo um cenário de horror agravado pela ignorância popular acerca do processo saúde-doença.



Albert Camus no clássico *A Peste* (1948), deleita-se no teatro da vida, no elemento surpresa com que uma comunidade de uma cidadezinha chamada Oran é atingida inicialmente por uma peste, o qual ganha aos poucos proporções alarmantes, gerando um pavor crescente e coletivo que é narrado por um dos personagens da trama. Nesta obra, a fragilidade é evidenciada até mesmo pelas autoridades de saúde, incapazes de conter o surto e o ‘cheiro de morte’ que tomava conta da cidade. A fragilidade, delineada em quatro etapas: a indiferença inicial marcada pela discriminação de doentes e não doentes; a segunda etapa ilustrou as tentativas empíricas de explicar o inexplicável, pois a doença era diferente de todas as doenças previamente estudadas; a entrega ou deriva, visto a incapacidade de proteção do mal; e por último a acomodação e solidariedade entre as pessoas infectadas pela doença. A doença que surgiu como uma onda mortífera, desapareceu misteriosamente sem nenhuma interferência humana .

No livro *o Ensaio sobre a Cegueira*, um clássico da literatura, José Saramago (1988) descreve uma cegueira repentina que aos poucos contamina toda uma cidade, cuja transmissão não tem uma causa específica ou modo de transmissão. O autor explora a estigmatização entre não infectados e infectados, ao quais são postos em quarentena, isolados do grupo. A obra explora a densidade do sentimento humano diante da certeza da finitude em todo o processo do contágio que atingiu toda a população, sem exceções. A assincronia entre sãos e doentes, atingiu a estabilidade ao igualar todos como doentes. A partir do instante em que todos são igualmente infectados e cegos, e conseqüentemente frágeis, sentimentos de solidariedade surgem, e todos passam a ajudar uns aos outros dentro de um contexto de igualdade e ordem social. A epidemia que misteriosamente surgiu, desaparece aos poucos, causando profundas transformações nas pessoas ao recuperarem a saúde.

A idiossincrasia da doença em detrimento da eminente morte, mais necessariamente no intervalo entre o contágio e a manifestação do mal, há o expurgo, o retorno à fragilidade da infância, o retorno às formas primordiais de necessidade de cuidado e o levante do absurdo, do debater-se à procura de curas milagrosas, do uso de magias e rituais mirabolantes frutos da emoção que abre espaço à redução da razão, mediante ao abismo do desespero.

Alguns filmes hollywoodianos, reforçaram o discurso imaginário e sobrenatural à causa de doenças, eximindo o outro aspecto, atribuído ao descuido da população européia quando aos aspectos de higiene e degradação ambiental, às constantes guerras, os quais não combinam com a visão ‘romântica’ e ‘desenvolvida’ do europeu na atualidade. Uma falácia perigosa que nutre o sobrenatural e a ausência de responsabilidade sistêmica na origem e

causa de doenças. As teorias do absurdo são em parte aceitas pelo desconhecimento sobre o processo de saúde-doença, ainda não totalmente elucidado na atualidade.

A crueza das ações humanas diante do estranho, da doença e da eminência da morte afloram a incerteza e a deriva mediante respostas inesperadas, mesmo diante da sociedade da informação pelo surgimento da internet.

E neste caso a provocação pode ser entendida como uma forma de esclarecimento mútuo dos conceitos fora de sua centralidade na intenção de organizar seu sentido estético (159). O intuito, na concepção crítica de linguagem, resgatada no campo bioético, assume-se como dialogicamente com a significância do objeto, no caso a compreensão do sentido do uso quarentena nos dias atuais. A intenção também traz o palco de outras visões historicamente ocultadas pelos holofotes utilitaristas, na preservação da vida considerada útil. Neste quesito, cabe resgatar as conexões da linguagem, o conceito hermenêutica que, adquire a pretensão de compreensão, mal-entendido, interpretação, histórico, temporalidade, aproximação do objeto (160), tendo em vista que ‘tornar o mundo significativo é uma empresa epistemológico-ético-estética, na medida em que não nos apropriamos do mundo senão quando podemos saber o que é o não é o caso, quando podemos (inter)agir (com ) sobre ele.

Entre a autonomia individual e a vulnerabilidade coletiva, as vertentes norte-sul descortinam o foco entre o coletivo e individual tendo como referencial o indivíduo. Mas não como focalizador de uma racionalidade coroada pelos países do Norte, e sim como um sujeito que ‘sente’, que está em conexão com o mundo que o cerca.

Ressaltar os limites do alcance do discurso bioético diante da globalidade dos problemas morais, dualiza a caracterização bioética entre um campo de diversidade e pluralidade de objetos e de unidade e universalidade destes, marcando um conflito propriamente teórico, que se soma à conflituosidade das práticas aos quais ela é aplicada.

## 8. REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec;2002.
2. Seletti JC, Garrafa V. As raízes cristãs da autonomia. Rio de Janeiro: Vozes, 2005; 117p.
3. Wynia MK. Ethics and public health emergencies: restrictions on liberty. *The American Journal of Bioethics*. 2007; 7 (2):1-5.
4. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília: Sociedade Brasileira de Bioética, 2005; 14 p.
5. Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France. 22. Ed. São Paulo: Loyola, 2012; p. 41.
6. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.
7. Bueno FS. Dicionário de Língua Portuguesa. FENAME, 1983. 1263p.
8. Leite EMD. Dicionário Digital de termos médicos 2007. Disponível em: [http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed\\_000113968](http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_000113968).
9. Kilwen JH. Some historical comments on quarantine: part one. 1995, (20):185-187.
10. Centron M, Landwirth J. Public health and ethical considerations in planning for quarantine. *Yale Journal of Biology and Medicine*: 2005 (78): 325-330.
11. Burns EM, Lerner RE, Meacham S. História da Civilização Ocidental: do homem das cavernas às naves espaciais. Rio de Janeiro: Globo, 1989.
12. Foucault M. História da Sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2009. 246p.
13. Gensini F, Yacoub MH, Conti AA. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *Jornal of Infection* (2004), 49, 257-261.
14. Ries NM. Public Health Law and Ethics: Lessons form SARS and quarantine. *Health Law Review*, 2005: 13 (1):1-6.
15. Sehdev OS. The origin of quarantine. *Arcanum*. 2002; 35: 1071-72.
16. Kilwen JH. Some historical comments on quarantine: part two. 1995, (20): 249-252.
17. Farrel J. A assustadora história das Pestes e Epidemias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
18. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro:Edições Graal, 1979. 256 p.

19. E Ersoy N, Gungor Y, Akpinar A. International Sanitary Conferences from the Ottoman perspective. *Higiea Internacjonalis*: 2011,10(1): 53-79.
20. Maglen K. The first line of Defense. *British Quarantine and the Port Sanitary Authorities in the Nineteenth Century. Social History of Medicine*. 2002, 15 (3):413-428.
21. Chiffolleau S. Les pèlerins de La Mecque, les germs et la communauté internationale. *Médecine/Sciences*. 2011; 27:1121-6.
22. Foster MM. Quarantine at Grosse Île. *Canadian Family Physician*. 1995; 41: 841-848.
23. Santos MS. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). *Manguinhos: História, Ciências e Saúde*. 2007,14(04): 1173-1196.
24. Rebelo F. O porto e a imigração como problemas de saúde pública: o caso do Vapor Carlo R. (1893). *XIV Encontro Regional da ANPUH-Rio- Memória e Patrimônio*. Unirio: 2010
25. Rabelo F. Pesadelo Além-mar. *História das Ciências em Saúde*. 2013; 22: 1-6.
26. Foucault M. Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008. 474 p.
27. Ribeiro MBD. Ética e Epidemiologia. *Revista Bioética* 1993: 2(1). Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/438/320](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/438/320).
28. Berlinguer G. *Bioética Cotidiana*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2004, p. 217.
29. Francisconi CF. AIDS e Bioética. *Anais do Congresso Tendências e Perspectivas da Epidemia no Rio Grande do Sul. IV Módulo: Ética, Direitos Humanos e Avaliação*. Porto Alegre: UFRGS. 28 de junho de 1997.
30. Bernard J. *A bioética*. São Paulo: Editora Ática; p. 23.
31. Maia, A. Do biopoder à governabilidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. *Currículo sem fronteiras: PUC-Rio*, 2011, 11 (1): 57-71. Disponível em: [www.curriculosemfronteiras.org](http://www.curriculosemfronteiras.org).
32. Ferry, L . *O que é o Ser humano?: sobre os princípios fundamentais da filosofia da biologia*. Petrópolis: Vozes, 2011; 228p.
33. Junges JR. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1999. 322p.
34. Oliveira AAS. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. *Revista Bioética*. 2007, 15(2):170-85.
35. Bello E. ‘Bio-poder’ e ‘Sociedade de Controle: duas contribuições de Michel Foucault para a análise social e política dos direitos humanos.’ Disponível em: <http://www.mundojuridico.adv.br>.

36. Organização Mundial de Saúde. MS Assembleia Mundial de Higiene e Saúde: Leis Epidemiológicas- Artigos 21/22. 1946-1948.
37. WHO. WHO SARS: Risk Assessment and Preparedness Framework October 2004. Disponível em: [www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_CDS\\_CSR\\_ARO\\_2004\\_2](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_ARO_2004_2).
38. WHO. Vaccine-preventable diseases and vaccine. In: International Travel and Health 2012. Disponível em: [http://www.who.int/ith/chapters/ith2012en\\_chap6.pdf](http://www.who.int/ith/chapters/ith2012en_chap6.pdf).
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 132p.
40. Abreu JLN. Nos domínios do corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. 220p.
41. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999; p. 302 .
42. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999; p. 304.
43. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo. Centro universitários São Camilo; Loyola, 2010.568 p.
44. Almeida Filho N. O que é saúde? Rio de Janeiro; 2011. 160p.
45. Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli, ELCP. Bioética e Saúde Pública. São Paulo: Ed. Loyola. 2009; p.49-62.
46. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 296 p.
47. Maffesoli M. Dinâmica da violência. São Paulo: Vértice, 1987. 296 p.
48. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. 382 p.
49. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999; p.286.
50. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e Saúde Pública. São Paulo: Ed. Loyola. 2009.
51. Barbera JMA, Gostin L, Inglesby T, O'Toole T, DeAtley C, Tonat K, Layton M. Large-scale quarantine following biological terrorism in the United States- Scientific Examination, logistic and legal limits, and possible consequences. JAMA. 2001.286(21):2711-17.
52. Foucault M. Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008; p. 259.

53. Kass NE. Um quadro de ética para a Saúde Pública. *American Journal of Public Health*. 2001, v. 91(11): 1776-1795. Internet: [who.int/don/2003\\_04\\_16.3](http://who.int/don/2003_04_16.3)
54. Ujvari SC. *A história e suas epidemias- a convivência do homem com os microorganismos*. Rio de Janeiro: Editora Senac. 2003; 328p.
55. Almeida Filho N, Barreto ML, Rouquayrol MZ. *A Epidemiologia como Ciência*. In: Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos e métodos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
56. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília: Sociedade Brasileira de Bioética, 2005. 11 p.
57. Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004; 252 p.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Anvisa. RDC 87/07. 2007. Internet: <http://portal.anvisa.gov.br//Anvisa/Inicio/Portos%20Aeroportos%20e%20Fronteiras/Assunto%20de%20Interesse/Inspecao/Embarcacoes>> Acesso em novembro de 2013.
59. Castiel D, Sanz-Valero J, Vasconcellos-Silva PR. *Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. 188p.
60. Castiel D, Sanz-Valero J, Vasconcellos-Silva PR. *Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011; p.39-43.
61. Castiel D, Sanz-Valero J, Vasconcellos-Silva PR. *Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011; p.94-97.
62. Giuliana Bérghamo. *Pandemia: o vírus da gripe aviária avança sobre o Ocidente e causa pânico. É preciso se prevenir contra ele, mas nada justifica o clima de terror*. *Veja*; 2005; p.82-86.
63. Buchalla AP, Bergamo G. *A Terra é o paraíso: para os vírus e bactérias, a destruição da natureza e a vida moderna formam o cenário perfeito de proliferação*. São Paulo: *Veja*. 2005; p. 98-100.
64. *Revista Veja*. Reportagens mostram o medo e o risco das grandes epidemias (Acervo digital). São Paulo: *Veja* (Acervo Digital) 2009. Disponível em <http://www.veja.abril.com.br/noticia/internacional/reportagens>.
65. Longini IM. Contain Pandemic Influenza at the Source. *Science*, 2005, 309:1083-1087.
66. Alcântara F. SARS (Síndrome Aguda Respiratória Severa). FMUSP. 2010. Internet: disponível em [HTTP: WWW.sbimunoogia. Com.br/sbinarede19/sars.htm](http://WWW.sbimunoogia.Com.br/sbinarede19/sars.htm).

67. Miziara I. Leituras Cruzadas: pestes, pragas e epidemias. Flora de São Paulo. 29/07/2003. Internet: [www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u484.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u484.shtml). Acesso em 09/11/11.
68. Revista Veja. Uma Epidemia Globalizada. 2003. Internet: [www.veja.com.br](http://www.veja.com.br). 07 de maio; p. 92-9.
69. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*: 2004 10(7):1206-11.
70. Tracy CS, Rea E, Upshur REG. Public perceptions of quarantine: community-based telephone survey following and infectious disease outbreak. *BMC Public Health* 2009, 9:470.
71. Diniz D. Conflitos Morais e Bioética. Brasília: Letras Livres, 2001; p. 63.
72. Berwanger O, Guimarães H, Avezum A. Medicina Baseada em Evidências. *Revista Clínica e Terapêutica*, v. 31, n.3, p.120-126, 2005.
73. Coutinho E, Cunha G. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. [SI] *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005, 27 (2): 146-151.
74. Ducan B, Schmidt M.. Medicina Baseada em Evidências.[SI] *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 45, n. 3, p. 247-254, 1999.
75. Roberts JJ.. Quarantine or isolation in diphtheria? *Am Public Health Assoc*. 1911 May; 1(5):353-8.
76. Barbera JMA, Gostin L, Inglesby T, O'Toole T, DeAtley C, Tonat K, Layton M. Large-scale quarantine following biological terrorism in the United States- Scientific Examination, logistic and legal limits, and possible consequences. *JAMA*. 2001.286(21):p. 2713.
77. Jones EW. Co-operation in all human endeavour: quarantine and immigrant disease vectors in 1918-1919 influenza pandemic in Winnipeg. *CBMH/BCHM*. 2005, 22(1): 57-82.
78. Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.
79. Paim JS. Movimentos no campo social da saúde. In: Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.
80. Almeida Filho P. Saúde como fenômeno- processo saúde-doença. In: Almeida Filho P. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160p.
81. Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France. 22. Ed. São Paulo: Loyola, 2012; p.88.
82. Villa TCS, Weiller TH, Palha PF, Mishima SM, Angerami ELS, Sá LD. Saúde internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. *Revista latinoamericana de Enfermagem*. 2001, 9 (3):1-5.

83. Lolas F. A Organização Pan-Americana da Saúde ( PAHO) e a bioética na América Latina.. In: Pessini L. Bioética na Íbero-América. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria 69/MS//SNVS/1996. Disponível em:< [http://anvisa.gov.db/legis/portaria/69\\_96.htm](http://anvisa.gov.br/legis/portaria/69_96.htm).>
85. Fortes PAC, Zoboli, ELCP. Bioética e Saúde Pública. São Paulo: Ed. Loyola. 2009.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.8080, Lei n 8142 e NOAS 2001. Internet:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id-area=169>.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria 69/MS//SNVS/1996. Internet: [http://anvisa.gov.db/legis/portaria/69\\_96.htm](http://anvisa.gov.br/legis/portaria/69_96.htm).
88. Foucault M. Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008; p. 88.
89. Mainetti JA, Perez ML.Os discursos da bioética na América Latina e referências de bioética na Argentina. In: Pessini L. Bioética na Íbero-América (org.). São Paulo: Ed. Loyola, 2007; pp. 17-34.
90. Garrafa V, Freitas, AF. Bioética Global - Biomédica/ Biotecnológica, Social e Ambiental. CEAM/PEPeB/Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. 2005: 5(18);152p.
91. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. Revista Bras. Bioética. 2005; 1(2):122-132, p. 139.
92. Carvalho M. Um evento, duas faces. Radis:88. 2009.
93. Almeida Filho N, Barreto ML, Rouquayrol MZ. A Epidemiologia como Ciência. In: Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde: fundamentos e métodos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011; p. 45.
94. Engelhard, HT. A bioética do risco: enfrentando a finitude humana. In: Bioética, riscos e proteção. Schramm, FR.; Rego, SB; Palacios, M (coords.). Rio de Janeiro: UFRJ, Editora Fiocruz, 2005, 256 p.
95. Barroso LR, Martel LC. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. In: Gozzo D, Ligiera WR(orgs). Bioética e direitos fundamentais. São Paulo: Saraiva, 2012. p.21-62.
96. Cabrera J. Estruturação do discurso bioético II: coerência, argumentação e tolerância. In: Garrafa V; Kottow M; Saada, A (orgs). Bases conceituais da bioética: enfoque latinoamericano. São Paulo: Gaia; 2006; p. 189-216.
97. Chauí M. Público, Privado, Despotismo. P.488-557- In: Ética Novais A (coord.). São Paulo: Letras. 2007. 577p.



98. Taeldi JC. Os princípios de Georgetown: análise crítica. In: Garrafa V; Kottow M; Saada, A (orgs). Bases conceituais da bioética: enfoque latinoamericano. São Paulo: Gaia; 2006; p. 143-162.
99. Singer P, Benatar SR, Bernstein M, Daar SK, Dickens BM, MacRae SK, Upshur REG. Ethics and SARS: lessons from Toronto. *BMJ*: 2003, 327 (7427): 1342.
100. Borges RCB. Conexões entre direitos de personalidade e bioética. In: Gozzo D, Ligiera WR (orgs.). *Bioética e Direitos Fundamentais*. São Paulo: Saraiva. 2012.
101. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, Kass NE, Mastroianni AC, Moreno JD, Nieburg P. Public health Ethics: mappin the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2002 (30): 169-177.
102. WHO. Current WHO phase of pandemic alert for Pandemic H1N1- 2009. Internet: <http://www.who.int/cr/disease/swineflu/phase/en/index.html>.
103. De Lavor A. H1N1. Especialistas atestam eficácia e segurança da vacina contra a gripe suína e desfazem boatos e especulações. Rio de Janeiro: Fiocruz/Radis, comunicação em saúde. 2010.
104. Lima LLG, Honorato CT, Ciribelli MC, Silva FCT (orgs.). *História & Religião*. Rio de Janeiro: FAPERJ. 2002.284 p.
105. Dantas G. A gripe suína e os bastidores da ameaça que paira sobre nós. Salvador: O olho da história. 2009.
106. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola. 2002. 574 p.
107. Ferrer J.J, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Edições Loyola, 2005; p.120.
108. Lepargneur H. Um olhar prospectivo identificando desafios a partir do contexto histórico hispano-americano. In: Pessini L (org). *Bioética na Ibero-América*. São Paulo: Ed. Loyola. 2007; p. 374-68.
109. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V; Kottow M; Saada A (orgs). Bases conceituais da bioética: enfoque latinoamericano. São Paulo: Gaia, 2006. pp. 45-48.
110. Diniz D. *Conflitos Morais e Bioética*. Brasília: Letras Livres, 2001. 212p.
111. Porto D, Garrafa V, Marins GZ, Barbosa (orgs.). *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. SN. Brasília: CEF/Cátedra UNESCO de Bioética/SBB.2010. 396p.
112. Velascos-Hernández, Jorge X; Leite, Maria Conceição A. A moldel for the A (H1N1) epidemic in Mexico, including social isolation. *Salud Publica Mex*, 2011; 53: 40-47.

113. Levison, J. H. Além da quarentena: história da hanseníase em Porto Rico, de 1898 a 1930. *Manguinhos: História, Ciências, Saúde*. 2003; 10 (1): 225-45.
114. Carvalho KA. Colônia de Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960). Rio de Janeiro: UFF. Tese (Doutorado em História). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2012.
115. Sato K, Mirishita E, Nobusawa Y, Suzuki Y, Myaizaki, Y, Fukui Y et al. Surveillance of influenza viruses isolated from travellers at Nagoya International Airport. *Nagoya International Airport Quarantine Office Epidemiol. Infect.* (2000), 124, 507±514.
116. Dantas, Gilson. A gripe suína e os bastidores da ameaça que paira sobre nós. Salvador: O olho da história. 2009.
117. Campos HS. Influenza, uma nova tsunami. Rio de Janeiro: *Rev. Pulmão*: 14 (2), 2005.
118. McVernon JJ, Mason K, Petrony S, Nathan P, LaMontagne AD, Bentley R, Fielding, J, Studdert, DM; Kavanagh A. Recommendations for and compliance with social restrictions during implementation of school closures in the early phase of the influenza A(H1N1) 2009 outbreak in Melbourne, Australia. [SI] *BMC Infectious Diseases*. 2011; 11: 257-65.
119. Rebelo F, Maio MC, Hochman G. O princípio do fim: o “torna-viagem”, a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tempos de cólera. *Est. Hist.* 2011, 24 (47): 69-78.
120. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 1995. 583 p.
121. Foucault M. Os Recursos para o bom adestramento. In: Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2011; p. p.164-85.
122. Aginam O. International law and communicable diseases. *Bulletin of the World Organization*. 2002; 80 (12):946-51.
123. Junges JR. *Solidariedade clínica e cuidados: reflexões bioéticas*. Junges JR, Garrafa V (orgs.) 1.ed. São Paulo: Loyola. 2011; 192p.
124. Thomas, J. C.; Sage, M.; Dillenberg, J.; Guillory, J. A Code of Ethics for Public Health. *American Journal of Public Health*, 2002, 92(7):1057-1059.
125. Hawryluck, L, Gold, W.L; Robinson, S. Pogorski, S., Galea, S; Styra, R. SARS Control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infections Disease*, 2004, 10 (7).
126. Centron M, Landwirth J. Public health and ethical considerations in planning for quarantine. *Yale Journal of Biology and Medicine*: 2005 (78): 325-330.
127. Balz. A. As epidemias na Santa Catarina da década de 1880: uma questão de saúde pública. *Revista Santa Catarina em História*. Florianópolis, UFSC, v. 1, n. 1, 2008. PP. 84-93

128. Lau, J. T. F. ; Kim, J. H.; Tsui, H. y; Griffiths, S. Antecipated and current preventive behavior in response to and anticipated human-to-human H5N1 epidemic in the Hong Kong Chinese general population. *BMC Infections Disease*,2007; 7:18.
129. Bertolli Filho C. *Epidemia e Sociedade: a gripe espanhola no município de São Paulo*. SP, 1986, 482p. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
130. Bertucci LM. “Conselhos ao Povo”: Educação contra a Influenza de 1918. *Campinas: Cad. Cedes*. 2003; 23(59):103-117.
131. WHO. Current WHO phase of pandemic alert for Pandemic (H1N1) 2009. Internet: <http://who.int/cres/disease/swineflu/phase/en/index.html>. Acesso em 14/11/10.
132. Clotet J. *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre; EDIPUCRS, 2003, 246 p.
133. Oliveira, A. A. S. *Bioética e Direitos Humanos*. São Paulo: Loyola, 2011; 245p.
134. Garrafa V. Bioética, saúde e cidadania. *Revista Humanidades*, v. 9, n. 4, pp. 342-351. 1994.
135. Junges, J. R. *Bioética; perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Unisinos, 1995; p. 110-1.
136. D’Agostino F. A bioética como problema jurídico. Uma análise de caráter sistêmico. In: *Bioética segundo o enfoque da Filosofia do Direito*. São Leopoldo: Editora da UNISINOS-Coleção Dike. 2004; 329 p.
137. Foucault m. Os Recursos para o bom adestramento. In: Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2011; pp. 164-185.
138. Koscic K. *Práxis e Totalidade*. In: Koscic K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976; 197-223.
139. Kottow M. Bioética Prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na bioética. In: Garrafa V; Kottow M; Saada, A (orgs). *Bases conceituais da bioética: enfoque latinoamericano*. São Paulo: Gaia; 2006; p. 25-48.
140. Cantú JM. Comentário ao texto de Miguel Kotow. In: Garrafa V; Kottow M; Saada, A (orgs). *Bases conceituais da bioética: enfoque latinoamericano*. São Paulo: Gaia; 2006; p. 45-48.
141. Junges, J. R. *Bioética, Hermenêutica e Casuística*. São Paulo: Loyola; 268p. 2006.
142. Zoboli ELCP, Junges JR. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Cadernos de saúde coletiva* 17 (4): 1049-1060; 2012.
143. Machado IA. Os gêneros e o corpo do acabamento estético. In: Brait B. *Bakthin, dialogismo e construção do sentido*. Campinas: Editora da Unicamp, 2005. 366p.
144. Koscic K. *Dialética do Concreto*. Rio e Janeiro: Paz e Terra. 1976; p.197.

145. Belino F. Fundamentos da Bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC, 1997.
146. Bernard J. A bioética. São Paulo: Editora Ática; 110 p.
147. D'Agostino F. Medicina e Direito. In: D'Agostino F. Bioética segundo o enfoque da Filosofia do Direito. São Leopoldo: Editora da UNISINOS-Coleção Dike. 2004; p.25-52.
148. Agamben, G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2004.
149. Kottow M. Bioética Prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na bioética. In: Garrafa V; Kottow M; Saada, A (orgs). Bases conceituais da bioética: enfoque latinoamericano. São Paulo: Gaia; 2006; p. 25-48.
150. Cantú JM. Comentário ao texto de Miguel Kotow. In: Garrafa V; Kottow M; Saada, A (orgs). Bases conceituais da bioética: enfoque latinoamericano. São Paulo: Gaia; 2006; p. 45-48.
151. Garrafa, Volnei; Lorenzo, Cláudio. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. RAMB: 2009, 55(4): 514-18.
152. Garrafa V. Da Bioética de princípios a uma bioética interventiva, Revista do Conselho Federal de Medicina. CFM, v. 13, n. 1., 2005. pp. 125-134
153. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004; p. 217.
154. Nascimento WF. Diferença, poder e vida: perspectivas descoloniais para a bioética. In: Porto D, Garrafa V Marins GZ, Barbosa (orgs.). Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. SN. Brasília: CEF/Cátedra UNESCO de Bioética/SBB.2010. 396p.
155. Ramos FRS. A bioética como ferramenta de interpretação da realidade: entre o universalismo e o pluralismo. In: Porto D, Garrafa V Marins GZ, Barbosa (orgs.). Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. SN. Brasília: CEF/Cátedra UNESCO de Bioética/SBB.2010. 396p.
156. Martins RA, Martins LAC, Ferreira RR, Toledo MCF. Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis. São Paulo: Moderna, 1997.
157. Camus A. A Peste. São Paulo: Coleção Premio Nobel de Literatura. 1947.
158. Saramago J. Ensaio sobre a cegueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 312p.
159. Cabrera J. Margens das filosofias da linguagem: conflitos e aproximações entre analíticas, hermenêuticas, fenomenologias e metacríticas da linguagem. Brasília: Editora da Universidade de Brasília. 2009. 320p.

160. Melo e Braz Melo DG, Braz M. Vulnerabilidade, autonomia e ética em pesquisa. Revista Brasileira de Bioética 2008; 4(1-2): 49-68.