

ORGANIZADORES

SANDRA MARA CAMPOS ALVES

MARIA CÉLIA DELDUQUE

NICOLAO DINO NETO

Direito Sanitário em Perspectiva

VOLUME 2



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

série pós-graduação



República Federativa do Brasil
Ministério Público da União

Procurador-Geral da República
Rodrigo Janot Monteiro de Barros

Diretor-Geral da Escola Superior do Ministério Público da União
Nicolao Dino de Castro e Costa Neto

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Paulo Ernani Gadelha Vieira

Diretor da Fiocruz Brasília
Gerson Oliveira Penna

ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BRASÍLIA

SÉRIE PÓS-GRADUAÇÃO

Direito Sanitário em Perspectiva

VOLUME 2

ORGANIZADORES

Sandra Mara Campos Alves

Maria Célia Delduque

Nicolao Dino Neto



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Brasília-DF
2013

**Escola Superior do Ministério
Público da União**

SGAS Av. L2 Sul, Quadra 604,
Lote 23, 2º andar
70200-640 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3313-5107
Fax: (61) 3313-5185
<www.esmpu.gov.br>
<editoracao@esmpu.gov.br>

© Copyright 2013. Todos os direitos
autorais reservados.

Secretaria de Atividades Acadêmicas

Nelson de Sousa Lima

**Secretaria de Planejamento
e Projetos Especiais**

Volker Egon Bohne

Divisão de Apoio Didático

Adriana Ribeiro Ferreira

Supervisão de Projetos Editoriais

Lizandra Nunes Marinho da Costa Barbosa

**Preparação de originais e revisão
de provas**

Rossana Beraldo e Marcela Passos da Silva

Núcleo de Programação Visual

Rossele Silveira Curado

Projeto gráfico, capa e diagramação

Lucas Fujarra

Impressão

*Gráfica e Editora Ideal Ltda.
SIG Quadra 8, 2268
CEP 70610-480 – Brasília-DF
Tel.: (61) 3344-2112
E-mail: ideal@idealgrafica.com.br*

Tiragem: 4.000 exemplares

As opiniões expressas nos artigos são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Biblioteca da Escola Superior do Ministério Público da União

T278 Temas do direito eleitoral no século XXI / André de Carvalho Ramos (coordenador);
Alice Kanaan ... [et al.]. – Brasília : Escola Superior do Ministério Público da União, 2012.
538p.

ISBN 978-85-88652-63-7

1. Direito eleitoral 2. Partido político – liberdade de expressão 3. Inclusão eleitoral 4. Ficha
Limpa 5. Justiça eleitoral 6. Ministério Público Eleitoral 7. Partido político 8. Campanha
eleitoral – financiamento 9. Propaganda eleitoral 10. Crime eleitoral 11. Processo penal
eleitoral I. Ramos, André de Carvalho. II. Kanaan, Alice.

CDD 341.28

SISTEMA
INTERNACIONAL
E SAÚDE

Regulamento sanitário internacional

Eduardo Hage Carmo¹

Apresentação

No presente módulo, a partir de análise sobre o cenário epidemiológico mundial caracterizado pela ocorrência de doenças com grande potencial de disseminação para a população em escala global, pretende-se instrumentalizar o discente sobre alguns desafios enfrentados pelos organismos internacionais e nacionais de saúde pública e as implicações geradas pelo Regulamento Sanitário Internacional para o fortalecimento das capacidades dos países para o enfrentamento de emergências de saúde pública.

1 Introdução

Nas últimas três décadas, o mundo vem sofrendo grandes transformações no cenário epidemiológico, seja no campo das doenças transmissíveis, seja relativas a outros grupos de doenças (CARMO, 2008). Dentre as doenças transmissíveis, a poliomielite foi erradicada e as demais doenças imunopreveníveis tiveram uma intensa redução na sua ocorrência nas Américas e em grande parte dos países das demais regiões. Por outro lado, cada vez mais vem sendo registradas epidemias de doenças antigas como a cólera, febre amarela e dengue, enquanto que novas doenças como Aids, febre hemorrágica pelo vírus Ebola, hantavirose, febre do Nilo ocidental, SARS e influenza passaram a afetar grandes contingentes populacionais ou vem apresentando risco de disseminação. Estas epidemias estiveram relacionadas às importantes modificações ocorridas no mundo, com a intensificação

¹ Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Consultor da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

do fluxo de pessoas, mercadorias e comércio entre os países. Além das doenças transmissíveis, os riscos associados à propagação de agentes químicos e radionucleares tem se ampliado, com potencial de acometimento de grandes contingentes populacionais, seja em virtude da utilização cotidiana de tecnologias dependentes destes agentes, pela insuficiente proteção ao meio ambiente e às populações para que esta utilização ocorra de forma segura – como recentemente verificado no acidente nuclear no Japão – ou ainda pela manipulação intencional destes agentes com fins bélicos.

Nos anos de 2002 e 2003 foi registrada a primeira pandemia das últimas décadas, com a ocorrência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (denominada SARS em inglês), que teve início na China e se disseminou para outros países do continente asiático, além dos Estados Unidos e Canadá. A velocidade em que esta pandemia se disseminou demonstrou que um agente infeccioso pode cruzar vários continentes em menos de 24 horas, limitado somente pelo tempo gasto em voos intercontinentais. Dentre as várias lições aprendidas no enfrentamento desta pandemia, podemos citar – no seu aspecto negativo – o retardamento no início das ações de prevenção e controle, em função da falta de transparência para comunicar imediatamente para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o surgimento desta pandemia. No aspecto positivo, o controle desta pandemia somente foi possível pela cooperação internacional de ações para desenvolvimento de métodos para diagnóstico e adoção das medidas de controle com base científica. Esta pandemia evidenciou que nenhum país isoladamente teria todas as condições para evitar ou controlar a disseminação de doenças com alto potencial de transmissão (CARMO, 2008).

A partir de 2004 o mundo passou a enfrentar uma ameaça de pandemia de influenza, gerada pela ocorrência da epizootia (ocorrência de doença em animais) provocada pela influenza aviária, que teve início no sudeste asiático. Os primeiros sinais deste risco tiveram início a partir do momento em que começaram a surgir casos humanos transmitidos pelo contato direto com as aves infectadas pelo vírus da influenza (denominado H5N1), sendo que, aproximadamente, metade dos casos humanos morria pela doença. A possibilidade de modificações genéticas no vírus, tornando-o transmissível entre os humanos, acendeu o sinal de alerta em todo o mundo, para que as medidas de preparação para uma eventual pandemia fossem adotadas por todos os países. Como consequência, atendendo às recomendações da OMS, os países iniciaram a preparação de Planos para enfrentamento dessa possível pandemia.

Passados cinco anos, teve início a pandemia de influenza gerada pelo vírus H1N1 (que não estava associado à ocorrência dos casos humanos pelo vírus H5N1). Os primeiros casos foram detectados nos Estados Unidos e México, mas rapidamente se disseminaram para outros países. Entretanto, os relatos iniciais de uma elevada gravidade (medida pela letalidade, ou seja, a proporção de mortes entre os que adoeceram), a ausência de imunidade na população e a inexistência de uma vacina eficaz, evocaram na população a memória da pandemia de influenza espanhola, gerando medo do que poderia ocorrer com essa nova pandemia. Com o avanço da pandemia, foi possível identificar suas características epidemiológicas e clínicas, evidenciando que a letalidade na população em geral não era mais elevada que observada durante as epidemias anuais de influenza sazonal (gripe comum) registradas em muitos países. Uma das diferenças importantes desta pandemia foi que acometeu, em grande proporção, adultos jovens, nos quais gerava um quadro grave, o que não se observava na influenza sazonal, que acomete mais idosos e crianças. Este elemento, associado a sua ampla disseminação na população, o que gerou um número de casos e mortes maior do que se observava até então, manteve a preocupação da OMS e das autoridades sanitárias nacionais, quanto ao impacto na população. No início de 2010, nos países do hemisfério norte, a pandemia já dava sinais de diminuição de sua intensidade de transmissão e em agosto de 2010 a OMS declarou finalizada a pandemia de influenza.

Portanto, o risco do surgimento de uma nova pandemia, seja de influenza, seja provocada por outro agente biológico, ou mesmo o risco da propagação internacional de agentes químicos ou radionucleares, coloca mais uma vez a necessidade de que todos os países estejam preparados para sua prevenção ou seu enfrentamento. O Regulamento Sanitário Internacional é um instrumento que tem auxiliado nesta preparação, com o objetivo de detectar estes riscos oportunamente e adotar as medidas adequadas para evitar, reduzir ou eliminar a disseminação na população.

2 O Regulamento Sanitário Internacional

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) é um instrumento legal que estabelece procedimentos para proteção contra disseminação internacional de doenças. Em sua primeira versão, foi instituído em 1951, com subsequente revisão em 1969 e algumas alterações em 1973 e 1981. Porém, com a intensificação do transporte de passageiros, bens e cargas pelo mundo e a conseqüente disseminação internacional de doenças, como Aids, cólera e peste, tornou-se clara a necessidade de uma nova revisão nos termos do Regulamento. Tendo em conta a estreita abrangência das medidas previstas na versão anterior do RSI apenas para três doenças (cólera, peste e febre amarela), este passou a representar um instrumento obsoleto para evitar a disseminação de doenças entre os países. Assim, a 48^a Assembleia Mundial da Saúde, em 1995, adotou a Resolução WHA 48.7 solicitando que a OMS iniciasse o processo de revisão e atualização desse instrumento internacional (MENUCCI, 2006). Este processo de revisão durou dez anos e foi finalizado em maio de 2005, durante a 58^a Assembleia Mundial da Saúde, por meio da Resolução WHA 58.3, que adotou o Regulamento Sanitário Internacional (2005). Após um período estabelecido de dois anos, para eventuais apresentações de reservas a artigos do RSI que não comprometessem a sua implementação nos Estados Partes, o Regulamento entrou em vigor em junho de 2007 (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005; FIDLER e GOSTIN, 2006).

O RSI (2005) compreende uma série de procedimentos relacionados ao processo de notificação e verificação de eventos que impliquem risco de propagação internacional de doenças e à adoção de medidas de controle frente a estes riscos. O foco do RSI (2005) está relacionado ao que foi denominado de **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional**, entendido como: “evento² extraordinário, o qual é determinado, como estabelecido neste regulamento:

2 “Evento significa a manifestação de uma doença ou uma ocorrência que cria um potencial para doença.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008. p. 7). Estes eventos não são restritos à ocorrência de doenças transmissíveis, mas compreendem também riscos de natureza química e radionuclear.

- Por constituir um risco de saúde pública para outro Estado por meio da propagação internacional de doenças.
- Por potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008. p. 9).

Para a análise de um evento e classificação enquanto emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), os Estados Parte devem utilizar um instrumento de decisão (algoritmo) para a análise de cada evento, considerando todas as informações que permitam caracterizar se estão presentes as seguintes características: impacto em saúde pública; se o evento é inusitado ou inesperado; potencial para disseminação internacional; possibilidade de restrição internacional ao comércio ou às viagens internacionais. Caso o evento cumpra pelo menos dois destes critérios o evento deve ser comunicado à OMS em prazo de 24 horas.

Os eventos que deverão ser avaliados compreendem desde doenças específicas até aquelas que serão avaliadas independentemente de sua classificação prévia enquanto doença específica. Para as doenças específicas, serão adotadas duas formas de avaliação: para as doenças como varíola, poliomielite por vírus selvagem, influenza humana causada por novo subtipo de vírus e SARS, a notificação à OMS se dará compulsoriamente, independente da sua forma de ocorrência na população; para outras doenças que sob determinadas condições tem apresentado um maior risco de disseminação internacional, deve-se aplicar sempre o algoritmo quando da ocorrência de casos ou surtos, para avaliar se cumprem os critérios estabelecidos para notificação.

A partir da análise, classificação e notificação de um evento de saúde pública pelos países à OMS, serão analisadas todas as informações conjuntamente sobre este evento (OMS e autoridade sanitária do país afetado), em caráter confidencial. Para auxiliar este processo, a OMS poderá contar com a participação do Comitê de Emergência, com a participação do país afetado, para uma definição sobre se este evento constituiu uma ESPII. Caso o evento seja classificado como uma ESPII, será definida a necessidade de adoção de medidas a serem aplicadas pelo país afetado e/ou pelos demais países para evitar a propagação internacional de doenças. Estas medidas devem ser menos restritivas possíveis ao fluxo internacional de pessoas, bens e mercadorias, bem como ao comércio internacional, e devem respeitar as questões relacionadas aos direitos das pessoas.

Deve-se destacar que, diferente da forma atual de notificação de doenças, que exige a comunicação oficial, pela autoridade sanitária do país afetado, da ocorrência de uma doença em seu território, a OMS poderá levar em conta fontes não oficiais de informação para conhecimento dos eventos que poderiam constituir uma ESPII. Nesta situação, a OMS deverá consultar preliminar e confidencialmente o país onde possivelmente esteja ocorrendo o evento, para confirmar a informação.

Para que os países possam cumprir com as novas estratégias de vigilância e resposta às emergências de saúde pública, o RSI (2005) estabeleceu a necessidade do aperfeiçoamento de capacidades básicas para detectar, avaliar, notificar, comunicar e responder às ESPII. Estas capacidades deverão ser alcançadas por todos os Estados Parte até o ano de 2012 (podendo haver uma prorrogação de mais dois anos), incluindo aquelas em pontos de entrada internacionais.

Como linha de base para avaliar o cumprimento deste procedimento do RSI, o Anexo 1 estabelece que no período de dois anos após a entrada em vigor, ou seja, entre 2007 e 2009, cada Estado Parte deveria avaliar suas capacidades existentes, para definição das necessidades de aperfeiçoamento visando alcançar os níveis requeridos para detecção e resposta a uma ESPII. Essa avaliação deveria compreender os níveis nacionais, intermediários e locais, relativo às atividades de vigilância e resposta de saúde pública, incluindo os pontos de entrada internacional.

No ano de 2008, uma Resolução da 61ª Assembleia Mundial da Saúde definiu os critérios básicos para a informação pelos Estados Partes e Diretora Geral da OMS sobre a implementação do RSI, conforme previsto no artigo 54º do RSI (2005), estabelecendo a periodicidade anual para essa informação à Assembleia (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2008). Para a elaboração do informe anual à OMS, a partir de 2008, a OMS iniciou a coleta de informações dos Estados Parte sobre a implementação do RSI em seus territórios, por meio dos pontos focais nacionais, utilizando um instrumento desenvolvido por essa Organização e vem apresentando os informes anualmente à Assembleia Mundial de Saúde, sendo o último apresentado à Assembleia em maio de 2011 (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2011).

Com o objetivo de organizar a implementação do RSI (2005) nos países, foi estabelecido que cada Estado Parte designe o Ponto Focal Nacional, que é um órgão central definido como representante para os propósitos previstos nesse Regulamento. As funções previstas para o Ponto Focal são: estabelecer comunicação com os Pontos de Contato da

OMS para o RSI (2005), em nome do Estado Parte, para classificação e notificação de eventos com ocorrência no território nacional que podem representar uma ESPII; estabelecer comunicações urgentes relativas à implementação do RSI (2005); disseminar informações relativas à implementação do RSI (2005) no país aos setores administrativos relevantes, assim como consolidar as informações deles oriundas, incluindo os setores responsáveis pela vigilância epidemiológica, postos de fronteira, serviços de saúde pública e outros órgãos.

Como visto, o RSI (2005) estabelece profundas modificações nos processos mundiais de monitoramento, vigilância e resposta à problemas de saúde, que impliquem risco de disseminação ou propagação internacional de doenças. Essas modificações tem implicado ainda a necessidade de aperfeiçoamento dos processos e estruturas dos organismos nacionais de saúde pública de todos os Estado Parte, assim como nos mecanismos de coordenação global para resposta às ESPII. Se por um lado, é cedo para avaliar efetivamente quais os avanços alcançados no aperfeiçoamento dos organismos nacionais de saúde pública – o que deve se tornar mais explícito a partir de 2012, quando todos deverão apresentar o nível de cumprimento no alcance das capacidades básicas estabelecidas – por outro, já existe uma experiência no enfrentamento concreto de uma pandemia, que permite avaliar o nível de desenvolvimento do sistema global de vigilância e resposta, coordenado pela OMS, e o funcionamento do RSI para o seu enfrentamento.

3 O funcionamento do RSI (2005) e a resposta global à pandemia de influenza

A 61^a Assembleia Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2008) definiu a realização de uma revisão do funcionamento do RSI (2005), conforme previsto na própria Resolução que o adotou. A ocorrência da pandemia de influenza iniciada em 2009 trouxe a oportunidade de que esta revisão leva-se em conta o enfrentamento de uma emergência de saúde pública concreta. Dessa forma, a OMS instalou o comitê de revisão em abril de 2010, que deveria cumprir

os seguintes objetivos: revisão do funcionamento do RSI (2005) em resposta à pandemia e outros eventos de importância internacional; analisar a resposta global à pandemia e identificar lições para o fortalecimento da preparação e resposta frente à futuras pandemias e emergências de saúde pública.

O Comitê foi composto por membros previamente designados pelos Estados Parte e pela OMS para compor um Painel de Especialistas, representando todas as regiões administrativas da Organização e diversas especialidades de áreas relacionadas ao RSI (2005). A nomeação do Comitê, conforme estabelece Regulamento da própria OMS, é de atribuição exclusiva da Diretora Geral e a ela deveriam ser entregues os resultados de sua revisão para apresentação à Assembleia Mundial da Saúde. Para a execução do seu trabalho o comitê contou com acesso a todos os documentos disponíveis pela OMS ou solicitados especificamente para este fim e realizou entrevistas com diversas organizações governamentais e não governamentais, além de informantes chave selecionados pelo próprio Comitê.

O Comitê apresentou as seguintes conclusões: a) a adoção e implementação do RSI pelos países e pela OMS contribuíram para uma melhor preparação global para enfrentar as emergências de saúde pública, embora as capacidades básicas previstas no Regulamento não tenham sido plenamente alcançadas, nem havia indicação, naquele momento (meados de 2011), de que seria alcançada por todos os países até 2012; b) Em relação ao papel desempenhado pela OMS durante a pandemia se identificou que esta Organização apresentou um bom desempenho, ainda que com algumas deficiências, em função de algumas dificuldades sistêmicas que teve de enfrentar; por outro lado, tendo em conta que o Comitê também analisou as críticas presentes em publicações internacionais e na mídia, que surgiram durante o período de trabalho do Comitê, este não identificou nenhuma evidência de ato ilícito por parte da OMS na adoção de recomendações durante a pandemia (especialmente referentes ao uso de antivirais e vacinas); ainda assim, identificou alguns problemas nos procedimentos adotados pela OMS, como por exemplo, relativos aos membros designados para Comitês e aos possíveis conflitos de interesse; c) o mundo estava mal preparado para responder a uma pandemia grave de influenza ou qualquer emergência de saúde pública que representasse uma ameaça semelhante de alcance global e sustentada. Identificou ainda que mais além da implementação das capacidades básicas previstas no RSI (2005), a preparação mundial poderia ser aperfeiçoada mediante

a investigação, a utilização de um planejamento multisetorial, o fortalecimento dos sistemas de prestação de assistência à saúde, o desenvolvimento econômico dos países com baixo e médio ingresso e a melhoria da situação sanitária nos países (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2011a).

O Relatório do Comitê inclui ainda 15 recomendações, tendo finalizado seu trabalho em março de 2011. O relatório foi apresentado pelo Secretariado da OMS e aprovado na Assembleia Mundial da Saúde, em maio deste ano. Como existem recomendações para a OMS e para os países, visando o aperfeiçoamento na preparação para possíveis emergências de saúde pública, este documento representa um marco para a avaliação e o desenvolvimento de ações pelos organismos nacionais e internacionais de saúde pública, incluindo o fortalecimento de suas capacidades básicas previstas no RSI (2005).

4 Implicações do RSI (2005) para os organismos de saúde pública nacionais e internacionais

O RSI (2005) estabelece a necessidade de fortalecer mecanismos de cooperação internacional entre os países, não somente para o aperfeiçoamento das capacidades básicas previstas neste Regulamento, como também em situações de enfrentamento de emergências de saúde pública de importância internacional. Desde a pandemia de SARS (2002-2003) até a pandemia de influenza a cooperação internacional entre os países e a colaboração de organismos internacionais, especialmente a OMS, foram fundamentais para a otimização de estruturas e processos de vigilância e resposta, com consequente melhor oportunidade, eficiência e efetividade na resposta às emergências.

A constituição de redes internacionais de saúde pública representa umas dessas estratégias, que tem a finalidade de integrar e aperfeiçoar esta resposta, como a rede coordenada pela OMS, *Global Outbreak Alert and Response* (GOARN). Na América do Sul existem duas organizações que também funcionam sob a forma

de rede de vigilância: a Rede Andina de Vigilância Epidemiológica (RAVE), que compreende os países da Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela; e no MERCOSUL, por meio da Comissão de Vigilância em Saúde, compreendendo Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. Em 2006 foi definido pela constituição de uma rede de Vigilância e Resposta em Saúde Pública do Conselho de Saúde da União dos Países Sul Americanos (UNASUL), que tem permitido a integração das redes existentes e a adoção de ações conjuntas por todos os países da região na preparação e resposta às emergências de saúde pública na região.

No Brasil vem sendo desenvolvida uma série de atividades para o fortalecimento da capacidade nacional para detectar, prevenir e controlar emergências de saúde pública, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde. Somadas às iniciativas estaduais e municipais, busca-se dotar o país com um nível mais adequado de proteção à população para estas emergências.

Desde março de 2006, encontra-se em funcionamento o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS) que tem a função de detectar emergências de saúde pública, propiciar o gerenciamento de informações sobre estas emergências e coordenar resposta apropriada pelo Ministério da Saúde (MS). Constituído no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), o CIEVS representa o ponto focal para o RSI (2005) realizando contato cotidiano com a OPS/OMS para comunicação sobre possíveis emergências de saúde pública que ocorrem no país, assim como receber e disseminar informações sobre emergências que ocorrem em outros países e sobre a implementação global do RSI.

Em cumprimento ao RSI (2005), o Ministério da Saúde realizou a avaliação de suas capacidades básicas de acordo com o Anexo 1 do RSI (2005), com a colaboração do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, com o objetivo de identificar a situação dos serviços de saúde pública para detecção e resposta às emergências de saúde pública, apontar as necessidades de aperfeiçoamento e identificar prioridades para investimento futuro. Esta atividade foi concluída em junho de 2009 e compreendeu os três níveis de atenção da rede de vigilância e resposta. A partir da avaliação das capacidades básicas previstas no RSI (2005), foi elaborado o Plano Diretor para o Fortalecimento das capacidades de preparação e resposta frente às emergências de saúde pública, concluído em novembro de 2010. No presente ano estão sendo elaborados Planos Estaduais, utilizando as linhas de ação previstas no Plano Nacional, o que permitirá ao país uma melhor identificação de

ações, estratégias e recursos necessários para o fortalecimento de sua capacidade para responder as emergências de saúde pública.

No campo legislativo, a SVS/MS em colaboração com o Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Faculdade de Saúde Pública – USP, a partir da revisão da legislação sanitária brasileira, identificou a necessidade de atualizar a Lei que criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Lei n. 6259). De acordo com esta análise, considerou-se necessário dotar os órgãos de saúde pública, em seus âmbitos de competências, de instrumentos jurídicos que possibilitem ou facilitem a adoção de medidas para prevenir e controlar a disseminação e propagação de doenças em nível nacional. Estes instrumentos seriam úteis na eventualidade da ocorrência de uma emergência de saúde pública, na medida em que incluiriam medidas que podem ser adotadas para seu enfrentamento.

Ainda que este diagnóstico também estivesse baseado na experiência internacional pós implementação do RSI (2005) (CARMO, 2007; TRUCHET, 2007; MONDIELLI, 2007; PITCHO, 2007), que considerava necessária a atualização das legislações nacionais face ao novo Regulamento, outras publicações recentes tem evidenciado que não há um consenso na comunidade científica nacional, especialmente no que se refere à adoção de medidas que possam implicar restrições às liberdades individuais (AITH; DALLARI, 2009; TEIXEIRA et al, 2009).

5 Conclusão

O Regulamento Sanitário Internacional além de estabelecer regras e procedimentos comuns aos Estados Parte e à Organização Mundial da Saúde para atuação frente a uma emergência de saúde pública, tem implicado no aperfeiçoamento das capacidades dos organismos nacionais e internacionais de saúde pública e no fortalecimento das cooperações entre estes organismos. Ao estabelecer o compromisso, pela primeira vez na história da saúde pública mundial, de avaliar, monitorar e promover o nível de desenvolvimento destas capacidades, a implementação do RSI (2005) em cada país, poderá propiciar maior proteção de sua população frente aos riscos de saúde pública com potencial de propagação internacional de doenças.

As experiências da SRAS, influenza pelo vírus H1N1 pandêmico e, mais recentemente, o acidente nuclear no Japão e a epidemia pela bactéria *E.coli* originada na Alemanha, devem ser apreendidas em todos seus aspectos positivos e negativos. Menor transparência nas informações, restrições desnecessárias sobre o trânsito internacional de viajantes, bens e mercadorias e pouca cooperação entre países, observadas em algumas destas emergências, são algumas das medidas adotadas pelos países que não tem relação com o RSI (2005). Por outro lado, o RSI favorece a cooperação internacional, o fluxo contínuo de informações, a adoção de mecanismos adequados de comunicação e de medidas apropriadas em pontos de entrada internacionais. Em conjunto com a melhoria das capacidades nacionais para detecção e resposta às emergências de saúde pública, o RSI (2005) deve ser visto além de um compromisso internacional, mas como uma oportunidade para a promoção da saúde pública global.

Referências

AITH, Fernando; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância em Saúde no Brasil: Os desafios dos riscos sanitários do século XX1 e a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.10, n. 2, p.94-125, 2009.

CARMO, Eduardo Hage. Regulamento Sanitário Internacional, emergências de saúde pública, liberdades individuais e soberania. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, p: 61 – 64, 2007.

CARMO, Eduardo Hage. Preparação para emergências de saúde pública no Brasil. In: COSTA, Alexandre Bernardino et alli (Org.). *Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/ UNB, 2008.

FIDLER, David P.; GOSTIN, Lawrence O. The new International Health Regulations: An historic development for international law and public health. *Journal of law, medicine and ethics*. p. 85 – 94, 2006.

MENUCCI, Daniel Lins. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 7, n. 1-3, p. 54-87, 2006.

MONDIELLI, Eric. Breves considerações sobre as especificidades das normas sanitárias internacionais de forma geral e particular do Regulamento Sanitário Internacional. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, vol. 8, n. 1, p: 118-150, mar – jun 2007.

PITCHO, Benjamin. A saúde na sociedade global. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 65-92, mar - jun 2007.

TEIXEIRA, Maria Gloria et al. Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.10, n. 2, p.126-144, 2009.

TRUCHET, Didier. A experiência francesa. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, 2007.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Revision of the International Health Regulations, WHA58/3. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf> Acesso em: 31 out.2011.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Implementation of the International Health Regulations (2005), WHA61/2. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-en.pdf> Acesso em: 31out.2011.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Implementation of the International Health Regulations (2005), WHA 64/9. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_9-en.pdf> Acesso em: 31 out.2011

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009. WHA64/10. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf>Acesso em: 31 out.2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Health Regulations*. 2nd Ed. Geneva, World Health Organization, 2008.