

O DIREITO À SAÚDE E A GLOBALIZAÇÃO

Fátima de Paula Ferreira¹, Larissa de Paula Gonzaga e Castro²

Resumo

O trabalho analisa, por meio de um levantamento documental, a evolução do arcabouço legal sanitário e suas implicações na proteção à saúde coletiva. Apresenta um histórico das principais doenças e agravos, e as ocorrências até os dias atuais. Aborda os processos de regulamentação em nível internacional, regional (blocos econômicos) e nacional na garantia da segurança sanitária em face da internacionalização da economia e da movimentação de pessoas nos pontos fronteiriços. Mostra ainda a importância da existência de Acordos, Tratados, Convenções e Protocolos que objetivam proteger tanto o indivíduo, mas também o meio onde ele se insere. Por fim, relata a necessidade de compreensão da normatização pertinente por parte dos profissionais envolvidos e a conscientização social para que haja uma efetiva proteção à saúde.

Palavras-chave: Acordos e tratados sanitários, MERCOSUL, União Européia, regulamentação internacional, histórico sanitário.

THE RIGHT TO HEALTH AND THE GLOBALIZATION

Abstract

The article analyses through a documentary survey, the evolution of the sanitary legal framework and its implications for public health protection. I is presented a history of major diseases and actual occurrences and the regulatory processes in at international, regional (trade blocks) and national in health safety assurance in the face of internationalization of the economy and the movement of people in border points is discussed. It shows the importance of the agreements, treaties, conventions and protocols that protect the individual, but also the environment which he belongs. Finally, it is reported the need

¹ Mestre em Direito Privado pela Universidade de Franca, São Paulo. Especialista em Direito Civil e Processo Civil. Advogada, professora de graduação e pós graduação do Uni-ANHANGUERA e da PUC-Goiás..E-mail: fatimajur1@gmail.com

² Mestre em Direito Internacional pela Universidad de Sevilla. Especialista em Saúde Global pela ENSP/FIOCRUZ. Advogada e professora de graduação e pós-graduação na UDF, FIOCRUZ e IFAR.E-mail: prof.larissa@gmail.com

for understanding the normalization by professionals involved and the social awareness for effective health protection.

Key words: Sanitary agreements and treaties, MERCOSUR, European Union, international regulations, sanitary history.

Introdução

Diante do crescimento da população mundial, da comercialização, da industrialização e do aumento do poder aquisitivo, nota-se que é crescente o tráfego internacional de pessoas e mercadorias.

Os riscos gerados em virtude dessas movimentações, levam a sociedade a enfrentar sérios desafios, dentre os quais a complexidade e a diversidade existente na problematização de danos e agravos à saúde. Essa problemática tem sido motivo de preocupação crescente para as organizações internacionais de saúde pública, dentre as quais se destacam a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A proteção da saúde, relaciona-se com diversos temas, entre os quais, o de delimitação internacional, que vem apresentando grande ênfase no século XXI com o surgimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), da gripe aviária e da influenza tipo A (H1N1).

Desde 1968, quando a 21ª Assembléia Mundial de Saúde promoveu uma ampla discussão técnica sobre vigilância epidemiológica, ficou claro que o conceito não era restrito às doenças transmissíveis, mas aplicável também a outros problemas de saúde pública, como malformações congênitas, intoxicações, leucemia, abortos, acidentes e violências, doenças profissionais, comportamentos de risco, efeitos medicamentosos adversos e riscos ambientais, entre outros.

A preocupação com a saúde é constante. Desde a antiguidade já se adotavam medidas para sua proteção baseadas nos costumes e crenças evoluindo para redes de saneamentos, tratamento de água e casos de quarentena contra peste na China datada do século VII (OMS).

Segundo Dublin e Spiegelman (1949) apud Ramos (1962), o Homem pré-histórico, a julgar por estudos procedidos em achados arqueológicos, teria uma esperança de vida extremamente baixa, em torno de 18 anos; na Grécia e na Roma antigas, a vida média estaria situada em 20 e 30 anos, pouco se modificando na idade Média e na Renascença.

Monitorar as condições de saúde das pessoas tem sido um constante desafio para as instituições que desejam promover ações que modifiquem esta realidade. Em virtude desse cenário, um conjunto de normas relativas à saúde pública fez-se necessário para evitar a ocorrência e propagação de doenças e danos à saúde tanto em nível nacional, como bilateral, multilateral e internacional.

Diante da relevância do tema em questão, o presente trabalho tem como objetivos realizar um estudo acerca da evolução do arcabouço legal sanitário, em âmbito internacional, incluindo o Regulamento Sanitário Internacional de 2005; regional, MERCOSUL e União Européia, e nacional em suas repercussões na propagação global de enfermidades e ainda as implicações dos riscos à saúde das populações.

Quanto à metodologia, foram utilizados, principalmente, o estudo bibliográfico e o documental para a fundamentação do arcabouço teórico e um estudo retrospectivo e concorrente acerca de Normas Jurídicas, Tratados, Acordos e Convenções Internacionais e ainda jurisprudências e dados bibliográficos. Consiste em uma pesquisa qualitativa, de natureza analítico-descritiva, baseado na revisão bibliográfica de livros, artigos constantes em bases de dados como: Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico.

A importância da adoção do trabalho, justifica-se na necessidade de tornar mais evidentes as contribuições que a evolução do Direito Sanitário Internacional e a aplicação e implementação de regulamentos, tanto internacionais, como o RSI, mas também regionais, como os protocolos assinados entre países que compõem blocos econômicos - UE e MERCOSUL - trarão para a construção de recomendações para a humanidade em casos de detecção de emergências

de saúde pública de importância internacional (ESPII) e de riscos e agravos decorrentes da internacionalização da economia.

O presente artigo está organizado em três tópicos principais: No primeiro, trata-se do histórico relacionado a eventos sanitários e a transnacionalização de doenças e agravos à saúde em âmbito internacional, abrangendo as medidas geradas para controlar seus efeitos. No segundo, analisa-se de que modo a temática da saúde é incorporada nos blocos econômicos da União Europeia e MERCOSUL e ainda, de como a internacionalização de medidas sanitárias influenciam o Comércio Internacional. No terceiro tópico, analisa-se o papel de órgãos e entidades reguladoras nacionais na promoção e proteção da saúde da população, bem como expõe a estrutura existente no país para consecução de tal objetivo. Nas considerações finais são sintetizadas e analisadas questões fundamentadas na necessidade da adoção de Acordos, convenções, regulamentos e Tratados normatizadores com o intuito de garantir a proteção da saúde pública.

Regulamentação em Âmbito Internacional

As medidas preventivas de agravos à saúde, como isolamento e quarentena, reportam-se a períodos antes de Cristo (431 a.C.), como meio de prevenção contra a propagação da peste originária da Etiópia atingindo a Grécia e da “peste negra” vinda da Mongólia chegando à África, Ásia e Europa. (MENUCCI, 2006)

No século XIV, o centro comercial do mundo, encontrava-se às margens do mediterrâneo envolvendo a Europa, Ásia e África. Nestes locais, tiveram início as primeiras tentativas de proteção contra epidemias. De acordo com Ediná Costa (2003, apud Foucault, 1983):

A idéia de contágio se fortaleceu na Idade Média fornecendo as bases para o isolamento de doentes e a quarentena, dando início ao desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica e, com isto, o ramo da Vigilância Sanitária de Portos, no futuro também de aeroportos e fronteiras. Em Veneza, o mais importante porto da Europa para a

entrada das mercadorias vindas do Oriente, ocorreram as primeiras medidas para evitar a introdução da peste. A partir de 1348, teve início o desenvolvimento do sistema de quarentena em Veneza e outras cidades, instituindo-se rigorosa inspeção das embarcações e de suas cargas em épocas epidêmicas. No final da Idade Média, todos os países da Europa dispunham de um Regulamento da Quarentena, uma espécie de determinação de urgência para os momentos de epidemia, o que implicava em rigoroso sistema de vigilância que dividia e esquadrihava o espaço urbano, com registro centralizado do controle minucioso dos vivos e dos mortos (FOUCAULT, 1983, p. 79).

Em face da problemática do trânsito de mercadorias e pessoas, Acordos, Tratados e regulamentos sanitários internacionais começaram a ser firmados entre os Estados para adoção de medidas de saúde pública a fim de se evitar a propagação de doenças e agravos à saúde.

Tem-se como marco inicial dessa regulamentação a 1ª Conferência Sanitária Internacional, realizada em Paris em 1851. Desde então, diversos Acordos e Convenções foram firmados, destacando-se o RSI de 1951 - tido como o primeiro código internacional juridicamente vinculante -, o de 1969 e o mais atual, de 2005, que entrou em vigor em 2007, cujo propósito e abrangência são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças evitando interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacional.

Será apresentada, a seguir, a cronologia de eventos em saúde pública mais destacáveis e as medidas geradas:

- I. 431 a.C.: Tucídides relata sobre a peste vinda da Etiópia chegando à Grécia; “peste negra” advinda da Mongólia atingindo a África, Ásia e Europa: isolamento de doentes e

- quarentena³;
- II. Século VII: primeira quarentena na China; ⁴
- III. 1348: quarentena no porto de Veneza para evitar a introdução da peste na Europa (COSTA, 2003 apud FOUCAULT, 1993);
- IV. 1403: Veneza cria um lazareto (estabelecimento para controle sanitário, onde são postas de quarentena as pessoas que, chegadas a um porto ou aeroporto, podem ser portadoras de moléstias contagiosas) de quarentena;
- V. 1467: Gênova segue o exemplo de Veneza;
- VI. 1476: Marselha instituiu o regime de leprosários;
- VII. 1492 (Chegada de Cristovão Colombo à centro-américa), marco inicial da globalização de doenças como varíola, sarampo, rubéola, febre-amarela e sífilis: isolamento e quarentena;
- VIII. 1495: epidemia de sífilis: isolamento e quarentena; ⁵
- IX. 1527: medidas em toda a França são tomadas para evitar a peste, principalmente a quarentena em navios que chegavam aos portos;⁶
- X. Fim da Idade Média; Regulamento de Quarentena nos países da Europa para evitar epidemias (COSTA, 2003 apud FOUCAULT, 1993);
- XI. Séculos XVI e XVII; Construção de muralhas entre as cidades para evitar pestes e epidemias: (quarentena como forma de controle epidemiológico); ⁷

³ Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Peste_negra. Último acesso em 10 de abril de 2011.

⁴ Disponível em: http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf. Último acesso em: 01 de set. de 2009.

⁵ Os itens VII e VIII estão disponíveis em: BERLINGUER, Giovanni. **Globalização e saúde global**. Estudos avançados, 13(35): 21-38. 1999.

⁶ Os itens IV, V, VI e IX estão disponíveis em: BATISTA, Vanessa Oliveira. **A Proteção Internacional do Direito à Saúde**. Revista eletrônica VIRTUJUS. ISSN 1678-3425. Disponível em: http://www.fmd.pucminas.br/Virtuajus/Prod_Docente_Ano2.html. Último acesso em: 17 jul. 2009.

⁷ OPS – Organización Panamericana De La Salud. **Crisis mundiales - Soluciones mundiales. El Reglamento Sanitario Internacional como instrumento de gestión de los riesgos de importancia internacional apremiante relacionados con la salud pública**. Documento (2001_188.sp.doc). Disponível em: www.who.int/entity/csr/resources/publications/ihr/en/WHO_CDS_CSR_GAR_2002_4SP.pdf. Último acesso em: 14 Jul. 2009. p. 3 e 4.

- XII. Epidemias de cólera iniciadas em 1830 e em 1849 e pandemia de cólera iniciada em 1863: 1ª Conferência Sanitária Internacional (Paris - 1851);⁸
- XIII. Nos EUA: criação de departamentos de saúde em estados americanos como Luisiana (1855), Massachusetts (1869) e Califórnia (1870); criação da Associação Estadunidense de Saúde Pública (1872); 1878: quarentena oficial em portos americanos como resultado da quarta pandemia de cólera iniciada na Índia em 1863; criação da Junta Nacional de Saúde nos Estados Unidos em 1879; 1883: quarentena interestadual e internacional pelo Serviço de Hospitais Navais americanos.
- XIV. 1892: combate a cólera: 1ª Convenção Sanitária Internacional, celebrada em Veneza;
- XV. 1897: medidas preventivas contra a peste: 2ª Convenção Sanitária Internacional;
- XVI. 1902: primeira iniciativa para criação de uma organização internacional voltada para problemas sanitários: Comitê Sanitário Internacional e Oficina Internacional de Higiene Pública;
- XVII. 1918 e 1919: Gripe Espanhola: vírus similar ao da influenza A (H1N1);
- XVIII. 1919: prevenção e controle de enfermidades: Liga das Nações é criada em Genebra;⁹
- XIX. 1924: VII Conferência Sanitária Pan-Americana em Havana, Cuba: Código Sanitário Pan-Americano: 1º código sanitário

⁸ Os itens I e XII estão disponíveis em: MENUCCI, Daniel Lins op. cit., 2006.

⁹ Os itens XIII, XVI e XVIII estão disponíveis em: OPS – Organización Panamericana de la Salud. El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. Washington, D.C.: OPS, 1999.

- de nível internacional; (GOSTIN, 2004).
- XX. 1926: em Paris: Convenção Sanitária Internacional: revogada pelo RSI de 2005;
- XXI. 1933: em Haia: Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea: revogada pelo RSI 2005;
- XXII. 1934: assinado em Paris: Acordo Internacional para a Dispensa de Atestados de Saúde: revogado pelo RSI 2005;
- XXIII. 1938: Convenção modificando a Convenção Sanitária Internacional de Paris; revogado pelo RSI 2005;
- XXIV. 1944: em Washington: Convenção Sanitária Internacional modificando a Convenção Sanitária Internacional de Paris: revogada pelo RSI 2005;
- XXV. 1944: em Washington: Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea de 1944, modificando a Convenção Sanitária Internacional de 1933: revogada pelo RSI 2005;
- XXVI. 1945: Conferência das Nações Unidas: uma nova e autônoma organização internacional de saúde;
- XXVII. 1946: assinado em Washington: Protocolo para prorrogar a Convenção Sanitária Internacional de 1944: revogado pelo RSI 2005;
- XXVIII. 1946: assinado em Washington: Protocolo para prorrogar a Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea de 1944: revogado pelo RSI 2005;
- XXIX. 1946: aprovação em Nova Iorque: Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS);
- XXX. 1948: entra em vigor a Constituição da OMS;¹⁰
- XXXI. 1951: 4ª Assembleia Mundial da Saúde: 1º Regulamento

¹⁰ Os itens XXIX e XXX estão disponíveis em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Último acesso em: 02 set. 2009.

- Sanitário Internacional (RSI) - primeiro código internacional juridicamente vinculante (Brown et al, 2006);
- XXXII. 1952: Protocolo Adicional ao Código Sanitário Pan-Americano;
- XXXIII. 1957: norte da China: Gripe Asiática (vírus H2N2) espalhando-se para Ásia, Europa, África e Estados Unidos;
- XXXIV. 1968: Gripe de Hong Kong: variação do vírus da influenza (H3N2);
- XXXV. 1969: 22ª Assembleia Mundial da Saúde: - Novo RSI: notificação limitada apenas à cólera, peste e febre amarela;
- XXXVI. 1973: modificação de itens quanto à cólera (o Certificado de Vacinação deixou de ser obrigatório);
- XXXVII. 1977: Gripe Russa: restrita à União Soviética; ¹¹
- XXXVIII. 1981: modificação de itens relativos à varíola devido à sua erradicação; ¹²
- XXXIX. 1995: febre hemorrágica Ebola (FHE) na cidade de Mesengo, no Congo: Assembléia Mundial da Saúde solicitou a revisão do RSI – 1969;
- XL. 1998: distribuição aos Estados-Membros do Projeto Preliminar do novo RSI;
- XLI. 2001: a Comissão Executiva da OMS referendou o Projeto de Revisão do RSI e recomendou-o à Assembléia Mundial da Saúde;
- XLII. 2002: a Assembléia Mundial de Saúde reiterou a necessidade de revisão do RSI; ¹³

¹¹ Os itens XVII, XXXXIII, XXXIV e XXXVII estão disponíveis em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/planocomunicacao012006.pdf>. Último acesso em 02 set. 2009.

¹² Os itens XXXV, XXXVI e XXXVIII estão disponíveis em: WHO – World Health Organization. **International Health Regulations (1969)**. Disponível em: <http://www.who.int/csr/ihr/ihr1969.pdf>. Último acesso em: 13 jul. 2009.

¹³ Os itens XIV, XV, XX a XXVIII, XXXII, XXXIX a XLII estão disponíveis em: CASTRO, Larissa de Paula Gonzaga. **Transnacionalização dos riscos e o novo Regulamento Sanitário Internacional**. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

- XLIII. 2002: Ministério da Saúde do Brasil: participação em grupos de trabalho para elaboração de instrumentos de notificação;
- XLIV. 2003: reuniões semestrais de Ministros da Saúde do MERCOSUL: instrumentos de notificação (Documentos de Montevideu e de Buenos Aires);¹⁴
- XLV. 2003: SARS: Síndrome Respiratória Aguda Grave: a Organização Mundial de Saúde emitiu orientações emergenciais para viajantes e companhias aéreas;¹⁵
- XLVI. 2005: Gripe aviária (vírus H5N1): quarentena, saneamento de granjas e incineração de aves foram ineficientes para impedir que o vírus se espalhasse;¹⁶
- XLVII. 2005 (58ª Assembleia Mundial da Saúde): aprovação do RSI: participação ativa do Brasil por meio do Ministério da Saúde, ANVISA, SVS entre outros. Revogação do RSI 1951 e de seus regulamentos adicionais de 1955, 1956, 1960, 1963 e 1965. Revogação do RSI 1969 e suas emendas de 1973 e de 1981;
- XLVIII. 2007: entra em vigor o RSI/2005;¹⁷
- XLIX. Abril de 2009: pandemia pelo vírus Influenza A (H1N1): seguindo o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), a OMS declarou este evento como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.¹⁸

¹⁴ Os itens XLIII e XLIV estão disponíveis em: CARMO, Eduardo Hage. **SVS - Boletim eletrônico Epidemiológico**. Ano 05 - No 02 - 05/10/2005. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bol_epi_2_2005.pdf. Último acesso em 06 mar. 2009. p. 2.

¹⁵ Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ms000214.pdf>. Último acesso em: 02 set. 2009.

¹⁶ Disponível em: <http://www.teledata.mz/uevdinap/Comportamento.pdf>. Último acesso em: 02 set. 2009.

¹⁷ Os itens XLVII e XLVIII estão disponíveis em: WHO – World Health Organization. **WHA58.3 Revision of the International Health Regulations**. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf. Último acesso em: 13 jul. 2009.

¹⁸ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_suina_28abr2009_14h.pdf. Último acesso em: 02 set. 2009.

O temor das epidemias é uma das manifestações humanas mais significativas, e que atravessa todos os tempos históricos. O desenvolvimento do comércio internacional intensificou o aparecimento de surtos epidêmicos, ampliando a visão de que as doenças não respeitam fronteiras geográficas e iniciando a busca de soluções em nível internacional para evitar, ou amenizar, a disseminação e as mazelas trazidas pelas epidemias.

A supra apresentada cronologia nos permite observar que desde a antiguidade já se adotavam práticas como a quarentena e o isolamento das cidades que, por meio da construção de grandes muralhas, tentavam impedir a penetração de pestes e epidemias, destacando-se a quarentena como principal forma de controle epidemiológico. Posteriormente, essa estratégia estendeu-se aos indivíduos, traduzindo-se nas práticas de isolamento.

No ano de 1830, e nas décadas seguintes, epidemias de cólera arrasaram a Europa, causando milhares de mortes, culminando no cenário ideal para o nascimento da diplomacia das enfermidades transmissíveis e da cooperação multilateral no campo da saúde. Este cenário favoreceu a iniciativa para a Primeira Conferência Sanitária Internacional, celebrada em Paris em 1851. Desde a primeira conferência até o final do século XIX ocorreram outras dez conferências sanitárias e foram negociadas oito convenções sobre o que hoje denominamos transnacionalização dos riscos. Todavia a maioria destas convenções nunca entrou em vigor, mas enraizaram a noção de que as enfermidades transmissíveis e seus efeitos transfronteiriços não seriam solucionados ou amenizados sem a atuação multilateral dos países.¹⁹

Diante disso, a evolução do arcabouço legal sanitário mostra que a regulamentação busca fundamentar-se na diminuição da propagação global de enfermidades por meio do gerenciamento de riscos sanitários. Isso pode ser visto desde épocas remotas, onde as principais práticas baseavam-se no

¹⁹ OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Crisis mundiales - Soluciones mundiales. El Reglamento Sanitario Internacional como instrumento de gestión de los riesgos de importancia internacional apremiante relacionados con la salud pública.** Documento (2001_188.sp.doc). Disponível em: www.who.int/entity/csr/resources/publications/ihr/en/WHO_CDS_CSR_GAR_2002_4SP.pdf. Último acesso em: 10 de abril de 2011. p. 3 e 4.

isolamento e na quarentena, até os dias atuais, com a adoção de Tratados regulamentadores sobre práticas comerciais de importação e exportação e também no que diz respeito ao trânsito de pessoas e os procedimentos para notificação de Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional.

Internacionalização de medidas sanitárias

Segundo Costa (2003)

As ações de Vigilância Sanitária nos portos, aeroportos e fronteiras e nas migrações humanas objetivam impedir que doenças infecto-contagiosas se disseminem pelo país através das fronteiras marítimas, fluviais, terrestres e aéreas. [...] Nas imigrações, a ação de Vigilância Sanitária também tem por finalidade preservar a capacidade de trabalho das pessoas que pretendem ingressar no país. [...] As ações são desenvolvidas de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, acordado na “comunidade” internacional que define as regras para os países membros buscando coordenar sua aplicação com o livre trânsito comercial. [...] A diminuição dos obstáculos ao comércio internacional motivou o início de uma cooperação internacional no campo da saúde de cujos esforços, especialmente empreendidos no século passado, resultaram na criação de organizações internacionais que culminaram na criação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além da influência da OMS, da Comissão do Codex Alimentarius da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Nutrição (FAO), Organização Marítima Internacional (IMO), Organização Internacional do Trabalho (OIT), entre outras, atualmente organizações multilaterais com representações de grandes interesses econômicos, especialmente a Organização Mundial do Comércio (OMC), passam a exercer um forte papel na regulamentação sanitária. (COSTA 2003, p. 200-201)

Os novos cenários epidemiológicos, os câmbios nos padrões habituais de transmissão de enfermidades, os riscos decorrentes das agressões ao meio ambiente, as mudanças climáticas e catástrofes naturais, o aumento da população e uma grande diversidade de agentes patogênicos, não apenas biológicos, mas também químicos e radioativos, evidenciam a necessidade de readequação e aprimoramento permanente das estruturas, processos, práticas, instrumentos e estratégias tradicionais de administração sanitária dos riscos.

O contexto das crises sanitárias vem contribuindo para uma reflexão sobre o enfoque dado à segurança sanitária e ao mesmo tempo aponta uma tendência à reorganização administrativa no âmbito internacional para contemplar ações mais fundamentadas e eficientes de controle da transnacionalização dos riscos.

De acordo com Lucchese (2003):

Não apenas regras econômicas tendem a adquirir abrangência global. A regulação sanitária segue a mesma tendência, absorvendo todos os matizes dessa nova realidade da regulamentação, da inclusão ou exclusão do mercado internacional, de maior ou menor espaço às políticas nacionais de controle do mercado e assim por diante. (LUCCHESE, 2003, p. 537)

Os regulamentos internacionais que envolvem a circulação de pessoas, bens e mercadorias, ao mesmo tempo em que normatizam o gerenciamento de riscos à saúde pública, pautam-se na premissa da mínima interferência ao comércio internacional. Em virtude da globalização da economia, a Organização Mundial do Comércio (OMC), como forma de harmonização de regras ao comércio internacional firma vários Acordos que apresentam relevância para a saúde por envolverem riscos relacionados a questões ambientais e sanitárias.

Dentre os Acordos multilaterais firmados no âmbito do Comércio Internacional, o Acordo sobre Aplicação de Medidas Sanitárias e Fitossanitárias (AMSF) tem importância na aplicação de normas relacionadas a essas duas áreas. Tal acordo, preocupa-se com a introdução, estabelecimento ou disseminação de praga ou doença no território do país importador, bem como com os

efeitos adversos resultantes do uso de aditivos, da presença de contaminantes, toxinas ou organismos patogênicos em alimentos, bebidas ou ração animal. As medidas adotadas devem fundamentar-se em normas, guias e recomendações de Organismos Internacionais no intuito de evitar arbitrariedade entre os países envolvidos. No entanto, desde que haja fundamentação científica, nada impede que um país elabore medidas com um nível mais elevado de proteção. Com relação aos Organismos Internacionais normatizadores, o Codex Alimentarius e o Escritório Internacional de Epizootias promovem a elaboração e revisão periódicas de normas, guias e recomendações de medidas sanitárias.

O acordo AMSF define ainda como os países-membros devem proceder para elaborar e publicar um regulamento ou uma medida sanitária. Visando aportar maior transparência, todos os membros devem tomar conhecimento de que um país planeja estabelecer determinada medida ou regulamento sanitário, tendo a oportunidade de se manifestar a respeito e de emendar o regulamento proposto (AFMS, 1994).

O Acordo sobre Barreiras Técnicas ao Comércio (BTC) apresenta semelhanças com o AMSF no que diz respeito à prevenção de práticas fraudulentas; à proteção da saúde ou segurança humanas, da saúde ou vida animal ou vegetal; ou do meio ambiente, de fatores climáticos ou outros fatores geográficos fundamentais; e a problemas tecnológicos e de infra-estrutura. ²⁰

Outras Normatizações Sanitárias

Lucchese (2003) apresenta interessante síntese de normatizações sanitárias de interesse:

- 1- Comissão do Codex Alimentarius, aprovada na Conferência da Organização da Alimentação e Agricultura (FAO), de 1961, e na Assembléia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (WHO), de 1963: busca proteger a saúde dos consumidores, além de estabelecer normas relativas à certificação de importações e exportações de alimentos; resíduos de medicamentos

²⁰ BTC 1994. **Acordo sobre Barreiras Técnicas ao Comércio**. Ata Final em que se incorporam os resultados da Rodada Uruguai de negociações comerciais multilaterais. *Mensagem* n. 498, de 1994, do Poder Executivo. Câmara dos Deputados, Brasil, Brasília.

- veterinários nos alimentos; e resíduos de praguicidas nos alimentos;
- 2- Convenção da Basiléia (1981): relata o problema dos resíduos industriais tóxicos que advém dos países desenvolvidos para os países da América Latina, Ásia e África como forma de aproveitamento de peças constituindo-se em fonte de contaminação;
 - 3- Harmonização de regulamentos técnicos de produtos de interesse para a saúde no MERCOSUL (desde 1991): realizada no âmbito do Subgrupo de Trabalho nº 11 (Saúde) que relaciona uma série de produtos que possam conter componentes cujo uso ou consumo pode provocar riscos de diferentes magnitudes ao indivíduo e à coletividade;
 - 4- Protocolo de Cartagena sobre Biossegurança (adotado em 2000, na cidade de Montreal, Canadá; entrou em vigor em 11 de setembro de 2003): estabelecido durante a Convenção da Diversidade Biológica (Eco-92) busca proteger tanto a saúde humana quanto à diversidade biológica dos riscos potenciais relacionados aos organismos geneticamente modificados, resultantes de técnicas de engenharia genética moderna; estabelece normatizações no que se refere a importações de organismos geneticamente modificados. No Brasil, o órgão regulamentador é a CTNBIO (Comissão Técnica Nacional de Biossegurança);
 - 5- Conferência Internacional de Autoridades Regulatórias, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS): realizada a cada dois anos, aborda temas referentes à regulamentação internacional envolvendo zonas de livre comércio, entre outros.

A necessidade de harmonização das normas de segurança sanitária no nível internacional é indispensável para garantir a saúde global, principalmente se considerarmos o nível elevado de comércio inter-países e a facilidade de mobilidade de pessoas. Torna-se imperiosa a coesão entre a vigilância sanitária e ambiental, atenção à saúde, regulação de transporte, turismo, biotecnologia e outras áreas, devido à interdisciplinaridade e profundidade que permeiam a transnacionalização dos riscos.

Regulamentação em Blocos Econômicos

Apesar da inclusão de temas sobre políticas de saúde nos Acordos comerciais não ser o foco principal, observa-se uma relevante interferência destes em questões relacionadas à saúde pública dos países envolvidos. No Brasil, a integração regional adquire elevada importância devido à dimensão da faixa de fronteira. O Brasil ao fazer parte do MERCOSUL convive com a intensificação do livre comércio apresentando reflexos sobre o setor saúde. Paralelamente, tem o dever de garantir a todos o Direito à saúde conforme as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). O MERCOSUL, se caracteriza como união aduaneira com o objetivo de constituir-se em um mercado comum, com a livre circulação de pessoas, bens e serviços. Como mercado comum, busca se aproximar da realidade existente na União Européia. Assim, o arcabouço legal histórico de regulamentação da União Européia, pode mostrar os impactos da integração nas políticas de saúde e contribuir, assim, para a adoção de medidas futuras com relação ao MERCOSUL (GIOVANELLA e GUIMARAES, 2006).

Mercosul

O Mercosul, com personalidade jurídica de Direito Público Internacional, tem como marco inicial de sua criação o Tratado de Assunção, de 1991. Em 1994 foi ratificado pelo Protocolo de Ouro Preto, constituindo-se em uma área de livre comércio entre a Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, mas também em uma união alfandegária com o desejo de se tornar um mercado comum.²¹

Em face da circulação, tanto de produtos como de pessoas, faz-se necessária a atuação efetiva de organismos regulatórios no intuito de promover e proteger a saúde pública das populações envolvidas, principalmente em áreas alfandegárias, portos, aeroportos e fronteiras. A elaboração de normas deve estar orientada a eliminar barreiras técnicas ao comércio e procurar a inserção

²¹ Protocolo adicional ao Tratado de Assunção sobre a estrutura Institucional do MERCOSUL – Protocolo de Ouro Preto, 17 de dezembro de 1994.

do MERCOSUL no Comércio Internacional, garantindo as condições de saúde, segurança, proteção ambiental e do consumidor. Deve-se levar em consideração a existência de normas internacionais, regionais, sub-regionais ou nacionais, assim como a regulamentação técnica consagrada internacionalmente.²²

No Brasil, a atuação da área de Relações Internacionais da ANVISA, no âmbito do MERCOSUL, concentra-se, principalmente, nos Subgrupos nº 3 “Regulamentos Técnicos e Procedimentos de Avaliação da Conformidade” e nº 11 “Saúde”. As atividades desenvolvidas pautam-se na elaboração de documentos que servirão de base para negociação com os demais Estados-Partes.

Além disso, há acompanhamento sistemático de temas em pauta em outros foros do MERCOSUL, cujas atividades tangenciam o âmbito de atuação da Agência, tais como a Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e Estados Associados e a Comissão de Comércio do MERCOSUL. Avalia-se o impacto que as negociações de outros foros internacionais têm no MERCOSUL, e vice-versa.

A participação sistemática do setor de Relações Internacionais nas negociações bilaterais e multilaterais busca identificar os compromissos decorrentes dos Acordos internacionais e acompanhar o seu cumprimento.²³

A Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e Estados Associados (RMSM-EA) é uma instância de cooperação técnico-política, na qual são definidas políticas regionais para o MERCOSUL por meio da elaboração de Acordos, estratégias, planos, programas e diretrizes na área de saúde pública.²⁴

Subgrupo de Trabalho nº 3 - “Regulamentos Técnicos e Procedimentos de Avaliação da Conformidade”²⁵

O Subgrupo de Trabalho nº 3 foi criado com a tarefa de eliminar os

²² RESOLUÇÕES DO GRUPO MERCADO COMUM - MERCOSUL/GMC/RES/56/02 – Diretrizes para elaboração e revisão de regulamentos técnicos MERCOSUL e procedimentos MERCOSUL de avaliação da conformidade.

²³ Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/rel/mercosul/index.htm>. Último acesso em: 14 jul. 2009.

²⁴ Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/rel/mercosul/reuniao.htm>. Último acesso em: 14 jul. 2009.

²⁵ Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/rel/mercosul/subgrupo_3.htm. Último acesso em: 14 de jul. de 2009.

obstáculos técnicos ao comércio para facilitar a livre circulação dos bens e a integração regional entre os Estados-Partes. O supracitado subgrupo é composto por cinco Comissões (Indústria Automotriz, Metrologia, Segurança de Produtos Elétricos, Avaliação da Conformidade e Alimentos) e dois Grupos de Trabalho (Gás Natural Comprimido e Bicicletas).

A área de Relações Internacionais vem participando ativamente, em coordenação com as demais áreas envolvidas da ANVISA, dos trabalhos desenvolvidos na Coordenação Nacional e nas Comissões de Avaliação da Conformidade e de Alimentos. Essa participação leva em conta não apenas as necessidades e os interesses de regulamentação, mas também a real viabilidade de harmonização de regulamentos técnicos e/ou a possibilidade de tratamento dos temas de interesse da Agência.

Subgrupo de Trabalho nº 11 - “Saúde”

O Subgrupo de Trabalho nº 11 é composto por três Comissões: Vigilância em Saúde, Produtos para a Saúde e Serviços de Atenção à Saúde. Cabe ao Ministério da Saúde à Coordenação Nacional do Subgrupo²⁶.

Na Comissão de Vigilância em Saúde, a ANVISA participa da Subcomissão de Controle Sanitário em Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira (GGPAF) e, na Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, participa da Subcomissão de Serviços de Saúde (GGTES) e da Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologias em Saúde (GGTPS).

União Européia

A União Europeia (UE) é uma união supranacional econômica e política que vem se constituindo há mais de meio século, iniciando-se com o Tratado da Comunidade Européia do Carvão e do Aço, de 1952, firmado em Paris. Sua estrutura foi delineada por importantes Tratados: *Maastricht*, em 17 Fevereiro

²⁶ Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/rel/mercosul/subgrupo_11.htm. Último acesso em: 14 de jul. de 2009.

de 1992, criou estruturas políticas e econômicas, previu a união monetária e a cidadania europeia e instituiu políticas externa e de segurança comuns; *Amsterdã*, em 02 de outubro de 1997, reforçou o mercado único e a garantia da livre circulação de mercadorias, serviços, pessoas e capital.

Repercussões da Livre Circulação sobre as Políticas de Saúde

A regulação do movimento de pessoas, em busca de serviços de saúde, entre países membros da UE é feito pelo Regulamento CEE N. 1408/71, que é também objeto de jurisprudências da Corte de Justiça Europeia.

A regulamentação da livre circulação de mercadorias na saúde afetou a distribuição e oferta de medicamentos, insumos e equipamentos, a assistência farmacêutica e aspectos da vigilância sanitária relacionados à fabricação e circulação de produtos. A fim de regular a produção e distribuição de medicamentos, foi criada a Agência Europeia de Medicamentos, com funções de registro, certificação e licenciamento. Foram firmados Acordos comunitários para controle de substâncias perigosas e radioativas e padrões sanitários comuns para a circulação de produtos.

A livre circulação de serviços na saúde repercutiu sobre a oferta de seguros privados. Porém, o fato de prestadores privados poderem oferecer serviços de saúde em qualquer país, poderá refletir sobre a prestação ambulatorial e hospitalar dos Estados-Membros.

A livre circulação de capitais exhibe, por sua vez, efeitos sobre investimentos hospitalares, e pode vir a dificultar a regulação e o planejamento da oferta hospitalar em países onde estes serviços são predominantemente públicos (GIOVANELLA e GUIMARAES, 2006).

Nota-se, dessa forma a forte influência que esse importante acordo comercial tem sobre aspectos sociais, em especial sobre as políticas de saúde dos países que fazem parte do grupo, apesar de esses, pela tradição europeia, garantirem proteção social à sua população de forma solidária e com cobertura universal.

Cuidados nas Regiões de Fronteira

O fluxo de pacientes entre países da UE em busca de cuidados de saúde concentra-se nas fronteiras. Nesses locais, a garantia do acesso aos serviços de saúde é importante para que diferenças territoriais e dos sistemas de saúde não constituam obstáculos não tarifários à integração e à coesão econômica e social. Para que se garanta a aplicação da legislação europeia nos campos da saúde, foi criado em 1994, o Comitê das Regiões, órgão consultivo composto por representantes locais e regionais (GIOVANELLA e GUIMARAES, 2006).

União Européia e Mercosul

Em dezembro de 1994 divulgou-se a Declaração Conjunta entre o Conselho da União Européia e os Estados-Membros do MERCOSUL, na qual se manifestava o interesse de estabelecer uma associação política e econômica inter-regional. Em dezembro de 1995, em Madri, foi assinado o Acordo Marco Inter-regional de Cooperação entre a União Européia e o MERCOSUL, tornando-se o primeiro instrumento que celebra a integração de dois sistemas regionais, com o objetivo da criação de um espaço econômico que reúne mais de 580 milhões de consumidores, ratificando assim, a importância do intercâmbio comercial produzida entre os dois blocos e a magnitude dos investimentos europeus no MERCOSUL.²⁷

Na UE, ao contrário do MERCOSUL, é garantido ao cidadão o acesso aos serviços de saúde em outro Estado-Membro como forma de evitar barreiras não tarifárias à livre circulação. O MERCOSUL tem tido comportamento semelhante ao realizar a inclusão gradual de questões de vigilância sanitária e epidemiológica, relacionadas à circulação de produtos e às ações de saúde pública. O responsável por isso é o SGT-11 que busca harmonização normativa entre os Estados-Partes (GIOVANELLA e GUIMARAES, 2006).

²⁷ Disponível em: <http://www.angelfire.com/al/Geografia/mercosul.html>. Último acesso em: 14 de jul. de 2009.

Regulamentação em Âmbito Nacional

No Brasil, o Ministério da Saúde promove a inserção de diversos regulamentos diante do surgimento de agravos e doenças como forma de promoção e prevenção da saúde. Os mais recentes são o Protocolo para Enfrentamento da Influenza A H1N1²⁸ em Portos, Aeroportos e Fronteiras; o Protocolo de notificação e identificação de casos da Influenza A (H1N1); e o Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica da Influenza, que contém informações referentes à orientações gerais para o manejo clínico, aspectos laboratoriais, indicações para uso do antiviral oseltamivir, medidas de controle e precaução a serem adotadas na assistência, medidas a serem implementadas no atendimento ambulatorial e pronto atendimento, medidas a serem implementadas no transporte de pacientes, orientações para isolamento no ambiente hospitalar e processamento de produtos para saúde.²⁹

Em cooperação com o Ministério da Saúde, a ANVISA atua na elaboração de normas, regulamentos técnicos e procedimentos a serem seguidos que visem a proteção da saúde pública. A Agência tem como missão proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso. Exerce, ainda, o controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Além disso, a Agência exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária.

O país conta com uma rede de vigilância efetiva no monitoramento de

²⁸ Influenza A (H1N1 - Hemaglobulina 1 e Neuraminidase 1) é uma doença respiratória aguda (gripe), causada pelo vírus A (H1N1). Este novo subtipo do vírus da influenza é transmitido de pessoa a pessoa principalmente por meio da tosse ou espirro e de contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas.

Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31267. Acesso em 10 de abril de 2011.

²⁹ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1534. Último acesso em: 15 de jul. de 2009.

agravos à saúde: são 22 Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Rede CIEVS) em atividade para apoiar os serviços de vigilância em saúde e unidades de atenção no enfrentamento de Emergências de Saúde Pública. No tocante ao atual cenário da pandemia provocada pelo vírus Influenza A (H1N1), a ANVISA e a Secretaria Especial de Portos da Presidência da República recomendaram medidas específicas para vigilância e controle em portos brasileiros.³⁰

Considerações Finais

A saúde humana, a política de saúde e o desenvolvimento econômico se influenciam mutuamente. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), reconhecendo que contextos econômicos e sociais desempenham papel predominante na situação de saúde da população, propõe que sejam aumentados os esforços no sentido de caracterizar as desigualdades da situação sanitária das populações e do acesso aos serviços de saúde, identificando os grupos de maior risco, para que medidas efetivas produzam um impacto de melhoria da saúde dessas populações. É nesse contexto que se inserem as Convenções, Acordos, Tratados e Regulamentos Internacionais, regionais, bilaterais e nacionais como meio de complementar esses esforços e promover a proteção da saúde da coletividade.

A compreensão da evolução histórica do Direito Sanitário e dos níveis de abrangência dos principais regulamentos sanitários existentes permite a atuação articulada dos vários órgãos envolvidos em ações de vigilância sanitária e epidemiológica entre os países, objetivando uma eficiente aplicação com o intuito de garantir a proteção da saúde pública em nível global. No entanto, a adoção de medidas sanitárias deve-se dar de tal forma que não ponha em risco os interesses comerciais entre os países e, ao mesmo tempo, não ofereça riscos ao cidadão.

³⁰ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_esclarecimentos_acoes_ms_21_06_2009.pdf. Último acesso em: 01 de set. de 2009.

A Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, desencadeada pela circulação entre seres humanos de agentes patogênicos causadores de doenças e agravos à saúde da população mundial, fez com que as principais organizações internacionais de saúde pública, dentre as quais se destacam a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), produzissem constantemente regulamentos e protocolos que visam reduzir o risco de transmissão, bem como promover assistência adequada aos casos detectados e aprimorar o monitoramento adequado da situação epidemiológica visando detectar alterações no padrão de transmissão e gravidade da doença.

Em relação aos blocos econômicos, a regulamentação torna-se dependente do tipo de relação adotada entre os países membros. Na União Européia, como é livre a circulação de pessoas, há uma intensa preocupação com as políticas públicas de saúde no tocante ao aspecto da assistência ao paciente ou trabalhador que busca cuidados de saúde no país vizinho. Nesse sentido, a transnacionalização de doenças e agravos nesses locais está muito mais propensa a uma rápida disseminação. No MERCOSUL, a área de Relações Internacionais da ANVISA, concentra-se, principalmente, nos Subgrupos nº 3 “Regulamentos Técnicos e Procedimentos de Avaliação da Conformidade”, nº 11 “Saúde” e também na Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL. As atividades desenvolvidas pautam-se na elaboração de documentos que servirão de base para a negociação com os demais Estados-Partes e para as políticas públicas de saúde.

Em âmbito nacional, o Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde, da ANSIVA e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e outros órgãos, promove a inserção de diversos regulamentos, normas e procedimentos como forma de promoção e proteção da saúde. Os mais recentes são o Protocolo para Enfrentamento da Influenza A (H1N1) em Portos, Aeroportos e Fronteiras, além de medidas e informações relativas ao uso do antiviral oseltamivir.

As inovações tecnológicas, que proporcionam o desenvolvimento industrial vêm determinando um aumento dos riscos em velocidade bem superior à

capacidade científica e institucional de avaliá-los e gerenciá-los. No campo da engenharia genética aplicada a organismos geneticamente modificados, intensas regulamentações são elaboradas por organismos reguladores, tanto pela Comissão do Codex Alimentarius como por meio do Acordo sobre Medidas Sanitárias e Fitossanitárias (AMFS, 1994), no intuito de avaliar se esses organismos apresentam ou não risco sanitário para o ser humano. O Protocolo de Cartagena insere-se nesse contexto como instrumento internacional legal, reconhecido para regulamentar o movimento de transgênicos entre países.

Em face das constantes transformações climáticas, dos riscos inerentes a novas substâncias químicas, biológicas e radioativas, e dos novos modelos econômicos ditados pela globalização da economia, nota-se a necessidade do conhecimento, aprimoramento e da efetiva aplicação da normatização para que se garanta proteção sanitária ao cidadão dos riscos inerentes às práticas comerciais e à circulação de pessoas, em especial os passageiros, tripulantes, pessoal de solo e do público em geral nos portos, aeroportos, fronteiras e áreas alfandegárias. É evidente que a evolução histórica da vigilância sanitária e epidemiológica contribuiu em muito para servir de matéria-prima para a construção de recomendações para a sociedade em casos de detecção de emergências de saúde pública de importância internacional e de outros agravos à saúde da coletividade.

Por fim, a conscientização social, principalmente a dos profissionais envolvidos no processo e também a sua capacitação, bem como uma efetiva vontade política estruturante, devem ser considerados como fatores primordiais para a concreta implementação do RSI e de outros Acordos, Tratados e Protocolos que se fizerem necessários à efetiva proteção da saúde.

Referências Bibliográficas

AMFS 1994. Acordo sobre a Aplicação de Medidas Sanitárias e Fitossanitárias. Ata Final em que se incorporam os resultados da Rodada Uruguaia de negociações multilaterais. **Mensagem n. 498, de 1994, do Poder Executivo.** Câmara dos Deputados, Brasil, Brasília.

BATISTA, V. O. A proteção internacional do direito à saúde. *Virtuajus*. Disponível em: <http://www.fmd.pucminas.br/Virtuajus/Prod_Docente_Ano2.html>. Acesso em: 17 jul. 2009.

BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, 1999. p. 21-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100003>. Acesso em 14 jul. 2009.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The World Health Organization and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Public Health. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 96, n.1, p.62-72, Jan. 2006.

CARMO, E. H. **SVS - Boletim eletrônico Epidemiológico**, ano 5, n. 02, out. 2005. p. 2. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bol_epi_2_2005.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2009.

CASTRO, L. de P. G. **Transnacionalização dos riscos e o novo Regulamento Sanitário Internacional**. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária e proteção da saúde. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 181.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 79-80.

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L. **Integração européia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9): 1795- 1807, set, 2006

GOSTIN, L. O. International infectious disease law. Revision of the World Health. Organization’s International Health Regulations. **JAMA**, Chicago, USA, v. 291, n. 21, p. 2623-2627, Jun. 2004.

LUCCHESI, G. A internacionalização da regulamentação sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 537-555, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200016&lng=pt>. Acesso em: 18 jul. 2009.

MENUCCI, D. L. O Regulamento sanitário internacional (2005) e a vigilância em saúde. Rev. Direito Sanit. São Paulo, v. 7, p. 118-150, 2006.

MERCOSUL. GRUPO MERCADO COMUM. Resolução nº 56, de 28 de novembro de 2002. Dispõe sobre Diretrizes para elaboração e revisão de regulamentos técnicos MERCOSUL e procedimentos MERCOSUL de avaliação da conformidade. Brasília, 2002.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Crisis mundiales - soluciones mundiales:** El Reglamento Sanitario Internacional como instrumento de gestión de los riesgos.... [Washington], 2001. Disponível em: www.who.int/entity/csr/resources/publications/ihr/en/WHO_CDS_CSR_GAR_2002_4SP.pdf. Acesso em: 10 de abr. de 2011.

RAMOS R. **Indicadores do nível de saúde, sua aplicação no município de São Paulo (1954-1959)**. 1962. 136 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 1962.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulations (1969)**. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/ihr/ihr1969.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2009.

WHO – World Health Organization. **WHA58.3 Revision of the International Health Regulations**. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2009.