



REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA SANITÁRIA BRASILEIRA E RESTRIÇÕES À LIBERDADE DE LOCOMOÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Juliana de Oliveira Jota Dantas¹

Elis Maria Fernandes Peixoto²

RESUMO

Analisa-se a construção da política sanitária brasileira em cenários pandêmicos, partindo do panorama da gripe espanhola, que chegou ao Brasil em 1918, e o delineamento embrionário do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Nesse aspecto, também aprecia a fundamentação e o alcance da sobreposição dos direitos à saúde, à vida, à integridade e ao de ir e vir, liberdade constitucional basilar ao Estado de Direito Constitucional durante esses períodos. Além disso, analisa-se o alcance e as consequências das restrições ao exercício do direito da locomoção, inclusive, no que toca ao trânsito de pessoas em âmbito nacional, no contexto da COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19. Direito de ir e vir. Legitimidade.

¹ Doutora em Direito Público pela UFPE. Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas. Docente nos Cursos de Graduação e de Mestrado em Direito do PPGD/UFAL. Professora Orientadora do Núcleo de Estudos em Direito Civil e Constitucional (NEDC/UFAL)

² Graduanda em Direito pela Universidade Federal de Alagoas, pesquisadora voluntária do PIBIC/CNPQ e participante do Núcleo de Assessoria Jurídica Popular NAJUP AQUALTUNE.

1 INTRODUÇÃO

A liberdade de ir e vir consagra-se como direito fundamental atrelado ao cerne do Estado Democrático de Direito, caracterizando-se como um dos princípios fundamentais da primeira geração dos direitos humanos – preocupada em restringir o arbítrio estatal sobre o cidadão (SARMENTO, 2011, p. 24). Essa liberdade está inclusa no rol de direitos negativos – uma garantia do indivíduo de que poderá exercer atividades sem ter o Estado restringindo sua locomoção – condicionada e limitada apenas pela legitimidade da lei; garante-se ao cidadão que não haverá, em regra, intervenção nas suas ações individuais seja por intermédio do aparato estatal, seja por intermédio de particulares.

Contudo, a pandemia de COVID-19 colocou em evidência o debate acerca da possibilidade de restrição momentânea da prerrogativa constitucional de locomoção, em razão da imprescindibilidade de se garantir a saúde pública (BULOS, 2017, p. 175), haja vista inexistir medidas farmacêuticas eficazes para a contenção da propagação da enfermidade. Analisa-se, nesse sentido, a indispensabilidade de ponderação entre os princípios que regem o Estado para o controle e a gestão da situação sanitária no Brasil.

Revisitar a construção sanitária brasileira atrelada aos cenários de pandemias faz-se relevante com o desígnio de reconhecer a existência de um sistema deficitário, que não possui os aparatos necessários para assegurar um atendimento de qualidade para toda a população, caso não haja a diminuição da curva de propagação do coronavírus.

Transpõem-se necessárias medidas não farmacêuticas para conter a propagação do vírus, as quais se esboçam como a quarentena e o isolamento social, situações desconhecidas para a sociedade contemporânea, haja vista a ausência de cenários pandêmicos com graus semelhantes nas últimas décadas. Assim, analisa-se o escopo jurídico da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que declara emergência de saúde pública, a possibilidade de adoção de medidas de proteção (como a quarentena), o isolamento social como forma de estreitar a curva de propagação do patógeno, bem como decretos estaduais, municipais e medidas provisórias.

Ainda é possível verificar a ausência de um consenso sobre como devem ser traçadas as ações governamentais de enfrentamento à pandemia, repercutindo em decisões díspares, e na discussão sobre a legitimidade e constitucionalidade de uma pluralidade de políticas sanitárias, questão analisada na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) de nº 6341, pelo Supremo Tribunal de Federal. Perscruta-se os impactos das ações executivas na esfera individual e o seu reflexo no comportamento da coletividade. O presente artigo põe-se a analisar, ainda, as situações delineadas sem esgotar a imensurável temática, tendo em vista que

a gestão da pandemia COVID-19 ainda é uma realidade dinâmica entre nós, sem previsão de exaurimento.

2 BREVES APONTAMENTOS SOBRE POLÍTICAS PANDÊMICAS NO BRASIL: UM SÉCULO DE REGISTROS ESPARSOS

A Primeira Guerra Mundial ocorreu entre julho de 1914 e novembro de 1918, modificando a dinâmica de comportamento dos países, pois os que não participavam diretamente do conflito eram, ainda assim, impactados de algum modo. Nesse sentido, os jornais da época dedicavam grande parte do seu conteúdo a noticiar os ocorridos da guerra, dando pouca notoriedade à discussão de situações tidas como irrelevantes para a população.

Quando, em 1918, surgiu uma nova patologia, as divulgações pela imprensa davam-se de modo breve; durante sua primeira onda, em fevereiro, atingiu apenas os Estados Unidos e a Europa, locais que integravam o conflito armado, evitando-se propagar informações sobre o ocorrido (COHEN, et. al., 2005, p. 1), como se observa no contributo de Goulart:

A censura imposta pelos meios militares foi fator comum no período. Muitos países adotaram a censura às notícias sobre a epidemia, visto que a gripe afetou profundamente a capacidade bélica dos exércitos, fazendo com que ela fosse conhecida, primeiramente, como febre das trincheiras. (GOULART, 2005, p. 2).

A segunda onda da gripe, em meados de agosto, deu-se de modo grave, ocasionando morte de um grande contingente de indivíduos. Foi o protagonismo da imprensa na Espanha, país neutro na guerra, o responsável por proporcionar um vislumbre mais acentuado da situação por seus jornais divulgarem a profundidade do contexto, demonstrando a gravidade da gripe e que as atenções da população não deveriam ficar restritas unicamente à guerra (DURO TORRIJOS, et. al, 2015, p. 1).

O papel da imprensa como propagador das informações possibilitou a pluralidade de perspectivas e expôs os problemas que os Estados-nações buscavam esconder, com o intuito de não demonstrar vulnerabilidade em um período de conflito. Esse protagonismo midiático não ficou restrito ao âmbito externo, pois, quando a pandemia aportou no território brasileiro, foram os periódicos os principais divulgadores das ações feitas no país, tendo um papel dúplice de

informar o cerne social e de pressionar os governantes para a tomada de ações afetivas (SOUZA, 2005, p. 82).

A atenção dos brasileiros, em 1918, porém, demorou para se voltar especificamente para a situação da patologia, o que começou a ocorrer quando – na segunda quinzena de setembro – as autoridades governamentais começaram a receber informações sobre mortes de alguns integrantes da Missão Médica Brasileira e de soldados do exército nacional, cujos navios haviam sido ancorados em Dacar, no Senegal.

A situação refletiu na necessidade de adotar políticas sanitárias para conter a situação caso chegasse ao território nacional, o que repercutiu na recomendação, pelo chefe da Diretoria Geral de Saúde Pública, Carlos Seidl, de uma quarentena para os navios que chegassem ao país, a fim de dificultar o ingresso da doença (BERTUCCI, 2018, p. 50). Contudo, não foi possível impedir que, na segunda quinzena de setembro, o navio europeu Demerara passasse por Recife, Salvador e ancorasse no Rio de Janeiro, trazendo do estrangeiro a moléstia desconhecida. A chegada da doença ao Brasil não foi inicialmente evidenciada pelo governo, o qual buscava mascarar as repercussões da situação, alegando não haver necessidade de uma grande preocupação social (CASTRO, 2020, p.10).

Foi a imprensa, principalmente de oposição, que utilizou os jornais para evidenciar a situação da crise sanitária, apontando críticas ao governo, dada a ausência da delimitação de uma política eficaz para o combate da epidemia. Desse modo, não havia clareza sobre o que estava sendo feito pelo aparato estatal e, também, sobre o que a população deveria fazer para evitar a propagação do vírus (ALVAREZ, et al, 2009).

Os meios de comunicação utilizaram seu poder de repercussão para afirmar uma inércia estatal, que se explicitava com o grande índice de doentes e de óbitos, bem como a falência de empresas e a ausência de coveiros. Era um cenário de crise institucionalizada, em que todas as classes sociais foram atingidas, embora não de modo equânime. Os jornais traziam um clamor por medidas eficazes, pedindo a adoção pelo Estado de quarentena e isolamento social, medidas as quais se mostravam eficazes nos outros países, para que o patógeno ficasse restrito e não houvesse uma grande propagação (BERTUCCI, 2018, p. 53).

Porém, a imprensa passou a ser alvo de censura devido às duras críticas destinadas à atividade do governo para a contenção da crise no país, passando a não divulgar o número de mortes diárias e diminuindo a quantidade de páginas dos jornais destinadas ao cenário (CESAR; COHEN; GUIMARÃES, et al, 2020, p. 12). A gestão pública, por sua vez, buscava negar, de modo constante, a existência de um contexto insalubre para não alarmar os cidadãos, posto que uma parcela do Executivo era adepta à ideia da gripe espanhola como uma simples gripe, não

demandando tanta atenção e alarde. Contudo, ao invés de apaziguar os ânimos da população, a falta de um apoio concreto repercutiu em um elevado número de doentes e mortes, bem como o fechamento dos pontos comerciais, haja vista ser indicado que não houvesse aglomerações (SANTOS, 2006, p. 138).

A epidemia da gripe, que começou de modo abrupto, terminou repentinamente em três meses e, em razão da ausência de estatísticas sobre o número de mortos, a estimativa é de que tenham falecido 35.240 pessoas nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016, p. 15). A situação modificou a dinâmica populacional, que voltou sua atenção para a necessidade de uma política sanitária pública, porquanto, no período em que a moléstia acometeu o país, o direito à saúde sequer estava garantido no aparato constitucional, e, nessa conformidade, grande parte das ações sanitárias se davam no âmbito privado ou voluntário (WESTIN, 2018).

Colocou-se em xeque a forma como se organizava o aparato sanitário, clarificando-se a imprescindibilidade de uma mudança de comportamento e reafirmando a edição de medidas que possibilitassem uma política de saúde de alcance nacional. Culminou, em 1920, na aprovação pelo Congresso Nacional e sanção presidencial sobre a reforma sanitária na estrutura de saúde, a qual delimitou uma estrutura federal e modificou o nome da Diretoria Geral de Saúde Pública, passando para Departamento Nacional de Saúde Pública, que atuava no combate à lepra, à malária, à tuberculose e às doenças venéreas (WESTIN, 2018).

A partir disso, ocorreu no Brasil um movimento de agentes da saúde por uma atividade médica que operasse de modo conjunto; delineou-se a mudança dos Postos de Profilaxia Rural – criados como consequência da instituição do Serviço de Profilaxia Rural pelo Decreto de nº 13.001 de 1918 (BRASIL, 1918) – posteriormente substituídos pelos Centros de Saúde, que atuavam de forma descentralizada e eram compostos por um corpo médico e de enfermeiros responsáveis por com todas as moléstias (CAMPOS, 2007, p. 884).

Afirmou-se a necessidade de uma saúde pública também epidemiológica, e não mais apenas clínica, buscando-se entender a situação exterior ao indivíduo e a abordagem sanitária na coletividade (ALMEIDA FILHO, 1992, p. 37). Derivaram-se determinações legislativas em torno da saúde, sendo instituído na Constituição Federal de 1934 o direito à saúde e determinadas medidas para proporcionar a descentralização, denotada ao final da década de 1930 com a consolidação do Ministério da Educação e Saúde Pública e mais tarde com o desmembramento pela Lei nº 1.920/1953 (BRASIL, 1953), originando-se daí o Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a existência de um órgão específico para lidar com as moléstias que atingiam os indivíduos foi extremamente relevante para enfrentar cenários epidêmicos. Entretanto, foi o movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988, que possibilitou a consolidação de um sistema de saúde pública universal, resultando, por sua vez, em consagrar na Constituição Federal de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIVA, et al, 2014, p.19).

Logo, o delineamento da estrutura do SUS, com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), inaugura uma nova postura do Estado brasileiro no tocante à saúde, baseando-se em ações descentralizadas, hierarquizadas e regionais, cabendo a cada ente federativo um comportamento (COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016, p. 17). Nesse caso, passa-se a existir um maior planejamento sobre as atividades que serão exercidas no âmbito sanitário e se estrutura um sistema apto para lidar com episódios epidêmicos.

Além disso, os cenários das epidemias de *influenza* que acometeram o Brasil corroboraram em uma maior vigilância associada a vírus respiratórios, com o intuito de conter a situação de maneira rápida e eficaz. Contudo, ainda assim, a estruturação do sistema de saúde brasileiro é precária, dado que há uma grande quantidade de pacientes para um número reduzido de leitos, sem falar nos investimentos estatais diminutos (MARANHÃO, 2017, p. 52), principalmente após a incorporação da Emenda Constitucional (EC) de nº 95, que desvinculou o gasto mínimo de 15% do orçamento público para ações da saúde.

Nesse sentido, a pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2), declarada como tal pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, colocou em xeque os sistemas de saúde mundiais, dada a inexistência de medidas farmacêuticas eficazes, bem como o alto potencial de transmissão, ocasionando um grande contingente de casos em um curto período de tempo e hospitalizando um demasiado número de pessoas. No Brasil, a chegada do patógeno, em 26 de fevereiro de 2020, colocou em evidência políticas de restrição à locomoção como meio de contenção da propagação do vírus, aliada à inexistência de ações medicinais eficazes e da ausência de conhecimento concreto sobre o comportamento da enfermidade, além da grave insuficiência da estrutura médico-hospitalar, incluídos respectivos insumos, para a repentina e crescente demanda.

3 A PANDEMIA COVID-19 E SEUS IMPACTOS NA LIBERDADE DE IR E VIR

Os primeiros casos da COVID-19 são datados do início de dezembro de 2019, quando foi detectada uma pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. A Representação da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China foi alertada sobre a situação no dia 31 de dezembro. Contudo, o agente etiológico ainda não havia sido identificado, o que só ocorreu em 7 de janeiro de 2020, quando as autoridades chinesas isolaram um novo tipo de coronavírus. A declaração de pandemia, por sua vez, ocorreu no dia 11 de março de 2020, quando a OMS, em razão da expansão territorial do vírus, mudou a nomenclatura atrelada à conjuntura (Ascom SE/UNA-SUS, 2020).

O aumento no número de casos e a ausência de medidas qualificadas para tratar o patógeno fizeram com que a China, em 22 de janeiro, fechasse a cidade de Wuhan, epicentro da doença, com 500 casos confirmados e 17 mortes (G1, 2020). Essa medida tomada inicialmente para conter o avanço da transmissão do patógeno, também visava preparar o sistema de saúde, com o intuito de possibilitar um tratamento adequado para inviabilizar a transmissão, obtendo êxito no dia 19 de março, quando os casos existentes eram importados (PRESSE, 2020).

Não obstante, a medida foi tida como impopular do ponto de vista econômico e social, e, assim, nem todos os países foram – inicialmente – adeptos ao isolamento, como visto na Itália, que mesmo após o relato dos primeiros casos deu continuidade ao convívio com poucas restrições e não começou os preparos sanitários. Observou-se, então, um aumento exponencial no número de casos, o que ocasionou a falência do sistema sanitário e funerário, obrigando o país a adotar tardiamente as medidas não farmacêuticas (ALESSI, 2020), incluso o isolamento compulsório, ou *lockdown*.

Quando o primeiro caso foi identificado no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020 (AQUINO; MONTEIRO, 2020) na cidade de São Paulo, o país já tinha uma noção do comportamento a ser admitido. Com isso, a Lei nº 13.797, sancionada em 6 de fevereiro de 2020, que dispôs “sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 [...]” passou a ser aplicada como diretriz da política pandêmica no território nacional.

As primeiras delimitações dos entes federados para o combate à emergência no tocante à restrição ao direito de ir e vir ocorreram com o Decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020, do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2020), que suspendeu as aulas e restringiu a atividade de bares por cinco dias. Essa situação, nos dias posteriores, repetiu-se, dado que estados e municípios passaram a aderir às medidas restritivas, como se pode auferir do Decreto

nº 9.633, de 13 de março de 2020, do estado de Goiás (GOIÁS, 2020) e do Decreto nº 69.527, de 17 de março 2020, do estado de Alagoas (ALAGOAS, 2020).

Verificou-se que as medidas iniciais das diferentes esferas da federação se deram de maneira semelhante, reiterando a situação de emergência declarada na Lei nº 13.797 e instituindo as medidas de restrição momentânea da locomoção. Entretanto, posteriormente, as ações atenderam às necessidades locais, sendo observada a forma de propagação do patógeno e as suas repercussões sociais. Em todas as regiões do país, houve uma modificação semelhante no contexto da diminuição do trânsito de indivíduos no território nacional.

No início, foi vista uma ampla adesão à “quarentena” aqui melhor compreendida como distanciamento social. No final de março e início de abril, inclusive, as taxas de isolamento social eram relativamente altas no país, variando entre 40% e 60%. Verificou-se, contudo, a diminuição gradativa na adesão populacional a partir do fim do mês de abril, de modo que a taxa do mês de julho variou entre 36% e 40% (INLOCO, 2020).

Observou-se, então, uma modificação no trânsito de indivíduos no território nacional, seja com o uso de veículos, ou não. As pessoas passaram a sair de casa apenas para efetuar atividades essenciais, como ida aos supermercados e a farmácias. Os cidadãos que seguiam o fluxo normal, em razão da continuidade do aparato trabalhista, passaram a adotar como medidas preventivas o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), como máscaras e o incremento de lavagem das mãos, bem como do uso de álcool em gel, seguindo-se recomendações do Ministério da Saúde (MODELLI; MATOS, 2020).

A restrição na locomoção ainda ocasionou impacto econômico e mudanças no padrão de consumo. Em função do fechamento das lojas físicas, o comércio eletrônico, por exemplo, registrou aumento de 61% no volume de compras *online*. Segundo Eduardo Terra, presidente da Sociedade Brasileira de Varejo e Consumo: “Os consumidores estão cientes do risco de contaminação ao sair de casa e por isso, ainda que saiam às ruas para comprar itens essenciais, têm apresentado um comportamento mais digital, usando *apps*³ para compra e pagamento, por exemplo” (BRASILEIRA, S; TERRA, E, 2020, p.1). Dentre as compras feitas pelo meio cibernético, os aplicativos de *delivery* de comidas e bebidas tiveram um relevante destaque, com um crescimento de 79% entre os entrevistados pela Sociedade Brasileira de Varejo e Consumo (BRASILEIRA, S; TERRA, E, 2020).

Observou-se um menor fluxo de indivíduos entre cidades, de maneira a ser relatada uma redução do engarrafamento nas metrópoles brasileiras, como foi o caso de São Paulo

³ Aplicativos digitais.

(SOARES, 2020), bem como a mudança de dinâmica nas cidades interioranas, em que os habitantes passaram a evitar demasiado contato interpessoal entre familiares e amigos (GLOBO RURAL, 2020). Revelou-se também a diminuição da procura por viagens aéreas, o que deixou os voos restritos a situações emergenciais e para o transporte de medicamentos (VIDIGAL, 2020).

Desse modo, constatou-se que as medidas de limitação ao direito de ir e vir culminaram em um novo comportamento populacional quanto ao trânsito de indivíduos, ocorrendo, em geral, apenas em casos de extrema necessidade. Não obstante, após meses do início da epidemia do novo coronavírus no Brasil, os estados modificaram respectivas posturas políticas sobre a restrição do exercício do direito à locomoção, flexibilizando o isolamento social e reabrindo gradativamente o comércio (BARIFOUSE, 2020) em razão da pressão dos setores produtivos e da grave crise econômica que o cenário acarretava, inobstante a recomendação dos epidemiologistas pela continuidade do isolamento social para indivíduos saudáveis e da quarentena para enfermos, haja vista que o país ainda não atingiu o pico da doença – previsto para agosto de 2020 (BBC NEWS BRASIL, 2020) – havendo aumento diário no número de casos e a continuidade de uma média de 1.000 óbitos diários registrados até julho de 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A ampliação da liberdade de locomoção, contudo, ocorreu com determinados embargos delineados como obrigatórios para a proteção, como o caso do uso de máscaras, a existência de álcool em gel em todos os ambientes comerciais, a exigência de um número mínimo de cidadãos por lojas (VALENTE; SOUZA; TOKARNIA, 2020). Assim, o indivíduo passou a poder escolher se quer frequentar os lugares novamente, mas a liberdade de locomoção ficou atrelada à adoção das medidas não farmacêuticas, como o uso dos EPI, repercutindo em uma nova configuração, tida popularmente como novo normal (INSAPER, 2020).

Foi o que se ilustrou, até o presente, pela gestão pandêmica operada no estado de Alagoas, no qual, em março, houve o fechamento do comércio e das atividades consideradas não essenciais, assim como a delimitação do uso de máscara pelos funcionários dos comércios que continuaram abertos e pelos indivíduos que fossem sair de casa para efetuar atividades essenciais.

Após três meses do início do cenário pandêmico, o governador alagoano começou a analisar a possibilidade de medidas para a reabertura do comércio, suscitando no documento que divide o processo em quatro fases, sendo estas 1) Vermelha: apenas atividades essenciais; 2) Laranja: lojas ou estabelecimentos com até 400m², salões de beleza e barbearias, com o quadro de funcionários reduzido em 50%, templos, igrejas e demais instituições religiosas –

com 30% de sua capacidade –; 3) Amarela: lojas ou estabelecimentos de rua acima de 400m², shoppings centers, galerias, centros comerciais, bares e restaurantes – exceto aqueles localizados na orla de praias, lagoas e rios, templos e igrejas –, templos, igrejas e demais instituições religiosas – com 60% de sua capacidade –; 4) Verde: cinemas, teatro e museus – com capacidade reduzida em 40% – academias, clubes, centros de ginástica – com capacidade reduzida em 50% – bares, restaurante, barracas de praia e atividades congêneres – com 80% da capacidade – abertura de atividades e comércio na orla de praias, receptivos e transportadoras turísticas – com 70% da capacidade – templos, igrejas e demais instituições religiosas – com 80% da sua capacidade – transporte intermunicipal – com 80% da sua capacidade (G1 AL, 2020).

O protocolo de reabertura foi iniciado em 3 de julho, colocando a capital – Maceió/AL – na fase laranja, em razão da diminuição do número de óbitos e os interiores, por não explicitar essa situação, continuaram na fase vermelha (CAVALCANTE, 2020). Em 15 de julho, Maceió/AL passou para a fase amarela e as cidades interioranas continuaram na primeira fase. Em 29 de julho, Maceió/AL continuou na fase amarela e os municípios do interior passaram para a fase laranja (GONÇALVES; RODRIGUES, 2020).

As medidas de reabertura visaram reestabelecer o fluxo econômico, mas ocorreram seguindo um rígido protocolo sanitário, o qual estabelece regras, sendo algumas destas o uso obrigatório de máscaras para prestadores de serviços e clientes, utilização de álcool em gel, limpeza de sapatos, controle do fluxo de pessoas.

Desafio peculiar para o contexto brasileiro é o de somar à grave crise sanitária, política, econômica, social e humana, a ausência de uniformidade nas políticas públicas de gestão, controle e combate à epidemia – com informações e posturas contraditórias registradas nos âmbitos da federação – agravada pela postura negacionista assumida pelo Chefe do Executivo Federal. Com isso, a legitimidade para execução de políticas públicas que recaiam sobre a liberdade de ir e vir tornou-se pauta necessária para compreensão da crise também sob o aspecto do federalismo cooperativo vigente no país.

4 DA LEGITIMIDADE ÀS LIMITAÇÕES INDIVIDUAIS DE IR E VIR EM TEMPOS PANDÊMICOS

Conforme expresso por Canotilho, a Constituição é um sistema aberto de normas: está sujeito à modificação decorrente da capacidade de aprendizagem circunscrita à mudança da

realidade social que reflete no âmbito jurídico e é um sistema normativo porque sua estruturação é feita por meio de normas, as quais são divididas entre princípios e regras (1993, p. 1.123).

A diferenciação entre princípios e regras, de acordo com Alexy, decorre do fato de que os princípios são mandamentos de otimização, normas com capacidade de ordenar algo a ser feito, na maior medida possível, podendo ser aplicado em grau variável. Enquanto as regras são determinações, as quais são satisfeitas ou não, devendo-se fazer exatamente o que é exigido. A diferenciação entre esses conceitos normativos é qualitativa, não de grau (2011, p. 90).

Os princípios não são absolutos, de modo que, havendo uma aparente colisão entre eles, um dos princípios deve ceder ante o outro; não será, entretanto, invalidado, pois o que ocorre é uma análise da aplicabilidade desses princípios no caso concreto; exige-se uma ponderação, procedimento que deve ocorrer observando três critérios, sendo estes: a investigação e identificação dos princípios em conflito, a atribuição do peso ou importância no caso concreto e a decisão sobre a prevalência de um sobre o outro (AMORIM, 2005, p. 128).

A Constituição Federal de 1988 discorre, em seu Título I, sobre os princípios fundamentais da República, delineando, no artigo 5º, inciso XV, o direito à liberdade de locomoção no território nacional, explicitando-se que esse direito é um dos princípios norteadores do Estado Democrático Brasileiro. Já em seu Título II, o aparato constitucional traz também os direitos sociais – dentre os quais está como expoente o direito à saúde – considerado pela vasta doutrina como circunscrito no âmbito dos direitos fundamentais, desta vez, de cunho coletivo e voltado à satisfação do mínimo existencial (SARLET, 2012, p. 79).

A limitação do direito de ir e vir, decorrente da ausência de medidas farmacêuticas eficazes para conter a propagação do novo coronavírus, reside em uma situação de colisão entre os direitos à saúde e à liberdade de locomoção, os quais norteiam o Estado brasileiro, cabendo avaliar o peso dado aos princípios em embate no caso concreto. O legislador, frente à pandemia do COVID-19 no território brasileiro, utilizou a ponderação para que fosse possível restringir a locomoção dos indivíduos, em razão da imprescindibilidade de garantir a saúde coletiva e da ausência de medidas farmacêuticas eficazes ou ciência de política diversa, capaz de oferecer a prevenção necessária.

Nesse sentido, a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, respaldando-se no Regulamento Sanitário Internacional, dispôs sobre as medidas restritivas da liberdade individual que poderiam ser adotadas no território brasileiro para o enfrentamento do coronavírus:

Art. 2º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I - isolamento: separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus; e

II - quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus.

Enquanto o isolamento relaciona-se às pessoas que já estão doentes, a quarentena assumiu a conotação de controle de indivíduos sadios para evitar o contágio. Acresceu-se à política preventiva de distanciamento social – de cunho voluntário e que atecnicamente também é referido como “isolamento” ou mesmo “quarentena” – e, posteriormente, Recomendações oferecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) subsidiaram a possibilidade de implementação do instituto do distanciamento social compulsório – se necessário – como observado em outros países, batizado como *lockdown* e que pela gravidade de sua implementação, deveria se restringir a casos comprovadamente necessários e às demandas locais quando justificadas (CNS, 2020).

A possibilidade de restrições estabelecidas sobre o direito de ir e vir no contexto pandêmico, naturalmente, não encontra previsão expressa no texto constitucional, o qual só oferece abertura à intervenções estatais de restrição à locomoção em caso de declaração de Estado de Sítio. Todavia, tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário fizeram incorporar ao ordenamento jurídico pátrio a legitimação para restrição à liberdade de ir e vir quando justificada pelos seus comandos.

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, em seu artigo 4º, por exemplo, afirma a possibilidade dos Estados partes do pacto, em situações excepcionais, suspenderem obrigações; em seu artigo 12º, diz que toda pessoa poderá circular livremente e escolher sua residência, a menos que para proteger alguns direitos, dentre eles a saúde, estejam previstas em lei respectivas restrições (BRASIL, 1992).

A Convenção Interamericana de Direitos Humanos, de ordem jurídica, em seu artigo 22, discorre sobre o direito de circulação e de residência, afirmando que só podem ser restringidos, em virtude de lei, em uma sociedade democrática em situações específicas, dentre estas a garantia da saúde pública. Seu artigo 30, por exemplo, aborda o alcance das restrições, permitidas em razão de lei, estabelecidas por motivo de interesse geral e com o propósito para o qual foram estabelecidas. Delimita, ainda, em seu artigo 31, a existência de uma correlação entre direitos e deveres, haja vista que “os direitos de cada pessoa são limitados pelos direitos

dos demais, pela segurança de todos e pelas justas exigências do bem comum, numa sociedade democrática” (BRASIL, 1992).

Nesse sentido, ainda que não haja uma previsão expressa no aparato constitucional, os tratados internacionais – incorporados antes de 2004 (SARMENTO, 2011, p. 194) – e, à luz da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, dotados de *supralegalidade* – preveem a ocorrência de momentos anômalos em que a liberdade de circulação pode ser legitimamente restringida para proteger a saúde pública. Essa posição é aceita pela doutrina majoritária:

Caso a medida mostre-se adequada e necessária, deve-se por fim examinar se as razões que justificam a restrição da liberdade de locomoção são mais fortes que as razões em favor da máxima otimização da liberdade de locomoção; se os “benefícios” superam os “custos”; se as “vantagens” ultrapassam as “desvantagens”. (CANOTILHO, et al., 2018, p.636.)

As medidas delineadas na Lei nº 13.979/2020 observaram os critérios estabelecidos no aparato supralegal, bem como coadunam-se à doutrina para a adoção dessas diligências restritivas à liberdade de locomoção.

O questionamento sobre a competência para delimitar as medidas previstas no artigo 3º da 13.979/2020 foi objeto de análise na ADI nº 641 do STF, para discutir a redação dada pela Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020. Em 15 de abril de 2020, a Corte Constitucional referendou a medida cautelar deferida em 26 de março de 2020 pelo Ministro Marco Aurélio, relator do processo, sobre o fato de a determinação de quarentena e isolamento social serem matéria de competência concorrente, explicitando a atribuição de cada esfera do governo na federação brasileira (BRASIL, 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à liberdade de locomoção delinea-se como cerne do Estado Democrático de Direito não podendo, em regra, sofrer restrições por pertencer ao rol de direitos fundamentais de primeira geração, ou seja, voltado à proteção dos indivíduos especialmente em face da intervenção estatal. Contudo, observa-se que para situações caóticas, como a epidemia da Gripe Espanhola, em 1918, e o presente desafio da pandemia do Covid-19, medidas de contenção da

disseminação recaem sobre o exercício das liberdades individuais e com grande impacto, na liberdade de ir e vir.

A atividade do Poder Executivo no tocante à crise sanitária remonta à construção histórica de política pública voltada à saúde, hoje presente como direito social no artigo 6º da Constituição Federal de 1988. As ações determinadas pelas diferentes esferas do governo brasileiro tiveram como escopo a ausência de uma gestão sanitária uniforme e eficaz, acentuada pela inexistência de tratamento eficaz e, tampouco, de ter sido desenvolvida uma vacina.

As delimitações não farmacêuticas ainda são as formas mais eficazes de conter a propagação do patógeno. Nesse sentido, as medidas restritivas impostas pelas gestões em diferentes níveis federativos encontram subsídios jurídicos pela ponderação entre o exercício das liberdades e a proteção da coletividade, em pauta a saúde e o direito à vida.

Os impactos da pandemia no âmbito jurídico, político, social, sanitário e econômico, assim como a mudança comportamental e os novos hábitos de consumo ainda se farão sentir ao longo do tempo. A flexibilidade gradual das medidas de restrição à liberdade impostas com fundamento no controle pandêmico explicita uma nova dinâmica de comportamento populacional e, ainda, atenta para como vão se dar as ações governamentais caso nova demanda se faça necessária.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Decreto nº 69.527, de 17 de março de 2020. Disponível em:

<<https://leisestaduais.com.br/al/decreto-n-69527-2020-alagoas-institui-medidas-temporarias-de-enfrentamento-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-decorrente-do-covid-19-coronavirus-no-ambito-da-rede-publica-e-privada-de-ensino-no-ambito-do-estado-de-alagoas-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

ALESSI, Gil. Itália pagou preço alto ao resistir a medidas de isolamento social para conter coronavírus. **El País**, São Paulo, 25 mar. 2020. Disponível em:

<<https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-25/italia-pagou-preco-alto-ao-resistir-a-medidas-de-isolamento-social-para-conter-coronavirus.html>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ALEXY, Robert. Trad. de Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2011. 669 p.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. A clínica e a epidemiologia. Salvador: APCE/Abrasco, 1992.

ALVAREZ, Adriana; CARBONETTI, Adrián; CARRILLO, Ana María; FILHO, Claudio Bertolli; SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BERTUCCI, Liane Maria; AZEVEDO, Nara. A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 e 2009. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, pp. 1065-1113, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2020.

AMORIM, Letícia Balsamão. A distinção entre regras e princípios segundo Robert Alexy. **Revista de Informação Legislativa**, v. 42, n. 165, 2005.

AQUINO, Vanessa; MONTEIRO, Natália. Brasil confirma primeiro caso da doença. **Agência Saúde**, 26 fev. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

BARIFOUSE, Rafael. Coronavírus: na contramão do mundo, Brasil flexibiliza quarentena antes de atingir pico de mortes. **BBC News Brasil**, São Paulo, 5 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52930843>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, pp. 877-906, jul./set. 2007.

BERTUCCI, Liane Maria. “Epidemia em papel e tinta: a gripe espanhola nos jornais de São Paulo”. **Khronos, Revista de História da Ciência**, n. 6, pp. 48-58. 2018. Disponível em <<http://revistas.usp.br/khronos>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 6341. Referendo em medida cautelar em ação direta da inconstitucionalidade. Direito constitucional. Direito à saúde. Emergência sanitária internacional. Lei 13.979 de 2020. Competência dos entes federados para legislar e adotar medidas sanitárias de combate à epidemia internacional. Hierarquia do sistema único de saúde. Competência comum. Medida cautelar parcialmente deferida. Relator: Min. Marco Aurélio, 19 jun. 2020. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5880765>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASILEIRA, Sociedade; TERRA, Eduardo. Hábitos de consumo adquiridos na pandemia deverão permanecer no pós-Covid. **SBVC**. p. 79–80, 2020. Disponível em: <<http://sbvc.com.br/estudo-novos-habitos-digitais-em-tempos-de-covid-19/>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

BULOS, Uadi Lâmega. **Constituição Federal Anotada**. 12ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção

CANOTILHO, J.J. Gomes; MENDES, Gilmar Ferreria; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK, Lenio Luiz; LEONCY, Léo Ferreira. (COORD.). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2ª. Ed. São Paulo: SaraivaJur, 2018.

CANOTILHO, José. **Direito Constitucional e teoria da Constituição**. 6 ed. rev. Coimbra: Almedina, 1993.

CASTRO, Ruy. **O Carnaval da Guerra e da Gripe**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

CAVALCANTE, Rayssa. Novo decreto libera a abertura de lojas, salões, barbearias e igrejas em Maceió. **Portal Gazetaweb.com**, 2020. Disponível em: <https://gazetaweb.globo.com/porta1/noticia/2020/06/novo-decreto-libera-a-abertura-de-lojas-saloes-barbearias-e-igrejas-em-al_109097.php> Acesso em: 7 ago. 2020.

CESAR, Thiago da Silva; COHEN, Leonardo; GUIMARAES, Lohane Cristine de A. Os jornais cariocas e a “hespanhola”. **Laboratório de Estudos de Literatura e Cultura da Belle Époque**, 12 jun. 2020. Disponível em: <<http://labelleuerj.com.br/downloads/os-jornais-cariocas-e-a-hespanhola.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2020.

Cidade chinesa de Wuhan, epicentro do coronavírus, é isolada e tem transporte público, trens e voos cancelados. **G1**, 22 jan. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/01/22/cidade-chinesa-de-wuhan-epicentro-do-coronavirus-e-isolada-e-tem-transporte-publico-trens-e-voos-cancelados.ghtml>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (lockdown), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingido níveis críticos. Recomendação nº 036, de 11 de maio de 2020. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomenda medidas com vistas a garantir as condições sanitárias e de proteção social para fazer frente às necessidades emergenciais da população diante da pandemia da COVID-19. Recomendação nº 022, de 09 de abril de 2020. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1112-recomendac-a-o-n-022-de-09-de-abril-de-2020>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

COSTA, Ligia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. 1, p. 11–25, mar. 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2176-6215. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000100002>.

Covid-19 no Brasil. **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>. Acesso em: 23 jul. 2020.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/df/decreto-n-40509-2020-distrito-federal-dispoe-sobre-as-medidas-para-enfrentamento-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-decorrente-do-novo-coronavirus-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

GOIÁS. Decreto nº 9.633, de 13 de março de 2020. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/go/decreto-n-9633-2020-goias-dispoe-sobre-a-decretacao-de-situacao-de-emergencia-na-saude-publica-do-estado-de-goias-em-razao-da-disseminacao-do-novo-coronavirus-2019-ncov>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

GONÇALVES, Heliane; RODRIGUES, Cau. Governo de AL põe todos os municípios do interior na fase laranja e mantém Maceió na fase amarela do distanciamento social. **G1 AL**, 28 jul. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2020/07/28/governo-de-al-poe-todos-os-municipios-do-interior-na-fase-laranja-e-mantem-maceio-na-fase-amarela-do-distanciamento-social.ghtml>>. Acesso em: 7 ago. 2020.

GOULART, Adriana da Costa. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 1, p. 101-42, jan./abr. 2005.

Mapa Brasileiro da COVID-19. **Inloco**, 2020. Disponível em: <<https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

MARANHÃO, Marcio. **Sob pressão**: a rotina de guerra de um médico brasileiro. 2 ed. São Paulo: Globo, 2017.

MODELLI, Laís; MATOS, Thais. Quem deve usar máscara? Ministério amplia indicação e recomenda até a produção caseira; tire dúvidas. **G1**, 2 abr. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/02/quem-deve-usar-mascara-ministerio-amplia-indicacao-e-recomenda-ate-a-producao-caseira-tire-duvidas.ghtml>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

Novo coronavírus muda rotina no interior do país; veja dicas. **Globo Rural**, 22 mar. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/agronegocios/globo-rural/noticia/2020/03/22/novo-coronavirus-muda-rotina-no-interior-do-pais-veja-dicas.ghtml>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

Novo normal: entenda melhor esse conceito e seu impacto em nossas vidas. **Inspere**, 7 mai. 2020. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/noticias/novo-normal-conceito/>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. **UNA-SUS**, 11 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./mar. 2014, pp. 15-35.

Pico no Brasil em agosto e 88 mil mortes: as novas previsões sobre a pandemia. **BBC News Brasil**, 30 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53243311>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

PRESSE, France. China não tem transmissão local, mas registra 34 casos 'importados'. **G1**, 19 mar. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/19/china-nao-tem-transmissao-local-mas-registra-34-casos-importados.ghtml>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

Reabertura dos setores produtivos de Alagoas deve acontecer em quatro etapas. **G1 AL**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2020/06/10/reabertura-dos-setores-produtivos-deve-acontecer-em-quatro-etapas-em-alagoas.ghtml>>. Acesso em: 7 ago. 2020.

SANTOS, Ricardo Augusto dos: O Carnaval, a peste e a 'espanhola'. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 129-58, jan./mar. 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SARMENTO, George. **Direitos humanos**: liberdades públicas, ações constitucionais, recepção dos tratados internacionais. São Paulo: Saraiva, 2011.

SOARES, Regiane. Trânsito em São Paulo diminui após pandemia de coronavírus. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 mar. 2020. Disponível em: <<https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2020/03/transito-em-sao-paulo-diminui-apos-pandemia-de-coronavirus.shtml>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 1, p. 71-99, jan./abr. 2005.

Acesso em: 08 jul. 2020.

TORRIJOS, Duro J.L.; TUELLS, José. La “gripe española” según el diario España Médica (1918-1919). **Vacunas**. Vol. 16, n. 2, p. 81-86, mayo-diciembre, 2015.

VALENTE, Jonas; SOUZA, Ludmilla; TOKARNIA, Mariana. Saiba como cada estado está retomando as atividades econômicas no país. **Agência Brasil**, Brasília, 22 jun. 2020.

Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/saiba-como-estados-brasileiros-est%C3%A3o-retomando-a-atividade-economica>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

VIDIGAL, Lucas. Tráfego aéreo no Brasil e no mundo despenca com pandemia de Covid-19; veja o que mudou e perspectivas. **G1**, 10 abril 2020. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/04/10/trafego-aereo-no-brasil-e-no-mundo-despenca-com-pandemia-de-covid-19-veja-o-que-mudou-e-perspectivas.ghtml>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

WESTIN, Ricardo. Em 1918, a gripe espanhola espalha morte e pânico, faz escolas aprovarem todos os alunos e leva à criação da caipirinha. **Senado Federal**, 3 out. 2018.

Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/infograficos/2018/09/epidemia-de-gripe-espanhola-no-brasil-mata-presidente-faz-escolas-aprovarem-todos-os-alunos-e-leva-a-criacao-da-caipirinha>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

WESTIN, Ricardo. Gripe espanhola: a catastrófica epidemia que varreu o Brasil em 1918.

Senado Federal, 7 dez. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/radio/1/series-especiais/gripe-espanhola-a-catastrofica-epidemia-que-varreu-o-brasil-em-1918>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GUIDELINES FROM THE BRAZILIAN HEALTH POLICY AND LOCOMOTION RESTRICTION AS FACING THE COVID 19

ABSTRACT

This paper analyzes the Brazilian health policy, and how its construction is connected to the pandemic scenarios, starting from the Spanish flu that came to Brazil in 1918 and the basis to the National Health Service. As it studies the conflict between the health's rights to the person's freedom, that dates back to the very ideological core of the rule of law, as well as to the extension and consequences of the restrictions to the exercise of the fundamental right, even regarding the transit of people on a national scale in Covid-19 context.

KEYWORDS: COVID-19. Right to come and go. Legitimacy.