

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

LUIZ CARLOS PELIZARI ROMERO

**O CONGRESSO NACIONAL E AS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS:
A RESPOSTA DO PODER LEGISLATIVO ÀS NECESSIDADES DA SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia Delduque Nogueira
Pires de Sá

Brasília

2013

LUIZ CARLOS PELIZARI ROMERO

**O CONGRESSO NACIONAL E AS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS:
A RESPOSTA DO PODER LEGISLATIVO ÀS NECESSIDADES DA SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Aprovado em 1º de outubro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Pedro Luiz Tauil
Universidade de Brasília

Profa. Sandra Regina Martini Vial
Universidade do Vale dos Sinos

No sistema político existe um segmento de temas sobre política educativa ou sobre saúde por meio do qual se reage à própria história e a novos problemas – ainda que, aqui, evidentemente, não se trate de que essas atividades políticas sejam as que eduquem ou as que curem.

(Niklas Luhmann, *La política de la sociedad*, 2004)

RESUMO

Objetivo: Analisar a resposta do Parlamento Federal Brasileiro frente a quatro emergências sanitárias: a sétima pandemia de cólera (1991-2005), a pandemia de influenza H5N1 (1999-2006), a pandemia de sars (2003-2005) e a pandemia de influenza H1N1 (2009-2010). **Método:** Análise documental realizada em bancos de dados informatizados de informação legislativa das duas Casas do Congresso Nacional brasileiro. **Resultados:** O Parlamento deu respostas com características similares nos quatro episódios, independentemente do contexto político-institucional em que ocorreram. Reagiu como caixa de ressonância das percepções e perplexidades sociais em relação ao problema, produzindo pronunciamentos de denúncia da situação e de pedido de providências, e fiscalizando as ações do Poder Executivo por meio de requerimentos de informação, da convocação de autoridades e da realização de audiências públicas. A produção legislativa, no entanto, foi quase nula: proposições objetivando a suplementação de recursos orçamentários, quando apresentadas, o foram por iniciativa do Poder Executivo; a revisão da legislação nacional em matéria de vigilância epidemiológica e controle de doenças, reconhecidamente desatualizada frente ao atual arcabouço jurídico-institucional e insuficiente para o enfrentamento dos novos problemas, não aconteceu em nenhuma das situações e períodos estudados; os poucos projetos de lei de iniciativa de parlamentares cuidavam de matérias periféricas ao problema e, mesmo assim, não prosperam. **Conclusão:** A insuficiência normativa frente às necessidades da atuação de nossas autoridades sanitárias para o controle de doenças e o enfrentamento de emergências sanitárias não tem sido suprida pelo Poder Legislativo e, muito provavelmente, terá de sê-lo por iniciativa do Poder Executivo.

Palavras-chave: emergências de saúde pública; legislação sanitária; produção normativa em saúde; Regulamento Sanitário Internacional; Direito Sanitário.

RESUMO NA LÍNGUA INGLESA

Objective: To analyze the response of the Brazilian Federal Parliament to four health emergencies: the seventh cholera pandemic (1991-2005), the influenza H5N1 pandemic (1999-2006), the SARS pandemic (2003-2005) and the H1N1 influenza pandemic (2009-2010). **Method:** Documental analysis conducted in computerized databases of legislative information of both Houses of the Brazilian National Congress. **Results:** The Parliament gave responses with similar characteristics in the four episodes, regardless of the political and institutional context in which they occurred. It reacted as a resonance box of the social perceptions and perplexities towards the problem, producing statements denouncing the situation and requesting action, and overseeing the actions of the Executive Branch through requests of information, convening of authorities and the realization of public hearings. The legislative production was almost null: draft bills aiming supplementary budget resources, when presented, were at the initiative of the Executive Branch; the review of national legislation in the field of epidemiological surveillance and diseases control, admittedly outdated and insufficient against the current legal-institutional framework and the new health problems, was not contemplated in any of the situations and periods studied; the few propositions of parliamentary initiative took care of peripheric matters of the problem and even then, did not succeed. **Conclusion:** The lack of rules concerning the action of our health authorities for diseases control and the confrontation with public health emergencies has not been supplied by the Legislature and, most likely, have to be so by initiative of the Executive Branch.

Key-words: public health emergencies; Health Law; rulemaking on health; International Health Regulations.

QUADRO E TABELAS

Quadro 1 - Emergências sanitárias selecionadas, segundo o período e o contexto político-institucional em que ocorreram.....	33
Tabela 1.1 - Ações parlamentares relativas à pandemia de cólera, segundo a natureza, a casa do Congresso Nacional e a sessão legislativa.....	41
Tabela 1.2 - Ações parlamentares relativas à pandemia de cólera, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional.....	43
Tabela 1.3 - Ações de fiscalização de políticas públicas referentes à pandemia de cólera, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional.....	44
Tabela 1.4 - Matérias dos pronunciamentos parlamentares sobre a pandemia de cólera feitos nas duas casas do Congresso Nacional.....	44
Tabela 2.1 - Ações parlamentares relativas ao risco de pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária, segundo a natureza, a casa do Congresso Nacional e o ano.....	48
Tabela 2.2 - Ações parlamentares relativas ao risco de pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional.....	48
Tabela 2.3 - Ações de fiscalização de políticas públicas referentes ao risco de pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional.....	49
Tabela 2.4 - Matérias dos pronunciamentos parlamentares sobre o risco de pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária feitos nas duas casas do Congresso Nacional.....	50
Tabela 3.1 - Ações parlamentares relativas à pandemia de sars, segundo a natureza, a casa do Congresso Nacional e o mês.....	53
Tabela 3.2 - Ações parlamentares relativas à pandemia de sars, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional.....	54
Tabela 3.3 - Ações de fiscalização de políticas públicas referentes à pandemia de sars, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional.....	54
Tabela 3.4 - Matérias dos pronunciamentos parlamentares sobre a pandemia de sars feitos nas duas casas do Congresso Nacional.....	54
Tabela 4.1 - Ações parlamentares relativas à pandemia de influenza A(H1N1) – gripe suína, segundo a natureza, a casa do Congresso Nacional e o mês.....	60

Tabela 4.2 - Ações parlamentares relativas à pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional.....	61
Tabela 4.3 - Ações de fiscalização de políticas públicas referentes à pandemia de influenza A(H1N1) – gripe suína, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional.....	61
Tabela 4.4 - Matérias dos pronunciamentos parlamentares sobre a pandemia de influenza A(H1N1) – gripe suína, feitos nas duas casas do Congresso Nacional.....	62
Tabela 5 - Proporções (%) das ações parlamentares segundo a natureza e a emergência.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A(H1N1)	Subtipo do vírus da influenza (gripe). A letra H refere-se à proteína hemaglutinina e a letra N à proteína neuraminidase.
A(H5N1)	Subtipo do vírus da influenza (gripe). A letra H refere-se à proteína hemaglutinina e a letra N à proteína neuraminidase.
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida (do original em inglês: <i>acquired immunodeficiency syndrome</i>)
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CF	Constituição Federal (1988)
CN	Congresso Nacional
Disc	Pronunciamentos parlamentares (discursos) (em tabelas)
Fisc	Atividades fiscalizadoras de políticas públicas realizadas pelas Casas do Congresso Nacional (requerimentos de informação, de convocação de autoridades, de realização de audiências públicas) (em tabelas)
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Legs	Atividades legislativas (proposição, apreciação e aprovação de projetos de lei) (em tabelas)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
RICD	Regimento Interno da Câmara dos Deputados
RISF	Regimento Interno do Senado Federal
RSI	Regulamento Sanitário Internacional (2005)
SARS	Síndrome respiratória aguda grave (do original em inglês: <i>severe acute respiratory syndrome</i>)
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SICON	Sistema de Informação do Congresso Nacional
SILEG	Sistema de Informação Legislativa [da Câmara dos Deputados]
SUDS	Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde (do Ministério da Saúde)
WHO	<i>World Health Organization</i> (em português: Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O ESTADO, O PODER LEGISLATIVO E AS EPIDEMIAS	14
1.2 NIKLAS LUHMANN E O SISTEMA DA POLÍTICA	18
1.3 DO SISTEMA MÉDICO AO SISTEMA DA SAÚDE	23
2 OBJETIVOS	27
3 MÉTODOS	28
3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	28
3.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO	30
3.3 SELEÇÃO DOS EPISÓDIOS ESTUDADOS	32
3.4 DISPENSA DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA ...	32
4 RESULTADOS	33
4.1 A RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL À SÉTIMA PANDEMIA DE CÓLERA, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1991 A DEZEMBRO DE 2005 ...	33
4.1.1 A 7ª pandemia chega ao Brasil	33
4.1.2 O contexto político-institucional – reforma neoliberal do Estado e <i>impeachment</i> do Presidente	37
4.1.3 A resposta do Congresso Nacional	40
4.2 A RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL AO RISCO DE PANDEMIA DE INFLUENZA H5N1 DURANTE OS ANOS DE 1999 A 2006	45
4.2.1 O risco de uma epidemia de gripe aviária	45
4.2.2 O contexto político-institucional – a legislatura perdida	46
4.2.3 A resposta do Congresso Nacional	48
4.3 A RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL À PANDEMIA DE SARS (MARÇO DE 2003 A MAIO DE 2005)	50
4.3.1 A pandemia que esvaziou as ruas das cidades mais prósperas do Mundo	50
4.3.2 O contexto político-institucional – normalidade democrática	53
4.3.3 A resposta do Congresso Nacional	53
4.4 A RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL À INFLUENZA PANDÊMICA DE 2009	55
4.4.1 A pandemia de influenza A(H1N1) (abril de 2009 a agosto de 2010) ...	55
4.4.2 O contexto político-institucional – sob a vigência do novo Regulamento Sanitário Internacional	59
4.4.3 A resposta do Congresso Nacional	59

4.5 SÍNTESE	63
5 DISCUSSÃO	64
5.1 A NATUREZA DA RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL ÀS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS	64
5.2 O PODER NORMATIVO DO PODER EXECUTIVO E A RESPOSTA PROVÁVEL ÀS NECESSIDADES DE ATUALIZAÇÃO DE NOSSA LEI DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	67
6 CONCLUSÃO	70
7 REFERÊNCIAS	72
8 APÊNDICE	77

1 INTRODUÇÃO

O constituinte de 1988, ao definir a saúde como um direito social (Constituição Federal art. 6º); determinar que é dever do Estado garantir esse direito (CF art. 196); e estabelecer que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, atribuindo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle (CF art. 197), ensejou a produção de um grande número de normas jurídicas objetivando instituir as garantias e os meios que possibilitassem a concretização daquele direito, estimulando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento do Direito Sanitário como um novo e florescente ramo do Direito (AITH, 2011).

Da mesma forma, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece a necessidade de que seus estados-membros adotem as “apropriadas medidas legislativas para a completa realização do direito à saúde” (ONU, 2000, § 33).

Ainda que, nos termos da Constituição Federal de 1988 (art. 199), a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, e atividades de recuperação da saúde individual (assistência médica, farmacêutica, odontológica etc.) sejam oferecidas tanto por meio de organizações governamentais como por empresas privadas, um conjunto de ações de saúde pública permanece historicamente na esfera de atuação exclusiva da Administração Pública¹.

Trata-se, aqui, do controle de doenças; da vigilância sanitária de alimentos, medicamentos, serviços e outros produtos de interesse para a saúde², e da saúde dos portos³ como exemplos paradigmáticos. Apenas organizações estatais realizam

¹ Em sentido objetivo, a administração pública abrange as atividades exercidas pelas pessoas jurídicas, órgãos e agentes incumbidos de atender concretamente às necessidades coletivas; corresponde à função administrativa, atribuída preferencialmente aos órgãos do Poder Executivo (DI PIETRO, 2008, p. 41).

² “As ações da vigilância sanitária comportam aquelas inerentes à eliminação, diminuição e prevenção de riscos à saúde e de intervenções nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. O risco sanitário inerente ao avanço da técnica médica e das novas formas de prover saúde, invisíveis aos olhos, mas seguramente reais, deve ser gerenciado e regulado pelo Estado de maneira eficaz” (DELDUQUE, 2010, p. 2).

³ Por sua relevância estratégica para a atividade econômica, a saúde dos portos foi o primeiro serviço de saúde a ser criado em nosso país, já no início do Século XIX, e se manteve na alçada do governo central, mesmo na vigência de políticas de descentralização. Atualmente a atividade se executa no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (com a denominação de ‘vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras’), sob coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia federal, ligada ao Ministério da Saúde.

ações e mantêm serviços voltados para essas áreas de atuação e, como atividades da Administração Pública, se executam segundo princípios do Direito Administrativo Público.

Isso quer dizer que, em oposição ao princípio que rege o Direito Privado – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei (CF. art. 5º, II) –, o agente público que executa ações de saúde pública deve pautar sua atuação em obediência ao princípio da legalidade (entre outros) (CF art. 37), que lhe impõe sujeição à lei em todos os seus procedimentos.

Este princípio, juntamente com o de controle da Administração pelo Poder Judiciário, nasceu com o Estado de Direito e constitui uma das principais garantias de respeito aos direitos individuais. Isto porque a lei, ao mesmo tempo em que os define, estabelece também os limites da atuação administrativa que tenha por objeto a restrição ao exercício de tais direitos em benefício da coletividade (DI PRIETO, 2008, p.47).

Ainda que as normas do Direito Administrativo confirmam à Administração prerrogativas sem equivalente nas relações privadas, impõem à sua liberdade de ação sujeições mais estritas do que aquelas a que estão submetidos os particulares. E essas restrições são de natureza legal.

Assim, por exemplo, no âmbito das obrigações do Estado para com a garantia do direito à saúde, está a de não utilizar intervenções médicas compulsórias ou coercitivas, a menos que em situações excepcionais para o tratamento de doença mental ou a prevenção e o controle de doenças infecciosas. Essas situações excepcionais, no entanto, devem estar sujeitas a condições específicas e restritas, respeitando as boas práticas e os padrões internacionais aplicáveis (ONU, 2000, § 34).

Entre os padrões internacionais aplicáveis, está o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)⁴ que autoriza as autoridades sanitárias nacionais a adotar, em situações de emergência como as epidemias, medidas de limitação de direitos individuais – restrição ao trânsito e transporte de pessoas e mercadorias, instituição de quarentena e isolamento, proibição da realização de eventos públicos, obrigação de submeter-se compulsoriamente à vacinação e outros procedimentos médicos etc.

⁴ O RSI 2005 foi adotado no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009 (publicado no *Diário Oficial da União* de 10 de julho de 2009), que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005.

A autoridade sanitária e o gestor do sistema público de saúde dependem, assim, do legislador uma vez que, sem o respaldo legal para sua atuação, tornam-se reféns de situações incontrolláveis, especialmente quando sua atuação se revela urgente como na vigência de emergências de saúde pública. Em razão disso, a ação efetiva do Estado para o enfrentamento dessas condições de saúde coletiva deve poder contar com a participação do Sistema da Política para a produção do aparato legal necessário.⁵

Ora, a capacidade de tomar decisões que vinculam coletivamente é – exatamente – a função do Sistema da Política, segundo Luhmann.

No caso brasileiro, é reconhecido que, apesar da pujante produção normativa a que nos referimos anteriormente, é precário o aparato legal com que contam nossas autoridades sanitárias e agentes públicos, gestores de saúde, para o enfrentamento de emergências sanitárias causadas por epidemias de doenças infecciosas e, mesmo, para as ações de rotina de controle de agravos.

Ainda que contemos com regulamentação suficiente das atividades de vigilância sanitária e de saúde dos portos, não contamos com normativas que permitam que a atuação de nossas autoridades sanitárias frente a emergências representadas por epidemias de doenças transmissíveis e outras se faça sob o princípio da legalidade, segundo aquelas condições “específicas e restritas” de que falam os documentos da ONU (2000). Em especial, nossas autoridades sanitárias não contam com suficiente respaldo legal para implementar as ações restritivas de direitos e liberdades individuais eventualmente necessárias ao enfrentamento daquelas situações.

Reconhecendo que a implementação das disposições do RSI 2005 tem implicações para diversas funções e responsabilidades governamentais, exercidas por diversos ministérios e setores, e que é necessário um arcabouço legal adequado para possibilitar e dar respaldo às atividades necessárias, a OMS alertou os

⁵ O que inclui leis garantidoras de recursos orçamentários, uma vez que, em nosso meio e em cada nível da administração (União, estados e município), o orçamento é determinado por leis aprovadas pelas respectivas casas legislativas (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual, além das leis ordinárias e medidas provisórias que abrem o orçamento para fazer dotações especiais). O início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual e a realização de despesas ou a assunção de obrigações diretas que excedam os créditos orçamentários ou adicionais são vedados constitucionalmente (CF art. 167, I e II). A abertura de crédito extraordinário é admitida para atender a despesas imprevistas e urgentes (CF art. 167, § 3º), no entanto, da mesma forma, a abertura de crédito suplementar ou especial e a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro dependem de prévia autorização legislativa (CF art. 167, V e VI).

Estados-parte a avaliarem a necessidade de revisar a legislação existente, inclusive para permitir a institucionalização e o reforço da capacidade de operação, facilitar a coordenação e garantir sua sustentabilidade. Em vista disso, até 2009, metade dos Estados-parte do acordo que aprovou o RSI 2005 já tinha promovido alterações em sua legislação para adaptarem-se às determinações do Regulamento (OMS, 2009). Nosso país, no entanto, ainda não o fez.

Apesar de ratificado por decreto legislativo⁶, o mais importante objetivo do Regulamento Sanitário de 2005 pode não ser alcançado em nosso país: a ausência de um ordenamento jurídico atualizado pode comprometer a capacidade de nossa saúde pública em detectar e responder a novas emergências sanitárias quando e onde elas ocorrerem.

A matéria é apenas parcialmente regulada por uma lei de 1975 – portanto anterior à instituição do atual arcabouço jurídico e institucional que decorreu da Constituição Federal de 1988 – que cuida da notificação compulsória de doenças e da criação do Programa Nacional de Imunização.⁷

A experiência das últimas emergências sanitárias decorrentes das pandemias de síndrome respiratória aguda grave (sars) e influenza tornou mais evidente a necessidade dessa legislação que, entre outras coisas, substituísse ou emendasse a lei vigente e internalizasse disposições correspondentes do novo Regulamento Sanitário Internacional de 2005, de que o país foi um dos principais proponente e signatário.

1.1 O ESTADO, O PODER LEGISLATIVO E AS EPIDEMIAS

O reconhecimento da responsabilidade e do papel do Estado em relação à saúde da população e às condições sanitárias da nação é recente na história humana e, no caso brasileiro, tem pouco mais do que um século.

Decorreu da industrialização, da urbanização e do crescimento populacional que se deram paralelamente à constituição dos Estados nacionais. Resultou do aumento do grau de incerteza que as condições sanitárias decorrentes desses

⁶ Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que “aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58 Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005”.

⁷ Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que “dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências”.

processos geram e da magnitude dos problemas por eles criados – dos quais as epidemias são exemplares – num momento histórico no qual começavam a existir soluções eficazes para o seu enfrentamento representadas pelo desenvolvimento da tecnologia médica e das intervenções urbanísticas e de engenharia sobre o ambiente.

Uma condição estratégica, no entanto, seria o reconhecimento pelas elites dirigentes do

alcance e ampliação dos efeitos externos da adversidade, [representada pelas más condições sanitárias da população e a emergência de epidemias] [que] impulsionaria a estatização porque [seu enfrentamento] implicaria problemas de tal magnitude, envolvendo tal número de pessoas, que não haveria solução possível, via mercado ou através de arranjos cooperativos, em razão dos sucessivos dilemas de ação coletiva a serem enfrentados (HOCHMAN, 1998, p. 27).

Segundo Hochman (1998), em nosso país isso ocorreu na segunda década do Século XX como decorrência da conjunção daqueles fatores, somados ao desenvolvimento de uma consciência pública sobre as questões do 'saneamento nacional'.

A intervenção estatal se fez, então, pelo surgimento de políticas públicas e agências estatais para tratar daqueles problemas e pela penetração do poder público em todo o território nacional, materializado por estruturas administrativas, funcionários – e instrumentos legais (HOCHMAN, 1998, p.23).

De qualquer forma, disso resulta o aumento do consentimento, por parte da sociedade, ao exercício da autoridade e da coercitividade por parte do Estado, ainda que, “a resistência ao caráter coercitivo da autoridade sanitária, em nome do direito individual, acompanharia a evolução da legislação pertinente no Brasil” (HOCHMAN, 1998, p. 85).

É interessante ressaltar que, ainda segundo Hochman, “os casos de recurso à Justiça tornaram-se menos frequentes à medida que o Supremo Tribunal firmava jurisprudência sobre as restrições às liberdades individuais em benefício da saúde pública, desde que prescritas em lei e *não em regulamento*” (HOCHMAN, 1998, p. 85, nota de rodapé).

Nesse contexto, o controle de doenças passa a ser, historicamente, uma atribuição precípua do Poder Público.

Emergências sanitárias decorrentes de epidemias de doenças infecciosas se sucederam por toda nossa história, com impacto societário relevante, tendo constituído, inclusive, em estímulo – se não causa – de reformas institucionais do setor saúde, a exemplo da grande epidemia de febre amarela de 1849-50, durante o II Império, que levou à criação da Junta Central de Higiene Pública (CHALHOUB, 1996, p. 30), e da pandemia de gripe espanhola, que desencadeou aquela que ficou conhecida como Reforma Carlos Chagas⁸ (GOULART, 2003; HOCHMAN, 1998).

Mais recentemente, a experiência mundial da emergência e rápida disseminação da sars, em 2003-04, acelerou a produção de um acordo internacional, obtido na Assembléia Mundial da Saúde de 2005, transformando em prioridade o trabalho de revisão do Regulamento Sanitário Internacional, “usando experiências, conhecimentos e lições adquiridas durante a resposta à sars” (HEYMANN *et al.*, 2013).

Naquelas situações, a contribuição das nossas casas legislativas foi demandada, ainda que se disponha de poucas fontes que descrevam sua atuação e a resposta que ofereceram.

Na qualidade de “fenômenos sociais totais” (QUEIROZ, 2004), algumas epidemias de grande magnitude – das quais a de gripe espanhola é paradigmática – esgarçam de tal forma o tecido social que paralisam a atuação das instituições, nelas incluídas as câmaras legislativas. Em outras, o desconhecimento das causas ou a ausência de meios para seu enfrentamento – como no caso da epidemia de aids de meados do século passado – limitam a capacidade de decidir.

Ademais, o momento político-institucional em que elas ocorrem pode ser suficientemente mobilizador a ponto de competir com a atenção dos parlamentares – como nos casos da epidemia de meningite na década de 1970, quando o Congresso Nacional se encontrava amordaçado pela Ditadura (BARATA, 1988), e do risco de epidemia de gripe aviária na virada do Século XXI, que encontrou o Parlamento Federal em profunda crise político-institucional, em razão de uma série de

⁸ Caracterizada pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e de várias outras estruturas de governo (inspetorias, diretorias, departamentos) na estrutura do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, a *Reforma Carlos Chagas*, de 1920, reorganizou os serviços de saúde existentes e incluía, pela primeira vez, entre as competências do órgão, a formulação de políticas de saúde. Para Goulart (2003), a ascensão de Carlos Chagas e do grupo de higienistas ligado a ele (os ‘jovens sanitaristas’ que, mais tarde viriam a compor os quadros do novo Departamento) e, ao final, a aprovação do projeto de reforma institucional, formulado em 1910 e cuja apreciação estava paralisada no Congresso desde então, foi uma consequência da falta de respostas tanto da ciência quanto das instituições à epidemia.

escândalos cujo tratamento político reduziu grandemente a atuação das duas casas do Congresso nos anos de 2005 e 2006, de tal forma que aquela legislatura foi apelidada de ‘a legislatura perdida’ (NASCIMENTO, 2007).

Até que ponto a atuação do Parlamento é definida pelo contexto – epidemiológico-social e político-institucional – ou apresenta um padrão inalterado pela conjuntura? Qual tem sido a resposta do Congresso Nacional frente às principais emergências sanitárias pelas quais o País passou em tempos recentes?

Estudos sobre a atuação de casas legislativas diante do risco ou da emergência de epidemias são raros.

Bertolli F^o (2003) descreveu “o papel desempenhado pela vereança paulistana durante a crise sanitária de 1918” (pandemia de gripe espanhola) que, segundo ele, “foi praticamente nulo”, concluindo que “a incapacidade dos políticos para propor medidas imediatas [...] refletia, mais do que o desconhecimento da enfermidade, a quase total ineficiência da Câmara Municipal”. Sem saber o que propor, os vereadores inicialmente mantiveram-se apáticos sobre a questão, realizando “tímidas discussões” e, posteriormente, aprovando, praticamente sem debates, dois projetos de lei autorizativos. E conclui que “durante a gripe espanhola, a população paulistana não pôde contar com seus vereadores, que, deixando suas funções políticas, assumiram o papel de vítimas da peste” (BERTOLLI F^o, 2003, p. 140-141).

Hochman (1998), descrevendo a situação no Rio de Janeiro, relata que “a capital do país, entre outubro e dezembro, desorganizou-se completamente” e que “o Congresso Nacional pouco funcionou, devido à falta de quorum” (HOCHMAN, 1998, p. 130-131).

Kolata (2002) analisou a atuação das duas casas do Congresso Norte-americano no enfrentamento do risco de epidemia de gripe suína, em 1976, no que diz respeito à apreciação das iniciativas do Poder Executivo para estimular a produção nacional de vacinas e a imunização da população, em especial do pedido de destinação de recursos para a produção de vacinas, que recebeu um “apoio vacilante por parte do Congresso” (p. 175). Uma “lei de queixas contra danos” (que estabelecia que qualquer reclamação que surgisse após a vacinação fosse dirigida contra o governo) foi aprovada rapidamente, “sem audiências ou relatórios”, tanto pelo Senado como pela Câmara de Representantes (p. 197).

A própria internalização do RSI 2005 no nosso ordenamento jurídico tardou quatro anos: aprovado na Assembléia Mundial da Saúde de maio de 2005, o Regulamento só veio a ser aprovado por um decreto legislativo em julho de 2009.

Suprir essa ausência de estudos sistematizados sobre a atuação do Poder Legislativo frente a demandas originadas no setor saúde – situações das quais as emergências de saúde pública são exemplos – pode promover um melhor entendimento da forma e dos limites de atuação desse Poder para os formuladores de políticas públicas, incluindo o próprio Legislativo, e chamar a atenção dos parlamentares, das autoridades sanitárias e da sociedade para o tipo de resposta que o nosso parlamento tem tido historicamente, bem como para as possibilidades de sua atuação atual e futura sobre esse tema tão sensível à saúde pública brasileira – e tão atual.

Este trabalho se insere no âmbito das relações do Sistema da Saúde com o Sistema da Política, um espaço de reflexão cuja importância é crescente para a Saúde Coletiva, ainda que pouco explorado.

1.2. NIKLAS LUHMANN E O SISTEMA DA POLÍTICA

Niklas Luhmann (1927-1998) foi um sociólogo alemão. Sua Teoria dos Sistemas Sociais se propõe como alternativa ao que ele denomina de ‘teorias fatoriais’ para explicar o funcionamento das sociedades humanas (LUHMANN, 1967).

As teorias fatoriais – que atribuem a origem e as peculiaridades das formações sociais a determinadas causas singulares como, p. ex., as necessidades econômicas e os modos de produção; os impulsos psicológicos como os de competição e imitação; as diferenças de raça; as condições climáticas e os processos biológicos de seleção – teriam, segundo Luhmann (2005), fracassado em seus conceitos explicativos por excessivamente simplificados. Ele, então, propõe a sua Teoria dos Sistemas Sociais como uma ‘teoria geral’, capaz de descrever a sociedade moderna e explicar o seu funcionamento e, com isso, elevar a Sociologia à categoria de *hard science* (GRIPP-HAGELSTANGE, 2004).

Segundo essa teoria, a sociedade se compõe de sistemas que se individualizam e caracterizam por processos que lhes são próprios e específicos, de tal forma que, ainda que interdependentes, os sistemas sociais são funcionalmente

diferenciados. Campilongo (2011), em apoio à teoria de Luhmann, reconhece a estabilização de sistemas com funções demarcadas e a atribuição de papéis específicos e distintos aos diferentes sistemas sociais (político, jurídico, econômico...) como características típicas e próprias dos estados e sociedades modernos.

Abandonando os elementos mais frequentemente utilizados para a definição de 'sistema' – as relações entre componentes, as relações entre estrutura e processo, as características dos componentes e limites – Luhmann entende que o que define e individualiza um sistema é a unidade de operação que ele realiza: “é a unidade de operação que designa o sistema”; “[é] um único tipo de operação e sua recursividade [que] produz o sistema” (LUHMANN, 2011, p. 89).

Dessa forma, o que diferencia um sistema dos demais – e que constituem o 'ambiente' do sistema – é, exatamente, esse fato: uma operação típica que se conecta a operações de seu próprio tipo, deixando de fora as operações de outras naturezas.

Em decorrência, os sistemas sociais são autônomos, no sentido de que “somente a partir da operação do sistema é possível determinar o que lhe é relevante e, principalmente, o que lhe é indiferente” (LUHMANN, 2011, p. 120). Dito de outra forma, o sistema não está condicionado a responder a todo e qualquer estímulo proveniente do ambiente, mas apenas àqueles que lhe são relevantes e, portanto, traduzíveis ao léxico que o caracteriza.

Assim, a Teoria dos Sistemas Sociais toma, como ponto de partida, um princípio de diferenciação: o sistema não é meramente uma unidade, mas uma diferença. O sistema estabelece seus próprios limites por meio de operações exclusivas e o que descreve um sistema são as operações que o configuram (LUHMANN 2011, p. 101-103).

Disso decorre o conceito de fechamento operativo, que consiste em que “o sistema só pode dispor de suas próprias operações ou, em outras palavras, dentro do sistema não existe outra coisa senão sua própria operação. Esta operação única consegue configurar dois acontecimentos fundamentais dentro do sistema: a auto-organização e a autopoiese” (LUHMANN, 2011, p. 112).

Auto-organização significa construção de estruturas próprias, no âmbito do sistema, mediante operações específicas. Autopoiese, ou capacidade de reprodução de seus componentes a partir de um mesmo tipo de operação, é um conceito que ele foi buscar na Biologia (a vida surge da vida).

Ao transportar esses conceitos – autopoiese e auto-organização – para os sistemas sociais, Luhmann identifica que a comunicação é a única operação social que cumpre os requisitos mencionados de possuir a capacidade de articular operações anteriores e subsequentes, de prosseguir sua operação e, ao mesmo tempo, excluir as operações que não pertencem ao sistema. Isto é, permite ao sistema não apenas se auto-reproduzir como se auto-organizar.

No âmbito social, a comunicação é, para Luhmann, o único fenômeno que cumpre com os requisitos citados: um sistema social surge quando a comunicação desenvolve mais comunicação, a partir da própria comunicação (LUHMANN, 2011, p. 90). “Tudo o que existe e pode ser designado como social está constituído, do ponto de vista de uma construção teórica fundamentada na operação, por um mesmo impulso e um mesmo tipo de acontecimento: a comunicação.” (LUHMANN, 2011, p. 91).

Como componente essencial da teoria, o papel da comunicação é trazido da Ciência da Computação e de seu código binário e, nessa perspectiva, um código binário único e típico é o segundo elemento de diferenciação do sistema. Para processar a comunicação que vem do ambiente, o sistema tem de traduzi-la para o seu léxico próprio que é caracterizado pelo seu código binário. Esse esquematismo binário caracteriza o modo típico de elaboração da comunicação pelo sistema e o diferencia dos demais.

São exemplos de códigos binários: verdadeiro/falso, do Sistema da Ciência; propriedade/não-propriedade (de certo bem) ou pagar/não pagar (um determinado preço), do Sistema da Economia; governo/oposição, do Sistema da Política; transcendência/imanência, do Sistema da Religião; legal/ilegal, do Sistema do Direito (LUHMANN, 2012).

Segundo Mathias (1998, p. 13), “a visão do mundo de um sistema funcional é aquela que o seu código lhe permite ver”. “O que não faz sentido para o sistema é

descartado, remanescendo na complexidade do ambiente” (KUNZLER, 2004, p. 127).

Em decorrência dessas características – processos e códigos de comunicação próprios e específicos –, os sistemas sociais são, simultaneamente, abertos em termos cognitivos e fechados em termos operativos. Isso significa que têm elevada interdependência e sensibilidade às demandas um do outro (abertura cognitiva), mas só conseguem processá-las nos limites inerentes às estruturas, seleções e operações que os caracterizam e diferenciam um do outro (fechamento operativo). (CAMPILONGO, 2011).

Ao processo segundo o qual se dá a comunicação entre os sistemas ou do sistema com seu ambiente, Luhmann denominou ‘acoplamento estrutural’ (NAFARRATE, 2004, p. 357). Dele resulta “uma espécie de coordenação estável das operações respectivas” (CORSI, 1996, p. 20); “estimulação recíproca” (NAFARRATE, 2004, p. 371); “troca de informações” (DELDUQUE, 2010, p. 10).

Partimos do pressuposto de que, em situações de emergência sanitária, as relações entre os Sistemas da Saúde, da Política e do Direito são tensionadas ou, para usar a expressão cunhada por Gripp-Hagelstange (2004), esses sistemas se *irritam* mutuamente, em acoplamento estrutural.

Para o controle de doenças, a implementação de ações de vigilância sanitária e epidemiológica e, em especial, na vigência de uma emergência de saúde pública, o Sistema da Saúde – que está no ambiente do Sistema da Política – *irrita* o Sistema da Política com suas pretensões normativas uma vez que a ação necessária – que é, obrigatoriamente, uma ação da Administração Pública – deve atender ao princípio da legalidade.

Para Luhmann (1997), a resposta do Sistema da Política consiste na tematização política das pretensões do ambiente (no caso, oriundas do Sistema da Saúde) e se dá por meio de três mecanismos denominados por ele de ‘variação’, ‘seleção’ e ‘estabilização’, que correspondem, respectivamente, à ampliação das possibilidades alternativas de decisão – na medida em que existam expectativas normativas conflitantes; à implementação de processos de seleção e controle dessas pretensões e alternativas; e à adoção de decisões coletivamente vinculantes

– isto é a regulamentação das expectativas válidas por meio da produção normativa e da formulação de políticas públicas.

Para Campilongo (2011, p. 72) “variação, seleção e estabilização de decisões coletivamente vinculantes – num processo de contínua circulação das possibilidades alternativas de decisão – representam o esforço do Sistema Político para, operando autonomamente e com base em suas próprias estruturas, reduzir e manter sua complexidade”.

No caso do Congresso Nacional, esses três mecanismos se executam por meio de processos que lhe são próprios (inerentes) e o caracterizam: o tratamento e elaboração política das pretensões normativas do ambiente – que é feito pela elaboração e realização de pronunciamentos⁹ e de audiências públicas, e por meio de requerimentos de informação e da convocação de autoridades; o processo legislativo, que consiste na proposição, apreciação e aprovação de atos normativos, leis e políticas; e o de coerção, caracterizada pela fiscalização da implementação das políticas formuladas¹⁰.

Como vimos, para Luhmann, a capacidade de tomar decisões que vinculam coletivamente é a função do Sistema da Política, e “é claro que esta função não pode ser exercida por qualquer organização política”. [...] “A responsabilidade da função deve ficar concentrada em algum lugar do sistema político e quem tem essa responsabilidade é a organização denominada Estado” (LUHMANN, 2004, p. 255).

Portanto, ainda que o sistema político não seja nenhuma organização e ninguém, nem mesmo o Estado, possa apresentar-se como seu representante, as organizações são necessárias – e mais necessárias ainda nos Estados democráticos que se esforçam por atribuir para si uma grande quantidade de interesses e de opiniões para submetê-los ao processo de tomada de decisão (LUHMANN, 2004, p. 254).

Para Luhmann (2004), em virtude de sua complexidade, o Sistema da Política compõe-se de vários ‘sistemas parciais’ ou ‘sistemas/organização’ – partidos

⁹ A adoção da expressão “parlamento” para designar as câmaras legislativas é uma demonstração da essencialidade da função dos pronunciamentos parlamentares (discursos) para o exercício do Poder Legislativo. “A origem da palavra mostra que o Parlamento é essencialmente o lugar onde se fala, onde se discute, onde se debate, onde se mantém uma conferência formal para a discussão dos negócios públicos” (RODRIGUES, 1972, p. 6).

¹⁰ As atribuições constitucionais e legais do Legislativo lhe permitem exercer uma efetiva atividade fiscalizadora das ações do governo, contando, inclusive, com instrumentos próprios para isso (CAMARGO; KAIN, 1995).

políticos, opinião pública, sociedade civil, os poderes e a própria administração do Estado e os diferentes níveis de governo.

O que vale para o Sistema da Política vale para os sistemas parciais. “Cada subsistema é meio para os demais, quer dizer, um subsistema não percebe aos outros como subsistemas, mas como complexidade, meio, entorno, ambiente que precisa ser reduzido em vista de seu próprio código” (DELDUQUE, 2010, p. 6).

O Poder Legislativo – como poder de Estado e em vista do Estado de Direito em que está sustentado o país – tem a missão constitucional de produzir respostas legislativas para as necessidades sociais e políticas e de fiscalizar as políticas públicas implementadas.

Isso não quer dizer, no entanto, que a Administração Pública não participe da decisão;

ela o faz na medida em que, detendo o Poder Executivo grande parcela das decisões políticas, dá início ao processo legislativo que resultará na promulgação da lei contendo a decisão governamental. Normalmente, é na esfera dos órgãos administrativos que são feitos os estudos técnicos e financeiros que precedem o encaminhamento de projeto de lei e respectiva justificativa ao Poder Legislativo (DI PRIETO, 2008, p. 44).

De qualquer forma, a resposta do Congresso Nacional, na qualidade do sistema parcial do Sistema da Política responsável pela produção legislativa – em sentido estrito – é decisiva em relação à questão que nos ocupa: ainda que a iniciativa da proposição dessas leis não seja exclusiva do Parlamento, ele constitui, dentre todos os sistemas parciais do Sistema da Política, o elemento decisivo; e conhecer sua atuação histórica em relação a essa matéria pode ser relevante.

1.3 DO SISTEMA MÉDICO AO SISTEMA DA SAÚDE

Embora não tenha escrito sobre a existência de um ‘Sistema da Saúde’¹¹ (VIAL e KÖLLING, 2012), Luhmann, em seu artigo intitulado *O Código da Medicina*, descreve um ‘Sistema da Cura das Doenças’¹² que cumpre o requisito de possuir um

¹¹ Adoto a expressão ‘Sistema da Saúde’ para designar o sistema social considerado no âmbito da Teoria dos Sistemas Sociais. Emprego a expressão ‘sistema de saúde’ no sentido de conjunto de instituições, serviços e ações de saúde articulados segundo princípios e determinações legais, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde de uma comunidade ou sociedade (em especial os sistemas públicos de saúde).

¹² Luhmann usa indiferentemente e como sinônimas as denominações ‘Sistema da Cura das Doenças’ e ‘Sistema da Medicina’ (LUHMANN, 2012).

“esquematismo binário que caracteriza o modo típico de elaboração da informação”, o que o diferencia dos demais sistemas, caracterizando, assim, um sistema funcional da sociedade.

Esse código binário, que caracteriza a função dos sistemas, é expresso como dois valores que, respectivamente, estabelecem uma assimetria fundamental entre si: um positivo – ou ‘de designação’ – e um negativo – que expressa ‘contingência’. A operação do sistema consiste em transformar um no outro, prescindindo de códigos de outros sistemas.

No caso do Sistema da Cura das Doenças, o código binário é doente/sadio, no qual o valor positivo ou de designação é ‘doente’ – “pois só a partir da doença um médico pode atuar; só um doente pode ser curado” (LUHMANN, 2012, p. 3).

O problema que se nos afigura aqui consiste em que, atendendo à lógica que preside a teoria, esse código binário que caracteriza o Sistema da Cura de Doenças – doença/ausência de doença – não permite, no caso do Sistema da Saúde que buscamos reconhecer, atribuir de modo inequívoco a operação que lhe é própria.

O Sistema da Saúde, tanto quanto o Sistema da Cura das Doenças descrito por Luhmann, tem ‘doença’ como valor positivo da sua codificação binária, mas seu código ou valor de contingência não é ‘ausência de doença’, mas ‘saúde’, uma vez que não se trata, aqui, de ‘curar doenças’, mas de assegurar ou manter a saúde. E não apenas em nível individual, clínico, mas também coletivo – ou seja, para muito além da atuação dos médicos.

Saúde – como código de contingência de um Sistema da Saúde – deve ser entendida não apenas como ausência de doença, mas como fenômeno social que resulta de políticas sociais e econômicas, de condições de vida, trabalho, habitação, e em cuja determinação o acesso a ações e serviços para o tratamento dos doentes é apenas um dos determinantes relevantes (OMS, 2010). O Sistema da Saúde que imaginamos reconhecer no contexto da Teoria dos Sistemas Sociais de Luhmann tem, como operações próprias e típicas, aquelas relativas à redução do risco de adoecer, e não apenas à cura dos doentes.

E mais: talvez o código binário que mais facilite a transformação de um valor noutro, determinando mais diretamente o processo típico e próprio de um Sistema

da Saúde, não seja doença/saúde, mas risco/ausência de risco (de adoecer). Risco é o valor de designação; ausência de risco, o de contingência.

Luhmann antevê, naquele seu escrito, a possibilidade dessa lógica ao reconhecer que a atuação do médico em outras situações – como, por exemplo, a “seleção para o serviço militar e a aptidão para viajar a um país tropical” – se faz tipicamente em vista de exigências *de outro sistema de funções* e não “para curar” (LUHMANN, 2012, p. 3).

Esta também é a opinião de Vial e Kölling (2012, p. 174): “muito embora ele não tenha falado em um ‘sistema da saúde’, sua teoria nos dá bases para defender a postura de que a saúde é um sistema social [...] pois é evidente que a saúde é um sistema social diferenciado e que constantemente recebe irritações de outros sistemas sociais”. A saúde seria, no desenvolvimento das sociedades modernas, um daqueles sistemas que “surgem por autocatálise dos problemas de dupla contingência que permitem serem enfrentados mediante suas próprias operações” (VIAL e KÖLLING, 2012, p. 176).

Refletindo sobre as dificuldades de Luhmann e dos estudiosos de sua Teoria em conceberem um Sistema da Saúde, as autoras identificam as de “efetivar e dimensionar a própria definição de saúde”¹³ e o fato de “os programas da Medicina” serem orientados para a doença. Segundo elas, “o próprio Luhmann percebeu a dificuldade que envolve o Sistema da Medicina e deixa espaço para novas reflexões que ultrapassam os campos médico, ético e político, mostrando que, evolutivamente, o campo da Medicina vem se ampliando” (VIAL e KÖLLING, 2012, p. 178) – e essa ampliação gera novas lógicas e novos sistemas parciais.

Ou seja, a irritação do ambiente caracterizada, nas sociedades modernas, pelo desenvolvimento da Medicina, por um lado, e pelo reconhecimento jurídico do Direito à Saúde, por outro, seria responsável pela diferenciação do Sistema de Cura das Doenças, como sua estratégia de sobrevivência no ambiente em mudança.

De qualquer forma, seja assumindo o conceito original de Luhmann, seja assumindo a concepção de um Sistema da Saúde não antevisto por ele, esse sistema – da Medicina ou da Saúde – acopla-se estruturalmente e irrita o Sistema da

¹³ No *Código da Medicina*, ele escreve que “enquanto a terminologia relativa à doença cresce com a Medicina, o conceito de saúde permanece problemático e privado de significado” (Luhmann, 2012, p. 3).

Política quando estão em cena o controle de doenças, a operação de sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica e – em especial e muito criticamente – na vigência de emergências de saúde pública.

Como, nessas situações, os processos que ocorrem no âmbito do Sistema da Saúde são condicionados pelo arcabouço legal existente, elas geram pretensões normativas a serem supridas pelo Sistema da Política – e especificamente por um de seus sistemas parciais, o Parlamento, – cuja resposta, nos termos da Teoria, consiste em dar-lhes tratamento político.

2 OBJETIVOS

A pesquisa objetivou descrever e explicar o comportamento do Congresso Nacional brasileiro, em diferentes contextos políticos e institucionais, frente a questões de relevante interesse para a saúde pública caracterizadas por emergências sanitárias desencadeadas por epidemias de doenças transmissíveis.

Reconhecida a insuficiência do arcabouço jurídico nacional em dotar o Poder Público de bases legais para sua atuação frente a emergências de saúde pública, nos interessou investigar, com o aporte da Teoria dos Sistemas Sociais de Niklas Luhmann, como o Congresso Nacional se comportou nos últimos anos, frente a quatro emergências sanitárias relevantes: a sétima pandemia de cólera, nos anos de 1991 a 2005; a pandemia de influenza H5N1, que cursou entre 1999 e 2006; a pandemia de sars, que durou de 2003 a 2005; e a pandemia de influenza H1N1, dos anos de 2009 e 2010.

3 MÉTODOS

3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Trata-se de um estudo de análise quali-quantitativa de base documental com o emprego de técnica de análise de conteúdo.

Os tipos de documentos – que correspondem a ações parlamentares – foram quantificados utilizando-se a proporção (%) como medida de frequência. A análise e comparação da magnitude dessas frequências permitiu caracterizar a resposta do Poder Legislativo em cada caso e delinear as características desse comportamento.

Quatro emergências sanitárias de elevada magnitude ocorridas nos últimos anos foram selecionadas e caracterizados os contextos político-institucionais em que ocorreram. A resposta das duas casas do Congresso Nacional a cada uma delas foi caracterizada quanto a sua natureza (parlamentar, fiscalizadora, legislativa), tempestividade e efetividade.

Para tanto, foram identificados e analisados os pronunciamentos parlamentares relativos aos episódios, quanto a seu escopo; caracterizada a atuação fiscalizadora das duas casas do Congresso Nacional, em cada caso, quanto a sua natureza e efetividade; e identificada e caracterizada a produção normativa (incluídas as leis orçamentárias) relativa a cada caso, quanto a sua natureza e mérito.

Os documentos analisados são, assim, matérias legislativas em tramitação ou que já tramitaram no Senado Federal, na Câmara dos Deputados e no Congresso Nacional, além de referências, resumos e textos integrais de pronunciamentos proferidos por senadores e deputados desde março de 1973¹⁴, presentes em bases de dados, gerenciadas e mantidas respectivamente pelo Senado Federal e pela Câmara dos Deputados.

Nessas fontes, foram recuperados os textos legislativos – projetos de lei, medidas provisórias, requerimentos e indicações – e os pronunciamentos que trataram do assunto relativo a cada evento. As informações foram coletadas em

¹⁴ Documentos de datas anteriores não estão digitalizados.

matrizes específicas para cada assunto (emergência) e espécie de documento (matérias legislativas e pronunciamentos). (Ver Apêndice)

A Identificação e busca dos documentos analisados foram realizadas nos bancos de dados dos sistemas informatizados de informação legislativa mantidos pelo Senado Federal (SICON - Sistema de Informação do Congresso Nacional) e Câmara dos Deputados (SILEG - Sistema de Informação Legislativa).

Nesses bancos de dados, a recuperação de informações pode ser feita usando-se, como argumento de pesquisa, o assunto, o autor, a origem, as datas, o número da proposição legislativa ou do pronunciamento e/ou quaisquer outras palavras que constem no documento. Os argumentos podem ser utilizados individualmente ou combinados entre si.

No levantamento, foram utilizados como argumento de pesquisa as diferentes denominações com que os agravos foram identificados e os nomes científicos da doença e de seu agente etiológico, respectivamente a cada emergência/epidemia estudada, combinados com o período abrangido pelo estudo, em cada caso.

Os autores, isto é, o nome dos parlamentares envolvidos na proposição, apreciação e votação de proposições e dos autores dos pronunciamentos e seus apartes não foram identificados.

As fontes utilizadas constituem, portanto, bases de dados primários, obtidos a partir de documentos públicos arquivados.

Adotou-se, aqui, conceitos e a classificação de Cellard (2012, p. 297), segundo os quais: 'documento' "consiste em todo o texto escrito, manuscrito ou impresso, registrado em papel" – fazendo a concessão de incluir aqueles registrados em meio magnético, como é o caso; 'documento público' é aquele mantido em arquivos governamentais, sob responsabilidade da administração pública ou do estado; e 'documento arquivado' é "uma documentação sob guarda de um depósito de arquivos qualquer e que pode ser objeto de uma descrição, uma classificação ou um tratamento concernente à conservação".

Em vista da característica dos documentos analisados – os autores são sempre conhecidos e identificados; a autenticidade e confiabilidade dos textos são absolutas; os textos têm naturezas uniformes e lógicas consistentes; o contexto em que foram produzidos e a lógica que presidiu sua classificação e conservação são

de domínio público; e o fato de constituírem documentos públicos, de livre acesso – puderam ser contornados os principais “obstáculos e armadilhas” da análise documental (CELLARD, 2012, p. 296-302), e o estudo de seu conteúdo pode ser feito diretamente, prescindindo de análises preliminares e da crítica dos documentos.

Por fim, pesquisa bibliográfica em bases informatizadas (Biblioteca Virtual de Saúde - BVS; *Scientific Electronic Library Online* - Scielo) e no acervo da Biblioteca do Senado Federal permitiu caracterizar cada um dos eventos estudados dos pontos de vista epidemiológico, social, cultural e político, bem como o contexto político e institucional em que ocorreram.

3.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

O levantamento identificou, em cada episódio estudado, o conjunto de ações desenvolvidas pelos parlamentares, em cada casa do Legislativo, segundo sua natureza (pronunciamento, proposição legislativa), consubstanciadas e registradas em documentos correspondentes (projeto de lei, medida provisória, requerimento, indicação, pronunciamento).

Todas as ações/documentos foram caracterizadas quanto à tempestividade (momento em que foram propostas em relação ao desenrolar do problema).

Os projetos de lei e medidas provisórias (incluídos os projetos de leis orçamentárias) e a produção normativa decorrente foram caracterizados quanto à espécie, mérito e efetividade (isto é, se os projetos de lei prosperaram ou não).

Os requerimentos também foram analisados quanto ao mérito e a efetividade (isto é, se foram aprovados e seu objeto, atendido). Quando disponíveis, os relatórios de audiências públicas foram analisados quanto ao seu escopo.

Os pronunciamentos parlamentares foram analisados quanto a seu escopo, para identificar a idéia central de que tratam.

As ocorrências foram quantificadas e calculadas suas respectivas frequências.

O tratamento dado aos documentos obtidos – como se pode depreender – caracterizam o emprego de uma técnica de análise de conteúdo que, segundo

Bardin (2004, p. 36-37), trata-se de um conjunto de técnicas visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a explicitação e sistematização do conteúdo de documentos ou mensagens, por meio da construção de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens.

Neste trabalho, utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo na sua concepção original para identificar, classificar e quantificar os conteúdos de documentos que tratam de emergências sanitárias e controle de doenças transmissíveis, relativos à atuação das duas casas do Congresso Nacional em determinados momentos históricos.

Entendeu-se, assim, a análise de conteúdo como uma metodologia de base empírica, exploratória quanto ao processo e preditiva ou inferencial quanto ao objetivo, que pode ser definida como aquela que analisa o conteúdo manifesto de um conjunto de documentos por meio da classificação, tabulação e avaliação dos seus temas para determinar seu sentido e efeito provável (KRIPPENDORFF, 2004).

No caso, sentido e efeito provável decorrem diretamente da natureza do documento e da espécie da proposição legislativa:

- (i) projetos de lei objetivam a elaboração de novas normas jurídicas (sentido); em relação a eles, nos interessou identificar a relevância da norma proposta, no mérito, para o enfrentamento da nova situação epidemiológica ou para dotar o arco jurídico nacional de normativas adequadas (efeito); e se a proposição prosperou, isto é, se a ação teve efetividade;
- (ii) requerimentos (de informações a autoridades, de convocação de autoridades e de realização de audiências públicas) constituem ações que objetivam dar tratamento político ao tema e/ou fiscalizar políticas públicas implementadas (sentido); nos interessou caracterizar sua tempestividade e resultados (efeito);
- (iii) pronunciamentos são, tipicamente, ações voltadas para a análise e o tratamento político dos temas trazidos à deliberação do Parlamento (sentido); nos interessou identificar suas idéias centrais, como

reveladoras do entendimento que o problema estava tendo e das soluções políticas aventadas (efeito).

Dessa forma, fez-se uma análise basicamente lexical, utilizando as palavras como indicadores, para inventariar e classificar os diferentes tipos de documentos a serem analisados quanto a sua natureza e tema.

A quantificação das respectivas frequências dos tipos e temas dos documentos permitiu inferir sobre a natureza, tempestividade, efetividade e resultados da ação das casas legislativas – em especial em relação à produção normativa decorrente.

Para o processamento das informações, empregou-se o programa dos próprios bancos de dados pesquisados.

3.3 SELEÇÃO DOS EPISÓDIOS ESTUDADOS

Os critérios de inclusão adotados para a seleção das emergências estudadas foram: (i) a transcendência do evento, isto é, terem constituído risco inusitado e apresentado alto impacto societário (econômico, social, cultural) e propagação (ou risco de) pelo território nacional; (ii) o contexto político-institucional em que ocorreram (buscando contemplar diferentes conjunturas tanto do ponto de vista político quanto das instituições sanitárias); e (iii) a disponibilidade de documentos informatizados e arquivados nos bancos de dados estudados.

3.4 DISPENSA DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÉ DE ÉTICA

A pesquisa que deu origem à dissertação não envolveu seres humanos.

Trata-se de pesquisa documental, realizada em base de dados de acesso público, com documentos públicos cujos autores – apesar de conhecidos e identificados – não são identificados de nenhuma forma nos documentos de pesquisa, seja nos formulários de coleta de dados, seja no texto da dissertação.

4. RESULTADOS

Foram selecionadas quatro epidemias de doenças infecciosas que cursaram no Brasil em contextos políticos e institucionais recentes e distintos (Quadro 1).

Quadro 1 - Emergências sanitárias selecionadas, segundo o período e o contexto político-institucional em que ocorreram.

Emergência sanitária	Período	Contexto político-institucional
Pandemia de cólera	1991-2005	Reforma neoliberal do Estado (Era Collor); recessão econômica; institucionalização recente do Sistema Único de Saúde (SUS); impedimento do Presidente da República.
Pandemia de gripe aviária (H ₅ N ₁)	1999-2006	Legislatura perdida (escândalos envolvendo o Legislativo); SUS com problemas de financiamento.
Pandemia de sars	2003-2005	Pleno exercício de funções e prerrogativas do Congresso Nacional; SUS implantado e funcional.
Pandemia de gripe suína (H ₁ N ₁)	2009-2010	Pleno exercício de funções e prerrogativas do Congresso Nacional; vigência do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI2005).

Fonte: Elaborado pelo autor

4. 1 A RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL À SÉTIMA PANDEMIA DE CÓLERA, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1991 A DEZEMBRO DE 2005

4.1.1 A 7ª pandemia chega ao Brasil

Em 31 de janeiro de 1991, foram confirmados casos de cólera em províncias costeiras do Perú. A disposição irregular de dejetos por navios – que contaminou peixes e mariscos que a população está acostumada a comer crus – ou a transmissão a partir de pessoas provenientes de zonas endêmicas foram identificadas como as possíveis causas do surto. Eram os primeiros casos a ocorrer nas Américas nos tempos atuais.

Apesar da instituição de medidas de controle eficazes pelas autoridades sanitárias peruanas, em vinte dias tinham sido tratados mais de 33 mil casos, 6.535 (23%) dos quais precisaram ser internados, e ocorrido 136 mortes em razão do cólera (OPS, 1991). Os países que fazem fronteira com o Peru, inclusive o Brasil,

organizaram seus comitês de vigilância e iniciaram a preparação para enfrentar as epidemias que certamente aconteceriam – como aconteceram.

“A ameaça do cólera é um produto específico da Era Industrial e suas redes de navegação global” (JOHNSON, 2008, p. 40). Até 1800, a doença se manteve limitada a Bengala, eventualmente transportada por peregrinos pelo vale do Ganges e por navios para as costas da China. A partir do final do Século XVIII, no entanto, comerciantes, migrantes e exércitos passaram a transportar eficientemente infecções que eram locais através e entre os continentes (KARLEN, 1996), favorecendo o aparecimento dessa importante nova pandemia.

Em 1817, quando a primeira pandemia de cólera começou, sua disseminação foi favorecida pela política colonial britânica na Índia que transformou Calcutá, seu centro administrativo, em um pardieiro imundo e superpovoado, e dotou aquele país, pela primeira vez, de estradas, ferrovias, rotas comerciais e portos movimentados por onde transitavam mercadorias, pessoas, tropas e peregrinos. Levada das localidades onde era endêmica, a doença começou a se espalhar pelas cidades de Bengala. Em Calcutá e Jessore, matou mais de cinco mil soldados britânicos; os militares a levaram para toda a Índia, o Nepal e o Afeganistão; navios a transportaram de Calcutá para a China, o Japão e o Sudeste da Ásia; traficantes de escravos a levaram para a Arábia e o Leste da África e, a partir de Meca, peregrinos a dispersaram pelo mundo árabe (KARLEN, 1996).

A primeira pandemia durou seis anos e fez do cólera uma peste tão temida como a bubônica. Com a segunda pandemia, que começou em 1826 e se disseminou por rotas comerciais e de deslocamento de tropas pela Ásia, a doença chegou à Europa em 1830 e fez de Moscou a primeira cidade daquele continente a sofrer uma epidemia de cólera. Ao final do século XIX, o cólera não estava mais restrito a Bengala e já tinha circundado o globo seis vezes. Na opinião de Karlen (1996, p. 128), o cólera tornou-se “a última nova doença de uma era e o arauto de outra. Inicialmente ele disseminou o terror no mundo; depois e se tornou na primeira nova doença que os humanos sentiram que poderiam entender e conquistar”.

O enfrentamento da doença foi um grande propulsor do nascente movimento de reforma sanitária que se iniciou após a grande epidemia de 1848 – que matou

quase 11.000 pessoas, só em Londres – e do qual é emblemática a atuação de Chadwick¹⁵ a frente do novo comissariado de saúde criado no governo britânico.

Já em 1832, a necessidade de enfrentamento da doença tinha promovido o estabelecimento de juntas (*boards*) locais de saúde na Inglaterra; em 1848, o Parlamento autorizou o estabelecimento de uma Junta Central de Saúde, que, sob o comando de Chadwick, instituiu um amplo programa de saneamento público que deu início à instalação de sistemas de abastecimento de água e esgoto por todo o país e obrigou os proprietários a aperfeiçoarem seus sistemas domiciliares de água e esgoto, inclusive com a eliminação compulsória dos antigos sistemas de esgotamento sanitário. Para muitos ingleses, essa atuação parecia uma intromissão indesejada em seus direitos. O medo que o cólera provocava foi usado para superar essa oposição e aprovar a legislação que concedia aqueles poderes ao Estado.

A difusão do cólera para outros países da Europa estimulou, da mesma forma, a realização de reformas sanitárias por todo o continente, de tal forma que, no final do Século XIX, todas as maiores cidades do mundo ocidental tinham melhorado seus níveis sanitários e de saneamento básico. A vida nas cidades tornou-se mais saudável do que nunca tinha sido e as doenças transmitidas pela água foram reduzidas grandemente, com reflexos na redução da mortalidade infantil. Em 1854, John Snow estabeleceu os mecanismos de transmissão (hídrica) da doença, por meio de um estudo que é considerado um marco fundador da Epidemiologia como ciência (McNEIL, 1976).

¹⁵ Edwin Chadwick (1800-1890) é considerado “a figura principal do início do movimento da saúde pública na Grã-Bretanha” (BYNUM, 2011, p. 89). Advogado, engenheiro e sanitarista autodidata, secretário e seguidor de Jeremy Bentham, foi presidente da comissão para a reforma da Lei dos Pobres elizabetana de 1601, criada no parlamento britânico sob o impacto da epidemia de cólera de 1832, e que resultou na promulgação de uma nova Lei dos Pobres cujas diretrizes orientaram as políticas sociais e assistenciais britânicas até 1929; secretário do novo departamento criado para gerenciar a nova política assistencial do governo; autor de um texto clássico sobre os primórdios do movimento da saúde pública: *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* (1842); e um dos membros da Diretoria Geral de Saúde criada pelo governo quando do ressurgimento do cólera em 1848, juntamente com a promulgação de uma Lei da Saúde Pública (GORDON, 1996). Pela primeira vez na história da saúde pública, empregou informações de estatística vital que se iniciavam a produzir em 1837 (o registro civil de nascimentos, óbitos, casamentos) para mensurar as discrepantes taxas de mortalidades entre diferentes segmentos da população e implantou um sistema público de abastecimento de água e escoamento de esgoto (1871), com importante impacto sanitário. Como legislador e gestor advogou sempre a necessidade de “uma legislação compulsória” (BYNUM, 2011, p. 93). “Zeloso e arrogante”, Chadwick administrou o novo departamento de saúde do governo com o apoio de comitês de especialistas, a aprovação de uma legislação sanitária e a medicina preventiva. “Acima de tudo, ele convenceu o povo a aceitar que a saúde e o comportamento individuais são questões públicas” (KARLEN, 1995, p. 137).

A partir do início do Século XIX, o cólera se espalhou pelo mundo a partir de seu reservatório na Índia em seis subsequentes pandemias que mataram milhões de pessoas em todos os continentes. O primeiro contato do Brasil com o cólera se deu durante a segunda pandemia, em 1855 (PIMENTA, 2004).

Em 22 de junho daquele ano, o Vice-presidente do Pará notificou as autoridades da Corte do seu aparecimento naquela província e, em 12 de julho, foi internado o primeiro caso no Rio de Janeiro. Entre essa data e abril de 1856, quando se registraram os últimos casos, a doença causou 4.843 óbitos, acometendo, principalmente, escravos, forros e livres pobres (PIMENTA, 2004).

A pandemia que chegou ao Brasil em 1991 – a sétima – começou no Sul da Ásia em 1961, alcançou a África em 1971 e as Américas em 1991. Até sua chegada ao Peru, já tinha causado mais de 1.700.000 casos em 117 países e estava durando muito mais do que as seis antecedentes (NARKEVICH, 1993). Dez anos depois de sua entrada nas Américas, em 2002, 21 dos 35 países da região, com exceção apenas do Canadá, do Uruguai e do Caribe, tinham sofrido epidemias de cólera. Hoje, o cólera é endêmico em muitos países (OMS, 2012).

Enquanto nos Séculos XIX e XX, o cólera foi um fenômeno predominantemente urbano e de elevada mortalidade, na epidemia de 1990 na América Latina, em contraste, foi predominantemente rural e com letalidade em torno de 2% (OMS, s/d).

A sétima pandemia de cólera chegou ao Brasil em 1991. O reconhecimento de que cursava uma epidemia de cólera no país foi feito pelo Ministério da Saúde em março daquele ano. Até 2005, ano do registro dos últimos casos de transmissão autóctone, a epidemia alcançou todas as regiões do país, produzindo 168.598 casos e 2.035 óbitos. O coeficiente de incidência em 1993, ano em que ocorreu o maior número de casos, foi de 39,81/100.000 habitantes e a letalidade foi de 1,11%. O grupo etário mais atingido foi o de maiores de 15 anos, com predomínio no sexo masculino (MINISTÉRIO DA SAÚDE s/d.).

No primeiro ano (1991), a epidemia esteve concentrada na Região Norte – onde ocorreram 99,6% dos mais de dois mil casos e a totalidade dos 33 óbitos registrados – e, principalmente, no Estado do Amazonas, onde se registraram dois terços dos casos e 72,7% dos óbitos daquele ano. Nos anos de 1992 a 1994, a epidemia assolou grandemente o Nordeste onde ocorreram acima de 85% dos casos e óbitos, enquanto seguia seu curso na Amazônia. Os primeiros casos no

Sudeste ocorreram já em 1992, e no Sul, no ano seguinte, com o aparecimento de um pequeno foco no Paraná. Em 1994, uma epidemia importante, com 284 casos e um óbito cursou no Mato Grosso (MINISTÉRIO DA SAÚDE s/d.).

Os piores anos da epidemia foram os de 1993 e 1994, quando se registraram 60.340 casos e 670 óbitos, e 51.324 casos e 542 óbitos, respectivamente. A epidemia, ainda que concentrada no Nordeste (96% dos casos e 87% dos óbitos), alcançou todos os estados do Sudeste, o Mato Grosso e o Paraná. A partir de então, observou-se uma importante redução do número de casos (4.954, em 1995; 1.017, em 1996; 3.044, em 1997; 2.745, em 1998; 4.759, em 1999; 733, em 2000, e 7, em 2001). A partir de 1996, a epidemia praticamente esteve limitada ao Nordeste onde ocorreram mais de 90% dos casos e óbitos a cada ano. Em 2002 e 2003 não foram detectados casos no país. No entanto, no primeiro semestre de 2004 registrou-se um novo foco – que só foi controlado no primeiro trimestre de 2005 – no município de São Bento de Una, no agreste pernambucano, acometendo também crianças de menos de cinco anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE s/d.).

O último caso de cólera registrado no Brasil foi importado de Angola, em 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE s/d.).

4.1.2 O contexto político institucional – reforma neoliberal do Estado e *impeachment* do Presidente

A epidemia de cólera encontrou o Brasil em plena reforma neo-liberal do Estado e em recessão econômica. O Sistema Único de Saúde, criado com a Constituição Federal de 1988, dava os primeiros e difíceis passos no sentido de sua institucionalização e estruturação. O Congresso Nacional iniciava uma nova legislatura e logo se veria às voltas com a profunda crise institucional criada com o impedimento do Presidente da República.

Depois de uma redemocratização trabalhosa, de soluções tentadas e falhadas para crônicos problemas econômicos – entre os quais a hiperinflação –, um novo governo federal tinha acabado de ser eleito pela via direta, pela primeira vez depois de um quarto de século, radicalizando um processo, iniciado no governo que o antecedeu, que, em nome da modernização do Estado e da economia nacional, se tornou “um dos maiores programas de reforma do Estado em uma economia capitalista no mundo – compreendendo as dimensões administrativa, patrimonial e

de política econômica –, caracterizada por demissões, privatizações e retirada do Estado da Economia”, “sob orientação de uma nova roupagem da velha ideologia liberal” (SOUZA, 2003).

A política de desestatização, privatização de empresas estatais, abertura do mercado nacional às importações e congelamento de preços e salários levou o país a uma profunda recessão econômica – com a perda de mais de 900.000 postos de trabalho, só no ano de 1990 – e ao retorno da hiperinflação. A máquina governamental foi drasticamente reduzida pela extinção e fusão de órgãos públicos e a demissão de funcionários. Além disso, estabeleceu-se, na administração federal, um esquema de corrupção como nunca se tinha visto até então na história brasileira e que acabou por dar causa ao impedimento do Presidente da República e a uma profunda crise das instituições, inclusive o Congresso Nacional, responsável por julgar os atos do Presidente e decretar seu impedimento, em 1992.

As duas sessões legislativas de 1992 foram ocupadas quase que exclusivamente com esse processo. Uma comissão parlamentar de inquérito foi instalada em maio daquele ano e, em outubro, o processo de *impeachment* do Presidente foi aberto na Câmara dos Deputados, o que veio a acontecer em 29 de dezembro.

O processo de reforma do Estado e suas características, no entanto, não se alteraram com o apeamento de Collor de Melo¹⁶ do poder e a construção do SUS sofreu o impacto dessas políticas de governo.

A consolidação da reforma liberal do Estado levou a que a máquina estatal fosse desaparelhada, em busca de modernização gerencial e do ‘Estado mínimo’¹⁷.

¹⁶ Fernando Collor de Melo foi eleito Presidente da República em 1989 pelo Partido da Reconstrução Nacional e empossado em 1990. Elegeu-se com um programa em defesa dos “descamisados”, dos “pés-descalços” e de combate ao nepotismo e à corrupção. No entanto, implementou um plano de governo que, em tudo, seguia o receituário do Fundo Monetário Internacional e cujas consequências – acentuar o modelo produtor para exportação, enxugamento da liquidez, recessão, redução do déficit público, modernização privatista do Estado, arrocho salarial – apontavam para um desenho econômico neoliberal, de modernização capitalista. Os segmentos mais desorganizados que forneceram as bases sociais de sua eleição passaram a “colher as agruras oriundas da recessão, do arrocho e do desemprego” (ANTUNES, 2004, p. 11). Manteve relações complicadas com o Legislativo, caracterizadas pelo encaminhamento de inúmeras medidas provisórias e pelo veto de grande parte dos acordos feitos por sua base parlamentar. Seu governo, por fim, foi marcado por “uma corrupção compulsiva, que penetrava todos os poros da sociedade” (ANTUNES, 2004, p. 20). Em 1992, sofreu processo de *impeachment*, sendo substituído pelo Vicepresidente Itamar Franco, cujo mandato se encerrou em 1994.

¹⁷ Estado limitado tanto em relação a seus poderes quanto a suas funções. Caracteriza-se pela supressão ou restrição das atribuições do Estado perante a economia e as políticas sociais e pela não intervenção estatal sobre esses campos, em prol da liberdade individual e da competição entre os agentes econômicos que seriam os pressupostos da prosperidade econômica. A única forma de

O ajuste fiscal – com financeirização dos orçamentos públicos, redução de investimentos e gastos públicos – promoveu a fragilização e, em alguns casos, a ausência de políticas públicas. O aumento da arrecadação foi destinado à fazer superávit fiscal, pagar os juros da dívida e sustentar a terceirização. Na área da saúde, a política foi encaminhada na direção da privatização, estimulando o aumento da participação do setor empresarial privado.

Como o projeto de um sistema de saúde público e universal, que pressupunha ampliar a atuação estatal, a implementação do SUS esbarrou em um processo de desestatização e redefinição do papel do Estado mais como um regulador do que como prestador de serviço; precisando de uma ação estatal efetiva, teve de fazer frente à flexibilização da gestão pública e a uma drástica redução dos quadros de pessoal desse setor. Quando era esperado um aumento dos investimentos governamentais na ampliação e melhoria das redes públicas de serviços, encontrou a contração dos gastos para o financiamento de políticas sociais e a ampliação da abertura do setor ao mundo empresarial.

Dessa forma, a implantação da reforma sanitária determinada pela nova constituição e do novo sistema público de saúde sofreram grandes constrangimentos políticos e econômicos.

A Lei Orgânica da Saúde – regulamentando o texto constitucional e dando a nova organização institucional ao setor – só foi aprovada em 1990, e, na sanção, recebeu vetos que a descaracterizaram. A reinstituição de mecanismos essenciais ao modelo, relativos ao controle social e às transferências intragovernamentais de recursos, objeto dos vetos, obrigaram à edição de outra norma legal, ainda no mesmo ano.

Como a implementação da reforma sanitária dependia extremamente de dotações orçamentárias para o Ministério da Saúde e, de parte dos estados e municípios, de transferências federais, as questões referentes ao equacionamento do financiamento do sistema tomaram grande relevância. Tão logo a Seguridade Social – nos primeiros tempos pós-constituição – e a Saúde – depois da criação da CPMF, em 1996, – puderam contar com recursos próprios e ampliados, passaram a ter uma infinidade incontável de 'sócios' a disputar as receitas de contribuições

sociais, desviadas para as mais diferentes finalidades e sob critérios de classificação arbitrários, contrariando o espírito e a letra da lei e da Constituição.

Até 1993 – ano da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – o sistema funcionou no modelo dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS), criados nos estados por um acordo de cúpula entre os ministérios da Previdência e da Saúde, em 1987, cujo objetivo era a estadualização da assistência médica com transferência de atribuições e recursos para as secretarias estaduais de saúde, mantendo no Inamps as funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento.

A extinção do Inamps, em 1993, no entanto, não significou, inicialmente, uma retomada da doutrina do SUS pelo Ministério da Saúde e pelo Governo. O que se observou, ao contrário, foi um período longo de *inampização* do Ministério da Saúde e do SUS, isto é, a assistência médico-hospitalar permaneceu a prioridade orçamentária federal, em detrimento das ações de saúde coletiva. Entre 1989 e 1995, os gastos com assistência médico-hospitalar passaram de 70 a 90 % do total de gastos federais com saúde. Diante da insuficiência de recursos, abandonaram-se programas de controle de doenças, desarticulou-se o sistema de vigilância sanitária e subfinanciaram-se as redes de laboratórios de saúde pública, de controle de qualidade e de produção de insumos.

4.1.3 A resposta do Congresso Nacional

Quando o cólera entrou no Perú, o Congresso Nacional estava em recesso¹⁸. As primeiras manifestações sobre o assunto, no entanto, só vieram a acontecer vinte

¹⁸ A organização do Poder Legislativo no Brasil é bicameral: Câmara dos Deputados e Senado Federal. Deputados são representantes do povo e se elegem em número proporcional à população do estado de origem por sistema proporcional para mandatos de quatro anos (CF art. 45); os senadores são representantes dos estados, se elegem em número de três por estado segundo princípio majoritário e têm mandatos de oito anos (CF art. 46). Cada **legislatura**, isto é, o prazo no qual se exercem os mandatos de deputados e senadores, tem a duração de quatro anos e é identificada por número ordinal (CF. art. 44). O Congresso Nacional reúne-se anualmente, na Capital Federal, de 2 de fevereiro a 17 de julho e de 1º de agosto a 22 de dezembro (CF art. 57). Cada um desses períodos constitui uma **sessão legislativa** e os intervalos entre elas são chamados de **recessos parlamentares**. Cada casa legislativa delibera autonomamente (art. 47); Câmara e Senado reúnem-se em sessão conjunta apenas para inaugurar a sessão legislativa e para conhecer do veto [presidencial a matérias aprovadas no Congresso Nacional] e sobre ele deliberar (de forma não regular, também se reúnem para elaborar o regimento comum, criar e regular serviços comuns às duas casas; e receber o compromisso do Presidente da República e do Vice) (CF art. 57). **Comissões permanentes e temporárias** são constituídas com atribuições específicas para: discutir e votar projeto de lei que dispensar a competência do plenário; realizar audiências públicas com

dias após o início da primeira sessão legislativa de 1991, tomando vulto a partir de então e concentrando-se nos dois primeiros anos da epidemia. (Tabela 1.1)

Tabela 1.1 - Ações parlamentares relativas à pandemia de cólera, segundo a natureza, a casa do Congresso Nacional e a sessão legislativa. Brasil, janeiro de 1991 a dezembro de 1995.

Sessão Legisl.	Câmara dos Deputados			Senado Federal			Congresso (CD + SF)			Total
	Disc	Fisc	Legs	Disc	Fisc	Legs	Disc	Fisc	Legs	
1ª / 91	39	-	1	6	1	-	45	1	1	47
2ª / 91	37	4	-	2	-	-	39	4	-	43
1ª / 92	56	3	1	14	1	-	70	4	1	75
2ª / 92	8	1	1	1	-	-	9	1	1	11
1ª / 93	27	-	-	6	-	-	33	-	-	33
2ª / 93	4	-	-	3	-	-	7	-	-	7
1ª / 94	11	-	-	3	-	-	14	-	-	14
2ª / 94	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1
1ª / 95	7	4	-	2	-	-	9	4	-	13
Total	190	12	3	37	2	-	227	14	3	244

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Disc = pronunciamentos parlamentares (discursos); Fisc = atividades fiscalizadoras (requerimentos de informação, de convocação de autoridades, de realização de audiências públicas); Legs = atividades legislativas (proposição e apreciação de projetos de lei).

A partir do dia 21 de fevereiro de 1991, um número crescente de discursos passou a ser proferido na Câmara dos Deputados tratando do surto no Perú, fazendo alertas, manifestando preocupação com a entrada e dissiminação da doença no país e, em especial, na Amazônia, e pedindo providências para as autoridades. É daquela primeira semana, também, a apresentação do primeiro projeto de lei sobre a matéria¹⁹. No Senado, a reação tardou ainda uma quinzena, com a realização de um discurso de teor similar e a aprovação de um requerimento de informação ao Ministro da Saúde sobre “a penetração do surto de colera-morbus no país”, em 7 de março. Naquela sessão legislativa (fevereiro a junho de 1991),

entidades da sociedade civil; convocar ministros de Estado para prestar informações sobre assuntos inerentes a suas atribuições; receber petições, reclamações, representações ou queixas contra atos ou omissões das autoridades ou entidades públicas; solicitar depoimento de qualquer autoridade ou cidadão; apreciar programas de obras, planos nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento e sobre eles emitir parecer (CF art. 58).

¹⁹ Projeto de Lei nº 828, de 1991, que “institui campanha nacional de orientação à população sobre a cólera”. Proposição de teor similar foi apresentada em abril de 1992 (Projeto de Lei nº 2.652, de 1992, que “obriga os meios de comunicação de massa a veicularem matérias oficiais de prevenção e combate ao cólera”). Eles tramitaram apensados e, apesar de terem tido pareceres favoráveis em duas comissões, acabaram arquivados ao final da legislatura.

foram proferidos 39 discursos sobre o tema na Câmara dos Deputados e 6 no Senado.

Ainda que a epidemia tenha se estendido por quinze anos, a resposta das duas casas do Congresso concentrou-se nos seus dois primeiros anos – apesar da crise institucional pela qual passava o país e o parlamento com o processo de *impeachment* do Presidente da República que durou de maio a dezembro de 1992. Nos anos de 1993 e 1994 – os piores anos do cólera no Brasil, em que foi registrada a maior incidência e mortalidade e a doença alcançou todas as regiões do país – foram realizadas apenas 22,6% das ações parlamentares.

Mais de 70% dos pronunciamentos e a totalidade da atuação fiscalizatória e dos projetos de lei apresentados ocorreram em 1991 e 1992, antes do agravamento do problema e enquanto a doença estava limitada ao Norte e Nordeste – e em plena crise do *impeachment* do Presidente.

Outra característica dessa atuação é o fato de ela praticamente limitar-se à ação parlamentar, com o grande predomínio da realização de pronunciamentos, poucas ações fiscalizatórias e pequena produção normativa. (Tabela 1.2)

A fiscalização de políticas e ações governamentais caracterizou-se pelo encaminhamento de requerimentos de informação ao Ministro da Saúde, nos primeiros anos da epidemia. O Ministro da Saúde foi convidado e compareceu ao Plenário da Câmara dos Deputados em dois momentos (abril e maio de 1992) para prestar esclarecimentos sobre a situação. (Tabela 1.3)

A produção normativa limitou-se à Câmara dos Deputados pela proposição de três projetos de lei tratando, dois deles, de instituir ações de comunicação social para o esclarecimento da população sobre a doença²⁰ e um estabelecendo gratuidade nos transportes públicos para os agentes de saúde atuando no combate ao cólera²¹. Nenhum deles prosperou.

A análise de conteúdo dos pronunciamentos realizados evidenciou uma atividade parlamentar prolífera, pelo menos nos primeiros momentos, caracterizada pela preponderância de alertas, denúncias e manifestações de preocupação com o

²⁰ Projeto de Lei nº 828, de 1991, que “institui campanha nacional de orientação à população sobre o cólera” (aprovado nas comissões de Ciência, Tecnologia e Inovação e de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, acabou arquivado ao final da legislatura, por não ter sido apreciado); e Projeto de Lei nº 2.652, de 1992, que “obriga os meios de comunicação de massa a veicularem matérias oficiais de prevenção e combate ao cólera” (apensado ao PL 828/91, arquivado).

²¹ Projeto de Lei nº 2.999, de 1992, que “dispõe sobre a gratuidade nos transportes interestaduais para os agentes de saúde”. Arquivado ao final da legislatura, por não ter sido apreciado.

risco de entrada e alastramento da epidemia no país ou seu agravamento (matéria de um terço dos discursos pronunciados), acompanhadas ou não de pedidos de providências às autoridades (objeto da quarta parte dos pronunciamentos). (Tabela 1.4)

Tabela 1.2 - Ações parlamentares²² relativas à pandemia de cólera, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional. Brasil, janeiro de 1991 a dezembro de 1995.

Ações	Câmara		Senado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pronunciamentos	190	77,9	37	15,2	227	93,1
Indicações	1	0,4	-	-	1	0,4
Requerimentos de informação	11	4,5	1	0,4	12	4,9
Requerimentos convocação de autoridades	-	-	1	0,4	1	0,4
Projetos	3	1,2	-	-	3	1,2
Total	205	84,0	39	16,0	244	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

²² **Pronunciamentos** – Deputados e Senadores, previamente inscritos, podem fazer uso da palavra nos momentos que antecedem a Ordem do Dia (Pequeno Expediente das sessões ordinárias) e após seu encerramento (Grande Expediente), por tempos determinados, para fazer as considerações que entender. Apartes são também regulados. (RISF arts, 14 a 21; RICD art. 66). **Indicação** é a proposição através da qual o deputado sugere a adoção de providência, a realização de ato administrativo ou de gestão ou o envio de projeto sobre a matéria de sua iniciativa exclusiva (RICD art. 113). No Senado Federal, corresponde a sugestão de senador ou comissão para que o assunto, nela focalizado, seja objeto de providência ou estudo pelo órgão competente da Casa com a finalidade de seu esclarecimento ou formulação de proposição legislativa (RISF art. 224). **Requerimentos de informação** a ministros de Estado e titulares de órgão diretamente subordinado à Presidência da República são admissíveis para esclarecimento de qualquer assunto submetido à aprovação das Casas do Congresso Nacional ou atinente a sua competência fiscalizadora, importando em crime de responsabilidade a recusa ou o não atendimento no prazo de trinta dias. Dependem de decisão da mesa da Casa em que foram apresentados. (RISF art. 216; RICD art. 219) **Requerimento de convocação de autoridade** - Da mesma forma, aquelas autoridades podem ser convocados, por deliberação do Plenário ou de comissão mediante requerimento de qualquer parlamentar ou comissão, para prestar, pessoalmente, informações sobre assunto previamente determinado (RISF art. 397; RICD art. 219). Elas também podem, por iniciativa própria, propor seu comparecimento perante comissão para expor assunto de relevância de seu ministério. **Projetos** são proposições legislativas tendentes a produzir leis (ordinárias e complementares), decretos legislativos, resoluções e emendas à Constituição. **Audiências públicas** são convocadas para instruir matéria legislativa em trâmite ou tratar assunto de interesse público relevante atinente à área de atuação do Congresso, mediante proposta de qualquer membro de comissão ou a pedido de entidade interessada. Aprovado o requerimento de realização da audiência, a comissão seleciona as autoridades, especialistas e outras pessoas de interesse a serem ouvidas. Na hipótese de haver defensores e opositores relativamente à matéria objeto de exame, a comissão procederá de forma que possibilite a audiência das diversas correntes de opinião. (RISF art. 93 a 96; RICD art. 255).

Tabela 1.3 - Ações de fiscalização de políticas públicas referentes à pandemia de cólera, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional. Brasil, janeiro de 1991 a dezembro de 1995.

Ações	Câmara		Senado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicações	1	7,1	-	-	1	7,1
Requerimentos de informação	11	78,6	1	7,1	12	85,8
Requerimentos convocação de autoridades	-	-	1	7,1	1	7,1
Total	12	85,7	2	14,3	14	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Denúncias ou críticas à situação de despreparo do SUS para o enfrentamento da epidemia e a precariedade das ações e serviços públicos de saúde foram matéria de seis pronunciamentos, e as consequências econômicas da epidemia (em decorrência da queda no consumo de hortigrangeiros e da redução da entrada de turistas no país), de outros três.

Tabela 1.4 - Matérias dos pronunciamentos parlamentares sobre a pandemia de cólera feitos nas duas casas do Congresso Nacional. Brasil, janeiro de 1991 a dezembro de 1995.

Matéria	Nº	%
Alertas, denúncias e manifestações de preocupação com a situação ou com o seu agravamento	84	33,2
Apelo à atuação do governo; pedidos de providências	62	24,5
Pedidos para que a população seja esclarecida / informada	5	2,0
Elogios à atuação do governo / autoridades	19	7,5
Críticas à atuação do governo / autoridades	23	9,1
Solicitação de liberação de recursos (controle da epidemia / saneamento)	25	9,9
Defesa da realização de mais investimentos / mais recursos (saúde / saneamento)	19	7,5
Denúncia / crítica a desvio / emprego irregular de verbas públicas	6	2,4
Denúncia / crítica à situação de despreparo / precariedade do SUS para o enfrentamento da epidemia	6	2,4
Aviso / denúncia de consequências econômicas	3	1,2
Total	253	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

4.2 A RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL AO RISCO DE PANDEMIA DE INFLUENZA H5N1 DURANTE OS ANOS DE 1999 A 2006

4.2.1 O risco de uma pandemia de gripe aviária

Epidemias de influenza, ou gripe, foram registradas na história da humanidade desde há cerca de dois mil anos, no Egito, na China, na Grécia e em Roma. A análise do comportamento da doença a partir do Século XVI mostrou que, periodicamente, surgiam novas epidemias que se alastravam pelos continentes. A primeira pandemia descrita como verdadeiramente global ocorreu em 1889, surgida na Rússia central e espalhando-se, em três meses, por toda a Europa, o norte da África, as Américas, parte da Ásia e a Oceania, causando estimados trezentos mil óbitos. A mais conhecida e estudada dessas pandemias foi a Gripe Espanhola, de 1918-19, que, estima-se, infectou 50% da humanidade e matou mais de quarenta milhões de indivíduos (TONIOLLO NETO, 2001.)

Kolata (2002), em sua *História da Pandemia de 1918*, afirma que o número verdadeiro de mortos de Espanhola “jamais poderá ser conhecido”, em razão de muitos dos lugares afetados pela gripe não disporem de estatísticas de mortalidade e mesmo naqueles em que essas estatísticas existiam essa era uma tarefa muito difícil no contexto da crise que se estabeleceu. Ela relata estimativas que vão de vinte a mais de cem milhões de óbitos no mundo todo, comparando-os com os 15,9 milhões de mortos em combate na I Guerra Mundial que mal tinha acabado. Nos Estados Unidos, mais de 25% da população adoeceu, bem como 40% dos alistados na Marinha e 36% dos membros do Exército (KOLATA, 2002, p. 17).

As epidemias ocorridas no Século XX – 1947, 1957 (gripe asiática), 1968 (gripe de Hong Kong) e 1976 – e o esforço despendido mundo a fora para o seu enfrentamento permitiram não apenas o isolamento do vírus (1943) e o desenvolvimento de uma tecnologia de controle – baseada no desenvolvimento da vacina (1943), de medicamentos antivirais (1966 e 1993) e na implantação de uma rede mundial de vigilância da doença – como um melhor conhecimento do processo de mutação do vírus, da sua transmissão de animais para humanos e da dinâmica dessas pandemias. Os estudos iniciais também sugeriam a existência de uma periodicidade para a sua ocorrência (DOWDLE, 2006).

Nos últimos anos, têm sido crescentes as oportunidades de exposição de pessoas ao vírus aviário. Em razão do que, a ocorrência de sua transmissão para humanos vem se dando em níveis sem precedentes nos tempos modernos. Ainda que sejam desconhecidas as exatas condições que levam à emergência de pandemias de influenza e a não-confirmação do padrão de periodicidade entre elas, os especialistas advertem que novas pandemias da doença, de origem natural, ocorrerão inevitavelmente – ainda que não se possa prever com exatidão quando –, causando números substanciais de doentes, mortes, convulsão social e pânico generalizado (DOWDLE, 2006; GERSHEIMER *et al.* 2003).

Em 1999, a Organização Mundial da Saúde, reconhecendo o aumento do risco da ocorrência de uma nova pandemia, recomendou providências a serem tomadas pelos governos e divulgou a primeira versão das *Recomendações de Preparação para Pandemia de Influenza* (OMS, 1999).

No final de 2003, uma epidemia de influenza aviária, causada por uma cepa altamente patogênica do subtipo H5N1, teve lugar no Vietnã, estendendo-se, nos anos seguintes, para outros países da Ásia, apesar dos esforços para limitar seu progresso pelo abate de grandes quantidades de aves de criação. A doença não se limitou às aves e, já em janeiro de 2004, autoridades sanitárias vietnamitas notificaram um surto de doença respiratória grave em humanos. (THORSON *et al.*, 2006) A partir de então, foram notificados casos humanos da doença em nove outros países: Azerbaijão, Cambodia, China, Djibuti, Egito, Indonésia, Iraque, Tailândia, Turquia, além do Vietnã. Até dezembro de 2006, já tinham sido notificados 263 casos humanos da gripe aviária, com 158 óbitos (OMS, 2007).

4.2.2 O contexto político-institucional – a legislatura perdida

No Brasil, estima-se a ocorrência de dez a quinze mil óbitos por ano em decorrência da gripe e suas complicações. O País mantém, desde 1999, um programa de vacinação de idosos – que tem obtido coberturas vacinais superiores a 80% nesse segmento, com excelentes resultados em relação à prevenção de internações, óbitos e gastos públicos com assistência médica – e, em 2000, instalou as primeiras unidades sentinela para o vírus influenza (FRANCISCO *et al.*, 2005; SUS, 2003).

Em atenção às recomendações da OMS, o Ministério da Saúde criou, em dezembro de 2003, um Comitê Nacional de Preparação para uma Pandemia de Influenza e, em 2005, um Plano Nacional de Preparação para uma Pandemia de Influenza.

No período em que o país se preparou para a epidemia de gripe aviária, os últimos anos incluem um contexto institucional de baixíssima produtividade legislativa por razões conjunturais – a “legislatura perdida” (NASCIMENTO, 2007).

Nos dois anos finais da 52ª legislatura, uma série de escândalos praticamente paralisou a atividade legislativa da Câmara dos Deputados. No ano de 2005, com a detonação do ‘escândalo do mensalão’, no qual se descobriu o repasse de dinheiro de diversas origens para um grupo de deputados, a Câmara praticamente estagnou. Em seguida, veio a descoberta do chamado ‘mensalinho’, que flagrou o presidente da Casa cobrando dinheiro para manter a concessão de um serviço de restaurante. Os registros dos trabalhos do plenário naquele ano mostram as conseqüências disso: os deputados ficaram 210 dias sem votar um único projeto de lei. No curto período de trabalho efetivo em 2005, foram votados somente 38 projetos e propostas de emendas constitucionais. Em 2006, os trabalhos no primeiro semestre foram prejudicados pelas denúncias e investigações envolvendo a ‘máfia dos sanguessugas’, que é como ficou conhecido um grupo de parlamentares que desviou dinheiro do Orçamento da União para compras fraudadas e superfaturadas de ambulâncias. Os últimos seis meses de 2006 encontraram a Câmara quase que congelada pelos resquícios das investigações e pela campanha eleitoral (NASCIMENTO, 2007).

Levantamento publicado pelo jornal *Correio Braziliense* mostra que, desde 1989, quando o Regimento Interno da Câmara dos Deputados foi aprovado, nunca tinham sido arquivados tantos projetos de lei como no final dessa legislatura. Enquanto deputados usavam os dias de sessões para se defenderem de acusações, prepararem relatórios de cassações e negociarem absolvições, milhares de projetos se acumulavam à espera de tramitação. No total, 7.362 projetos de lei foram arquivados ao final da legislatura sem que tivessem sido apreciados, o que equivale a um aumento de 33% em relação ao volume de arquivamento da 51ª legislatura e a mais do que o dobro do registrado nas anteriores (NASCIMENTO, 2007).

4.2.3 A resposta do Congresso Nacional

A mobilização do Congresso Nacional frente ao risco de uma pandemia de gripe iniciou-se timidamente, na Câmara dos Deputados, em 1999, e assim se manteve até 2003, só se tornando mais intensa a partir de 2004. Os anos de agravamento da crise político-institucional foram, paradoxalmente, aqueles em que os parlamentares mais se mobilizaram com o problema: 80% das ações – inclusive 3 de 4 projetos de lei – se concentraram nos anos de 2005 e 2006 (Tabela 2.1).

A resposta foi caracterizada pela dominância de pronunciamentos (60% do total de ações) e praticamente ausência de ações legislativas (Tabela 2.2).

Tabela 2.1 - Ações parlamentares relativas ao risco de pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária, segundo a natureza, a casa do Congresso Nacional e o ano. Brasil, 1999-2006.

Ano	Câmara dos Deputados			Senado Federal			Congresso (CD+SF)			Total
	Disc.	Fisc.	Legs.	Disc.	Fisc.	Legs.	Disc.	Fisc.	Legs.	
1999	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
2000	-	4	-	-	-	-	-	4	-	4
2001	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2003	-	3	-	-	1	-	-	4	-	4
2004	1	5	-	1	3	-	2	8	-	10
2005	15	6	-	6	2	-	21	8	-	29
2006	22	8	3	13	1	-	35	9	3	47
Total	38	27	4	20	7	-	58	34	4	96

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Disc = pronunciamentos parlamentares (discursos); Fisc = atividades fiscalizadoras (requerimentos de informação, de convocação de autoridades, de realização de audiências públicas); Legs = atividades legislativas (proposição e apreciação de projetos de lei).

Tabela 2.2 - Ações parlamentares relativas ao risco de pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional. Brasil, 1999-2006.

Natureza da ação	Câmara dos Deputados		Senado Federal		Congresso (CD+SF)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pronunciamentos	38	55,1	20	74,1	58	60,4
Ações fiscalizadoras	27	39,1	7	25,9	34	35,4
Ações legislativas	4	5,8	-	-	4	4,2
Total	69	71,9	27	28,1	96	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

As primeiras ações realizadas foram indicações ao Ministério da Saúde para ampliar a vacinação antigripal para outros grupos populacionais (crianças, portadores de deficiência, servidores da Câmara dos Deputados e população em geral). A elas se seguiram requerimentos de informação e de convocação do ministro da saúde para prestar esclarecimentos quanto à preparação do País para enfrentar a possível ocorrência de pandemia e, mais tardiamente, o requerimento de realização de audiências públicas. Com o agravamento da epidemia de gripe aviária na Ásia, obrigando à realização de grandes abates de aves de criação, os requerimentos de informação e os convocados para as audiências passaram a ser, também e principalmente, dirigidos a autoridades das áreas de agricultura e defesa. (Tabela 2.3)

Tabela 2.3 - Ações de fiscalização de políticas públicas referentes ao risco de pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional. Brasil, 1999-2006.

Natureza da ação	Câmara dos Deputados	Senado Federal	Congresso (CD+SF)	
			Nº	%
Indicações	9	-	9	26,5
Audiências públicas	8	1	9	26,5
Requerimentos de informação	3	5	8	23,5
Convocação de autoridades	7	-	7	20,6
Outra	-	1	-	2,9
Total	27	7	34	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

A temática dos pronunciamentos concentrou-se no alerta para o problema, na denúncia do despreparo do país para o seu enfrentamento e no pedido de providências ao governo e autoridades (três quartas partes dos pronunciamentos tratavam de pelo menos um dos temas citados). A preocupação dos parlamentares era, inicialmente, com o risco para a saúde humana e, posteriormente, com os riscos para a sustentabilidade das atividades econômicas, em especial a agroindústria avícola. (Tabela 2.4).

Tabela 2.4 - Matérias dos pronunciamentos parlamentares sobre o risco de pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária feitos nas duas casas do Congresso Nacional. Brasil, 1999-2006.

Matéria do pronunciamento	Nº	%
Denúncia / alerta sobre risco / agravamento do problema	27	46,6
Pedidos de providências / denúncia do despreparo o País	17	29,3
Registro de atos, eventos, providências tomadas	5	8,6
Crítica à atuação de autoridades / governo	4	6,9
Registros de prejuízos à atividade avícola	3	5,2
Aplauso à atuação de autoridades	2	3,4
Total	58	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Registra-se, mais uma vez, a ausência de projetos de lei: dos quatro projetos apreciados no período, três tratavam de suplementações orçamentárias para os ministérios da Defesa e da Agricultura e foram de iniciativa do Poder Executivo. O quarto cuidava de instituir uma campanha nacional de vacinação contra a gripe²³ que não chegou a tramitar por conter vício de iniciativa (isto é, segundo dispõe a Constituição Federal, compete privativamente ao Presidente da República – e não ao Congresso – a iniciativa de dispor sobre a organização e o funcionamento da administração federal).

4.3. A RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL À PANDEMIA DE SARS (MARÇO DE 2003 A MAIO DE 2005)

4.3.1 A pandemia que esvaziou as ruas das cidades mais prósperas do mundo

No dia 12 de março de 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um alerta sobre o aparecimento de uma doença respiratória grave, de causa indeterminada, que estava se propagando rapidamente entre funcionários de hospitais de Hong Kong e do Vietnã. Logo ficou evidente que a doença estava também se espalhando internacionalmente por meio de importantes rotas de transporte aéreo, uma vez que hospitais de Cingapura e de Toronto, no Canadá, reportaram casos similares.

²³ Projeto de Lei nº 976, de 1999, que “institui campanha de vacinação anual contra a gripe por intermédio do Ministério da Saúde.”

Investigações posteriores mostraram que os primeiros casos conhecidos da nova doença ocorreram na cidade de Foshan, na província chinesa de Guangdong, em 16 de novembro do ano anterior, tendo-se seguido de vários outros em Guangzhou e outras cidades da região. O surto, no entanto, foi mantido em segredo pelas autoridades chinesas, até que, em 10 de fevereiro, rumores de que uma “estanha doença contagiosa” tinha matado mais de cem pessoas em Guangdong chegaram à representação da OMS e à Embaixada Americana em Benjing e o escritório central da OMS foi notificado (BRADSEHER, 2003). No dia seguinte, o ministro da saúde chinês notificou a epidemia à OMS, revelando que, desde 16 de novembro, já tinham sido registrados 305 casos e cinco óbitos, na Província de Guangdong.

A partir de então ocorreram surtos da doença em Hong Kong, no Canadá, na Alemanha, em Taiwan, no Vietnã, em Cingapura, na Tailândia, na Malásia, nas Filipinas, nos Estados Unidos e na África do Sul. Casos importados foram registrados na Austrália, na Nova Zelândia, na Coreia do Sul, na Inglaterra, na Irlanda, na Suécia, na França, na Suíça, na Itália, na Espanha, na Rússia, na Romênia, na Índia, na Indonésia, no Quênia e na Mongólia.

Não ocorreram casos na América do Sul, no entanto casos suspeitos foram notificados na Colômbia e no Brasil. Em nosso País, o primeiro caso suspeito foi notificado em São Paulo, em 2 de abril de 2003, em uma jornalista inglesa proveniente de Cingapura com infecção respiratória (PNEUMONIA ASIÁTICA, 2003). O segundo ocorreu sete dias depois, em uma criança de quatro anos, residente em Sorocaba, SP, que tinha estado em Guangdong recentemente (FUNASA, 2003). Ambos os casos foram isolados, bem como seus contatos, mas não se confirmaram como sars. No total, enquanto durou a epidemia, 28 casos foram notificados como suspeitos em nosso País, todos, afinal, não confirmados.

As autoridades sanitárias brasileiras mobilizaram-se rápida e precocemente, adotando as medidas preconizadas pela OMS, inclusive revisando suas orientações e procedimentos, especialmente quando os primeiros casos suspeitos começaram a ser notificados no País.

O País conseguiu passar pela pandemia sem ter tido casos da doença. No entanto, ela representou um risco sanitário potencial relevante e chegou a ter impacto econômico significativo. Mesmo sem casos no Brasil, cedo a epidemia trouxe prejuízos à economia nacional, em decorrência da suspensão de missões

oficiais e comerciais dirigidas à China e ao Sudeste Asiático e da redução das exportações brasileiras para a região.

Em vista do inusitado e da gravidade da situação, ela teve grande cobertura da imprensa nacional e internacional.

A doença – denominada síndrome respiratória aguda grave ou sars, sigla decorrente do nome em inglês, que acabou prevalecendo sobre a portuguesa srag – foi causada por um coronavírus, gênero que causa doenças no gado, em porcos, galinhas, gatos domésticos e outros animais, que muito provavelmente cruzou a barreira das espécies em mercados onde animais selvagens e domésticos são abatidos e vendidos para consumo humano. Segundo os especialistas, a cepa que causou a epidemia sofreu uma mutação, depois de passar de animais para humanos, que lhe conferiu maiores virulência e facilidade de transmissão entre pessoas (OMS, 2003).

Assim como veio, a epidemia se foi, graças ao esforço coordenado das autoridades sanitárias dos países afetados e da OMS. Foram reconhecidos três surtos: o maior e mais grave cursou com caráter pandêmico entre novembro de 2002 e junho de 2003, causando mais de oito mil casos e cerca de oitocentos óbitos; o segundo, de dezembro de 2003 a janeiro de 2004, causado por uma forma menos virulenta do vírus e responsável por apenas quatro casos; e nove outros casos decorrentes de acidentes de laboratório na China, Taiwan e Singapura, entre março e maio de 2005 (YARDLEY, 2005).

Segundo a OMS, ocorreram, no total, 8.096 casos e 774 óbitos da doença, em 29 países, causando mais medo e comoção social do que qualquer outra doença, nos tempos atuais. Apesar do relativo pequeno número de pessoas afetadas e mortas, a epidemia de sars “puxou, como nunca antes, o cinto das economias, aleijou o comércio e as viagens internacionais e esvaziou as ruas de algumas das mais prósperas cidades do mundo” (OMS, 2006).

A epidemia causou perdas econômicas da ordem de 59 bilhões de dólares no mundo todo e, na China, reduziu em 1,3% o produto interno bruto e gerou perdas de 17,9 bilhões de dólares. No Brasil, reduziu exportações (AREDES, 2003) e prejudicou indústrias que dependiam de insumos importados, em especial de países asiáticos, e o transporte aéreo.

O súbito e letal aparecimento da sars foi o mais dramático episódio das últimas décadas relativo à emergência de novas doenças desconhecidas (OMS,

2003) e deixou uma lição apreendida: a de que doenças emergentes podem ser contidas com comprometimento governamental e cooperação internacional.

4.3.2 O contexto político-institucional – normalidade democrática

A epidemia de sars encontrou o Congresso Nacional em pleno exercício de suas funções e prerrogativas e sem intercorrências à sua atuação.

4.3.3 A resposta do Congresso Nacional

A mobilização do parlamento brasileiro frente à pandemia de sars se fez logo nos primeiros momentos da epidemia: quinze dias após o alerta da OMS (1º de abril de 2003), a Câmara dos Deputados aprovou requerimento de informação ao Ministro da Saúde sobre “medidas de prevenção que se pretende tomar em relação à epidemia de sars”. Com exceção de dois pronunciamentos feitos em julho e setembro, todas as demais ações se concentraram num período de sessenta dias – em média, uma ação a cada três dias (Tabela 3.1).

Tabela 3.1 - Ações parlamentares relativas à pandemia de sars, segundo a natureza, a casa do Congresso Nacional e o mês. Brasil, março de 2003 a setembro de 2005.

Mês	Câmara dos Deputados			Senado Federal			Congresso (CD+SF)			
	Disc.	Fisc.	Legs.	Disc.	Fisc.	Legs.	Disc.	Fisc.	Legs.	Total
Março	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abril	5	4	-	-	-	1	5	4	1	10
Maio	4	4	-	-	1	-	4	5	-	9
Junho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Julho	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Agosto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setbro.	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Total	11	8	-	-	1	1	11	9	1	21

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Disc = pronunciamentos parlamentares (discursos); Fisc = atividades fiscalizadoras (requerimentos de informação, de convocação de autoridades, de realização de audiências públicas); Legs = atividades legislativas (proposição e apreciação de projetos de lei).

Essa atuação deu-se preponderantemente por meio da Câmara dos Deputados e, predominantemente, pela realização de pronunciamentos – mais da metade das ações realizadas (Tabela 3.2).

Tabela 3.2 - Ações parlamentares relativas à pandemia de sars, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional. Brasil, março de 2003 a setembro de 2005.

Ações	Câmara dos Deputados		Senado Federal		Congresso (CD+SF)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pronunciamentos	11	52,4	-	-	11	52,4
Indicações	3	14,3	-	-	3	14,3
Requerimentos de informação	3	14,3	1	4,7	4	19,0
Requerimentos convocação de autoridades	1	4,7	-	-	1	4,7
Requerimentos de audiência pública	1	4,7	-	-	1	4,7
Projetos	-	-	1	4,8	1	4,8
Total	19	90,5	2	9,5	21	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

A competência fiscalizadora se concentrou na Câmara dos Deputados e se fez, principalmente, por meio de requerimentos de informações (Tabela 3.3).

Tabela 3.3 - Ações de fiscalização de políticas públicas referentes à pandemia de sars, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional. Brasil, março de 2003 a setembro de 2005.

Ações	Câmara dos Deputados		Senado Federal		Congresso (CD+SF)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicações	3	33,3	-	-	3	33,3
Requerimentos de informação	3	33,3	1	11,1	4	44,4
Requerimentos convocação de autoridades	1	11,1	-	-	1	11,1
Requerimentos de audiência pública	1	11,1	-	-	1	11,1
Total	8	88,9	1	11,1	9	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Os pronunciamentos constituíram, assim, as principais ações dos parlamentares em relação à pandemia, e estiveram voltados principalmente para a indicação ou o pedido de atuação das autoridades sanitárias, inclusive o de que a população fosse informada e esclarecida sobre o problema (Tabela 3.4).

Tabela 3.4 - Matérias dos pronunciamentos parlamentares sobre a pandemia de sars feitos nas duas casas do Congresso Nacional. Brasil, março de 2003 a setembro de 2005.

Matéria do pronunciamento	Nº	%
Indicação ou requerimento da adoção de medidas preventivas	5	45,4
Pedido para que a população fosse esclarecida	2	18,2
Manifestação de preocupação com a epidemia	2	18,2
Proposição de restrição de viagens de congressistas	1	9,1
Manifestação de aplauso ao Ministério da Saúde	1	9,1
Total	11	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Na área legislativa, apenas um projeto de lei foi apresentado, ao Senado Federal, obrigando as companhias de transporte aéreo, ferroviário e rodoviário de passageiros a disponibilizarem máscaras cirúrgicas descartáveis a seus passageiros²⁴. A proposição foi rejeitada depois de sete anos de tramitação pela Comissão de Assuntos Sociais daquela Casa (para a qual tinha sido distribuída para apreciação em decisão terminativa) e acabou arquivada.

A resposta do Parlamento Federal frente à pandemia de sars foi imediata, de pequena intensidade, breve e insatisfatória.

O Parlamento reagiu, inicialmente, como caixa de ressonância das percepções e perplexidades sociais em relação ao problema, produzindo pronunciamentos nos quais os parlamentares manifestavam preocupação quanto à situação e pediam providências às autoridades. A seguir, passou a fiscalizar as ações do Poder Executivo e as ações implementadas pelas autoridades sanitárias, com a utilização dos recursos de que dispõe (requerimentos de informação, de convocação de autoridades e de realização de uma audiência pública). Por último, é importante constatar, entre as características da resposta, a quase nula produção legislativa de iniciativa parlamentar. A única proposição feita tratava de questão periférica ao problema e, mesmo assim, não prosperou.

4.4 A RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL À INFLUENZA PANDÊMICA DE 2009

4.4.1 A pandemia de influenza A(H1N1) (abril de 2009 a agosto de 2010)

Em 24 de abril de 2009, o Ministro da Saúde do México emitiu um comunicado à população no qual informava a ocorrência de uma “epidemia respiratória” causada por um novo vírus influenza, cujos casos tinham sido registrados principalmente na área metropolitana da Cidade do México, e que, como medida preventiva, as autoridades sanitárias e educacionais consideraram conveniente suspender as aulas em todos os estabelecimentos de ensino e fechar

²⁴ Projeto de Lei do Senado, nº 147, de 2003, que “obriga as companhias de transporte aéreo, ferroviário e rodoviário de passageiros a disponibilizarem máscaras cirúrgicas descartáveis a seus passageiros”.

museus e estabelecimentos similares, ao mesmo tempo em que recomendavam à população evitar lugares concorridos e eventos de massa (LACEY; McNEIL, 2009).

Desde 24 de março, tinham sido registrados 18 casos de pneumonia e infecção por um novo vírus influenza A(H1N1) de origem suína em 98 pacientes hospitalizados com doença respiratória aguda grave no Instituto Nacional de Doenças Respiratórias da Cidade do México. Mais da metade desses pacientes tinham entre 13 e 47 anos e apenas 8 apresentavam problemas de saúde prévios. (PEREZ-PADILLA *et al.*, 2009). No entanto, no mesmo dia do aviso do ministro mexicano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) confirmava, em um comunicado de imprensa, a existência do surto no México – onde os primeiros casos conhecidos tinham sido registrados em 18 de março, afetando, em sua grande maioria, adultos jovens com boa saúde, e onde já tinham ocorrido 854 óbitos – e de casos humanos da “gripe suína A(H1N1)” nos estados da Califórnia e Texas, dos Estados Unidos. O novo vírus tinha sido isolado e identificado laboratorialmente em um laboratório de referência da Organização no Canadá (OMS, 2010).

Em resposta a esse fato, a Diretora-Geral da OMS convocou o Comitê de Emergência previsto no recentemente adotado Regulamento Sanitário Internacional (RSI2005), para avaliar a situação e propor respostas. O Comitê reuniu-se em 25 de abril e, seguindo suas recomendações, a Diretora declarou que a situação constituía uma emergência sanitária de importância internacional, conforme previsto pelo Regulamento, e recomendou que todos os países intensificassem ações de vigilância relativas a casos de doença gripal e pneumonia (OMS, 2010).

No dia seguinte (26 de abril), as autoridades sanitárias norteamericanas declararam estado de emergência de saúde pública no país, depois da confirmação de vinte novos casos. O Canadá notificou, também, seis casos. No dia 27, Espanha e Escócia tornaram-se os primeiros lugares fora da América do Norte a confirmar casos da nova gripe, e casos suspeitos apareceram no Brasil, Austrália, Israel e Nova Zelândia.

A elevação do nível de alerta para fase 5 – que reconhece a transmissão entre humanos (‘surtos sustentados’) em pelo menos dois países – foi feita pela OMS em 29 de abril, com a recomendação de que todos os países ativassem imediatamente seus planos de preparação para o enfrentamento daquela emergência. Nas palavras da Diretora-Geral, “a pandemia de influenza deve ser

considerada seriamente por sua capacidade de disseminar-se rapidamente para todos os países do mundo” (OMS, 2010).

No dia seguinte, o Egito abateu trezentos mil porcos. Em 1º de maio, após a confirmação do primeiro caso de gripe suína na Ásia, as autoridades de Hong Kong colocaram em quarentena mais de duzentos hóspedes do hotel onde o paciente esteve hospedado. O governo mexicano suspendeu todas as atividades essenciais por cinco dias, cancelando eventos esportivos e espetáculos e fechando bares e casas noturnas. Alguns dias depois, em uma escola de Nova York, vários estudantes ficaram doentes depois no retorno de uma viagem ao México, levando pânico à população.

Em 11 de junho de 2009, em vista da evidência da transmissão sustentada do novo vírus em mais de um continente, a OMS aumentou o nível de alerta para fase 6, o que, nas palavras de sua Diretora-Geral, significa que “ critério científico que define uma pandemia foi alcançado” e “o mundo está agora no começo da pandemia de influenza 2009”. O novo vírus foi denominado ‘Vírus da Influenza Pandêmica A (H1N1) 2009’.

Em nove semanas após a detecção do vírus no México, tinham sido notificados casos da nova gripe em todos os continentes (OPS, s/d). No período de cinco meses, o vírus tinha se espalhado por todo o mundo, tendo sido confirmados laboratorialmente mais de 340.000 casos e notificados mais de 4.100 óbitos (OMS, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde, até o final do ano de 2009, tinham sido registrados casos em 194 países. A região mais afetada foi a das Américas, onde ocorreram 67% dos óbitos (SVS / MS, 2009).

Uma revisão de 27 estudos de soroprevalência realizados em 19 países estimou, recentemente, que a pandemia de 2009-10 infectou 24% da população mundial – 47% das pessoas na faixa de 5 a 19 anos –, produziu 18.500 óbitos e apresentou uma letalidade de 0,02% (Van KERKHOVE *et al.*, 2013).

No Brasil, nossas autoridades sanitárias deram andamento ao plano de enfrentamento – elaborado em 2003 frente ao risco da ocorrência de uma pandemia causada pelo vírus H5N1 (gripe aviária) – com a declaração de que a situação constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional pela Organização Mundial da Saúde em 24 de abril, iniciando a fase de contenção, que se estendeu até 15 de julho, quando foi reconhecida a transmissão sustentada do

vírus em nosso meio, passando então para a fase de mitigação, que se manteve até agosto de 2010, quando a OMS declarou a pandemia finalizada (OPS, 2011).

Naquela data (25 de abril de 2009), o Ministério da Saúde convocou o gabinete de crise e o Grupo Executivo Interministerial, previamente estruturados segundo o plano de enfrentamento, e deu início ao fortalecimento da vigilância nos pontos de entrada no território nacional, principalmente portos e aeroportos, para detectar casos importados e controlá-los por meio de isolamento, investigação de contatos e uso de antivirais.

Os primeiros casos confirmados no país aconteceram em 7 de maio, em quatro pessoas, em três estados (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais), que tinham retornado de viagens ao México e Estados Unidos. Em fins de maio foi reconhecida a ocorrência de transmissão autóctone do novo vírus no país e, em meados de julho, de transmissão sustentada, o que deu início à fase de mitigação.

O maior número de casos e óbitos ocorreu nos meses de julho e agosto, enquanto se observava a aparição de sucessivas ondas da epidemia nas diferentes regiões do país. Ao final do ano de 2009 – quando a epidemia arrefeceu com o número de casos reduzido a quase a zero –, as cifras oficiais eram de 48.978 casos confirmados de síndrome respiratória aguda grave e 2.051 óbitos (SVS / MS, 2009).

Uma segunda onda manifestou-se em fevereiro de 2010, afetando especialmente a Região Norte, com elevada mortalidade de gestantes e evidenciando problemas de acesso a serviços assistenciais naquela região.

Durante o desenrolar da epidemia, foram registrados casos em todas as regiões do país, mas as mais afetadas foram a Sul e a Sudeste. No país como um todo, a taxa de incidência de síndrome respiratória aguda grave por influenza pandêmica A(H1N1) 2009 foi de 14,5 casos por 100.000 habitantes, alcançando 66,2 no Sul e 9,7 no Sudeste. A taxa de mortalidade no país como um todo foi de 1,1 por 100.000 habitantes, no entanto, nos estados da Região Sul chegou a 3 óbitos por 100.000 habitantes, uma das taxas mais elevadas de toda a região das Américas (OPS, 2011).

4.4.2 O contexto político-institucional – sob a vigência no novo Regulamento Sanitário Internacional

Quando a pandemia de gripe A(H1N1) foi reconhecida como uma emergência de saúde pública de importância internacional e, posteriormente, chegou ao Brasil, o país encontrava-se com suas instituições funcionando. O Congresso Nacional estava em pleno exercício de suas funções e prerrogativas, sem crises políticas ou institucionais no horizonte.

O Sistema Único de Saúde estava implantado e atuante, tendo como principal problema o equacionamento das questões relativas ao seu financiamento, paralisadas no Congresso há nove anos.

O país tinha sido signatário e um dos principais articuladores da elaboração e aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado pela Assembléia da Organização Mundial da Saúde em maio de 2005. O novo regulamento encontrava-se em vigor há dois anos (15 de julho de 2007) e foi internalizado em nosso ordenamento jurídico por meio do Decreto Legislativo nº 395, de 2009 (9 de julho de 2009).

Um plano de preparação para emergências de saúde pública já existia desde 2003, frente ao risco da ocorrência de uma pandemia causada pelo vírus da gripe aviária, e foi prontamente acionado.

4.4.3 A resposta do Congresso Nacional

A primeira manifestação do Congresso Nacional sobre a pandemia aconteceu no Plenário do Senado Federal, em 27 de abril de 2009, com a realização de um pronunciamento no qual seu autor relatava a preocupação dos governos em todo o mundo com o combate à gripe suína e conclamava a Subcomissão de Saúde da Casa a debater a questão. Naquela semana, foram feitos três outros discursos sobre o tema no Senado e doze na Câmara dos Deputados, e apresentados dois requerimentos para a realização de audiências públicas nas comissões de Seguridade Social e Família, Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Defesa do Consumidor e Relações Exteriores, da Câmara.

A análise temporal das ações de deputados e senadores frente à pandemia evidencia que elas concentraram-se em dois períodos: nos primeiros trinta dias após

a declaração da emergência sanitária de importância internacional (abril e maio de 2009) e nos dois meses de maior incidência de casos no país (agosto e setembro de 2009). Nesses dois períodos foram feitos cerca de 80% dos pronunciamentos e apresentados a quase totalidade dos requerimentos e três quartas partes dos projetos de lei sobre a matéria. (Tabela 4.1)

Tabela 4.1 - Ações parlamentares relativas à pandemia de influenza A(H1N1) – gripe suína, segundo a natureza, a casa do Congresso Nacional e o mês. Brasil, abril de 2009 a agosto de 2010.

Mês	Câmara dos Deputados			Senado Federal			Congresso (CD+SF)			Total
	Disc	Fisc	Legs	Disc	Fisc	Legs	Disc	Fisc	Legs	
Abr	12	9	-	3	-	-	15	9	-	24
Mai	16	1	1	2	2	-	18	3	1	22
Jun	4	1	-	2	-	-	6	1	-	7
Jul	3	-	-	1	-	-	4	-	-	4
Ago	43	6	2	9	-	-	52	6	2	60
Set	6	2	-	2	-	-	8	2	-	10
Out	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
Nov	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Dez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fev	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mar	4	-	-	4	2	-	8	2	-	10
Abr	-	-	-	3	-	-	3	-	-	3
Mai	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Jun	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Jul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	89	19	4	30	4	-	119	23	4	146

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Disc = pronunciamentos parlamentares (discursos); Fisc = atividades fiscalizadoras (requerimentos de informação, de convocação de autoridades, de realização de audiências públicas); Legs = atividades legislativas (proposição e apreciação de projetos de lei).

A atuação do Congresso Nacional caracterizou-se pela intensa atividade parlamentar – mais de 80% do total de ações foram pronunciamentos – e por importante atividade fiscalizadora – (Tabela 4.2) com a aprovação de requerimentos de informações e de convocação do ministro da saúde, pela realização de audiências públicas conjuntas das comissões de saúde, agricultura, defesa do consumidor e relações exteriores, tanto na Câmara como no Senado, e pela realização de uma Comissão Geral, no Plenário da Câmara dos Deputados. A composição de uma comissão especial para “acompanhar e fiscalizar os procedimentos do governo em relação à gripe H1N1” foi aprovada – no mês de

agosto, no pico da epidemia –, mas a comissão não chegou a ser constituída (Tabela 4.3).

Tabela 4.2 - Ações parlamentares relativas à pandemia de influenza A(H5N1) – gripe aviária, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional. Brasil, abril de 2009 a agosto de 2010.

Ações	Câmara dos Deputados		Senado Federal		Congresso (CD+SF)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pronunciamentos	89	61,0	30	20,5	119	81,5
Indicações	7	4,8	-	-	7	4,8
Requerimentos de informação	2	1,4	2	1,4	4	2,7
Requerimentos convocação de autoridades	1	0,7	-	-	1	0,7
Requerimentos de audiência pública	7	4,8	2	1,4	9	6,2
Requerimento de comissão especial	1	0,7	-	-	1	0,7
Requerimento suspensão de sessões	1	0,7	-	-	1	0,7
Projetos	4	2,7	-	-	4	2,7
Total	112	76,7	34	23,3	146	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Tabela 4.3 - Ações de fiscalização de políticas públicas referentes à pandemia de influenza A(H1N1) – gripe suína, segundo a natureza e a casa do Congresso Nacional. Brasil, abril de 2009 a agosto de 2010.

Ações	Câmara Deputados		Senado Federal		Congresso (CD+SF)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicações	7	30,5	-	-	7	30,5
Requerimentos de informação	2	8,7	2	8,7	4	17,4
Requerimentos convocação de autoridades	1	4,3	-	-	1	4,3
Requerimentos de audiência pública	7	30,5	2	8,7	9	39,2
Requerimento de comissão especial	1	4,3	-	-	1	4,3
Requerimento suspensão de sessões	1	4,3	-	-	1	4,3
Total	19	82,6	4	17,4	23	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

Mais de uma centena de discursos foram proferidos nas duas casas do Congresso. A análise de seus conteúdos mostrou que os temas mais frequentes desses pronunciamentos foram manifestações de preocupação com a situação ou com o agravamento da epidemia (1 de cada 4 discursos tratava desse tema), a preocupação com o impacto sobre a suinocultura nacional (um décimo deles cuidava disso) e apelos à atuação do governo (outro décimo). Cerca de um terço dos pronunciamentos tratavam dessa atuação, para elogiá-la ou criticá-la. (Tabela 4.4)

Tabela 4.4 - Matérias dos pronunciamentos parlamentares sobre a pandemia de influenza A(H1N1) – gripe suína, feitos nas duas casas do Congresso Nacional. Brasil, abril de 2009 a agosto de 2010.

Matéria do pronunciamento	Nº	%
Preocupação com a situação ou com o seu agravamento	33	24,1
Preocupação com o impacto sobre a suinocultura	15	10,9
Apelo à atuação do governo	17	12,4
Elogios à atuação do governo	28	20,4
Críticas à atuação do governo	14	10,2
Pedidos para que a população fosse esclarecida / informada	9	6,6
Alerta / crítica a falta de medicamentos	5	3,7
Crítica à situação de despreparo do SUS	4	2,9
Defesa da ampliação dos grupos a vacinar	7	5,1
Pedido de mais recursos para o setor saúde	3	2,2
Pedidos de providências no âmbito do Congresso Nacional	2	1,5
Total	137	100,0

Fontes: SICON/SF e SILEG/CD. Elaborada pelo autor.

A produção normativa caracterizou-se pela conversão em lei de duas medidas provisórias – de iniciativa do Poder Executivo, portanto – abrindo créditos extraordinários para financiar atividades de enfrentamento da pandemia²⁵ e pela apresentação de dois projetos de lei ordinária à Câmara dos Deputados.

Os dois projetos de lei apresentados à Câmara tratavam de matérias diferentes: o primeiro estabelecia “regras emergenciais específicas para o combate a epidemias ou pandemias, no âmbito nacional”²⁶, e o segundo instituía concessão de licença para afastamento do trabalho para trabalhadoras grávidas dos setores público e privado pelo prazo de trinta dias²⁷.

As regras emergenciais que o projeto estabelecia eram de duas naturezas. No primeiro grupo, estava a autorização para o Poder Executivo declarar estado de emergência de saúde “em casos de epidemias reconhecidas pela OMS” e, em decorrência disso, controlar e restringir a circulação de pessoas e requisitar serviços

²⁵ Medida Provisória nº 463, de 21 de maio de 2009, que abre crédito extraordinário em favor de diversos órgãos do Poder Executivo (que inclui um crédito de R\$ 102.400.000,00 em favor do Fundo Nacional de Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para, “tendo em vista a situação emergencial relativa à saúde pública de importância internacional, conforme estabelecido pela OMS, [...] a execução de despesas imprescindíveis para o desenvolvimento de ações do Governo para a prevenção, preparação e combate a uma possível pandemia de influenza”); e a Medida Provisória nº 469, de 6 de outubro de 2009, que abre crédito extraordinário de R\$ 2.168.172.000,00 “para execução de despesas imprescindíveis ao desenvolvimento de ações emergenciais dos Ministérios da Saúde e dos Transportes para prevenção, preparação e combate à pandemia”.

²⁶ Projeto de Lei nº 5.781, de 2009, que “estabelece regras emergenciais específicas para combate a epidemias ou pandemias no âmbito nacional, inclusive tratamento tributário diferenciado para aquisição, fabricação e importação de bens necessários no mercado interno e no exterior”.

²⁷ Projeto de Lei nº 5.789, de 2009, que “concede licença a trabalhadoras grávidas do setor público e privado por trinta dias”.

hospitalares, laboratoriais e outras instalações de serviços públicos e privados que forem necessárias, por período determinado. No segundo grupo está a instituição de tratamento tributário diferenciado pelo prazo de doze meses para aquisição, fabricação e importação de bens necessários no mercado interno e no exterior.

Nenhum desses projetos prosperou, não tendo sido apreciados sequer na primeira das comissões designadas, razão pela qual foram arquivados ao final da legislatura.

4.5 SÍNTESE

A comparação da atuação do Legislativo brasileiro nos quatro episódios estudados permite identificar um padrão similar de resposta, caracterizado por predominância de pronunciamentos e pequeno número de projetos de lei – que, em nenhum dos episódios estudados chegou a mais de 5% do total das ações parlamentares (Tabela 5).

Tabela 5 – Proporções (%) das ações parlamentares segundo a natureza e a emergência.

Ações / emergência	Cólera	Gripe aviária	Sars	Gripe suína
Pronunciamentos	93,1	60,4	52,4	81,5
Indicações	0,4	9,4	14,3	4,8
Requerimentos de informação	4,9	8,3	19,0	2,7
Requerimentos convocação de autoridades	0,4	7,3	4,7	0,7
Requerimentos de audiência pública	-	9,4	4,7	6,9
Projetos de lei	1,2	4,2	4,8	2,7

As principais diferenças observadas – ainda que não marcantes o suficiente para alterar esse padrão – consistiram na elevada proporção de pronunciamentos no caso da epidemia de cólera, entre 1991 e 2005; na maior proporção de requerimentos de convocação de autoridades e de realização de audiências públicas durante a pandemia de gripe aviária, entre 1999 e 2006; e na maior proporção de requerimentos de informações e indicações durante a epidemia de sars, entre 2003 e 2005.

5 DISCUSSÃO

5.1 A NATUREZA DA RESPOSTA DO CONGRESSO NACIONAL A EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

A resposta do Parlamento Federal frente a emergências sanitárias teve características similares em todas as situações estudadas: foi imediata, concentrada nos momentos iniciais e nos de maior gravidade, de pequena intensidade, breve e, do ponto de vista da produção normativa, insatisfatória.

Em todos os casos, o Parlamento reagiu, inicialmente, com a produção de pronunciamentos nos quais os parlamentares manifestavam preocupação quanto à situação e pediam providências e, a seguir, passou a fiscalizar as ações implementadas pelas autoridades sanitárias, com a utilização dos recursos de que dispõe (requerimentos de informação, de convocação de autoridades e realização de audiências públicas).

A produção legislativa de iniciativa parlamentar foi quase nula em todos os casos, limitando-se a aprovar projetos de lei orçamentários de iniciativa do Executivo e à proposição de projetos de lei tratando de questões periféricas ao problema, que, de qualquer forma, não prosperaram. Em apenas um dos episódios estudados chegou a ser apresentado projeto de lei para atribuir competência aos agentes públicos de saúde para implementar algumas ações de contenção e mitigação. Essa proposição, no entanto, foi rejeitada e arquivada.

As epidemias estudadas encontraram o Congresso Nacional em diferentes conjunturas político-institucionais – desde o pleno exercício de suas funções e prerrogativas e sem intercorrências à sua atuação, até profundas crises institucionais. As características mais ou menos homogêneas da resposta às diferentes situações levam a considerar que ela reflete mais a existência de um padrão e menos uma conjuntura, isto é, que ela reflete mais o tratamento político possível daquele componente do Sistema da Política do que uma reação a determinado contexto político-institucional.

Em síntese, o que se observou foi que o Congresso Nacional reagiu com uma postura mais reflexiva e fiscalizadora do que propositiva, e, do ponto de vista da

produção legislativa, sua atuação foi insuficiente e dissociada das necessidades do enfrentamento das novas condições epidemiológicas.

Utilizando-se a Teoria dos Sistemas Sociais de Luhmann como referencial teórico, observa-se que o Congresso Nacional, como componente do Sistema da Política, deu tratamento político às pretensões normativas do ambiente em todos os casos, com a adoção dos processos e dos códigos que lhe são próprios e o caracterizam como sistema funcional.

No entanto, praticamente concentrou sua atuação na etapa do processo que Luhmann chama de 'variação', pouco avançando na implementação de processos de 'seleção' [daquelas pretensões ou de respostas] e 'estabilização' – isto é, atuou com baixa efetividade quanto à produção normativa e à formulação de políticas públicas.

Como explicar, então, essa incapacidade ou recusa do Congresso Nacional em produzir a normatização de que o Sistema da Saúde necessita e demanda reiteradamente, a cada nova emergência sanitária, ao Sistema da Política?

Seria possível que, ainda que o enfrentamento da situação dependa da ação do Estado, esses temas não se adéquem aos processos inerentes àquele subsistema do Sistema da Política, isso é, embora tenham 'relevância política' – no sentido luhmanniano da expressão –, não se adequam ao processo legislativo das câmaras federais, sendo, por isso, delegado para ser tratado pela competência normativa do Poder Executivo?

Na busca de uma explicação para esse fato poder-se-ia considerar que a urgência e a flexibilidade com que é demandada a decisão política necessária ao enfrentamento dessas emergências não são compatíveis com os padrões, os ritos e os processos lógico-formais do processo legislativo. Essa, no entanto, não deve ser sequer parte da explicação do fato, uma vez que, mesmo passada a emergência e frente à recorrência de eventos similares, o Congresso Nacional não se mobilizou para a produção das normas necessárias ao Sistema da Saúde. Não se cuida, aqui, de um modelo de exercício de poder ou de elaboração normativa que escape à lógica do processo legislativo habitual – bem ao contrário.

Da mesma forma, a densidade técnica do tema não pode ser alegada como razão para essa não atuação, na medida em que os parlamentos contemporâneos,

face à complexidade técnica e jurídica das matérias que são levadas à sua apreciação cotidiana, não prescindem de consultorias legislativas muito bem preparadas, capazes de aportar os elementos técnicos necessários ao processo legislativo. A apresentação de projeto de lei de iniciativa parlamentar – ainda que limitado à regulamentação de apenas alguns aspectos da questão – durante um dos episódios estudados, serve de evidência para a existência de suficientes condições para a produção de proposições legislativas sobre a matéria pelas casas do nosso Congresso.

Nos termos da Teoria, o Sistema da Política como um todo – e não apenas Congresso Nacional como um de seus componentes ou ‘sistemas parciais’ – não tem conseguido processar de forma oportuna e efetiva as irritações provenientes do Sistema da Saúde quanto ao atendimento de suas pretensões normativas, no que diz respeito à questão que nos ocupa. Ainda que essas irritações tenham sido processadas nos limites inerentes às estruturas, seleções e operações que o caracterizam como sistema, não são a relevância política do tema nem as características desse processo que explicam a ausência de resposta àquelas pretensões normativas.

Em decorrência, as necessidades de emendar ou substituir nossa legislação para dotar as autoridades sanitárias e demais agentes públicos dos instrumentos jurídicos de que necessitam para o enfrentamento de problemas como os estudados não têm sido supridas pelo Parlamento, mesmo frente à reiteração de situações de extrema gravidade epidemiológica.

Como sistema parcial do Sistema da Política, o Parlamento brasileiro tem tratado esse tema politicamente, reconhecendo-o como ‘relevante’ e traduzindo-o para o seu lexo próprio, mas não supera a etapa de ‘variação’, isto é, apenas analisa e elabora politicamente as pretensões normativas do ambiente, trazidas pela ‘irritação’ da emergência de uma crise sanitária, mas não tem produzido as normas necessárias.

O processo que Luhmann chama de ‘seleção’, isto é o controle e a seleção das pretensões do ambiente e de produção de alternativas – no caso por meio do desencadeamento do processo legislativo – não se faz oportunamente no âmbito das duas Casas do Congresso Nacional ou, mesmo, não se faz, seja nesses contextos de crise, seja após sua superação, seja na sua reincidência.

Dessa forma, a ‘estabilização’ do sistema pela decisão e adoção das normativas necessárias, representada pela produção normativa e formulação de políticas públicas – a tomada de decisões coletivamente vinculantes, função precípua do Sistema da Política –, não é alcançada.

5.2 O PAPEL NORMATIVO DO PODER EXECUTIVO E A RESPOSTA PROVÁVEL ÀS NECESSIDADES DE ATUALIZAÇÃO DE NOSSA LEI DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A necessidade de incorporação no nosso arcabouço jurídico das medidas de saúde pública preconizadas pelo RSI2005 e para dotar a autoridade sanitária de meios legais para implementá-las já vinha sendo objeto de discussão no país e exacerbou-se com a pandemia de influenza A(H1N1) e as necessidades de seu enfrentamento.

Carmo (2007, p. 62), refletindo sobre a questão em artigo publicado em 2007, já expressava a opinião de que “a aplicação do RSI em determinadas situações pode implicar restrições de liberdades individuais, ainda que de forma temporária e justificada com base em evidência científica”. “Uma das questões que se coloca – continua ele – é como transitar de forma adequada nesta tênue linha que separa (ou une) a necessidade de proteção da saúde pública coletiva e o respeito às liberdades individuais”.

Sua conclusão é de que, no caso brasileiro,

serão necessárias adequações legislativas, administrativas e nas práticas de saúde pública, não somente visando à implementação do RSI (2005) pelo país, como também a fim de que tenhamos instrumentos mais adequados para a preparação e o enfrentamento de emergências de saúde pública (CARMO, 2007, p. 64).

Opinião similar é expressa por Teixeira (2009) quanto à necessidade de o país contar com uma “legislação de emergência”.

O relatório da missão que avaliou a resposta brasileira à pandemia de gripe A(H1N1) (OPS, 2011) registra que o plano brasileiro de preparação faz referência a “avaliar a necessidade de suspender atividades de caráter coletivo” quando o nível de alerta alcançasse a Fase 6, mas não indica nenhum procedimento específico. Registra também que nossas autoridades sanitárias cogitaram e chegaram a

“trabalhar numa lei que permitisse ao setor saúde tomar medidas de distanciamento social”, que não chegou a ser apresentada, por que, segundo elas, não houve necessidade dela durante a crise da pandemia de 2009 (OPS, 2011, p. 42).

Um dos problemas detectados pela avaliação é de que o país “não conta com uma lei que permita aplicar medidas de saúde pública como a quarentena” (OPS, 2011, p. vi).

Madeira (2012), em sua monografia sobre as medidas sanitárias adotadas no Brasil para o enfrentamento da pandemia de gripe A(H1N1) e sua potencial ameaça a direitos e liberdades do cidadão, registra a elaboração pelos técnicos do setor, a partir de 2002, de anteprojetos de lei objetivando “atualizar” nossa legislação sanitária, inclusive quanto ao respaldo legal para que as autoridades sanitárias possam adotar as medidas de saúde pública preconizadas pelo RSI (2005).

Entre os imperativos jurídicos que justificam a revisão de nossa legislação está o seu anacronismo frente a atual conformação do nosso sistema público de saúde e a falta de instrumentos adequados para que o Estado e a sociedade civil consigam organizar-se no enfrentamento dos riscos à saúde pública (MADEIRA, 2012, p. 12).

Neste último caso, ela está se referindo à insuficiência de provisões normativas que facultem à autoridade sanitária adotar determinadas medidas necessárias ao controle de doenças, no que concerne a restrições a indivíduos, a grupos populacionais ou ao ambiente. Também ela faz referência a que alguns anteprojetos de lei tinham sido elaborados pela equipe técnica do Ministério da Saúde, “visando a necessidade de reformulação e revisão da Legislação Sanitária vigente” (MADEIRA, 2012, p. 12).

O primeiro deles (de 2002) objetivava “dar legitimidade ao Ministério da Saúde para estabelecer estado de quarentena, isolamento compulsório de indivíduos e interdição de ambientes e meios de transportes em situações de emergência epidemiológica”. O segundo (de 2006) tipificava “infrações e crimes sanitários” e definia o processo administrativo para sua apuração, em casos de descumprimento de medidas preconizadas pela autoridade sanitária. O terceiro (de 2007) legislava sobre “situações de emergência de saúde pública” (MADEIRA, 2012, p. 13; TEIXEIRA, 2009).

Nenhum desses anteprojetos chegou a ser encaminhado à apreciação do Congresso Nacional.

Verifica-se, assim, que algumas das necessidades de produção normativa do enfrentamento das últimas emergências sanitárias pela qual o país passou, em especial a pandemia de influenza A(H1N1) – e da atualização da nossa legislação sanitária frente a emergências de saúde pública e o controle de doenças – chegaram a ser estabelecidas e, até mesmo, elaboradas proposições normativas no sentido de supri-las sem, no entanto, terem tido o tratamento devido pelos diferentes componentes do Sistema da Política.

Da mesma forma que no Congresso Nacional, no âmbito do Poder Executivo – na qualidade de outro ‘sistema parcial’ do Sistema da Política – o tratamento político da questão concentrou-se no processo que Luhmann denomina de ‘variação’, isto é, a análise e elaboração política das pretensões normativas do ambiente, trazidas pela ‘irritação’ da emergência das diferentes crises sanitárias; avançou pouco na ‘seleção’, ou seja, no controle daquelas pretensões e na seleção de alternativas viáveis; e não alcançou a fase de ‘estabilização’ – a tomada de decisões coletivamente vinculantes.

E, aqui, precisaríamos enfrentar outra questão relevante: a participação decisiva do Poder Executivo em relação à produção normativa como uma característica das sociedades contemporâneas, nas quais o Estado se caracteriza por ser, fundamentalmente, implementador de políticas públicas e, como meio de superar recorrentes crises sociais e políticas, seu formulador (DALLARI, 2012).

6 CONCLUSÃO

A insuficiência do nosso arcabouço jurídico frente à necessidade de atuação de nossas autoridades sanitárias – na qualidade de agentes públicos que têm de pautar seus procedimentos pelo princípio da legalidade – para o enfrentamento de emergências sanitárias não está sendo suprida pelo Congresso Nacional, mesmo frente à reiterada ocorrência da emergência e re-emergência de doenças transmissíveis evidenciada nos últimos vinte anos, todas com importante impacto societário.

Frente àquelas emergências de saúde pública, a resposta do Parlamento Federal teve características similares em todos os casos: foi imediata e breve, concentrada nos momentos iniciais e de maior gravidade, de pequena intensidade e insatisfatória do ponto de vista da produção legislativa.

O Parlamento reagiu, em todos os casos, como caixa de ressonância das percepções e perplexidades sociais em relação ao problema, produzindo pronunciamentos nos quais os parlamentares manifestavam preocupação quanto à situação e pediam providências, ao mesmo tempo em que fiscalizam as ações implementadas pelas autoridades sanitárias, com a utilização dos recursos de que dispõem (requerimentos de informação, de convocação de autoridades e de realização de uma audiência pública) – o que evidencia o tratamento político que é dado àqueles problemas.

Sua resposta, no entanto, é quase nula em relação à produção legislativa de iniciativa parlamentar, restringindo-se a aprovar proposições de suplementação orçamentária de iniciativa do Executivo e a propor projetos de lei tratando de questões periféricas aos problemas que, mesmo assim, não prosperam.

As diferentes conjunturas políticas e institucionais em que as epidemias estudadas encontraram o Congresso Nacional – imerso em profundas crises político-institucionais em duas delas; no pleno exercício de suas funções e prerrogativas e sem intercorrências à sua atuação, em outras duas – leva a considerar que a resposta similar em todos os casos reflete mais a existência de um padrão e menos uma conjuntura, isto é, uma reação a determinado contexto.

Com o referencial da Teoria dos Sistemas Sociais de Luhmann, observa-se que Congresso Nacional, como subsistema do Sistema da Política, deu tratamento

político às pretensões normativas do ambiente nas situações estudadas, por meio dos três processos descritos por ele. No entanto, praticamente concentrou sua atuação no processo de 'variação', pouco avançando na implementação de processos de 'seleção' e 'estabilização' – isto é, atuando com baixa efetividade quanto à produção normativa e ao cumprimento de sua função de produzir decisões coletivamente vinculantes.

Apesar da abertura cognitiva do Sistema da Política ao Sistema da Saúde e do acoplamento estrutural causado por aquelas pretensões normativas desencadeadas pelas emergências de saúde pública, a atuação do Parlamento não se deixa determinar pelo contexto epidemiológico-social – pela irritação do ambiente, em termos luhmaniannos, por mais intensa que ela seja – mas pela natureza dos processos que o caracterizam como sistema. Nos termos da Teoria, o sistema consegue processar essa irritação politicamente nos limites inerentes às estruturas, seleções e operações que o caracterizam, mas acaba por não atender às pretensões normativas do ambiente.

O estudo da resposta do Congresso Nacional frente a quatro emergências sanitárias importantes ocorridas nos últimos vinte anos – caracterizadas pelas pandemias de cólera (1991-2005), gripe aviária (1999-2006), sars (2003-2005) e gripe suína (2009-2010) – permite evidenciar que a revisão de nossa Lei de Vigilância Epidemiológica ou a proposição de uma nova norma para regular a atuação do Poder Público nessa área, mais adequada ao que determina o Regulamento Sanitário Internacional vigente, dificilmente se iniciará no Congresso Nacional.

Para a obtenção desse resultado, o Poder Executivo terá, muito provavelmente, participação decisiva, tanto na elaboração do ato normativo e na iniciativa de sua proposição ao Congresso Nacional, quanto no acompanhamento e emulação do processo legislativo, para obter sua apreciação e aprovação oportunas.

7 REFERÊNCIAS

AITH, F. A emergência do Direito Sanitário como um novo campo do Direito. In: ROMERO, LCP; DELDUQUE, MC. (orgs.) *Estudos de Direito Sanitário: a produção normativa em saúde*. Brasília: Senado Federal : Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011. p. 79-100.

ANTUNES, R. *A desertificação Neoliberal no Brasil* (Collor, FHC e Lula). Campinas : Autores Associados, 2004.

AREDES, K. Sars reduz exportações. *Gazeta Mercantil*, 30 de abril de 2003.

BARATA, RCB. *Meningite, uma doença sob censura?* São Paulo: Coretz, 1988.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70, 2004.

BERTOLLI F^o, C. *A Gripe Espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. São Paulo : Paz e Terra, 2003.

BRADSEHER, K. Hong Kong: alert on mysterious virus. *The New York Times*, s. A, p. 9, 14 de março de 2003.

BRASIL. CONGRESSO. CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Regimento Interno*. 7.ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2006.

BRASIL. CONGRESSO. SENADO FEDERAL. *Regimento Interno*. Brasília : Senado Federal, 2011. v. 1.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília : Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010.

BYNUM, WF. *História da Medicina*. Porto Alegre : L&PM, 2011.

CAMARGO, HHT; KAIN, MLM. O Senado como controlador externo. *Revista de Informação Legislativa*. v. 32, n. 125, p. 207-234, 1995.

CAMPILONGO, LF. *Política, Sistema Jurídico e Decisão Judicial* (2 ed.) São Paulo : Saraiva, 2011.

CARMO, EH. Regulamento Sanitário Internacional, emergências de Saúde Pública, liberdades individuais e soberania. *Revista de Direito Sanitário*, v. 8, n. 1, p. 65-92, mar./jun. 2007.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J et al. (orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. (3. ed.) Petrópolis : Vozes, 2012. p. 295-316.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo : Companhia das Letras, 1996.

CORSI, G; ESPOSITO, E; BARALDI, C. *Glosario sobre la teoria social de Niklas Luhmann*. México : Anthropos Editorial del Hombre, 1996.

DALLARI, SG. O poder legislativo do Poder Executivo. *In: DELDUQUE, MC e ROMERO, LCP (org.) Produção Normativa em Saúde: políticas setoriais e regulação*. Brasília : Senado Federal : Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. p. 13-20.

DELDUQUE, MC. *Controle judicial da política pública de vigilância sanitária: a proteção da saúde no Judiciário*. Tese (doutorado). São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.

Di PIETRO, MSZ. *Direito Administrativo*. São Paulo: Atlas, 2008.

DOWDLE, WR. Influenza pandemic periodicity, virus recycling and the art of risk assessment. *Emerging Infectious Diseases*, v. 12, n. 1. p. 34-9, Jan 2006.

FRANCISCO, PMSB; DONALISIO, MRC; LATTORRE, MRDO. Impacto da vacinação contra influenza por doenças respiratórias em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 75-81, 2005.

FUNASA Confirma novo caso suspeito da doença. *Gazeta Mercantil*, 9 de abril de 2003.

GENSHEIMER, KF; MELTZER, MI; POSTEMA, AS; STRIKAS, RA. Influenza pandemic preparedness. *Emerging Infectious Diseases*, v. 9, n. 12, p. 1645-8, dez. 2003.

GORDON, R. *A assustadora história da medicina*. (7 ed.) Rio de Janeiro : Ediouro, 1996.

GOULART, AC. *Um cenário mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado (História), Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

GRIPP-HAGELSTANGE, H. Niklas Luhmann o : ¿en qué consiste el principio teórico sustentado en la diferencia? *In: NAFARRATE, JT. Luhmann: la política como sistema*. México : Universidad Iberoamericana, 2012, p. 19-42.

HEYMANN, D; MacKENZIE, JS; PEIRIS, M. Sars legacy: outbreak reporting is expected and respected. *Lancet*, v. 381, n. 9869, p. 779-781, mar. 2013.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento*. São Paulo : Hucitec, 1998.

JOHNSON, S. *O mapa fantasma: como a luta de dois homens contra o cólera mudou o destino de nossas metrópoles*. Rio de Janeiro : Zahar Ed., 2008.

KARLEN, A. *Man and microbes*. Disease and plagues in History and modern times. Nova Yorque : GP Putnam's, 1996.

KOLATA, G. *Gripe: a história da pandemia de 1918*. Rio de Janeiro : Record, 2002.

KRIPPENDORFF, K. *Content Analysis: an introduction to its methodology*. (2 ed.) Thousand Oaks : Sage Publications, 2004.

KUNZLER, CMA. Teoria dos Sistemas de Niklas Luhmann. *Revista Estudos de Sociologia*, n. 16, p. 123-136, 2004.

LACEY, M; McNEIL Jr., DG. Fighting Deadly Flu, Mexico Shuts Schools. *The New York Times*, April 25, 2009, p. A4.

LUHMANN, N. *Il còdice della medicina*. [trad. Giancarlo CORSI], [mimeo], 2012.

LUHMANN, N. *Introdução à Teoria dos Sistemas*. (3 ed.) Petrópolis : Vozes, 2011.

LUHMANN, N. Iluminismo sociológico (1967). In: SANTOS, JM (org.). *O Pensamento de Niklas Luhmann*. Covilhã : LusoSofiapress : Universidade Beira Interior, Portugal, 2005.

LUHMANN, N. La política de la sociedad. In: NAFARRATE, JT. *Luhmann: la política como sistema*. México : Universidad Iberoamericana, 2004.

LUHMANN, N. *A nova teoria dos sistemas*. Porto Alegre : UFRGS-Goethe, 1997.

MADEIRA, A. *Pandemia de influenza A(H1N1), medidas sanitárias e os direitos e liberdades individuais e coletivas: o caso do Brasil*. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz / Diretoria Regional de Brasília, 2012.

MATHIAS, A. *O conceito de sociedade na teoria dos sistemas de Niklas Luhmann*. Caxambu: ANPOCS, 1998, p. 35-47.

McNEILL, W H. *Plagues and Peoples*. Anchor Press: Nova Yorque, 1976. (p. 276-9).

MÉSZAROS, I. *Para além do capital*. Rumo a uma teoria da transição. São Paulo : Boitempo, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Cólera. Aspectos epidemiológicos*. [s/d.] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31704 (Acesso em 31 jan. 2013).

NAFARRATE, JT. *Luhmann: la política como sistema*. México : Universidad Iberoamericana, 2004.

NARKEVICH, MI *et al.*. The seventh pandemic of cholera in the USSR, 1961-89. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 71, n. 2, p. 189-196, 1993.

NASCIMENTO, S. A legislatura perdida. *Correio Braziliense*, 6 de março de 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU); Escritório do Alto Comissariado para Direitos Humanos. *CESCR General Comment nº 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. (Document E/C.12/2000/4). Genebra : ONU, maio, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cholera. *Fact sheet n°107*, jul. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/en/index.html> (Acesso em 30 jan. 2013).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009*. Sixty-fourth World Health Assembly A64/10 Provisional agenda item 13.2. 5 May 2011. p. 67. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf (Acesso em 30 abr. 2013)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Evolution of a pandemic A(H1N1) 2009 – April 2009-March 2010*. Genebra : WHO, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da ação sobre os determinantes sociais: *Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal : OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Epidemiological summary of pandemic influenza A(H1N1) 2009 virus – Ontario, Canadá, June 2009. *Weekly Epidemiological Record (WHO)*, v. 84, n. 47, p. 485-492, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *WHO activities in avian influenza and pandemic influenza preparedness, January-December 2006*. Genebra, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Escritório Regional para o Pacífico Oriental. *SARS: How a global epidemic was stopped*. Genebra : WHO, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *SARS: Lessons from a new disease*. Genebra : WHO, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Influenza pandemic plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning*. (Doc WHO/CDS/CSR/EDC/99.1). Genebra, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cholera in disaster situations*. [s/d.] Disponível em: http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=5487&Itemid=1&lang=en (Acesso em 30 jan. 2013)

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPS). *Caracterización de la Respuesta de Brasil a la Pandemia de Influenza H1N1 2009. Reporte de Misión*. Agosto 2011. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Nov/09/reporte_final_18_agosto.pdf (acesso 28 jan. 2013)

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPS). Cholera in the Americas. *EPI (Expanded Program on Immunization in the Americas) Newsletter*, v. 13, n. 1, fev. 1991. Washington.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPS). *Response to Pandemic (H1N1) 2009 in the Americas: Lessons and Challenges*. Miami, Flórida, 15-17 September 2009. Washington : OPS, s/d. (a)

PEREZ-PADILLA, R et al. Pneumonia and Respiratory Failure from Swine-Origin Influenza A (H1N1) in Mexico. *New England Journal of Medicine*, jun. 2009; 361 (101056/NEJMos0904252).

PIMENTA, TS. Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855. In: NASCIMENTO, DR e CARVALHO, DM (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília : Paralelo 15, 2004. p. 31-51.

PNEUMONIA Asiática: País tem primeira suspeita. *Folha de São Paulo*, 3 de abril de 2003.

QUEIROZ, RS. *As epidemias como fenômenos sociais totais: o surto de gripe espanhola em São Paulo (1918)*. *Revista USP*, n. 63, p. 64-73, set./nov. 2004.

RODRIGUES, JH. *O Parlamento e a Evolução Nacional*. Brasília : Senado Federal, 1973.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (Brasil, Ministério da Saúde) (SVS / MS). *Informe Epidemiológico Influenza Pandêmica (H1N1) 2009*. Ano 1, nº 11, dez. 2009.

SOUZA, J. *Críticas à construção de um Estado neoliberal no Brasil (1987-2002): 15 anos de profundas mudanças*. In: VIII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de La Administración Pública. Panamá, 28-31, out. 2003.

SUS registrou redução de 51,5 mil internações. *Gazeta Mercantil*, 20/05/03.

TEIXEIRA, MG. Vigilância em Saúde: é necessária uma Legislação de Emergência? *Revista de Direito Sanitário*, v. 10, n. 2, p. 126-144, jul./out. 2009.

THORSON, A; PETZOLD, M; CHUC, NTK; EKDAHL, K. Is exposure to sick or dead poultry associated with flulike illness? *Archives of International Medicine*, v. 166, p. 119-23, Jan 2006.

TONIOLO NETO, J. *A história da gripe*. São Paulo : Dezembro Editorial, 2001.

Van KERKHOVE, MD et al. Estimating age-specific cumulative incidence for the 2009 influenza pandemic: a meta-analysis of a A(H1N1)pdm09 serological studies from 19 countries. *Influenza and Others Respiratory Viruses*, jan. 2013. (101111/irv12074)

VIAL, SRM e KÖLLING, G. Emenda 29: do Sistema Médico ao Sistema da Saúde. In: DELDUQUE, MC e ROMERO, LCP (org.) *Produção Normativa em Saúde: políticas setoriais e regulação*. Brasília : Senado Federal : Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. p. 173-198

YARDLEY, J. After its epidemic arrival, sars vanishes. *The New York Times*, 12 de maio de 2005.

APÊNDICE

Matizes de recolha de dados

1. Proposições legislativas

Emergência sanitária: () cólera () gripe aviária () sars () gripe suína

Período: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ .

Casa legislativa: () CD () SF () CN

Data	Espécie	Epígrafe	Ementa	Resultado

2. Pronunciamentos

Emergência sanitária: () cólera () gripe aviária () sars () gripe suína

Período: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ .

Casa legislativa: () CD () SF () CN

Data	Tema