



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE DIREITO DO ESTADO

SEMINÁRIO 8 CASO COMBATE AO AEDES AEGYPTI E GESTÃO DE
EPIDEMIAS

Manoel Furtunato de Araujo Costa recebeu pela segunda vez intimação de inspetor sanitário para franquear acesso à sua residência para a desinfecção, como se realizara nas cercanias. Decreto regulamentar autorizava a entrada forçada em residência mediante resistência, independentemente de autorização judicial, para realizar as operações de expurgo sanitário do mosquito em benefício de toda a coletividade. Na iminência da entrada forçada em sua casa, Manoel Furtunato de Araujo Costa impetrou HC, denegado nas instâncias inferiores. Em sede recursal, o STF decidiu pela inconstitucionalidade da medida, eis que as autoridades sanitárias apenas poderiam adentrar nas residências durante o dia mediante autorização judicial ou nos casos específicos em que a lei formal, oriunda do Parlamento, determinasse. Nenhum agente sanitário adentrou na casa de Manoel Furtunato de Araujo Costa.

A descrição do caso no RHC 2244 remonta ao atual panorama de crise de saúde pública decorrente da proliferação do *aedes aegypti*. Todavia, o precedente foi julgado pelo Supremo em 1905, no contexto da Revolta da Vacina. Na ocasião, a doença a ser combatida era a febre amarela, que até ano passado estava erradicada no

Brasil desde 1942. Hoje, 111 após o julgamento do RHC 2244 pelo STF, o Brasil enfrenta a dengue, a febre chicungunha o vírus zika e novamente, a febre amarela, considerando os recentes casos de febre amarela silvestre na região Sudeste. O foco de atenção ainda é o mesmo: combate ao mosquito *aedes aegypti*, agente transmissor de todas essas moléstias.

Mais de 1,5 milhão casos de dengue foram confirmados em todo o país em 2016, sendo 861 casos de dengue grave e 8.402 casos de dengue com sinais de alarme¹. A região com maior incidência da dengue corresponde ao Sudeste, com 449 casos de dengue grave e 3.826 casos de dengue com sinal de alarme². A dengue vitimou 642 pessoas em 2016, especialmente nos Estados de Pernambuco (37,1%) e Alagoas (31,8%)³.

Foram confirmados 11.052 casos de contaminação de gestantes pelo vírus Zika, com maior concentração na região Nordeste, sendo o Estado de Mato Grosso o de maior incidência em 2016,

¹ Dados disponibilizados pelo *Boletim Epidemiológico* da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, volume 48, nº 3, 2017. Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/05/2017_002-Dengue%20SE52_corrigido.pdf. Acesso em 18 de fevereiro de 2017.

² *Idem*.

³ *Idem*.

segundo o critério de município de incidência: enquanto a média nacional é de 105,3 contaminações por habitante, o Estado registrou 671,0/hab⁴. Considerando os dados do Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia), formado pelo conjunto de notificações conforme o Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia, foram notificados 10.332 casos suspeitos de recém-nascidos e crianças com microcefalia, 2.205 casos confirmados (21,5%) e 39 casos foram classificados como prováveis pela contaminação da gestante pelo vírus Zika⁵. Destes casos classificados, 12 também foram objeto de notificação de fetos, abortos espontâneos e natimortos⁶. A maioria dos casos concentra-se na Região Nordeste (65,7%)⁷.

A gestão da crise do *aedes aegypti* é um dos maiores desafios enfrentados pelo Brasil, especialmente diante de uma conjuntura econômica de recessão, o que leva inexoravelmente à escassez de recursos públicos para viabilizar ações de combate ao *aedes aegypti*. Dentre as ações governamentais mais recentes, as seguintes se sobressaem:

- Distribuição aos Estados e Municípios de 100mil *kits* para diagnóstico e inseticidas, ainda que com certo atraso devido a problemas com as licitações;
- Cumprimento da Portaria 3.129, de 28 de dezembro de 2016, do Ministério da Saúde, que determina o repasse no Piso Variável de Vigilância em Saúde de R\$ 152.103.611,63 a Fundos Municipais de Saúde para custeio de ações

contingenciais de prevenção e controle do vetor *aedes aegypti*;

- Instalação da Sala Nacional de Coordenação e Controle para monitoramento e intensificação das ações de combate ao mosquito transmissor do *aedes aegypti*;
- Realização de reuniões com especialistas e reunião técnica internacional para colher alternativas de enfrentamento do *aedes aegypti* no Brasil;
- Realização de convênios para avaliação de novas tecnologias para controle vetorial;
- Atualização dos cursos de educação à distância para combate ao vetor transmissor do *aedes aegypti*;
- Criação da Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA).

No âmbito local, tem-se intensificado os casos de vistorias residenciais. No dia 13 de fevereiro de 2016 ocorreu ação nacional de combate ao *aedes aegypti* com a participação de 220 mil militares (60% do efetivo nacional) em 353 cidades, ao custo de R\$ 136 milhões.

Devido ao surto de dengue e zika, Prefeituras de São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Paraná têm aumentado a demanda por médicos e criado centros de atendimento emergencial, pois os hospitais públicos existentes não dão conta do contingente.

Parcerias internacionais são celebradas com a finalidade de desenvolver vacinas, testes rápidos, remédios e outros desenvolvimentos científicos

⁴ *Idem*.

⁵ Dados disponibilizados pelo *Boletim Epidemiológico* da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, volume 48, nº 6, 2017. Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/27/2017_003.pdf. Acesso em 18 de fevereiro de 2017.

⁶ *Idem*.

⁷ *Idem*.

Instituições de pesquisa nacional, como o Instituto Butantã, também tem recebido repasse adicional para desenvolver alternativas paliativas e resolutivas para o problema.

De dezembro de 2015 a janeiro de 2016 foram vistoriados 25,4 milhões de imóveis, dos quais 18,4% deles estavam fechados. Os casos de recusa ao acesso ao imóvel totalizaram 69.214. Em 772,9 mil imóveis foram registrados focos do mosquito, a maioria em residências.

A entrada forçada nos imóveis em que o proprietário recusa acesso aos agentes de saúde e militares era defendida abertamente pelo Ministro da Defesa do Governo Dilma Rousseff. No Governo Temer, o Ministério da Saúde lançou a campanha *“Um simples mosquito pode marcar uma vida – um simples gesto pode salvar”* em novembro de 2016, em que se pretende intensificar as vistorias residenciais. O quadro se torna ainda mais alarmante considerando o fato de que a fiscalização em um raio de 300 metros se torna inócua com a recusa de uma única pessoa.

Nesse contexto, editou-se a MP nº 712 em 29 de janeiro de 2016, que autoriza a entrada forçada nos imóveis nos seguintes termos e situações: *“ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono ou de ausência de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças”* (artigo 1º, inciso III).

Em sintonia com a orientação federal, vários Municípios editaram leis permitindo a entrada forçada em imóveis para vistoria de combate ao foco do *aedes aegypti*. É o caso do

Município de São Paulo, cuja Lei nº 16.273, de 2 de outubro de 2015, assim determina: *“o ingresso forçado em imóveis particulares, nos casos de recusa ou ausência de alguém que possa abrir a porta para o agente sanitário quando isso se mostrar fundamental para a contenção da doença”* (artigo 2º, inciso III).

Em 27 de junho de 2016, a MP nº 712/2016 foi convertida na Lei nº 13.301/2016, que passou a autorizar o ingresso forçado nos seguintes termos:

Artigo 1º Na situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika, a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal, estadual, distrital e municipal fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias ao controle das doenças causadas pelos referidos vírus, nos termos da [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e demais normas aplicáveis, enquanto perdurar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

§ 1º Entre as medidas que podem ser determinadas e executadas para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput, destacam-se:

IV - ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono, ausência ou recusa de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças.

§ 2º Para fins do disposto no inciso IV do § 1º, entende-se por:

I - imóvel em situação de abandono: aquele que demonstre flagrante ausência prolongada de

utilização verificada por suas características físicas, por sinais de inexistência de conservação, pelo relato de moradores da área ou por outros indícios que evidenciem a sua não utilização;

II - ausência: a impossibilidade de localização de pessoa que possa permitir o acesso ao imóvel na hipótese de duas visitas devidamente comunicadas, em dias e períodos alternados, dentro do intervalo de dez dias;

III - recusa: negativa ou impedimento de acesso do agente público ao imóvel.