

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELLE CEVALLOS SOARES

SOBERANIA, DIREITO À SAÚDE E COBERTURA VACINAL DE IMIGRANTES
INDOCUMENTADOS NA FRONTEIRA OESTE DE MATO GROSSO NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: UM ESTUDO DE CASO

Curitiba

2023

DANIELLE CEVALLOS SOARES

SOBERANIA, DIREITO À SAÚDE E COBERTURA VACINAL DE IMIGRANTES
INDOCUMENTADOS NA FRONTEIRA OESTE DE MATO GROSSO NO CONEXTO
DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Setor de Ciências Jurídicas, na Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatyana Scheila Friedrich

CURITIBA

2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS

Soares, Danielle Cevallos

Soberania, direito à saúde e cobertura vacinal de imigrantes indocumentados na fronteira oeste de Mato Grosso no contexto da pandemia do coronavírus: um estudo de caso / Danielle Cevallos Soares. – Curitiba, 2023.

1 recurso on-line : PDF.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-graduação em Direito.

Orientadora: Tatyana Scheila Friedrich.

1. Direito à saúde. 2. Vacinação. 3. Imigrantes. 4. Soberania. 5. Fronteiras. 6. COVID-19 (Doença). 7. Pandemias. 8. Direitos humanos. I. Friedrich, Tatyana Scheila. II. Título. III. Universidade Federal do Paraná.

Bibliotecário: Pedro Paulo Aquilante Junior – CRB-9/1626

ATA Nº284

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA EM DIREITO

No dia seis de março de dois mil e vinte e três às 10:00 horas, na sala Banca Remota, Banca Remota, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestrand **DANIELLE CEVALLOS SOARES**, intitulada: **SOBERANIA, DIREITO À SAÚDE E COBERTURA VACINAL DE IMIGRANTES INDOCUMENTADOS NA FRONTEIRA OESTE DE MATO GROSSO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: UM ESTUDO DE CASO.**, sob orientação da Profa. Dra. TATYANA SCHEILA FRIEDRICH. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DIREITO da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: TATYANA SCHEILA FRIEDRICH (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ANNA SILVIA PENTEADO SETTI DA ROCHA (UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ), CAROLINE FILLA ROSANELI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestra está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, TATYANA SCHEILA FRIEDRICH, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 06 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica

13/03/2023 09:58:30.0

TATYANA SCHEILA FRIEDRICH

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

08/03/2023 18:36:45.0

ANNA SILVIA PENTEADO SETTI DA ROCHA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

13/03/2023 09:21:25.0

CAROLINE FILLA ROSANELI

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DIREITO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **DANIELLE CEVALLOS SOARES** intitulada: **SOBERANIA, DIREITO À SAÚDE E COBERTURA VACINAL DE IMIGRANTES INDOCUMENTADOS NA FRONTEIRA OESTE DE MATO GROSSO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: UM ESTUDO DE CASO.**, sob orientação da Profa. Dra. TATYANA SCHEILA FRIEDRICH, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 06 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica

13/03/2023 09:58:30.0

TATYANA SCHEILA FRIEDRICH

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

08/03/2023 18:36:45.0

ANNA SILVIA PENTEADO SETTI DA ROCHA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

13/03/2023 09:21:25.0

CAROLINE FILLA ROSANELI

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

Dedico este trabalho a Carlos Alberto Reyes Maldonado (*in memoriam*), que sonhou e concretizou a UNEMAT - a universidade para o terceiro milênio -, e com quem o breve convívio em seus últimos anos de vida transformou meu olhar sobre a função social da universidade e o exercício da docência.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Estado de Mato Grosso e todos seus agentes públicos, pelo seu poder transformador na sociedade mato-grossense, inclusive na minha própria vida e família. A minha constituição como pessoa passa por esta Universidade, que proporcionou a formação de meu pai, o exercício da docência e qualificação de minha mãe, a minha formação, exercício da docência e agora, qualificação.

À Universidade Federal do Paraná e todos seus agentes públicos, por me oportunizarem uma das experiências mais intelectualmente enriquecedoras e desafiadoras que tive na vida.

À professora Tatyana Friedrich, pela orientação, mas também pela paciência bíblica, compreensão, compassividade e sobretudo, pelo exemplo de mulher e profissional que é.

Às professoras Anna Silvia Penteado Setti da Rocha e Caroline Filla Rosaneli, pela disponibilidade e gentileza de participarem da construção deste trabalho.

Ao Vitor Vincenzo Tancredi, cuja generosidade e exercício profissional ímpares não apenas me possibilitaram dar seguimento ao mestrado, mas também me permitiram compreender que há incontáveis possibilidades de se existir e ser feliz no mundo, de formas que eu sequer conseguia imaginar, e sobretudo, distante do assombro da genética.

À minha mãe, Ivete, que sempre foi minha maior apoiadora, incentivadora e cheia de fé no meu melhor (mesmo quando o meu melhor não é tão bom assim). Por trás do sucesso de uma mulher, há sempre uma ou mais mulheres segurando suas mãos. Comigo não foi diferente e minha mãe é o melhor exemplo disso.

Às amigas Ana, Analu, Juliana Pavini e Luciana, mais mulheres que seguraram e seguram minhas mãos, de perto ou a um oceano de distância. E como se não fosse suficiente toda – e tanta – amizade, ainda fica aqui o agradecimento por me darem os “sobrinhos” mais fofos do planeta: João Filipe e Sophia, que foram concebidos junto da minha aprovação no mestrado.

À Camilla e o Inaian, meus nerds favoritos da vida, que me agraciaram com a honra de ser a madrinha da Maria, a quem eu agradeço por ser a afilhada mais maravilhosa do mundo, cuja simples existência alegra o meu viver.

À amiga Juliana Vieira, cuja amizade é um alento ao motivo pela qual ela nasceu. Tantas histórias felizes surgidas a partir daí me fazem ser muito grata pelo nosso (re)conhecimento, em especial pelo amor que compartilhamos pelos felinos.

Ao Derick Victor, companheiro de vida, por todo cuidado, apoio, torcida e sobretudo, por ser lar em formato de gente.

À Acybe Coutinho, por tanto carinho e acolhimento.

Ao José Ricardo, por não desistir de mim e por ser sempre um grande torcedor, incentivador e ainda, amigo querido e parceiro nas batalhas no curso de Direito da UNEMAT – e na vida.

À Beatriz Mello, presente da UFPR, pela amizade, apoio, generosidade. Meu exemplo de disciplina, inteligência e resiliência.

À Carla, minha “ex-futura-madrasta”, mas sempre – e para sempre – amiga.

À tia Lu, tio Chico, Pedro Henrique, Natalie, Maitê e os demais membros da minha família de Brasília, que nunca pouparam generosidade, acolhimento, amor e apoio na minha vida pessoal e acadêmica.

Ao meu irmão, Bruno, uma das pessoas mais brilhantes que já conheci, e que me desafia diariamente a rever meus conceitos e preconceitos, e a enfrentar minhas feridas mais profundas.

Ao meu pai, Clóvis (*in memoriam*), que me apresentou a magia das palavras.

À todas e todos não mencionados aqui, mas que colaboraram de alguma forma na minha trajetória pessoal e profissional.

(...)

Estas águas não têm lado de lá.
Daqui só enxergo a fronteira do céu.

(...)

(Manoel de Barros)

“Las personas son de los lugares y llevan su tierra junto a ellas”

(Enrique Ramírez)

RESUMO

O presente trabalho trata do impacto da Soberania Moderna no acesso ao Direito à Saúde no âmbito da pandemia de COVID-19, no que tange ao direito à vacinação por imigrantes indocumentados na região da Cidade de Cáceres/MT, localizada na faixa de fronteira terrestre com San Matías, Bolívia. O Estado de Mato Grosso compartilha com a Bolívia aproximadamente 902 km de faixa de fronteira, dos quais cerca de 287,1 km estão entre Cáceres (MT) e San Matías (BO), que estão separadas por apenas 103 km. Em razão dessa proximidade, o trânsito fronteiriço é intenso e ocorre tanto pela via regular – a BR 070 –, quanto por estradas não mapeadas ou por dentro de propriedades rurais. O que interessa a este trabalho, entretanto, são os cidadãos bolivianos indocumentados que se deslocam até Cáceres para acessar a atenção de saúde por meio do SUS. Esse deslocamento é comum – ainda que eventualmente conflituoso – há muitas décadas, mas com o advento da pandemia decorrente da disseminação do vírus SARS-CoV-2 e a exposição da fragilidade do SUS, o acesso dos serviços de saúde por imigrantes indocumentados se tornou uma questão ainda mais sensível, pois nos deparamos com a escassez de insumos, leitos, profissionais de saúde e vacinas, fato que fomentou e aumentou a recusa da prestação dos serviços de saúde a essas pessoas vulneráveis. Tudo isso com respaldo em institutos decorrentes da Soberania Moderna, a exemplo do ideal de nacionalismo, e à revelia da universalidade dos Direitos Humanos – e do SUS. Dito isso, a metodologia utilizada tem como base pesquisas bibliográficas, que compreendem três fases distintas, quais sejam, exploratória, descritiva e explicativa, além de experimentarmos o uso do método exegético-analítico, por meio do qual foi possível determinar a correlação existente entre os institutos político-jurídicos analisados e as hipóteses deste estudo. Assim, em primeiro lugar, descreveu-se e analisou-se a formação da fronteira oeste do Mato Grosso, o impacto das relações entre a coroa portuguesa e a coroa espanhola na região na formação das fronteiras do Brasil e nas interações fronteiriças contemporâneas. Posteriormente, averiguou-se a situação da pandemia e a questão vacinal, partindo-se do cenário mundial até o cenário encontrado em Cáceres e em San Matías. Por fim, analisou-se de forma mais aprofundada a Soberania Moderna e sua relação com outros institutos clássicos da modernidade e um possível conflito desses cânones com o acesso ao Direito Humano à saúde e mostramos breves propostas para, senão superar, mitigar a limitação do acesso ao direito à saúde por migrantes indocumentados. A crise nos sistemas de saúde mundiais evidenciada pela pandemia demanda uma urgência nas discussões sobre integração mundial e regional para prevenir e conter novas epidemias ou pandemias, num sistema solidário e não excludente, com fechamento de fronteiras que violam diversos Direitos Humanos e a negativa do acesso a direitos a imigrantes, em especial os indocumentados.

Palavras-chave: fronteira; saúde; direitos humanos; soberania; pandemia.

ABSTRACT

This work deals with the impact of Modern Sovereignty on the access to the Right to Health in the context of the COVID-19 pandemic, regarding the right to vaccination by undocumented immigrants in the region of Cáceres/MT, located on the land border strip with San Matías, Bolivia. The State of Mato Grosso shares with Bolivia approximately 902 km of borders, which about 287.1 km are between Cáceres (MT) and San Matías (BO), which are separated by only 103 km. Due to the proximity, border traffic is intense and occurs both on the regular road - BR 070 - and on unmapped roads or inside rural properties. But what matters to this work, however, are the undocumented Bolivian citizens who travel to Cáceres to access health care through the SUS. This displacement has been common - even if occasionally conflicting - for many decades, but with the advent of the pandemic resulting from the spread of the SARS-CoV-2 virus and the exposure of the fragility of the SUS, access to health services by undocumented immigrants has become an even more sensitive issue, as we faced a shortage of supplies, beds, health professionals and vaccines, facts that have encouraged and increased the refusal to provide health services to these vulnerable people. All of this supported by institutes resulting from Modern Sovereignty, like the example of the ideal of nationalism, and disregarding the universality of Human Rights – and SUS. That said, the methodology used is based on bibliographical research, which comprises three distinct phases, namely, exploratory, descriptive and explanatory, in addition to experimenting with the use of the exegetical-analytical method, through which it was possible to determine the existing correlation between the political-legal institutes analyzed and the hypotheses of this study. Thus, in the first place, it was described and analyzed the formation of the western borders of Mato Grosso, the impact of the relations between the Portuguese crown and the Spanish crown in the region in the formation of the borders of Brazil and in the contemporary border interactions. Subsequently, it was investigated the situation of the pandemic and the vaccination issues, starting from the world scenario to the scenario found in Cáceres and San Matías. Finally, it was analyzed in more depth Modern Sovereignty and its relationship with other classic institutes of modernity and a possible conflict of these canons with access to the Human Right to health and we show brief proposals to, if not overcome, mitigate the limitation of access to the right to health by undocumented migrants. The crisis in global health systems evidenced by the pandemic demands urgent discussions on global and regional integration to prevent and contain new epidemics or pandemics, in a supportive and non-excluding system, without the closing borders that violate multiple Human Rights and the denial of access to the rights of immigrants, especially the undocumented ones.

Key-words: borders; health; human rights; sovereignty; pandemic.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ALMT	Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DEFRON	Delegacia Especial de Fronteira
FAMATO	Federação da Agricultura e Pecuária de Mato Grosso
GEFRON	Grupo Especial de Fronteira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDR	Ministério do Desenvolvimento Regional
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
OAS	Organization of American States
OEА	Organização dos Estados Americanos
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMT	Organização Mundial do Turismo
ONU	Organização das Nações Unidas
ONWTO	World Tourism Organization
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PNDR	Política Nacional de Desenvolvimento Regional
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SUS	Sistema Único de Saúde
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CÁCERES - MATO GROSSO, E A FRONTEIRA OESTE DO BRASIL COM A BOLÍVIA	16
2.1 A DELIMITAÇÃO DA FRONTEIRA LUSO-CASTELHANA E A CIDADE DE CÁCERES	17
2.2 DO OUTRO LADO: DA COLONIZAÇÃO ESPANHOLA À CIDADE DE SAN MATÍAS	21
2.3 AS RELAÇÕES BRASIL-BOLÍVIA E A (DES)INTEGRAÇÃO FRONTEIRIÇA NO CONTEXTO CÁCERES-SAN MATÍAS	24
2.3.1 A mobilidade e a segurança na fronteira na atualidade	29
2.3.2 Relações econômicas na fronteira: o caso da bovinocultura	31
2.3.3 A saúde na Fronteira Oeste	35
2.4 CÁCERES E SAN MATÍAS ALÇADAS À CATEGORIA DE CIDADES GÊMEAS	40
3 COVID-19 - A EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE INTERESSE INTERNACIONAL, MIGRAÇÃO E VACINAÇÃO: DO CENÁRIO MUNDIAL ATÉ A FRONTEIRA OESTE DO MATO GROSSO	42
3.1 MEDIDAS PARA A CONTENÇÃO DO VÍRUS SARS-CoV-2: DA QUARENTENA AO FECHAMENTO DE FRONTEIRAS	43
3.1.1 Respostas dos países e comunidades internacionais para a contenção do vírus SARS-CoV-2	48
3.1.1.1 Restrições de mobilidade internacional para fins turísticos	50
3.1.2 Medidas restritivas tomadas pelo Brasil	53
3.1.3. Medidas restritivas tomadas pela Bolívia	56
3.2 “A PANDEMIA, COMO FATO REAL, É UM PROBLEMA FRONTEIRIÇO”	58
3.3 A CORRIDA PELA VACINA	59
3.2.1 A vacinação no Brasil	61
3.2.2 A vacinação na Bolívia	66
3.3. OS MIGRANTES NO CONTEXTO DA CRISE SANITÁRIA	67
4 SOBERANIA MODERNA, DIREITO À SAÚDE NA PANDEMIA E COBERTURA VACINAL: A (DES)INTEGRAÇÃO NA FRONTEIRA	73
4.1 A SOBERANIA MODERNA EM XEQUE	75

4.1.1 Quem faz parte do Estado-nação?.....	76
4.1.2. O Estado moderno, o racismo e o nacionalismo.....	79
4.1.3 Nós, os outros e as fronteiras.....	81
4.2 O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL.....	82
4.2.1 O Direito Humano à Saúde.....	87
4.2.2 O Direito Humano e Fundamental à Saúde e o Brasil.....	92
4.2.2.1 O Programa Nacional De Imunizações.....	95
4.2.3 Universalidade para quem? A vacinação contra COVID-19 e os imigrantes indocumentados.....	97
4.3 A INTEGRAÇÃO NA FRONTEIRA OESTE: PARA ALÉM DA BOVINOCULTURA.....	98
4.3.1 A elaboração de um instrumento internacional de respostas às pandemias: não há saúde onde há desigualdades socioeconômicas.....	99
4.3.2 Integração via MERCOSUL.....	102
4.3.3 O princípio <i>pro persona</i>	104
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS.....	110

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 evidenciou como o instituto da Soberania Moderna pode ser contraditório à efetivação dos direitos humanos, no caso, o direito humano à saúde, especificamente no que concerne à imunização. Essas contradições ficam mais evidentes nas regiões fronteiriças, onde as relações institucionais e pessoais são naturalmente mais conflituosas. Sabe-se que o Estado de Mato Grosso tem uma das maiores faixas de fronteira com a Bolívia, sendo que a Cidade de Cáceres é um ponto chave de migração da Bolívia para o Brasil, porque é uma cidade que se localiza a pouco mais de 100 km de San Matías, município boliviano da Província de Santa Cruz de La Sierra.

Dada a proximidade das cidades e a ausência de serviços de saúde mais complexos na cidade de San Matías, bem como sua distância do hospital com maior estrutura mais próximo, é muito comum que cidadãos bolivianos se desloquem até Cáceres para obterem atendimento de saúde por meio do SUS. Entretanto, esses atendimentos só são realizados mediante apresentação de documentação adequada, o que nem sempre é possível aos migrantes, fato este que se tornou um problema ainda maior no contexto da pandemia, em especial no que diz respeito à cobertura vacinal. Afinal, em sendo a vacinação um pacto coletivo, deixar de vacinar pessoas por questões meramente burocráticas – relacionadas a uma concepção de cidadania oriunda da Soberania Moderna, que é excludente e racista – é violador aos direitos humanos do indivíduo que não pode ser vacinado, mas também da própria comunidade em que ele se insere.

Nesse contexto, investigou-se a existência de registros de vacinação de migrantes indocumentados na região de Cáceres, Mato Grosso, para saber se o direito humano à saúde, ao menos no quesito da imunização, tem sido efetivado na região. Para isso, buscou-se registros em bancos de dados de instituições governamentais e não governamentais e não se encontrou qualquer sinal de que algum migrante indocumentado tenha recebido algum imunizante contra a COVID-19.

Para compreender toda a dinâmica subjacente à falta de vacinação, no primeiro capítulo fez-se um panorama da colonização da região de Cáceres/MT e de San Matías, para que fosse possível compreender como os resquícios da colonização reverberam nas relações fronteiriças até a contemporaneidade e o sucesso da

integração entre os países sobretudo na área comercial, especialmente na imunização do vasto rebanho bovino contra febre aftosa.

No capítulo seguinte, pesquisou-se as medidas quarentenárias tomadas pelos países ao redor do mundo em face da pandemia causada pela disseminação do vírus SARS-CoV-2, em especial o fechamento de fronteiras, que impacta fortemente os migrantes que em muitos casos ficaram presos em países estrangeiros e não conseguiam retornar aos países de origem ou foram impedidos de entrar em outros países para obter ajuda humanitária. Por meio de um afunilamento, chegou-se até as medidas tomadas pelo Brasil e pela Bolívia para contar as infecções pelo vírus, as demonstrações de falta de integração e solidariedade nesse quesito e os impactos do início tardio da vacinação do Brasil tanto para os brasileiros quanto para os países vizinhos, considerando que o Brasil se tornou o epicentro da doença na América Latina.

No último capítulo, colocou-se em debate a primazia da Soberania do Estado Moderno e seus efeitos, como o racismo que é resultado do nacionalismo – e “pai” da xenofobia, a construção do estrangeiro como inimigo em potencial, ainda mais quando ele pode ser considerado o vetor do vírus ameaçador da saúde mundial. Ao final, foram apresentadas algumas propostas para, senão resolver, ao menos mitigar o confronto entre a soberania e os direitos humanos: em primeiro lugar, por meio da elaboração de um instrumento internacional de resposta às pandemias; em segundo lugar, por meio de uma integração regional via Mercosul e, por último, a aplicação do princípio *pro-persona* como forma de solucionar os conflitos já existentes e os que eventualmente surjam com o tempo.

2 CÁCERES, MATO GROSSO, E A FRONTEIRA OESTE DO BRASIL COM A BOLÍVIA

O país com o qual o Brasil compartilha a maior região de fronteira é a Bolívia¹, cuja extensão total é de 3.423,2 km, dos quais 2.609,3 km são por rios e canais, 63,0 km por lagoas e 750,09 km terrestres², sendo que desse total, aproximadamente 902 km ficam no estado de Mato Grosso³, onde se localiza o município de Cáceres, uma das principais cidades da fronteira Brasil-Bolívia.

Cáceres situa-se na margem oriental do Rio Paraguai, na microrregião do Alto Paraguai, no sudoeste do Estado de Mato Grosso, a 217 km de Cuiabá, a capital do estado, ligadas pela BR 070, ao passo que apenas 103 km de via terrestre separam os centros urbanos de Cáceres e San Matías (Bolívia)⁴. Nesse contexto, é possível afirmar que a cidade de Cáceres se localiza em região de faixa de fronteira, nos termos do art. 1º da Lei 6.634/79⁵ e do parágrafo 2º do art. 20 da Constituição da República⁶.

Além disso, Cáceres é a segunda cidade do estado de Mato Grosso com maior extensão de fronteira com a Bolívia – 287,1 km – ficando atrás apenas de Vila Bela da Santíssima Trindade, a primeira capital do estado, que possui 431,7 km de fronteira com o país vizinho⁷.

Por sua vez, na Bolívia, a cidade mais próxima de San Matías é San Ignacio de Velasco, localizada a 301 km, cujo acesso se dá pela *carretera* 10, completamente

¹ BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Estado Plurinacional da Bolívia**. 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/relacoes-bilaterais/todos-os-paises/estado-plurinacional-da-bolivia>. Acesso em: 18 jul. 2022.

² *Idem*. Ministério das Relações Exteriores. Fundação Alexandre Gusmão. **Fronteiras Terrestres**. Disponível em: <http://www.funag.gov.br/ipri/images/informacao-e-analise/fronteiras-terrestres-brasil.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

³ MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

⁴ BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Estudo técnico sobre a viabilidade de criação da “cidade gêmea” Cáceres (Brasil) – San Matías (Bolívia)**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9904>. Acesso em: 19 jul. 2022.

⁵ *Idem*. Lei 6.634 de 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a faixa de fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03/07/1979, p. 6113. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6634.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%206.634%2C%20DE%202%20DE%20MAIO%20DE%201979.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Faixa%20de,1970%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 23 jul. 2022.

⁶ *Idem*. Constituição (1998). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

⁷ MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

sem pavimentação. Já a cidade de Santa Cruz de La Sierra, capital do departamento de Santa Cruz, fica a 693 km de San Matías, com acesso pela *ruta nacional* (RN) 4.⁸

Há uma interação histórica entre os municípios de Cáceres e San Matías, pois os vínculos dessas cidades são seculares e pela mesma razão San Matías é considerada uma cidade bilíngue, onde se utilizam tanto do castelhano (espanhol) quanto do português.⁹

2.1 A DELIMITAÇÃO DA FRONTEIRA LUSO-CASTELHANA E A CIDADE DE CÁCERES

As fronteiras do período colonial diziam muito mais respeito aos limites fixados pela movimentação das pessoas no território do que aos marcos geográficos.¹⁰ “Desde o início do século XVII, os mamelucos paulistas vinham avançando sobre as terras espanholas da bacia do rio Paraguai com suas bandeiras.”¹¹ Estabeleceram-se, então, na região do Rio Cuiabá, onde encontram ricos filões de ouro. Essas terras auríferas, entretanto, ainda pertenciam à Espanha, por força do Tratado de Tordesilhas, o que não impediu que a coroa portuguesa criasse, em 1727, a Vila Real do Bom Jesus de Cuiabá – atual cidade de Cuiabá, capital do Mato Grosso -, e em 1748, às margens do rio Guaporé, a cidade de Vila Bela, à época, capital da Capitania de Mato Grosso, como forma de garantir o precioso território conquistado.¹²

A questão da demarcação das fronteiras entre as porções espanhola e portuguesa na América Meridional foi um processo lento e difícil que, na verdade, teve início com o próprio Tratado de Tordesilhas, em 1494. Desde esta época as duas coroas ibéricas discutiam o traçado desse meridiano de demarcação; cada qual entendia e o traçava dentro da perspectiva que lhe fosse mais vantajosa. Um dos pontos mais sigilosos neste período era a

⁸ BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Estudo técnico sobre a viabilidade de criação da “cidade gêmea” Cáceres (Brasil) – San Matías (Bolívia)**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9904>. Acesso em: 19 jul. 2022.

⁹ PÊGO, B.; MOURA, R.; NUNES, MARIA. Interações entre Cáceres (Mato Grosso) e San Matías (Bolívia): a pertinência de uma nova cidade gêmea brasileira. In: BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**. n. 21 (jul-dez. 2019). Rio de Janeiro: IPEA, 2019. p. 39-47. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9607/1/BRU_n21.pdf. Acesso em: 30 jul. 2022.

¹⁰ SIQUEIRA, E. M. **História de Mato Grosso: Da ancestralidade aos dias atuais**. Cuiabá: Entrelinhas, 2022.

¹¹ COSTA, M. F. **A história de um país inexistente: Pantanal entre os séculos XVI e XVIII**. São Paulo: Estação Liberdade: Kosmos, 1999. p. 55.

¹² COSTA, M. F., *loc. cit.*

própria desembocadura do rio da Prata; fora isto, outras questões foram colocadas e discutidas ao longo dos séculos.¹³

Rompido o Tratado de Tordesilhas, foi o avanço lusitano para o Oeste que estabeleceu novas fronteiras entre as áreas Espanholas e as Portuguesas, ratificadas posteriormente pelo Tratado de Madri, em 1750¹⁴, após uma série de debates diplomáticos.

Entretanto, em razão dos conflitos frequentes entre Portugal e Espanha, logo em 1761 o Tratado de Madri foi anulado e substituído pelo Tratado de El Pardo, que também anulou todos os trabalhos realizados pelas comissões demarcadoras daquele Tratado.¹⁵ Diante do novo cenário de demarcação de fronteiras, o 4º capitão general, Luís¹⁶ Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres, “fidalgo lusitano, militar de carreira, assessorado por cientistas e engenheiros responsáveis pelos trabalhos militares e científicos desenvolvidos em terras mato-grossenses”¹⁷, comandou a fundação de Vila Maria do Paraguai – que no futuro viria a se tornar o município de Cáceres.

Luiz Cáceres, que seria o mais notável governador, objetivo e já conhecedor do essencial na capitania, planeava o domínio das duas margens (de acordo com a ordem real) do Guaporé até a Baía do Tanquinhos (atual Mategüá) para afastar ao máximo os castelhanos das lavras de ouro das Novas Minas; deixar dentro do Brasil as lavras dos Guajurus, entre o Paragauí e o referido Tanquinhos e abrir caminho seguro pelo Guaporé-Marmoré-Madeira à novel Companhia do Comércio do Pará e Maranhão, destinada ao monopólio comercial das minas do Mato Grosso através de Monções regulares em substituição às dos Povoados que atenderiam o distrito cuiabano.¹⁸

A Vila Maria do Paraguai - assim batizada em homenagem a D. Maria, rainha de Portugal -, foi fundada em 6 de outubro de 1778, em razão de sua localização estratégica: a meio caminho de Vila Bela da Santíssima Trindade (à época, capital de Mato Grosso) e a Vila de Cuiabá.¹⁹ Objetivava-se, com a fundação de Vila Maria, assegurar o domínio dos rios Paraguai e Guaporé - constituindo-se uma porta aberta

¹³ COSTA, M. F. **A história de um país inexistente: Pantanal entre os séculos XVI e XVIII**. São Paulo: Estação Liberdade: Kosmos, 1999. p. 56.

¹⁴ SIQUEIRA, E. M. **História de Mato Grosso: Da ancestralidade aos dias atuais**. Cuiabá: Entrelinhas, 2022.

¹⁵ COSTA, M. F., *op. cit.*

¹⁶ Será possível observar variações nome do 4º Capital General, algumas vezes mencionado como Luís, outras Luiz, a depender do(a) autor(a) que o menciona.

¹⁷ SIQUEIRA, E. M., *op. cit.*, p. 53.

¹⁸ CABRAL, O. **Histórias de Uma Região (Mato Grosso, Fronteira Brasil-Bolívia e Rondônia)**. Niterói: Editôra Himalaya Ltda., 1963.

¹⁹ SIQUEIRA, E. M. *op. cit.*

para a navegação²⁰ -, impedir a evasão de tributos devidos pelos condutores de ouro e facilitar a comunicação e comércio entre as outras duas cidades.²¹ Outro fator importante para sua fundação diz respeito à “defesa e incremento da fronteira sudoeste”²², além do acolhimento de “cerca de 78 índios de ambos os sexos, oriundos das províncias castelhanas dos Chiquitos e dos Moxos”²³. A partir daí, marcou-se mais um espaço ocidental da fronteira lusitana²⁴, “desaparecendo o imediato perigo das lindes castelhanas”²⁵.

(...) Cáceres é ponto intermediário entre a capital da Província e Cuiabá – a terra do ouro. É ponto chave da navegação fluvial com São Paulo. Acosta-se à Bolívia por mais de 300 km de fronteira e possui terras excelentes (terras altas) para agricultura e terras baixas (Pantanal) para a criação de gado. Terras férteis e rios caudalosos; rios inundando o vasto Pantanal. Tudo isso deu a Luiz de Albuquerque a visão futura desta região: riqueza e prosperidade agrícolas.²⁶

Contudo, os conflitos entre o Brasil e seus vizinhos não cessaram e culminaram na Guerra do Paraguai. A invasão Paraguaia no sul de Mato Grosso evidenciou a fragilidade da defesa da fronteira oeste da província que, ao final da guerra, recebeu ordens do Imperador para instalar quartéis militares em Corumbá, Cuiabá e Vila Maria do Paraguai.²⁷

Graças ao desenvolvimento da pecuária, extrativismo e navegação fluvial, no dia 23 de junho de 1874, Vila Maria é alçada à categoria de cidade, agora denominada São Luiz de Cáceres, em homenagem ao seu santo padroeiro e ao seu fundador.²⁸

A partir de 1937, o Governo Federal intentou ocupar e colonizar as terras mato-grossenses por meio do movimento conhecido como “Marcha para o Oeste”, sendo que uma de suas metas era fazer com que as fronteiras econômicas e políticas convergissem. Para isso, era necessário povoar as imensas áreas vazias do Mato

²⁰ MENDES, N. F. **Fragmentos da história cultural de Cáceres e outros fios da memória**. Organização: CASTRILLON-MENDES, O. M. Vol. I. Cuiabá: Carlini & Caniato Editorial, 2021.

²¹ BIENNÈS, D. M. **Uma Igreja na Fronteira**. São Paulo: Edições Loyola, 1987.

²² MENDES, N. F. **História de Cáceres: história da administração municipal**. Cáceres: Editora UNEMAT, 2009. p. 30.

²³ *Ibidem*, p. 31.

²⁴ SIQUEIRA, E. M. **História de Mato Grosso: Da ancestralidade aos dias atuais**. Cuiabá: Entrelinhas, 2022.

²⁵ MENDES, N. F. *op. cit.*, p. 33.

²⁶ *Idem*. **Fragmentos da história cultural de Cáceres e outros fios da memória**. Organização: CASTRILLON-MENDES, O. M. Vol. II. Cuiabá: Carlini & Caniato Editorial, 2021. p. 16.

²⁷ GARCIA, D. S. C. **Território e negócios na “era dos impérios”: os belgas na fronteira oeste do Brasil**. 2005. [s/n]. Tese de Doutorado em Economia. Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2005.

²⁸ MENDES, N. F. **História de Cáceres: história da administração municipal**. Cáceres, MT: Editora UNEMAT, 2009.

Grosso (pois as populações indígenas não eram consideradas) e viabilizar sua integração política.²⁹

Para que esse objetivo fosse legitimado, promulgou-se o primeiro Código de Terras de Mato Grosso³⁰, por meio do qual intensificou-se a venda de terras devolutas, bem como se aperfeiçoou a medição e demarcação a serviço do Estado. O referido diploma legislativo, entretanto, sofreu diversas alterações durante o mandato do governador Fernando Corrêa da Costa, que fomentou alterações legislativas no sentido de facilitar e ampliar ainda mais o processo de venda das terras devolutas.³¹

O chefe do executivo estadual acreditava que a migração para o Mato Grosso seria a salvação do estado, e dizia que “o território mato-grossense constitui, de fato, um convite para uma deslocação de fronteira, à espera de novos bandeirantes dotados de iniciativa, aparelhados de capitais e métodos modernos.”³²

A construção das pontes sobre o Rio Paraguai e sobre o Rio Cabaçal facilitaram a Marcha para o Oeste e favoreceram a ocupação das áreas férteis do município de Cáceres por brasileiros de diversos estados da federação e alguns estrangeiros. Nessa ocasião é que São Luiz de Cáceres deixa de levar o nome de seu padroeiro e fica apenas com o sobrenome de seu fundador, sendo chamada apenas de “Cáceres”.³³

Ainda que passados aproximadamente dois séculos do período colonial, a movimentação de pessoas no território mato-grossense teve um grande impacto no estabelecimento das fronteiras do estado-membro não só em relação aos outros estados do país, mas também em relação à Bolívia. A exploração agropecuária dos colonos advindos sobretudo do sul e sudeste do Brasil na ocasião da Marcha para o Oeste e nas décadas seguintes foi determinante para a demarcação geográfica do estado tal qual observamos na atualidade.

²⁹ SIQUEIRA, E. M. **História de Mato Grosso: Da ancestralidade aos dias atuais**. Cuiabá: Entrelinhas, 2022.

³⁰ MATO GROSSO. Lei n. 336, de 6 de dezembro de 1959. Dispõe sobre o Código de Terras do Estado. **Diário Oficial do Estado**, Cuiabá, MT, 10/12/1949. Disponível em: <https://www.al.mt.gov.br/storage/webdisco/leis/lei-336-1949.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2022.

³¹ SIQUEIRA, E. M., *op. cit.*

³² *Ibidem*, p. 232

³³ MENDES, N. F. **História de Cáceres: história da administração municipal**. Cáceres: Editora UNEMAT, 2009.

No ano de 1968, sob a égide da ditadura militar instaurada com o golpe de 1964, foi promulgada a Lei n. 5.449³⁴, que declarou o município de Cáceres como de interesse da segurança nacional e, por esta razão, tinha seus prefeitos nomeados pelo Governador e previamente aprovados pelo Presidente da República nos termos do previsto no art. 16, § 1º, alínea “b”, da Constituição de 1967³⁵. Trata-se de decisão política que revela a intenção de garantia da proteção das fronteiras de eventuais ameaças estrangeiras.

Muito embora o *status* de interesse da Segurança Nacional tenha sido revogado em 1984, em razão do Decreto-Lei n. 2.183³⁶, permaneceu na cidade o 2º Batalhão de Fronteira que atua em sua segurança e fiscalização junto da Polícia Federal e sobretudo, com o apoio do Grupo Especial da Fronteira (GEFRON), formado por agentes da Polícia Militar, Polícia Civil e Corpo de Bombeiros Militar, cujo objetivo é “apoiar os órgãos federais responsáveis pela segurança na fronteira do Brasil com a Bolívia dentro do estado de Mato Grosso”³⁷ na prevenção e repressão de delitos, tais como o tráfico de drogas.

2.2 DO OUTRO LADO: DA COLONIZAÇÃO ESPANHOLA À CIDADE DE SAN MATÍAS

Os primeiros colonizadores espanhóis chegaram na região que atualmente se localiza a Bolívia em 1542, através do Paraguai, em busca do mítico Eldorado, que logo se mostrou infrutífero. Diante disso, os espanhóis passaram a utilizar essa área como passagem para as terras peruanas que abundavam em ouro e prata e,

³⁴ BRASIL. Lei n. 5.449, de 4 de junho de 1968. Declara de interêsse da segurança nacional, nos termos do art. 16, §1º, alínea b, da Constituição os Municípios que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05/06/1968. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5449.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%205.449%2C%20DE%204,especifica%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 7 ago. 2022.

³⁵ *Idem*. Constituição (1967). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1967. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm. Acesso em: 7 ago. 2022.

³⁶ *Idem*. Decreto-Lei 2.183 de 19 de dezembro de 1984. Descaracteriza como de interesse da Segurança Nacional os municípios que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/12/1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1965-1988/Del2183.htm#art1. Acesso em: 7 ago. 2022.

³⁷ MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Segurança Pública. **Sobre o Gefron**. Disponível em: <http://www.sesp.mt.gov.br/bases-do-gefron>. Acesso em: 10 ago. 2022.

posteriormente, fundaram povoados para a exploração de recursos naturais e da mão de obra de grupos indígenas subjugados.³⁸

No período colonial, a região oriental da Bolívia, cuja extensão contempla tanto o Chaco³⁹ quanto a floresta Amazônica, era praticamente desconhecida em razão do isolamento em relação à La Plata (a atual capital constitucional Boliviana, agora chamada de Sucre). Tais distâncias eram percorridas quase que exclusivamente pelos missionários franciscanos e jesuítas, sendo que estes se instalaram nas regiões de Moxo e Chiquito por volta do final do século XVII.⁴⁰

Ao chegarem ao Oriente boliviano, em 1587, alguns dos jesuítas aprenderam o idioma *Chané*, *Chiriguano* e *Gorgotoqui*, línguas dos principais grupos étnicos que viviam em Santa Cruz e que, mais tarde, optaram por adotar o idioma dos *Chiquitos*, apesar de existirem diversos dialetos considerados de difícil domínio. A escolha recaiu por razões estratégicas, pois os *Chiquitos* eram considerados uma das etnias mais aguerridas e bastante numerosas, e já mantinham relações de longa data com os espanhóis, em decorrência da fundação de Santa Cruz, a *Velha*, em 1561, em seu território tradicional.
(...)

A fundação de diversas missões tinha como propósito desconstruir, com o decorrer do tempo, as múltiplas superfícies/fronteiras étnicas, razoavelmente delimitadas e construir uma *região cultural* em que a religiosidade católica e os Chiquitos fossem os elementos aglutinadores e estabilizadores de uma sociedade pluriétnica, a qual se convencionou mais tarde a denominar de Chiquitano.⁴¹ [Grifos do autor]

A presença jesuítica nas missões de Chiquito pode ser dividida em três períodos, quais sejam: de 1691 a 1725, 1725 a 1747 e 1748 a 1767. Tais missões constituíram verdadeiras sentinelas das fronteiras entre as Coroas Espanhola e Portuguesa, pois, a despeito de sua função religiosa, as autoridades estatais da

³⁸ BORTOLETTO SILVA, R. **Os Chiquitano de Mato Grosso: estudo das classificações sociais em um grupo indígena da fronteira Brasil-Bolívia**. 2007. 226 f. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-04072008-140131/publico/TESE_RENATA_BORTOLETTO_SILVA.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

³⁹ “O Chaco, identificado como Savana Estépica, é um Bioma que se distribui pela Argentina, Bolívia, Paraguai e Brasil, sendo que a área brasileira representa menos de 1% da área total. No Brasil, esta vegetação tem sua continuidade até o Sul de Mato Grosso do Sul proveniente da Bolívia e Paraguai. Por não ser reconhecido como Bioma no Brasil (IBGE, 2004, 2019) as fitofisionomias que ocorrem no Brasil são mapeadas em parte dos Biomas Pantanal e Cerrado.” SILVA, J. S. V.; ABDON, M. M.; MENGATTO JÚNIOR, E. A. Características Biofísicas do Chaco Brasileiro. In: SARTORI, A. L. B.; SOUZA, P. R.; ARRUDA, R. C. O. (Orgs.). **Chaco: caracterização, riqueza, diversidade, recursos e interações**. Campo Grande: Editora UFMS, 2021. p. 28-48.

⁴⁰ BRIDIKHINA, E. La frontera boliviano-brasileña en construcción (principios del siglo XX). Los conflictos territoriales, Fiscales y legales. La Columna Prestes em el territorio boliviano. **Memórias: Revista Digital de História y Arqueología desde el Caribe Colombiano**. Barranquilla, n. 26, p. 322-359, Mai./Ago. 2015.

⁴¹ MOREIRA DA COSTA, J. E. F. **A coroa do mundo: religião, território e territorialidade Chiquitano**. Cuiabá: Editora da Universidade Federal de Mato Grosso, 2006. p. 179-181.

metrópole utilizavam da influência dos missionários para dominar os Chiquitanos⁴², ocupar a região e proteger a fronteira.⁴³

Em 1767, a Companhia de Jesus foi expulsa daquela área, o que impactou diretamente na qualidade de vida dos Chiquitanos; muitos adoeceram, morreram e outros migraram para o território português, em locais tais como Vila Maria.⁴⁴

(...) o termo Chiquitano tal como hoje é concebido, no Brasil, aparece relacionado a comunidades situadas na fronteira, ou a descendentes de grupos bolivianos que estiveram reduzidos nas missões, e são, portanto, “católicos” e “civilizados”, o que, no imaginário regional, os diferencia de outros grupos, tidos como “índios” e “selvagens”, tal como, por exemplo, os Nambikwara, localizados mais ao norte dos Chiquitano.⁴⁵

Com o propósito de promover uma melhor organização político-administrativa da porção espanhola da América, o Rei Carlos III criou, em 1776, o vice-reinado do Rio Prata, bem como os governos militares de Moxos e Chiquitos, ambos subordinados ao governo de Santa Cruz. Contudo, as providências do monarca não foram suficientes para frear a expansão da Coroa Portuguesa.⁴⁶

A Bolívia constituiu-se como república independente apenas a partir de 1825; antes disso, a área que atualmente compreende o país fez parte do Vice-Reino do Peru e posteriormente, do Vice-Reino do Prata. A colonização espanhola nessa região da América do Sul ocorreu por meio de uma avançada tecnologia militar, que possibilitou que os colonizadores espanhóis dominassem rapidamente os grupos

⁴² É importante ressaltar que alguns autores adicionam um “s” ao final da palavra “Chiquitano” para fazer a flexão do plural (“Chiquitanos”), outros não o fazem. Cf. BORTOLETTO SILVA, R. **Os Chiquitano de Mato Grosso: estudo das classificações sociais em um grupo indígena da fronteira Brasil-Bolívia**. 2007. 226 f. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-04072008-140131/publico/TESE_RENATA_BORTOLETTO_SILVA.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

⁴³ SILVA, G. J. Séculos de história indígena no coração da América do Sul: os Chiquitano no (atual) oriente boliviano. **Revista Anos 90**, Porto Alegre, v. 18, n. 34, p. 159-186, dez. 2011. DOI. 10.22456/1983-201X.24003. Acesso em: 05 set. 2022.

⁴⁴ GARRET, A. M. ¿Una frontera en movimiento o movimientos en la frontera? Bolivia-Brasil en la época del Tratado de Ayacucho. **Anuario de Estudios Bolivianos, Archivísticos y Bibliográficos**, Sucre, n. 19, p. 255-292, 2013.

⁴⁵ BORTOLETTO SILVA, R. **Os Chiquitano de Mato Grosso: estudo das classificações sociais em um grupo indígena da fronteira Brasil-Bolívia**. 2007. 226 f. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-04072008-140131/publico/TESE_RENATA_BORTOLETTO_SILVA.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

⁴⁶ MOREIRA DA COSTA, J. E. F. **A coroa do mundo: religião, território e territorialidade Chiquitano**. Cuiabá: Editora da Universidade Federal de Mato Grosso, 2006.

indígenas originários.⁴⁷ Nesse período, “o governo dividiu as terras da Chiquitania⁴⁸ entre os brancos e mestiços de Santa Cruz, sendo que os indígenas acabaram se tornando, juntamente com a terra, propriedade dos patrões.”⁴⁹

A ascensão de José Ballivián à presidência da Bolívia, em 1841, representou uma grande mudança no posicionamento do país a respeito das políticas nacionais em relação ao oriente do país, multiplicando-se a ocupação de regiões na fronteira com o Brasil, a exemplo da colônia militar de San Matías, que embora tenha sido um lugar de reclusão política, cumpria um papel importante no que diz respeito ao estabelecimento de civis colonizadores e de indígenas da etnia Bororo.⁵⁰

2.3 AS RELAÇÕES BRASIL-BOLÍVIA E A (DES)INTEGRAÇÃO FRONTEIRIÇA NO CONTEXTO CÁCERES-SAN MATIAS

Com a expulsão dos jesuítas e diante da proximidade garantida pela área transfronteiriça, houve um significativo comércio clandestino de gado e gêneros alimentícios entre Chiquitos e Mato Grosso, mesmo diante das restrições de atividade comerciais impostas pela Coroa Espanhola. Os portugueses, por sua vez, viam com bons olhos a possibilidade de manutenção das relações comerciais entre as antigas

⁴⁷ SILVA, G. J. **A presença Camba-Chiquitano na fronteira Brasil-Bolívia (1938-1987): identidades, migrações e práticas culturais**. 2009. 210 f. Tese de Doutorado. Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2009. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/1235>. Acesso em: 01 set. 2022.

⁴⁸ “Caracterizada por descontinuidades geográficas, a Bolívia encontra-se dividida, grosso modo, em duas grandes regiões claramente distintas: a região andina ou Altiplano (montanhosa, árida, fria e rica em minérios) e a região das ‘terras baixas’ (de clima tropical, formada por imensas planícies, ricas em petróleo e gás natural). (...) As “terras baixas” cobrem toda a parte norte e leste da Bolívia e dividem-se em quatro regiões: Yungas, Amazônia, Chaco e Chiquitania. (...) A Chiquitania, no noroeste do país (Departamento de Santa Cruz), é uma região menos úmida e está coberta por uma paisagem em que se alternam bosques semi-úmidos e savanas.” SILVA, G. J. A Bolívia, a Chiquitania e as populações indígenas em um mosaico étnico e cultural. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, vol. 6, n. 2, p. 102-126, 2012.

⁴⁹ BORTOLETTO SILVA, R. **Os Chiquitano de Mato Grosso: estudo das classificações sociais em um grupo indígena da fronteira Brasil-Bolívia**. 2007. 226 f. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-04072008-140131/publico/TESE_RENATA_BORTOLETTO_SILVA.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

⁵⁰ GARRET, A. M. ¿Una frontera en movimiento o movimientos en la frontera? Bolivia-Brasil en la época del Tratado de Ayacucho. **Anuario de Estudios Bolivianos, Archivísticos y Bibliográficos**, Sucre, n.19, p.255-292, 2013.

missões de Moxos e Chiquitos com as regiões de fronteira pertencentes à Coroa Portuguesa.⁵¹

Ainda na ocasião da expulsão da Companhia de Jesus, houve uma grande evasão de indígenas bolivianos para o território brasileiro, sendo que um dos fatores que pode ter acarretado tais fugas foram os castigos a que eram submetidos pelos espanhóis. Mas foi em meados de 1778 que ocorreu um dos maiores fluxos migratórios de indígenas da Província de Chiquitos em direção ao Mato Grosso, mais especificamente de um grupo Saraveka que se dirigiu para a margem direita do Rio Paraguai.⁵²

Este foi, inclusive, um fato que também influenciou a decisão de Luiz Albuquerque de Melo e Cáceres de fundar a Vila Maria (atual Cáceres).⁵³ “Para que a população aumentasse, o capitão general ‘empregou os mais variados meios, a fim de atrair os índios chiquitanos’, contra os quais não deixava de protestar o governador da província dos Chiquitanos.”⁵⁴

Ao mesmo tempo, a colônia portuguesa sofria gravemente com o aquilombamento dos escravizados ou a fuga para a região de Chiquitos. “Pode-se avaliar os prejuízos dos proprietários pelo cálculo de L. Cáceres de que seiscentos africanos e crioulos haviam fugido das Novas Minas de Mato Grosso para as missões e estâncias castelhanas!”⁵⁵

O processo de territorialização vivenciado pelas diversas etnias da região da fronteira, em especial pelos Chiquitano e pelos Bororo Ocidentais, impulsionado pela disputa territorial e pelo processo histórico da formação dos Estados brasileiro e boliviano, provocou uma intensa articulação interétnica. Inicialmente, as missões religiosas espanholas e, mais tarde, as vilas e destacamentos militares portugueses, visando à incorporação de mão-de-obra de *índios mansos*, objetivavam promover a ocupação territorial e a produção econômica para o abastecimento do mercado. A intensificação da presença Chiquitano em solo atual brasileiro foi marcado por ondas

⁵¹ SILVA, G. J. Séculos de história indígena no coração da América do Sul: os Chiquitano no (atual) oriente boliviano. **Revista Anos 90**, Porto Alegre, v. 18, n. 34, p. 159-186, dez. 2011. DOI. 10.22456/1983-201X.24003. Acesso em: 05 set. 2022.

⁵² BORTOLETTO SILVA, R. **Os Chiquitano de Mato Grosso: estudo das classificações sociais em um grupo indígena da fronteira Brasil-Bolívia**. 2007. 226 f. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-04072008-140131/publico/TESE_RENATA_BORTOLETTO_SILVA.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ BIENNÈS, D. M. **Uma Igreja na Fronteira**. São Paulo: Edições Loyola, 1987. p. 479.

⁵⁵ CABRAL, O. **Histórias de Uma Região (Mato Grosso, Fronteira Brasil-Bolívia e Rondônia)**. Niterói: Editôra Himalaya Ltda., 1963. p. 96

migratórias, relacionadas aos diversos eventos históricos, entre os quais as guerras de independência da Bolívia e a do Chaco.⁵⁶ [grifos do autor]

Com o advento da Nova República da Bolívia (1825), além do fato de que suas terras baixas eram pouco conhecidas, ocupadas e exploradas, a região constituída pelas antigas missões do Chiquitos ficava mais perto do Brasil do que de Santa Cruz de La Sierra, o que influenciou diretamente no fluxo de pessoas entre os países.⁵⁷ Inclusive, houve fugas massivas de pessoas escravizadas no Brasil em direção à Bolívia, não apenas porque a escravidão foi abolida no país desde 1826, mas também porque o país defendia a ideia de “solo livre”, bem como o “direito das gentes”.⁵⁸

Por conta do Tratado de Madri, o Rio Jauru, afluente do Rio Paraguai, era tido como o limite entre os impérios espanhol e português. No entanto, por volta de 1840, o governo de Mato Grosso passou a controlar o acesso da Bolívia ao Rio Paraguai, cuja navegação era exclusiva de embarcações brasileiras, e a entrada de bolivianos no país passou a ser autorizada apenas com a apresentação de documentação adequada.⁵⁹

Esse foi apenas um dos pontos de tensão entre os países vizinhos, que culminou na pactuação do Tratado de *Ayacucho* em 1867, também conhecido como Tratado da Amizade. Embora seja notório pelos conflitos pelo território que hoje compreende o estado do Acre, o referido tratado tinha como objeto outras temáticas além da questão geopolítica, a exemplo de questões comerciais e ampliação do tráfego pelos rios. Em que pese a existência do tratado, a evasão de indígenas para o Brasil e de pessoas escravizadas para a Bolívia persistiram,⁶⁰ e resultava em diversos pedidos de entrega dos escravizados fugitivos para seus proprietários no Brasil.

Após a revolução de 1952, diante da falta de terras para a agricultura e agravamento da situação financeira, houve um grande fluxo migratório de populações indígenas e não indígenas da Bolívia para o Brasil, especial para Corumbá

⁵⁶ MOREIRA DA COSTA, J. E. F. O manto encoberto: territorialização e identidade chiquitano. Revista do Programa de pós-graduação em História da UFMT. Cuiabá/MT, vol. 3, n. 2, p. 213-250, jul./dez.2002 *apud* MOREIRA DA COSTA, J. E. F. **A coroa do mundo: religião, território e territorialidade Chiquitano**. Cuiabá: Editora da Universidade Federal de Mato Grosso, 2006.

⁵⁷ GARRET, A. M. ¿Una frontera en movimiento o movimientos en la frontera? Bolivia-Brasil en la época del Tratado de Ayacucho. **Anuario de Estudios Bolivianos, Archivísticos y Bibliográficos**, Sucre, n. 19, p.255-292, 2013.

⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ *Ibidem*.

(atualmente no Mato Grosso do Sul) e Cáceres, onde parte deles ficaram e outra parte seguiu até as grandes cidades como São Paulo, em busca de trabalho.⁶¹

Entre as décadas de 1950 e 1960, os relatos da comunidade eclesiástica cacerense demonstravam boas relações com os líderes católicos de San Matías:

Enquanto Mons. Máximo trabalhava na construção da Escola Santa Maria e da Catedral de Cáceres, os vizinhos mais próximos que moravam em San Matías, na República boliviana, empreenderam também grandes trabalhos. Pe. José Ecli, franciscano da 1ª Ordem, italiano de nascimento, mas de estirpe tirolense, tinha sido expulso da China comunista após quatro anos de prisão domiciliar e mandado à Bolívia como missionário. Uns voluntários austríacos dedicaram-se durante anos, juntamente com ele, à construção de um colégio, da Igreja e da casa paroquial. Muitas vezes vinham a Cáceres para abastecer-se de tudo: material de construção, roupas, comestíveis, combustíveis. Tornaram-se amigos dos franciscanos de Cáceres e Mons. Máximo, como procurador em Cáceres, ajudava-os nas compras e muitas vezes na Bolívia, participou de festas. Essa paróquia vizinha de Cáceres, San Matías, situada a 110km, pertence ao Vicariato Apostólico de Chiquitos, dirigido pelo nosso grande amigo D. Bonifácio Madersbacher, sucessor do tão estimado D. José C. Rosenhammer. A Sé diocesana encontra-se em San Inácio de Velasco, a mais de 400km, não muito longe de nossa fronteira. O hospital da cidade é dirigido por Ir. Ângela Flatz que muitas vezes também transita por Cáceres e utiliza nossos serviços para desembarçar material e remédios comprados para os seus doentes.⁶²

Observa-se por meio da narração de D. Máximo Biennès, assim como a Sé diocesana da região da fronteira oriental da Bolívia com o Mato Grosso se localiza em San Inácio de Velasco – e não em San Matías -, o mesmo ocorre com o hospital da localidade. Nesse contexto e até a atualidade, o hospital mais próximo de San Matías se localiza na cidade de Cáceres, e não na Bolívia.

A precariedade de serviços e equipamentos públicos em alguns dos países vizinhos, além da distância dos centros urbanos mais próximos (muitas vezes por estradas sem pavimentação), leva seus habitantes a buscarem atendimento em cidades brasileiras. O atendimento emergencial a estrangeiros na área da saúde, que é uma garantia constitucional, provoca sobrecarga nos orçamentos públicos das pequenas cidades brasileiras. Porém, esses estrangeiros fronteiriços consomem produtos brasileiros (gêneros alimentícios, móveis etc) e pagam para o Brasil os devidos impostos aos produtos consumidos, tanto que o comércio dos municípios brasileiros

⁶¹ SILVA, G. J. **A presença Camba-Chiquitano na fronteira Brasil-Bolívia (1938-1987): identidades, migrações e práticas culturais**. 2009. 210 f. Tese de Doutorado. Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2009. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/1235>. Acesso em: 01 set. 2022.

⁶² BIENNÈS, D. M. **Uma Igreja na Fronteira**. São Paulo: Edições Loyola, 1987. p. 307-308.

que possuem esse tipo de relação (caso das cidades gêmeas) se ressentem em situação de fechamento das passagens de fronteira.⁶³

Para além da demanda dos cidadãos bolivianos pelos serviços de saúde, há procura pelos serviços municipais brasileiros de educação para crianças e adolescentes, sobretudo na zona rural lindeira. Há informações no sentido de que tais instituições permitem que essas crianças e adolescentes frequentem a escola sem que façam o devido registro de matrícula, bem com que é neste contexto em que elas têm a oportunidade de fazer uma das únicas – senão a única – refeição do dia, em razão da situação de miserabilidade que enfrentam,⁶⁴ em claro conflito com a dignidade da pessoa humana, direitos humanos e fundamentais, ademais da própria sobrevivência.

Ainda, de acordo com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), há uma grande demanda de famílias bolivianas pelos programas de transferência de renda do Brasil, sobretudo o Bolsa Família.⁶⁵

De acordo com os dados concedidos, para cada 10 cadastros realizados para inclusão no programa, um refere-se à família Boliviana. De acordo com os referidos atores estratégicos, o cadastramento de estrangeiros é possível desde que estejam legalmente no país e tenham ao menos um documento previsto nos formulários do Cadastro Único, como: certidão de nascimento/casamento, RG, CPF, Título de eleitor, Carteira de Trabalho.⁶⁶

Já a maior parte dos brasileiros costuma ir até San Matías em razão do comércio local de vestuários, produtos para agropecuária e eletrônicos. Também utilizam da cidade como ponto de partida – por via rodoviária – até Santa Cruz de La Sierra, para fins de turismo ou estudos (neste caso, em razão do alto número de brasileiros que cursam medicina naquela cidade).⁶⁷

Assim, no decorrer do século XX até a contemporaneidade, as relações entre brasileiros e bolivianos na fronteira Cáceres-San Matías tem se mantido

⁶³ PÊGO, Bolívar (coord.). **Fronteiras do Brasil: referências para a formulação de políticas públicas**. vol. 6. Brasília: IPEA, MI, 2021. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/210602_livro_frenteira_do_brasil_vol_6.pdf. Acesso em: 6 set. 2022.

⁶⁴ BRASIL. Ministério da Justiça e da Cidadania. International Centre for Migration Policy Development. **MT Brasil: Migrações transfronteiriças: fortalecendo a capacidade do governo federal para gerenciar novos fluxos migratórios**. 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/pesquisas-regionais/mtbrasil_act-1-3-1-4_relatorio_final.pdf. Acesso em: 9 set. 2022.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ *Ibidem*.

razoavelmente pacíficas e atravessadas por intercâmbios políticos, culturais, comerciais, estruturais ou conjunturais dessas populações que, dentre outras coisas, têm em comum o fato de que se localizam à margem dos centros de decisão política dos países a que pertencem.⁶⁸

2.3.1 A MOBILIDADE E A SEGURANÇA NA FRONTEIRA NA ATUALIDADE

A movimentação fronteiriça na região de Cáceres e San Matías não é homogênea; ela pode decorrer de um movimento de vizinhança fronteiriço (*de vecindad*), que ocorre entre as comunidades dos dois países que vão e vem de uma cidade para a outra por questões de trabalho, estudo, comércio, pessoais, saúde, dentre outras tantas possibilidades. Pode decorrer também de um movimento de passagem (*de passo*), que diz respeito às pessoas que se utilizam da fronteira apenas como um ponto de acesso entre sua origem e seu destino. Geralmente, essas pessoas vêm e vão para lugares distantes da região da fronteira.⁶⁹

Contudo, não há transporte rodoviário internacional entre Cáceres e San Matías; há, entretanto, transportes coletivos que conduzem os passageiros de Cáceres até a Corixa, que é considerado o “passo de fronteira” oficial. Lá, utilizam-se táxis bolivianos que conduzem os passageiros até o centro de San Matías (ou até a sua rodoviária, caso desejem seguir caminho).⁷⁰

Pelo fato de a fronteira entre a Bolívia e o Brasil que está compreendida entre os municípios de Cáceres e San Matías ser terrestre e boa parte dessa área ser considerada propriedade rural de particulares, o controle da mobilidade de pessoas é mais complexo do que em aeroportos ou terminais portuários internacionais. Outro fator que também dificulta esse controle diz respeito às populações fronteiriças que, por habitarem as regiões mais limítrofes dos países, fazem com que a fronteira seja “porosa”, e não um espaço estanque.⁷¹

Inclusive, uma das travessias mais corriqueiras de Bolivianos para a região de Cáceres diz respeito aqueles que vão até o território brasileiro, onde a atividade

⁶⁸ ARAÚJO, M. S. Deslocamentos humanos: brasileiros e bolivianos no painel da globalização e da imigração fronteiriça. **Revista História e Diversidade**, Cáceres, v. 9, n. 1, p. 58-73, 2017.

⁶⁹ MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ *Ibidem*.

agropecuária é abundante, para trabalhar nas propriedades rurais fronteiriças e, ao final do dia, retornarem ao seu país de origem.⁷²

Oficialmente, o controle migratório brasileiro na região – leia-se, o registro da entrada e saída de pessoas do território - é feito pela Polícia Federal de Cáceres que fica localizada na região central do município de Cáceres, e não no destacamento da Corixa, último reduto de território cacerense e brasileiro a que se tem acesso pela BR 070.

A distância da Delegacia da Polícia Federal de Cáceres do destacamento da Corixa – pouco menos de 100 km - e a ausência de controle no terminal rodoviário da cidade dificulta e encarece os procedimentos para fins de registros migratórios, bem como pode cooperar com o trânsito ilegal transfronteiriço. Em contrapartida, no terminal de ônibus em San Matías há uma instalação da Polícia Boliviana que cuida rigorosamente do controle migratório dentro de seu território.⁷³

Atualmente, a maior parte da gestão migratória feita nas regiões lindeiras do Mato Grosso ocorre nas barreiras sanitárias criadas para fins de controle de febre aftosa. A exemplo disso, no destacamento de Corixa, que é o principal ponto de articulação da fronteira na região de Cáceres e San Matías, também se localiza uma barreira sanitária do INDEA.⁷⁴

No que diz respeito aos entes responsáveis pela segurança, prevenção e repressão de delitos e defesa da região de fronteira, para além da Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal, há também as Forças Armadas, presentes na região por meio de 2º Batalhão de Fronteira. Contudo, em razão da já mencionada extensão e porosidade da localidade e sobretudo para combater os crimes recorrentes na fronteira, em especial o tráfico internacional de drogas, no ano de 2002 foi criado o Grupo Especial de Fronteira (GEFRON), vinculado diretamente à Secretaria Estadual de Segurança Pública do Mato Grosso e composto por efetivos das polícias civil e militar, bem como pelo corpo de bombeiros.⁷⁵

Em 2017 foi inaugurada a Delegacia Especial de Fronteira (DEFRON), com o fim de operar o que se designou como uma “repressão qualificada aos crimes na

⁷² ARAÚJO, M. S. Deslocamentos humanos: brasileiros e bolivianos no painel da globalização e da imigração fronteiriça. **Revista História e Diversidade**, Cáceres, v. 9, n. 1, p. 58-73, 2017.

⁷³ MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ *Ibidem*.

fronteira Oeste de Mato Grosso.”⁷⁶ Ainda, segundo a notícia publicada no sítio eletrônico do estado de Mato Grosso, “A Defron atuará nos moldes de uma agência de inteligência integrada com os órgãos estaduais como Polícia Civil, Polícia Militar e Grupo Especial de Fronteira (Gefron) e instituições federais como a Polícia Federal e a Polícia Rodoviária Federal.”⁷⁷

Por parte do governo boliviano, seu exército está presente em San Matias por meio do *Regimiento de Infanteria Florida*⁷⁸. A polícia também está presente e atuante de forma ampla na região, seja no controle de migrações, seja na prevenção ou repressão de crimes. A *Policia Nacional de Bolivia* atua como polícia judiciária e ostensiva, “de manera integral, indivisible y bajo mando único (...).”⁷⁹

Infelizmente, a atuação dos órgãos de segurança pública na região da fronteira Cáceres – San Matías prioriza o combate ao tráfico de drogas, em especial de cocaína. Contudo, ao simplificar a segurança da fronteira ao comércio ilícito de drogas, outras diversas questões ficam minimizadas, senão esquecidas, a exemplo da própria questão migratória, que pelas razões já explicitadas, é subnotificada, o que resulta numa verdadeira ausência de dados relativos aos números reais de entrada e saída da fronteira, mas também os motivos que impulsionam o trânsito fronteiriço, dados estes que seriam muito úteis para adequação de políticas públicas como educação e saúde, que são diretamente impactadas pela mobilidade transfronteiriça.⁸⁰

2.3.2 Relações econômicas na fronteira: o caso da bovinocultura

⁷⁶ MATO GROSSO. Imprensa. **Delegacia Especial de Fronteira é inaugurada em Cáceres**. Cáceres/MT, 31 de jan. de 2017. Disponível em: https://web.mt.gov.br/-/5754381-delegacia-especial-de-fronteira-e-inaugurada-em-caceres?p_i_back_url=https%3A%2F%2Fweb.mt.gov.br%2Fnoticias%3Fp_id%3Dcom_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_redirect%3Dhttps%253A%252F%252Fweb.mt.gov.br%252Fnoticias%253Fp_id%253Dcom_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet%2526p_p_lifecycle%253D0%2526p_p_state%253Dnormal%2526p_p_mode%253Dview%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_mvPath%3D%252Fsearch.jsp%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_keywords%3Dinaugura%25C3%25A7%25C3%25A3o%2Bdelegacia%2Bc%25C3%25A1ceres%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_formDate%3D1677550691927%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_scope%3Dthis-site. Acesso em: 13 set. 2022.

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ *Idem*. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

⁷⁹ ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. **Constitucion Política del Estado**. Artículo 251. 2009. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf. Acesso em: 13 de set. 2022.

⁸⁰ MATO GROSSO. *Op. cit.*

A relação entre o Brasil e a Bolívia na região da fronteira Oeste do Mato Grosso tem como prioridade a cooperação econômica. A zona lindeira tem sua formação fortemente relacionada com a bovinocultura.⁸¹

As primeiras notícias sobre exploração de gado no Mato Grosso datam de 1737, quando Pinho Azevedo trouxe bovinos ao realizar uma expedição com o fim de abrir uma estrada ligando Cuiabá a Goiás. Os primeiros rebanhos de gado de adaptaram facilmente à paisagem natural da região.⁸²

Já na ocasião da fundação de Vila Maria, Luiz de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres adquiriu, na margem oposta de Vila Maria, uma fazenda de gado (Fazenda Nacional Caiçara), que abrigou famílias de Chiquitano evadidas das missões espanholas.⁸³

O relato de Otaviano Cabral revela a plasticidade da fronteira em razão da movimentação de pessoas – neste caso, pelos patrícios pecuaristas; evidencia a ocupação de terras devolutas e, por fim, os períodos de cheia e seca tão característicos do Pantanal, bioma que se localiza entre o Brasil, Bolívia e Paraguai.

Os nossos patrícios criadores, geralmente, moram de 5 a 8 léguas distantes da divisória, não por causa do litígio que não reconhecem mas pela pobreza dos campos e falta de aguadas na estiagem anual em cujo período o gado emagrece muito pelas longas caminhadas em procura de pastagens verdes, de água empoçada nas lagoas cobertas de capim e mais perenes.

(...)

No intervalo entre uma estação e outra são os dias de bonança. É o tempo da parição, da bezerrada, da marcação, do requeijão, da venda de novinhos, da ida à cidade (Cáceres) para se trazer o sal, miudezas, chitas e as mesclas para os “cambas”.

(...)

Os nossos criadores fronteiriços não são proprietários e sim ocupantes das terras da União, sem nenhum título idôneo, alguns donos de mais de dez mil cabeças de gado.⁸⁴

⁸¹ MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

⁸² BORGES, F.T. M. **Do Extrativismo à Pecuária: algumas observações sobre a História Econômica de Mato Grosso: 1870-1930**. São Paulo: Scortecci, 2001.

⁸³ BORTOLETTO SILVA, R. **Os Chiquitano de Mato Grosso: estudo das classificações sociais em um grupo indígena da fronteira Brasil-Bolívia**. 2007. 226 f. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-04072008-140131/publico/TESE_RENATA_BORTOLETTO_SILVA.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

⁸⁴ CABRAL, O. **Histórias de Uma Região (Mato Grosso, Fronteira Brasil-Bolívia e Rondônia)**. Niterói: Editôra Himalaya Ltda., 1963. p. 139-141.

Mesmo antes da proclamação da Independência, já havia importantes fazendas de gado entre Cáceres e Vila Bela da Santíssima Trindade, tais como a fazenda Jacobina. Já no final do século XIX, instalou-se na fazenda Descalvados uma grande indústria de processamento de carne, que resultou na expansão da atividade pecuária em todo seu entorno, inclusive nas áreas próximas da Bolívia.⁸⁵

A fronteira é uma zona com diversas fazendas que exploram a bovinocultura, sendo que no Brasil, prevalecem as grandes propriedades, decorrentes das sesmarias, enquanto na Bolívia ainda prevalecem atividades pecuárias de subsistência nas comunidades campesinas ou indígenas.⁸⁶

Contudo, com o crescimento da produção de carne também aumentaram o número de doenças infecciosas entre os animais, sendo que o exemplo mais emblemático é o da febre aftosa. Existem relatos de ações de defesa sanitária na faixa de fronteira datados de 1977, mas os registros mais completos dizem respeito a um convênio de saúde animal firmado entre Brasil e Bolívia em 07 de julho de 1981, com o fim de criar a Comissão Mista Permanente Brasileira/Boliviana de Sanidade Animal.⁸⁷

O controle da aftosa, os baixos preços da terra e a mão-de-obra Chiquitano, esta última farta, barata e especializada na lida com o gado, têm atraído investimentos para a Gran Chiquitania, em especial de pecuaristas brasileiros para se instalarem próximos à faixa de fronteira com o Brasil, o que tem permitido uma crescente movimentação de rebanhos entre os dois países. Constata-se, ainda, o interesse dos pecuaristas em formarem estoque de terras nas extensas áreas de cerrado que, num futuro próximo, poderão ser convertidas em campos de soja.⁸⁸

Em 1993, a Comissão Mista Permanente Brasileira/Boliviana de Sanidade Animal reuniu-se para adequar suas dinâmicas de trabalho com o Plano Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). Diante das circunstâncias, acordos interinstitucionais foram atualizados para que os acordos bilaterais entre os países pudessem ser mantidos, garantido a conquista da primeira zona livre de febre aftosa em Mato Grosso.⁸⁹

⁸⁵ MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ *Ibidem*.

⁸⁸ MOREIRA DA COSTA, J. E. F. **A coroa do mundo: religião, território e territorialidade Chiquitano**. Cuiabá: Editora da Universidade Federal de Mato Grosso, 2006. p. 177.

⁸⁹ MATO GROSSO. *op. cit.*

Contudo, os avanços no combate à febre aftosa não foram proporcionais no território boliviano; diante desse cenário, o presidente do Instituto de Defesa Agropecuária de Mato Grosso (INDEA) e o presidente da Federação Agropecuária do Estado de Mato Grosso (FAMATO) encaminharam, em 1999, dois médicos veterinários para explorar a região de fronteira e analisar as condições sanitárias na Chiquitania Boliviana, para que assim a Bolívia pudesse avançar significativamente nos programas de saúde animal na região lindeira.⁹⁰

Essa expedição pela Chiquitania resultou na assinatura de um Acordo Interinstitucional entre o Brasil e a Bolívia, envolvendo o Mato Grosso, o Mato Grosso do Sul e o Departamento de Santa Cruz. Esse acordo teve como objetivo estabelecer uma zona livre de febre aftosa em Santa Cruz, que se localiza na área de influência das fronteiras do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e Bolívia. Diante dessa conjuntura, as relações entre os países vizinhos se estreitaram e os programas de vacinação foram devidamente estabelecidos.⁹¹

No ano de 2007 foi identificado um foco de febre aftosa no município de Cuatro Cañadas, localizado na província de Ñuflo de Chaves, no departamento de Santa Cruz, o que ameaçou o status sanitário da Chiquitania – que por sua vez, impactava diretamente a região lindeira brasileira. Essa ameaça resultou na atualização da cooperação entre Brasil e Bolívia na área de segurança sanitária, e na necessidade de traçar um plano conjunto entre o governo brasileiro e dos países vizinhos para erradicar a febre aftosa na região.

Por meio desse acordo, houve a previsão de doação, pelo Brasil, de 3 milhões de doses de vacina contra febre aftosa para a Bolívia, bem como a elaboração para a aplicação das vacinas pelas autoridades sanitárias bolivianas.⁹² Em notícia de 01 de fevereiro de 2007, no sítio eletrônico do INDEA, foi informado o seguinte:

Além de oferecer apoio técnico para conter os focos de febre aftosa diagnosticados nos últimos dias na Bolívia, o Brasil doará mais um milhão de doses de vacinas para imunizar o rebanho do país vizinho. O objetivo é vacinar o rebanho criado nas proximidades da fronteira do país com o Brasil, informou o diretor substituto do Departamento de Saúde Animal do Ministério

⁹⁰ MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

⁹¹ *Ibidem*.

⁹² *Ibidem*.

da Agricultura, Guilherme Marques. No ano passado foi doado um lote de um milhão de doses à Bolívia.⁹³

A cooperação entre o Brasil e a Bolívia em favor da bovinocultura segue até a atualidade, pois esta continua sendo uma das principais atividades econômicas da região, e o Brasil, onde o rebanho bovino é maior, não poupa investimentos e esforços para manter o lugar de maior exportador de carne bovina do planeta.

Vale dizer, entretanto, que as relações econômicas na região da fronteira entre Cáceres e San Matías não se esgotam com a bovinocultura. Mas a cooperação entre os países e o dispêndio econômico feito pelo Brasil neste caso são muito ilustrativos sobre como é possível ter uma boa integração e relação fronteiriça – quando há vontade política para tanto.

2.3.3 A SAÚDE NA FRONTEIRA OESTE

As fronteiras constituem regiões epidemiológicas com muitas particularidades, na medida em que a mobilidade transfronteiriça revela a dimensão individual e social da circularidade das enfermidades; cada um pode carregar em si, de forma sintomática ou não, qualquer tipo de doença com qualquer nível de contágio. Nesse sentido, ao passo que a vivência de uma enfermidade é individual, a possibilidade de contágio e o acesso aos serviços de saúde e eventual criação de políticas públicas demandam ações coletivas.

Além disso, a coexistência de ordenamentos jurídicos distintos dos países avizinados, “somada às assimetrias de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, tornam a região de fronteira uma área de difícil desenho de política pública social”⁹⁴, o que também abrange as questões relativas ao direito à saúde, porque cada país possui um sistema de saúde pública diferente do outro.⁹⁵

O SUS é resultado das conquistas obtidas por meio da Constituição da República Federativa do Brasil no âmbito do direito à saúde. Segundo o art. 196 da

⁹³ SALVADOR, F. **Brasil doa 1 milhão de doses para a Bolívia**. Mato Grosso. INDEA. 01 de fev. de 2007. Disponível em: <http://www.indea.mt.gov.br/-/brasil-doa-1-milhao-de-doses-para-a-bolivia>. Acesso em: 01 out. 2022.

⁹⁴ PEREIRA, F. H. L. C. S.; *et. al.* Direito à saúde para o residente fronteiriço: desafio para a integralidade do SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, vol. 8, n. 3, p. 35-54, dez. 2018. DOI. <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5672>. Acesso em: 18 dez. 2023.

⁹⁵ *Ibidem*.

Carta Constitucional de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”⁹⁶

A criação do SUS ocorreu dois anos após a promulgação da Constituição da República de 1988, mais especificamente em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei n. 8080⁹⁷ que, além de trazer em seu bojo o princípio da universalidade (art. 7, inciso I) – também previsto na Carta Magna –, prevê em seu art. 4º que “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).”⁹⁸

Mencionou-se anteriormente que a distância que separa o centro das cidades de Cáceres (Brasil) e San Matías (Bolívia) é de apenas 103 km de vias terrestres e que a cidade limdeira boliviana possui um hospital municipal com capacidade de 20 leitos, 1 centro cirúrgico e 1 *Telesalud*⁹⁹; entretanto havendo alguma ocorrência mais complexa – ou em caso de falta de leitos -, deve-se percorrer 310 km de estrada não pavimentada até a cidade de San Ignacio de Velasco (cuja rede de saúde é não apenas maior, mas detentora de maior tecnologia e capacidade¹⁰⁰) para se obter atendimento médico hospitalar – ou percorrer o equivalente a aproximadamente um terço dessa distância, em via pavimentada, até o Hospital Regional Dr. Antônio Carlos Souto Fontes, em Cáceres, que atende aproximadamente 22 municípios e é referência na região sudoeste do Mato Grosso.

Diante desse cenário, é mais fácil que um morador de San Matías e região se desloque até Cáceres do que até San Ignacio de Velasco para receber atendimento de saúde. No entanto, os cidadãos bolivianos se deparam com certos entraves burocráticos para que recebam o atendimento adequado, a exemplo da exigência de

⁹⁶ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

⁹⁷ *Idem*. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/09/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 out. 2022.

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

comprovante de endereço e/ou cadastro de pessoa física (CPF) para obtenção do Cartão do SUS.

Em casos de emergências, tais documentos não costumam ser exigidos dos estrangeiros. Contudo, para outros tipos de atendimentos – a exemplo de consultas ginecológicas de rotina – a falta de apresentação dos referidos documentos implica na negação do acesso ao serviço de saúde.

Por esta razão, em 2015, uma servidora do Hospital Regional de Cáceres fez uma representação no Ministério Público Federal da subseção de Cáceres, em que solicitava orientações a respeito da possibilidade de atendimento médico hospitalar ou ambulatorial de estrangeiros quando não se tratar de situação de urgência ou emergência.

A representação da servidora do hospital resultou na instauração de um Inquérito Civil¹⁰¹, onde constatou-se que o custo das demandas de saúde em favor de estrangeiros, no ano de 2015, era de R\$ 822.379,65. Diante disso, a Procuradoria da República expediu a Recomendação n. 85/2016¹⁰², em que requeria:

(...) à secretaria de atenção à saúde do ministério da saúde, à assessoria de assuntos internacionais do ministério da saúde e à secretaria de estado da saúde, que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, realizem estudo sobre o impacto do atendimento aos cidadãos bolivianos pelo sistema único de saúde de Cáceres, apontando medidas que garantam a qualidade dos atendimentos aos residentes no município de Cáceres/mt e região, sem prejuízo da indicação de providências para racionalizar a utilização do serviço de saúde por estrangeiros, incluindo eventual gestão junto ao país vizinho.¹⁰³

Em resposta, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde indicou que havia sido instaurada a Portaria n. 3.365, de 22 de dezembro de 2017¹⁰⁴, que instituiu o Grupo de Trabalho sobre Saúde do Estrangeiro. Entretanto, compreendendo que as informações apresentadas não seriam suficientes para sanar as questões relativas às

¹⁰¹ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria da República no município de Cáceres/MT. **Inquérito Civil n. 1.20.001.000281/2015-37**. Disponível em: <https://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/index2#/detalhe/100000000000068373377?modulo=0&sistema=portal>. Acesso em: 02 nov. 2022.

¹⁰² *Idem*. Procuradoria da República no município de Cáceres/MT. **Recomendação n. 85/2016**. 26 set. 2016. Disponível em: <https://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/index2#/detalhe/410000000000074099787?modulo=0&sistema=portal>. Acesso em: 02 nov. 2022.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.365, de 22 de dezembro de 2017. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho sobre Saúde do Estrangeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21/07/2014, Seção 1, página 55. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3565_27_12_2017.html. Acesso em: 02 nov. 2022.

circunstâncias relativas ao acesso à saúde por estrangeiros na cidade de Cáceres, o Ministério Público Federal optou, em 28 de agosto de 2020, por propor uma Ação Civil Pública em que figurava União como polo passivo, com a finalidade de verificar a regularidade dos atendimentos de estrangeiros pelo SUS no município de Cáceres, bem como para que as medidas adequadas fossem tomadas, sobretudo diante do cenário catastrófico em que o Sistema Único de Saúde se encontrava durante o auge da pandemia do vírus SARS-Cov-2.¹⁰⁵

Contudo, o julgamento da referida Ação Civil Pública só ocorreu em setembro do ano de 2022. No relatório da sentença, o magistrado informou que:

Em contestação (ID 672914488), a União arguiu a perda superveniente do interesse processual, sob o fundamento de que fora instalado pelo Ministério da Saúde o respectivo Grupo de Trabalho pleiteado na exordial pelo MPF. Quanto ao mérito, aduziu que a saúde de cunho obrigacional individualizado é conferido aos brasileiros e estrangeiros residentes no País, destinatários expressos dos direitos fundamentais contidos no art. 5º da Constituição Federal. Argumentou que a não ampliação de tais direitos a estrangeiros não residentes é perfeitamente compatível com o regramento constitucional, bem como com a margem de escolha que o legislador constituinte tem ao internalizar os direitos sociais. Pleiteou, ao final, a total improcedência da pretensão autoral.¹⁰⁶

A manifestação da Advocacia Geral da União, sobretudo no que diz respeito à diferenciação do acesso à saúde para os estrangeiros residentes e não residentes no país, está em dissonância com a Nova Lei de Migração¹⁰⁷, em especial os seguintes dispositivos:

Art. 3º A política migratória brasileira rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes:
I – universalidade, indivisibilidade, e interdependência dos direitos humanos;
(...)
IV – não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional;
(...)
VI – acolhida humanitária;
(...)

¹⁰⁵ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria da República no Município de Cáceres. **Ação Civil Pública n. 1001962-39.2020.4.01.3601**. 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/mt/sala-de-imprensa/Documentos%20para%20link/petioinicialmpfsusbolivianos.PDF/view>. Acesso em: 02 nov. 2022.

¹⁰⁶ JUSTIÇA FEDERAL DA 1ª REGIÃO. 1ª Vara Cível e Criminal da Subseção Judiciária de Cáceres/MT. **Sentença proferida na Ação Civil Pública n. 1001962-39.2020.4.01.3601**. 06 set. 2022. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/mt/sala-de-imprensa/Documentos%20para%20link/Sentena_MT.PDF. Acesso em: 02 nov. 2022.

¹⁰⁷ BRASIL. Lei n. 13.455, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25/05/2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 02 nov. 2022.

IX – igualdade de tratamento e de oportunidade ao migrante e a seus familiares;

(...)

XI – acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social;

XII – promoção e difusão de direitos, liberdades, garantias e obrigações do migrante;

(...)

XVI – integração e desenvolvimento das regiões de fronteira e articulação de políticas públicas regionais capazes de garantir efetividade aos direitos do residente fronteiriço;

(...)

XVIII – observância ao disposto em tratado; (...)

Para mais, também viola o art. 4º da mesma lei, que prevê a condição de igualdade no território nacional entre os migrantes e os nacionais, lhes assegura direitos sociais e o acesso à serviços públicos de saúde “sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;”¹⁰⁸.

De resto, o magistrado competente para o julgamento da referida Ação Civil Pública alegou que apesar de o Ministério da Saúde ter instituído um Grupo de Trabalho¹⁰⁹ para solucionar as demandas de saúde na região de Cáceres no âmbito da pandemia, a demora na resolução de seus trabalhos ocasionou uma afronta ao direito à saúde dos brasileiros e estrangeiros, razão pela qual estipulou um prazo de 180 dias para que se tomassem medidas concretas no sentido de esclarecer aos municípios fronteiriços sobre o atendimento de estrangeiros, bem como que indicassem as melhores providências para que tanto os brasileiros como os estrangeiros pudessem ter o devido acesso à saúde.¹¹⁰

Com o advento da pandemia exacerbou-se e escancarou-se a dúvida que a servidora pública que fez a representação na Procuradoria da República da Subseção de Cáceres nos idos de 2015: o quanto de acesso à saúde tem direito os imigrantes, sobretudo os não residentes no país?

¹⁰⁸ BRASIL. Lei n. 13.455, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25/05/2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 02 nov. 2022.

¹⁰⁹ *Idem*. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 740, de 19 de abril de 2021**. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de propor estratégias e ações de saúde para organizar o acesso de bolivianos que buscam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Cáceres/MT. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-740/>

¹¹⁰ JUSTIÇA FEDERAL DA 1ª REGIÃO. 1ª Vara Cível e Criminal da Subseção Judiciária de Cáceres/MT. **Sentença proferida na Ação Civil Pública n. 1001962-39.2020.4.01.3601**. 06 set. 2022. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/mt/sala-de-imprensa/Documentos%20para%20link/Sentena_MT.PDF. Acesso em: 02 nov. 2022.

2.4 CÁCERES E SAN MATÍAS ALÇADAS À CATEGORIA DE CIDADES GÊMEAS

Em 2017, no contexto do projeto da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR) e da Faixa de Fronteira, o Ministério do Desenvolvimento Regional solicitou ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) um estudo técnico sobre a viabilidade de criação da cidade gêmea Cáceres, com sua correspondente, San Matías (Bolívia).

Por meio desse estudo, buscou-se averiguar se as relações intermunicipais entre Cáceres e San Matías atendiam aos critérios estabelecidos pela Portaria MDR n. 213, de 13 de julho de 2016 – revogada recentemente pela Portaria n. 670, de 07 de março de 2022¹¹¹, que tornou sem efeitos os atos normativos do Ministério do Desenvolvimento Regional e outros - para que houvesse a instituição da categoria de cidades gêmeas.

Como definição metodológica, entende-se que uma cidade pode ser considerada nos termos da atual cidade gêmea quando mantém relações estreitas com seu par quanto à interação, comutação e conexão para a produção e o consumo, a gestão pública, a oferta e o uso de serviços urbanos. Para tanto, analisaram-se informações relativas à base populacional atual do município; ao potencial de integração econômica, social e cultural com a cidade vizinha estrangeira; aos problemas característicos da fronteira e que se reforçam mutuamente em ambos os países; e aos efeitos diretos da integração econômica e social, dos problemas compartilhados sobre o desenvolvimento regional e a cidadania local, conforme requisitos da portaria. Além dessas informações, avançou-se na identificação: de grandes infraestruturas, como portos, aeroportos, rodovias; de vias de ligação, nos movimentos, fluxos e dinâmicas entre as duas localidades; dos sintomas de dependência e complementaridade funcional; e da busca de experiências de gestão, institucionalizadas ou informais, que representem pactos e compartilhamentos entre os governos municipais, departamentais e nacionais dos países.¹¹²

¹¹¹ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Portaria n. 670, de 07 de março de 2022. Revoga atos normativos do Ministério do Desenvolvimento Regional e do extinto Ministério da Integração Nacional, relativos aos Fundos de Desenvolvimento da Amazônia (FDA), do Nordeste (FDNE) e do Centro-Oeste (FDCO) e aos incentivos fiscais concedidos nas áreas de atuação da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (Sudam) e da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08/03/2022, edição 45, Seção 1, Pág. 204. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-670-de-7-de-marco-de-2022-384509720>. Acesso em: 4 nov. 2022.

¹¹² PÊGO, B.; MOURA, R.; NUNES, MARIA. Interações entre Cáceres (Mato Grosso) e San Matías (Bolívia): a pertinência de uma nova cidade gêmea brasileira. In: BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**. n. 21 (jul-dez. 2019). Rio de Janeiro: IPEA, 2019. p.39-48.

Dentre os critérios a serem atendidos para a caracterização, destaca-se o potencial de integração entre as cidades. Durante a pesquisa realizada, concluiu-se que a integração de funções e atividades entre os municípios não apenas existe, como é histórica, muito embora ainda haja um grande potencial para que esse processo de integração seja ampliado.¹¹³

Outro critério relevante diz respeito à mobilidade e dinâmica transfronteiriça. Inferiu-se que “os principais elementos que sustentam a interação imediata entre Cáceres e San Matías são trabalho estudo, consumo e uso de serviços”¹¹⁴. Identificou-se também que a maior parte da produção de gado na Chiquitania é operada por brasileiros, em alguns casos exclusivamente em terras bolivianas e em outros, em fazendas cuja extensão transpõe a linha de fronteira. E são nessas propriedades que a maioria dos bolivianos desenvolvem atividades laborais, onde não lhes exigem documentação nem qualificação profissional.¹¹⁵

Além disso, notabilizam-se as ações compartilhadas entre os países vizinhos voltadas à prevenção da saúde animal. Inclusive, constatou-se que tem ocorrido capacitações de trabalhadores bolivianos focadas na vacinação de animais.¹¹⁶

Após todas as pesquisas e considerações, constatou-se que, diante de suas relações com San Matías, a cidade de Cáceres possui os requisitos necessários para se tornar cidade gêmea¹¹⁷, e no dia 24 de abril de 2019, Cáceres foi incluída no rol de cidades brasileiras que possuem o *status* de cidade gêmea.¹¹⁸

¹¹³ PÊGO, B.; MOURA, R.; NUNES, MARIA. Interações entre Cáceres (Mato Grosso) e San Matías (Bolívia): a pertinência de uma nova cidade gêmea brasileira. In: BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**. n. 21 (jul-dez. 2019). Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

¹¹⁴ *Ibidem*. p.39-48.

¹¹⁵ *Ibidem*.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ BRASIL. Ministério de Estado do Desenvolvimento Regional. Portaria 1.080, de 24 de abril de 2019. Inclui o Município no Anexo da Portaria n. 213, de 19 de julho de 2016, que estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por Estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29/04/2019. Seção 1, n. 81. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=515&pagina=10&data=29/04/2019&captchafield=firstAccess>. Acesso em: 19 jul. 2022.

3 COVID-19 - A EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE INTERESSE INTERNACIONAL, MIGRAÇÃO E VACINAÇÃO: DO CENÁRIO MUNDIAL ATÉ A FRONTEIRA OESTE DO MATO GROSSO

A Organização Mundial da Saúde foi alertada em 31 de dezembro de 2019 sobre um surto de doenças respiratórias na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram que a doença respiratória era causada por uma nova cepa de coronavírus, a SARS-CoV-2.¹¹⁹

Na data de 30 de janeiro de 2020, o Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde declarou uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, em razão do surgimento de um patógeno desconhecido, cuja transmissão escalou muito rapidamente. À época, 99% dos casos relatados ainda estavam isolados na China, mas já havia 98 casos confirmados em outros 18 países, dos quais 8 deles – Alemanha, Japão, Vietnã e Estados Unidos - decorriam de transmissão entre humanos.¹²⁰

Em seguida, registrou-se na Itália, ao final de fevereiro de 2020, um aumento expressivo de casos de COVID-19, sobretudo no norte do país; em março de 2020, todos os Estados-Membros da União Europeia já tinham casos registrados de COVID-19.¹²¹

No dia 11 de março de 2020, ao se deparar com o fato de que nas duas últimas semanas os casos de COVID-19 fora da China aumentaram 13 vezes, e que o número de países afetados havia triplicado, bem como com a previsão de que o número de casos e mortes subisse ainda mais, a Organização Mundial da Saúde concluiu que a COVID-19 poderia ser caracterizada como uma pandemia.¹²²

¹¹⁹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>. Acesso em: 11 nov. 2022.

¹²⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. 30 jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 11 nov. 2022.

¹²¹ UNIÃO EUROPEIA. Conselho Europeu. **A resposta da EU à pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/coronavirus/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

¹²² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020**. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 11 nov. 2022.

Ainda, na terceira reunião do Comitê de Emergência convocada pelo Diretor Geral da OMS, realizada em 30 de abril de 2020, declarou-se que o surto de COVID-19 ainda constituía uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional.¹²³

Em notícia datada de 16 de junho de 2020, relata-se que nas Américas já se aproximavam a 4 milhões de casos de COVID-19 e que a doença ainda estava se acelerando, com quase 203.600 mortes. À época, 54% dos casos relatados na região ocorreram nos Estados Unidos e 23% deles, no Brasil.¹²⁴ Ainda em junho, o Brasil contabilizou mais de um milhão de infecções notificadas, unindo-se aos Estados Unidos como os únicos países do mundo com número de casos na casa dos milhões.¹²⁵

Em agosto de 2021 foram registrados mais de 200 milhões de casos de COVID-19 no mundo desde os primeiros registros de infecção na China. Contudo, estima-se que esse número é muito mais alto em razão dos casos assintomáticos não detectados, apensar da testagem massiva realizada em muitos países.¹²⁶ Até março de 2023 foram contabilizados pela OMS mais de 700 milhões de casos de infecções e mais de 6 milhões de mortes decorrentes da Covid-19.¹²⁷

3.1 MEDIDAS PARA A CONTENÇÃO DO VÍRUS SARS-CoV-2: DA QUARENTENA AO FECHAMENTO DE FRONTEIRAS

A quarentena é um método de controle de surtos de doenças transmissíveis e, embora seja um dos mais antigos e efetivos meios de fazê-lo, ainda segue temida e incompreendida. Suas origens datam do século XIV, quando, em Veneza, faziam com

¹²³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19)**. 1 mai. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)). Acesso em: 12 nov. 2022.

¹²⁴ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **PAHO Director call to contain spread of COVID-19 in vulnerable populations in border areas**. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/16-6-2020-paho-director-calls-contain-spread-covid-19-vulnerable-populations-border-areas>. Acesso em: 12 nov. 2022.

¹²⁵ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Countries should prepare to manage COVID-19 closely for the next 2 years**. 24 jun. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/24-6-2020-countries-should-prepare-manage-covid-19-closely-next-2-years>. Acesso em: 12 nov. 2022.

¹²⁶ SOBRAL, M. F. F. *et al.* A retrospective cohort study of 238,000 COVID-19 hospitalizations and deaths in Brazil. **Scientific Reports**, [S.l.], vol. 12, fev./mar. 2022. DOI. 10.1038/s41598-022-07538-0. Acesso em: 01 mar. 2023.

¹²⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 01 mar. 2023.

que navios com tripulações infectadas pela peste ficassem ancorados por quarenta dias (daí a origem da expressão “quarentena”), antes que os passageiros sobreviventes desembarcassem. Atualmente, o uso da quarentena tem sido operado com bases científicas e de formas mais humanas, mas a associação histórica com a ideia de exílio, negligência e do sacrifício de uns em detrimento de outros ainda permanece no imaginário social.¹²⁸

Segundo as noções mais contemporâneas de “quarentena”, ela pode se dar de modos diversos do tradicional isolamento de quarenta dias. Considera-se quarentena a restrição – voluntária ou obrigatória - de pessoas que foram presumidamente expostas a alguma doença contagiosa, mas que não estão doentes. Ela pode ser recomendada (ou determinada) para um único indivíduo, para um grupo de pessoas ou uma comunidade.¹²⁹

Ao passo que a quarentena seja útil para pessoas possivelmente infectadas, mas não doentes, a medida de isolamento é aplicável para pessoas efetivamente doentes com enfermidades contagiosas. Também pode ser empregada para casos individuais, grupos ou comunidades.¹³⁰

Já a quarentena de trabalho é útil nos casos de pessoas cujas ocupações laborais aumentam o risco de infecção, a exemplo de profissionais da saúde. Nesse caso, quando não estiverem no trabalho, essas pessoas devem ficar exclusivamente em casa ou em instalações apropriadas para as circunstâncias.¹³¹

Finalmente, a quarentena comunitária mais ampla (*community-wide quarantine*), se refere ao fechamento das fronteiras de comunidades ou a imposição de barreiras – virtuais ou reais – em torno de uma área geográfica (o que também se pode denominar de “cordão sanitário”). Esse tipo de quarentena seria aplicável no caso de todas as outras não serem suficientes para conter o alastramento do vírus infeccioso.¹³²

¹²⁸ CETRON, M.; LANDWIRTH, J. Public Health and Ethical Considerations in Planning for Quarantine. **Yale Journal of Biology and Medicine**, New Haven, vol. 78, n. 5, p. 325-330, Oct. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132339/>. Acesso em: 01 mar. 2023.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ *Ibidem*.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² CETRON, M.; LANDWIRTH, J. Public Health and Ethical Considerations in Planning for Quarantine. **Yale Journal of Biology and Medicine**, New Haven, vol. 78, n. 5, p. 325-330, Oct. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132339/>. Acesso em: 01 mar. 2023.

No âmbito do cenário terapêutico e de pesquisas com seres humanos, há muito vige o primado da autonomia individual e o axioma segundo o qual indivíduos devem ser considerados como fins em si mesmos, e nunca um meio para a realização do fim de outrem. Já no que diz respeito à Saúde Pública, apenas recentemente tem se formulado guias éticos para suas práticas e políticas, possivelmente porque neste caso, a ênfase não se dá na autonomia dos indivíduos, mas sim nas ações que favoreçam a coletividade. Assim, os princípios de prática ética de saúde pública se equilibram numa espécie de dicotomia entre o respeito ao direito à autonomia dos indivíduos e aos direitos coletivos.¹³³

Embora o mundo já tivesse passado por outros surtos de doenças infecciosas nas últimas décadas, a exemplo do HIV, nos anos 80¹³⁴, SARS, H1N1 e Ebola, em 2003, 2009-2010 e 1976¹³⁵, respectivamente, apenas com o advento da pandemia de COVID-19 e, possivelmente, com a facilidade e celeridade de disseminação de informações que a internet e redes sociais trouxeram, popularizou-se e debateu-se tanto sobre medidas não farmacológicas de contenção de doenças, como a quarentena.

Nesse contexto, em 16 de dezembro de 2020, diante da persistência da pandemia de COVID-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) posicionou-se, por meio de um guia provisório¹³⁶, no sentido de que os países deveriam tomar medidas apropriadas para reduzir a transmissão do vírus causador da doença no âmbito das viagens internacionais, ressaltando, entretanto, que tais medidas não seriam aptas a atingir um nível de risco nulo de transmissões. A referida Agência aconselhou que as viagens internacionais deveriam priorizar ações emergenciais e humanitárias, bem como o traslado de pessoas consideradas “essenciais” - tais como profissionais que

¹³³ CETRON, M.; LANDWIRTH, J. Public Health and Ethical Considerations in Planning for Quarantine. **Yale Journal of Biology and Medicine**, New Haven, vol. 78, n. 5, p. 325-330, Oct. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132339/>. Acesso em: 01 mar. 2023.

¹³⁴ FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **O vírus da AIDS, 20 anos depois**. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>. Acesso em: 12 nov. 2022.

¹³⁵ INSTITUTO BUTANTAN. **Antes da Covid-19: conheça 3 doenças que também fizeram o mundo tremer neste século**. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/antes-da-covid-19-conheca-3-doencas-que-tambem-fizeram-o-mundo-tremer-neste-seculo>. Acesso em: 12 nov. 2022.

¹³⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19**. Interim guidance. 16 dez. 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337858/WHO-2019-nCoV-Risk-based_international_travel-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 nov. 2022.

deem suporte técnico no contexto de saúde pública – repatriações e transportes de carga de suprimentos essenciais como comida, alimentos e combustíveis.¹³⁷

Deve-se considerar que qualquer tipo de decisão com o objetivo de mitigar os riscos de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 deveria ser tomada levando-se em conta seus impactos nas sociedades, inclusive no que diz respeito à saúde mental, bem-estar psicossocial, o respeito aos direitos humanos, questões relativas à segurança alimentar, disparidades socioeconômicas entre os países e a manutenção de programas de saúde pública.¹³⁸

O CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*)¹³⁹, ainda em 2020, emitiu um documento intitulado “Teste de infecção por SARS-CoV-2 nos pontos de entrada por ar, terra e mar e medidas complementares para limitar a propagação internacional de COVID-19: Estratégias para líderes de saúde portuária fora dos Estados Unidos”, cujo objetivo é fornecer aos gestores de saúde portuária de outros países estratégias de testagem de viajantes, bem como métodos alternativos a serem utilizadas nos pontos de entrada desses países.¹⁴⁰

Dentre as medidas complementares aos testes de COVID-19 nas fronteiras, o documento elenca o fechamento de fronteiras, apontando como vantagens o possível impedimento de importação de alguns casos da doença e a preservação potencial de recursos para as operações dos pontos de entrada. Em contrapartida, lista as seguintes desvantagens:

Afeta significativamente o movimento de bens essenciais;
Fecha potencialmente o país da ajuda humanitária vital necessária para combater a pandemia ou outros problemas;

¹³⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19.** Interim guidance. 16 dez. 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337858/WHO-2019-nCoV-Risk-based_international_travel-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 nov. 2022.

¹³⁸ *Ibidem*.

¹³⁹ ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. **About CDC.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/about/index.html>. Acesso em: 12 nov. 2022.

¹⁴⁰ *Idem*. Centers for Disease Control and Prevention. **Testing for SARS-CoV-2 Infection at Air, Land, and Sea Points of Entry and Complementary Measures to Limit International Spread of COVID-19: Strategies for Port Health Leaders Outside the United States.** Disponível em: https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/COVID-19_PortofEntry_PUB_PORTUGUESE-p.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

Pode encorajar os viajantes a usarem passagens de fronteira informais, tornando a detecção de COVID-19 entre os viajantes transfronteiriços mais difícil.¹⁴¹

Os impactos para os viajantes transacionais são múltiplos: além de poderem ser barrados de entrar em determinados países/localidades, pode ocorrer de ficarem retidos em lugares que implementaram o fechamento de fronteiras no período em que eles já estavam lá. Inclusive, muitos países providenciaram a evacuação de seus nacionais de certos países, que tiveram de ser submetidos a uma quarentena de 14 dias quando da chegada em seus países de origem.¹⁴²

Vale dizer ainda, que o fechamento de fronteiras coloca os migrantes no lugar de vetores das doenças; eles passam do lugar de seres humanos (se é que, enquanto migrantes, já tiveram esse *status* alguma vez) para corpos hospedeiros de enfermidades.

Desde o surgimento da Aids, no início da década de 1980, a disputa mais sem precedentes pelo corpo travou-se em escala global. (...) A reação política e profissional à Aids envolveu um endurecimento das fronteiras espaciais em todas as escalas espaciais. Os Estados Unidos recusam-se a admitir não cidadãos com teste de HIV positivo; governos nacionais defendem testes compulsórios de Aids; Cuba encarcera as vítimas da doença (...). A contenção da Aids é uma estratégia altamente espacial que, ao policiar as fronteiras de diferentes escalas, reforça as diferenças sociais como diferenças espaciais. As fronteiras não só do corpo, mas de todos os lugares a que o corpo possa ir são submetidas a uma vigilância redobrada.¹⁴³

O estrangeiro configura o corpo oposto ao corpo do nacional; é o corpo desconhecido, sobre o qual se impõem com mais severidade as normas estatais: é o corpo criminoso, portador de doenças, o corpo que se prostitui e que toma os lugares que o Estado guardou exclusivamente aos nacionais.

¹⁴¹ ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. **Testing for SARS-CoV-2 Infection at Air, Land, and Sea Points of Entry and Complementary Measures to Limit International Spread of COVID-19: Strategies for Port Health Leaders Outside the United States**. Disponível em: https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/COVID-19_PortofEntry_PUB_PORTUGUESE-p.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

¹⁴² FREEDMAN, D. O.; WILDER-SMITH, A. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, United Kingdom, vol. 27, n. 2, fev./mar; 2020. DOI. 10.1093/jtm/taaa020. Acesso em: 03 mar. 2023.

¹⁴³ SMITH, N. Contornos de uma política espacializada: veículos dos sem-teto e produção geográfica espacializada. In: ARANTES, A. A. (org). **O espaço da diferença**. Campinas: Papirus, 2000, p. 125.

3.1.1 Respostas dos países e comunidades internacionais para a contenção do vírus SARS-CoV-2

Algumas das primeiras medidas de prevenção impostas pelos países se relacionavam diretamente com a China e seus cidadãos: suspensão de voos vindos da China, quarentena nos aeroportos, suspensão de vistos para cidadãos chineses, dissuadindo viagens para a China, proibindo a entrada de turistas estrangeiros que estiveram na China ou lhes impondo quarentenas.¹⁴⁴

O primeiro país a fechar suas fronteiras para limitar a disseminação do vírus SARS-CoV-2 foi a Coreia do Norte, em 7 de janeiro de 2020, antes mesmo que a OMS declarasse a situação de pandemia. Contudo, a partir da manifestação da OMS, cada vez mais países passaram a fechar suas fronteiras, sendo que houve um pico em 16 de março, quando 77 países – dentre eles Rússia, Alemanha e Estados Unidos – adotaram essa medida, alguns de forma parcial, outros totalmente.¹⁴⁵

Ao todo, 189 países fecharam todas as suas portas de entrada: terrestres, marítimas e aeroportuárias. Todos os continentes tiveram países com fronteiras fechadas, mas na Europa, América do Sul e Ásia houve o maior número de restrições.¹⁴⁶

Contudo, rapidamente notou-se que a pandemia de COVID-19 poderia afetar gravemente a vigência e o exercício dos direitos humanos da população, sobretudo em relação as pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade. No âmbito das Américas, região mais desigual do planeta, que lida cotidianamente com a falta de acesso a bens básicos que garantam níveis mínimos de dignidade, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, resolveu que as políticas e medidas sanitárias, bem como medidas de contenção urgentes e necessárias adotadas pelos Estados

¹⁴⁴ LIN, YC. *et.al.* The spatiotemporal estimation of the risk and the international transmission of COVID-19: a global perspective. **Science Report**. [S.l.], v. 10, n. 1, nov. 2018. DOI. 10.1038/s41598-020-77242-4. Acesso em: 03 mar. 2023.

¹⁴⁵ SHIRAEF, M. A. Closed borders, travel bans and halted immigration: 5 ways COVID-19 changed how – and where – people move around the world. **The Conversation**. 18 mar. 2021. Disponível em: <https://theconversation.com/closed-borders-travel-bans-and-halted-immigration-5-ways-covid-19-changed-how-and-where-people-move-around-the-world-157040>. Acesso em: 16 nov. 2022.

¹⁴⁶ *Ibidem*.

Americanos para proteger suas populações, devem ter sempre o respeito aos Direitos Humanos como prioridade.¹⁴⁷

A CIDH determinou que qualquer restrição ou limitação imposta com a finalidade de contenção do vírus causador da pandemia, deve cumprir os requisitos estabelecidos pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos, sobretudo o princípio da legalidade. Ainda, que tais restrições não poderiam ser utilizadas como pretexto para “gerar propaganda a favor da guerra ou apologia do ódio nacional, racial ou religioso que constitua incitação à discriminação, hostilidade ou violência.”¹⁴⁸

A despeito das questões humanitárias, houve períodos em que países suspenderam total ou parcialmente suas restrições fronteiriças e depois as reimplementaram diante de aumentos de casos ou advento de novas cepas do vírus. Por volta do fim de 2020, aproximadamente metade dos 189 países mencionados continuaram com suas fronteiras completamente fechadas.¹⁴⁹

Alguns países adotaram a medida do *travel ban*, leia-se, mantiveram suas fronteiras abertas – exceto para alguns países -, por onde seus cidadãos ou pessoas que passaram por eles não poderiam entrar. Um dos casos mais emblemáticos é o dos Estados Unidos, que proibiu a entrada de estrangeiros que tenham estado na China por no mínimo 14 dias antes de tentarem entrar em solo estadunidense, com exceção das regiões administrativas de Hong Kong e Macau. Um mês depois, o ex-presidente Donald Trump instituiu uma proibição similar em relação a pessoas com histórico de viagem recente para o Irã.¹⁵⁰ A lista de restrições foi aumentando severamente até que em 28 de maio de 2020, pessoas vindas do Brasil também foram vedadas de entrar no país.¹⁵¹

Inclusive, diante do risco de contaminação de pessoas advindas de pontos de entrada nas fronteiras com o México e Canadá, as autoridades estadunidenses

¹⁴⁷ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Pandemia e Direitos Humanos nas Américas: Resolução n. 1/2020**. 10 abr 2020. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

¹⁴⁸ *Ibidem*.

¹⁴⁹ SHIRAEF, M. A. Closed borders, travel bans and halted immigration: 5 ways COVID-19 changed how – and where – people move around the world. **The Conversation**. 18 mar. 2021. Disponível em: <https://theconversation.com/closed-borders-travel-bans-and-halted-immigration-5-ways-covid-19-changed-how-and-where-people-move-around-the-world-157040>. Acesso em :16 nov. 2022.

¹⁵⁰ WALKER, B. An Overview of Migration-Related Policies introduced by the United States during the Coronavirus Pandemic. **COVID Border Accountability Project**. 2 dez. 2020. Disponível em: <https://covidborderaccountability.org/usareport.html>. Acesso em: 17 nov. 2022.

¹⁵¹ *Ibidem*.

autorizaram a imediata expulsão de migrantes e requerentes de asilo, inclusive crianças, fato este que foi severamente criticado pelo *Human Rights Watch*.¹⁵²

O Brasil foi por um longo tempo o epicentro da pandemia na América do Sul. Isso fez com que seus vizinhos (e outros países ao redor do globo) se colocassem em estado de alerta e reforçassem as barreiras sanitárias em relação a essa possível ameaça.¹⁵³ Contudo, o fato é que, na América do Sul,

fechadas as fronteiras, o vírus se alastrou em cada país seguindo em cada um dos caminhos civilizatórios e resultando em diferentes cenários pandêmicos, mas apresentando um comportamento em comum: manifestando a sua face mais cruel nos lugares mais distantes e periféricos, com baixa infraestrutura de atendimento médico e hospitalar, e baixa capacidade de proteção à infecção, seja pela falta de informação, seja pela vulnerabilidade socioeconômica já instalada.¹⁵⁴

Contudo, aos poucos, o mundo foi se reabrindo. Já no final de 2020, 137 dos 189 países com as fronteiras completamente fechadas já haviam suspendido a medida, e 66 dos 98 *targeted bans* finalizaram.¹⁵⁵

3.1.1.1 Restrições de mobilidade internacional para fins turísticos

Segundo a Organização Mundial de Turismo (*World Tourism Organization – UNWTO*), agência especializada de turismo das Nações Unidas, em relatório apresentado em 6 de abril de 2020, 96% de todos os destinos ao redor do mundo impuseram medidas restritivas de viagens em razão da pandemia. Desses destinos, cerca de 90 deles fecharam suas fronteiras total ou parcialmente, enquanto 44 deles fecharam as fronteiras para viajantes originários de países específicos.¹⁵⁶

¹⁵² WALKER, B. An Overview of Migration-Related Policies introduced by the United States during the Coronavirus Pandemic. **COVID Border Accountability Project**. 2 dez. 2020. Disponível em: <https://covidborderaccountability.org/usareport.html>. Acesso em: 17 nov. 2022.

¹⁵³ NAGAMINE, L. *et. al.* Disseminação da COVID-19 nas faixas de fronteira terrestre e litorânea do Brasil. **Revista Tempo do Mundo**, Brasília, n. 23, p. 203-234, ago. 2020. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/rtm/201202_rtm_book.pdf. Acesso em: 18 nov. 2022.

¹⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵ SHIRAEF, M. A. Closed borders, travel bans and halted immigration: 5 ways COVID-19 changed how – and where – people move around the world. **The Conversation**. 18 mar. 2021. Disponível em: <https://theconversation.com/closed-borders-travel-bans-and-halted-immigration-5-ways-covid-19-changed-how-and-where-people-move-around-the-world-157040>. Acesso em: 16 nov. 2022.

¹⁵⁶ WORLD TOURISM ORGANIZATION. **COVID-19 response: 96% of global destinations impose travel restrictions, UNWTO reports**. 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/covid-19-response-travel-restrictions>. Acesso em: 18 nov. 2022.

No relatório seguinte, datado de 28 de abril de 2020, constatou-se que 100% dos destinos instituíram restrições de viagens. A análise, que abrangeu 217 destinos ao redor do mundo, demonstrou que 45% desses destinos fechou total ou parcialmente suas fronteiras para turistas; 30% suspenderam total ou parcialmente voos internacionais; 18% baniram a entrada de passageiros de origem de países específicos, ou que tiveram transitado por eles; 7% aplicaram medidas diversas, tais como quarentena ou autoisolamento por 14 dias e restrições em relação aos vistos.¹⁵⁷

Em um terceiro relatório emitido em 11 de maio de 2020 pela referida agência das Nações Unidas, apresentou-se que as restrições de viagem permaneceram em 100% dos países, mas agora mais recrudescidas: 72% dos destinos fecharam completamente suas fronteiras para o turismo internacional. O relatório ainda revelou que 83% dos destinos Europeus fecharam completamente suas fronteiras para o turismo internacional, enquanto nas Américas essa proporção foi de 80%, Ásia e Pacífico 70%, Oriente Médio 62% e 57% na África. Constatou-se, por fim, que não houve um abrandamento ou suspensão das restrições em nenhum destino.¹⁵⁸

Já em relatório expedido em 31 de maio de 2020, muito embora 100% dos 217 destinos pesquisados ainda continuaram com medidas restritivas em relação à viagens internacionais para fins de turismo, 3% deles começaram a aliviar algumas determinações impostas. Iniciaram-se, ainda, discussões sobre a possibilidade de reabertura das fronteiras.¹⁵⁹

A partir de então, iniciou-se um processo de abrandamento das medidas restritivas de viagens internacionais; segundo relatório de 23 de junho de 2020, ao passo que 65% dos destinos mundiais ainda mantivesse as fronteiras completamente fechadas, 22% iniciaram a mitigação das restrições.¹⁶⁰ Em julho do mesmo ano, houve uma notável evolução no afrouxamento das medidas restritivas de viagens, sendo que

¹⁵⁷ WORLD TOURISM ORGANIZATION. **100% of global destinations now have COVID-19 travel restrictions, UNWTO reports.** 28 abr. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/covid-19-travel-restrictions>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁵⁸ *Idem.* **World Tourism Remains at a standstill as 100% of countries impose restrictions on travel.** 11 mai. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/covid-19-world-tourism-remains-at-a-standstill-as-100-of-countries-impose-restrictions-on-travel>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁵⁹ *Idem.* **Restrictions on tourism travel starting to ease but caution remains, UNWTO reports.** 31 mai. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/covid-19-restrictions-on-tourism-travel>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁶⁰ *Idem.* **Restrictions on travel easing as Europe leads cautious restart of tourism.** 23 jun. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/restrictions-on-travel-easing-as-europe-leads-cautious-restart-of-tourism>. Acesso em: 19 nov. 2022.

4 destinos as suspenderam totalmente. Dentre os destinos que mantiveram suas fronteiras fechadas, o número caiu para 53%.¹⁶¹

Conforme o sétimo relatório publicado pela OMT, em 10 de setembro de 2020, 55% dos destinos do mundo haviam mitigado as restrições de viagens turísticas, muito embora ainda houvesse um número considerável – 43% - de destinos com as fronteiras fechadas.¹⁶² O oitavo relatório, por sua vez, demonstrou o número de destinos que mitigou as restrições de viagens continuou subindo – em novembro, representavam um total de 70% -, enquanto apenas 25% dos destinos segue com as fronteiras completamente fechadas.¹⁶³

Em 2020 observou-se que, a partir de junho, iniciou-se ao redor do mundo um movimento no sentido de abrandar as medidas restritivas de viagens internacionais para fins turísticos, que foi evoluindo até meados de novembro. Entretanto, com o advento de novas variantes do vírus causador da COVID-19, alguns países voltaram a recrudescer as restrições, sendo que, em fevereiro de 2021, o número de destinos com as fronteiras completamente fechadas subiu para 32%, ao passo que 34% dos destinos fecharam parcialmente suas fronteiras para fins de viagens internacionais.¹⁶⁴

O penúltimo relatório da OMT trouxe um cenário mais otimista em relação às viagens internacionais, sobretudo graças ao início da vacinação contra a COVID-19. Em meados de junho de 2021, 34% dos destinos estavam parcialmente fechados e 36% solicitavam um teste negativo de COVID-19 na chegada – e em alguns casos, somado à um requerimento de quarentena. Contudo, devido ao surgimento de novas variantes do vírus SARS-CoV-2, 42% dos destinos impuseram restrições específicas a visitantes originários de certos países, tais como suspensão de voos, fechamento de fronteiras e quarentena compulsória.¹⁶⁵

¹⁶¹ WORLD TOURISM ORGANIZATION. **Tourism restarts: 40% of destinations have now eased travel restrictions.** 30 jul. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/tourism-restarts-40-per-cent-of-destinations-have-now-eased-travel-restrictions>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁶² *Idem.* **More than 50% of global destinations are easing travel restrictions – but caution remains.** 10 set. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/more-than-50-of-global-destinations-are-easing-travel-restrictions-but-caution-remains>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁶³ *Idem.* **70% of destinations have lifted travel restrictions, but global gap emerging.** 2 dez. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/70-of-destinations-have-lifted-travel-restrictions-but-global-gap-emerging>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁶⁴ *Idem.* **Tightened travel restrictions underline current challenges for tourism.** 8 mar. 2021. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/tightened-travel-restrictions-underline-current-challenges-for-tourism>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁶⁵ *Idem.* **Vaccines and digital solutions to ease travel restrictions.** 5 jul. 2021. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/vaccines-and-digital-solutions-to-ease-travel-restrictions>. Acesso em: 19 nov. 2022.

Os dados coletados no nono relatório demonstraram uma relação entre as taxas de vacinação nos países-destino e as restrições em relação a viagens internacionais: quanto maior a taxa de vacinação, menores as restrições – e vice-versa. Nesse contexto, diversos destinos exigiam que os passageiros houvessem sido vacinados com duas doses de alguma vacina aprovada e outros suspenderam totalmente as restrições impostas.¹⁶⁶

Por fim, o relatório publicado pela Organização Mundial de Turismo, datado de 26 de novembro de 2021, indica que 21% dos países ainda mantinham suas fronteiras completamente fechadas; 39% diminuíram as restrições para turistas internacionais completamente vacinados (duas doses ou mais); 9% tornaram obrigatória a vacinação completa para a entrada no país para fins turísticos. À época, apenas 4 países (Colômbia, Costa Rica, República Dominicana e México) suspenderam completamente as restrições de viagens relacionadas à pandemia de COVID-19.¹⁶⁷

3.1.2 Medidas restritivas tomadas pelo Brasil

O Brasil não tardou a declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência do alastramento dos casos de COVID-19, fazendo-o por meio da Portaria n. 188 do Ministério da Saúde¹⁶⁸, em 3 de fevereiro de 2020. Logo em seguida, por meio da Lei n. 13.979¹⁶⁹, estabeleceu em seu art. 3º que as autoridades poderiam adotar, no âmbito de suas competências, medidas como isolamento, quarentena, determinação compulsória de realização de exames, testes, vacinas, tratamento, uso de máscaras de proteção individual, restrições de entrada e saída do país, dentre outras.¹⁷⁰

¹⁶⁶ WORLD TOURISM ORGANIZATION. **Vaccines and digital solutions to ease travel restrictions**. 5 jul. 2021. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/vaccines-and-digital-solutions-to-ease-travel-restrictions>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁶⁷ *Idem*. **New COVID-19 surges keep travel restrictions in place**. 26 nov. 2021. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/new-covid-19-surges-keep-travel-restrictions-in-place>. Acesso em: 19 nov. 2022.

¹⁶⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04/02/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/Portaria-188-20-ms.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁶⁹ *Idem*. Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07/02/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁷⁰ *Ibidem*.

Em 17 de março de 2020, restringiram temporariamente a entrada no país de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela.¹⁷¹ Apenas dois dias depois, restringiu-se também a entrada de estrangeiros advindos da República da Argentina, Estado Plurinacional da Bolívia, República da Colômbia, República Francesa (Guiana Francesa), República Cooperativa da Guiana, República do Paraguai, República do Peru e República do Suriname.¹⁷² Vale destacar, entretanto, que essas limitações não se aplicaram ao “tráfego de residentes de cidades gêmeas com linha de fronteira exclusivamente terrestre.”¹⁷³

Ainda em 19 de março aumentaram as restrições para pessoas oriundas dos seguintes países: República Popular da China, membros da União Europeia, República da Islândia, Reino da Noruega, Confederação Suíça, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, Comunidade da Austrália, Japão, Malásia e República da Coreia.¹⁷⁴

Em face do agravamento do cenário da saúde mundial, decretou-se estado de calamidade pública no dia 20 de março de 2020.¹⁷⁵ No mesmo dia, declarou-se o estado de transmissão comunitária do coronavírus, adotando-se, como medida não farmacológica de contenção da transmissibilidade do vírus, o isolamento domiciliar – determinado por prescrição médica - de pessoas com sintomas respiratórios e

¹⁷¹ BRASIL. Portaria Interministerial n. 120, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt120-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁷² *Idem*. Portaria n. 125, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt125-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁷³ Art. 5º, III. BRASIL. Portaria n. 125, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt125-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁷⁴ BRASIL. Portaria n. 126, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt126-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁷⁵ *Idem*. Decreto Legislativo n. 6, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

daqueles com quem compartilha o ambiente domiciliar, pelo período máximo de 14 dias.¹⁷⁶

Por meio da Portaria n. 132 de 2020¹⁷⁷, restringiu-se também a entrada de pessoas provenientes da República Oriental do Uruguai, excepcionando, dentre outros, o tráfego de residentes fronteiriços, mediante a apresentação de documento de residente fronteiriço ou outro documento comprobatório.¹⁷⁸

Resolveu-se também suspender a entrada de estrangeiros de qualquer nacionalidade por meio de transporte aquaviário¹⁷⁹, por via aérea¹⁸⁰ e por vias terrestres¹⁸¹. Posteriormente, por meio de portaria mais abrangente que revogou as anteriores, proibiu-se concomitantemente a entrada de estrangeiros oriundos de qualquer país por transporte aquaviário, aéreo e por vias terrestres¹⁸².

Tais medidas de restrição generalizadas (tanto no que concerne à nacionalidade, quanto no que diz respeito ao meio de transporte ou via de passagem) foram sendo renovadas por diversas outras portarias de conteúdo idêntico, sendo que

¹⁷⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt454-20-ms.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁷⁷ *Idem*. Portaria n. 132, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre restrição excepcional e temporária de entrada no País, por via terrestre, de estrangeiros provenientes da República Oriental do Uruguai, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt132-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁷⁸ *Ibidem*.

¹⁷⁹ *Idem*. Portaria n. 47 de 26 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros por transporte aquaviário, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%2047-CC.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁸⁰ *Idem*. Portaria n. 152, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20152-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁸¹ *Idem*. Portaria n. 204, de 29 de abril de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29/04/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-204-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁸² *Idem*. Portaria n. 255 de 22 de maio de 2020. Dispõe a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22/05/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-204-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

a última é datada de 23 de junho de 2021¹⁸³. A partir de então, aos poucos as fronteiras foram se abrindo, com restrições pontuais em relação a pessoas advindas de alguns países e mediante apresentação de testes de rastreio de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 com resultado negativo (no caso de pessoas vindas do exterior por meio de transporte aéreo). As vias terrestres mantiveram-se fechadas por mais tempo, e as aquaviárias autorizadas apenas a partir de 1º de novembro de 2021.¹⁸⁴

Entre os países da América do Sul, o Brasil foi o que mais adotou medidas de restrição de mobilidade, o que por sua vez não resultou em maior eficiência no combate à propagação do vírus SARS-CoV-2.¹⁸⁵

3.1.3. Medidas restritivas tomadas pela Bolívia

Num primeiro momento, o Estado Plurinacional Boliviano decidiu seguir as orientações da OMS e não fechar as fronteiras, mas apenas cuidar delas, pois o seu fechamento implicaria no ingresso ilegal de pessoas por pontos não monitorados, o que poderia agravar a situação sanitária do país.¹⁸⁶

No dia 12 de março de 2020, anunciou-se a suspensão temporária das aulas no país, bem como os voos vindos da Europa. A despeito disso, as fronteiras

¹⁸³ BRASIL. Portaria n. 655, de 23 de junho de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 24/06/2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria-655-21-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁸⁴ Cf. BRASIL. Portaria n. 685, de 05 de outubro de 2021. Dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, nos termos da Lei n. 13.979, de 2020. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 05/10/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-658-21-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.; BRASIL. Portaria n. 660, de 27 de novembro de 2021. Dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, nos termos da Lei n. 13.979, de 2020. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 27/11/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-660-21-ccv.htm#art13. Acesso em: 22 nov. 2022.; BRASIL. Portaria n. 661, de 8 de dezembro de 2021. Dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, nos termos da Lei n. 13.979, de 2020. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 08/12/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-661-21-ccv.htm#art22. Acesso em: 20 nov. 2022.

¹⁸⁵ PÊGO, B. *et. al.* **Nota Técnica n. 22: Pandemia e Fronteiras: oito meses em evolução no Brasil**. IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas Regionais Urbanas e Ambientais (DIRUR). jan. 2021. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/210128_nt_dirur_n_22.pdf. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁸⁶ ESTADO PLURINACIONAL DE BOLÍVIA. Prensa. **Núñez: el coronavirus se controlará en las fronteras de Bolivia, pero no se las cerrará**. Sucre, 2 mar. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1224-nunez-el-coronavirus-se-controlara-en-las-fronteras-de-bolivia-pero-no-se-las-cerrara>. Acesso em: 24 nov. 2022.

continuaram abertas, mas com controle intensificado.¹⁸⁷ Já no dia 17 do mesmo mês, a então Presidenta Jeanine Áñez comunicou que o país adotaria novas medidas para a contenção do vírus, dentre elas o fechamento das fronteiras em 48 horas, a suspensão de voos internacionais e a redução da jornada de trabalho.¹⁸⁸

Em 29 de abril de 2020, noticia-se, dentre outras medidas, que até o dia 31 de maio se manteriam o fechamento das fronteiras.¹⁸⁹ As fronteiras seguiram fechadas até a determinação de abertura das fronteiras aéreas – desde que respeitadas as normas de biossegurança – para transporte de passageiros e comércios. As fronteiras terrestres, fluviais e lacustres seguiriam fechadas. Entretanto, passaram a permitir o trânsito de pessoas nacionais e estrangeiras e a abertura de atividades comerciais nos municípios fronteiriços, desde que haja um consenso com os países vizinhos.¹⁹⁰

Vale dizer, em face do cenário brasileiro de epicentro do vírus na América do Sul, a Bolívia decidiu fechar suas fronteiras com o país a partir do dia 02 de abril de 2021, por 7 dias.¹⁹¹ Alguns meses depois, com o advento das variantes Delta e Ômicron do vírus SARS-CoV-2 e a sua presença nos países vizinhos, tais como o Brasil, Chile, Argentina e Peru, o Ministro de Saúde e Esportes declara Emergência Sanitária Nacional em todo o território boliviano.¹⁹²

¹⁸⁷ ESTADO PLURINACIONAL DE BOLÍVIA. Prensa. **Coronavirus: Bolivia suspende labores educativos, vuelos desde y hacia Europa e intensifica el control en fronteras.** La paz, 12 mar. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1235-coronavirus-bolivia-suspende-labores-educativas-vuelos-desde-y-hacia-europa-e-intensifica-el-control-en-fronteras>. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁸⁸ *Idem.* Prensa. **Gobierno asume nuevas medidas para frenar el coronavirus.** La Paz, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1241-gobierno-asume-nuevas-medidas-para-frenar-el-coronavirus>. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁸⁹ *Idem.* Prensa. **Gobierno amplía cuarentena y da a conocer acciones para una segunda fase de “cuarentena dinámica”.** La paz, 29 abr 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1267-gobierno-amplia-cuarentena-y-da-a-conocer-acciones-para-una-segunda-fase-de-cuarentena-dinamica>. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁹⁰ *Idem.* Prensa. **Bolivia inicia fase de post confinamiento y vigilancia comunitaria para la lucha contra el COVID-19.** La Paz, 27 ago. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1363-bolivia-inicia-fase-de-post-confinamiento-y-vigilancia-comunitaria-para-la-lucha-contr-el-covid-19>. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁹¹ ÍCARO, P. Chile e Bolívia restringem entrada de brasileiros para frear avanço da covid-19. **Correio Braziliense.** 01 abr 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/04/4915606-chile-e-bolivia-restringem-entrada-de-brasileiros-para-frear-avanco-da-covid-19.html>. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁹² ESTADO PLURINACIONAL DE BOLÍVIA. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. **Resolución Ministerial n. 0550.** 29 dez. 2021. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=708&catid=2&m=0&Itemid=646>. Acesso em: 24 nov. 2022.

3. 2 “A PANDEMIA, COMO FATO REAL, É UM PROBLEMA FRONTEIRIÇO”¹⁹³

“A pandemia, como fato real, é um problema fronteiriço. No caso do SARS-CoV-2, esse vírus entrou no Brasil por um terminal aeroportuário, instalou-se em cidades com maior relação com o exterior e rapidamente penetrou pelo território.”¹⁹⁴ Assim, a entrada e disseminação do novo coronavírus foi mais rápida e intensa nas faixas de fronteiras litorâneas e arredores, em especial na região Nordeste do Brasil. Já na faixa de fronteira terrestre, 79 municípios – o que corresponde a 13,5% da faixa -, apresentaram casos de COVID-19 até 15 de março de 2020, totalizando 566 casos. Dentre esses municípios, 10 deles registraram óbitos; 19 apresentaram coeficientes de casos por 1 milhão de habitantes superiores à média do Brasil e, em se tratando de óbitos, 5 deles – 2,7% - superaram a média nacional.¹⁹⁵

Vale dizer, entretanto, que a disseminação da COVID-19 foi mais baixa nas áreas de fronteira terrestre, pois as áreas de maior dissipação do vírus são aquelas que se conectavam mais às redes globais e em centros mais urbanizados. Por essa razão que a dispersão do vírus ocorreu de forma mais lenta em alguns arranjos transfronteiriços como é o caso da cidade de Cáceres (Brasil) e San Matías (Bolívia). Contudo, em 15 de abril, dos dois casos relatados no arranjo das referidas cidades gêmeas, um deles foi à óbito.¹⁹⁶

Entre os dezenove municípios com coeficientes de casos por 1 milhão de habitantes superiores à média do Brasil, situam-se na linha de fronteira, integrando arranjos transfronteiriços, como o de Bonfim (RR) com Lethem (Guiana), e Cáceres (MT), que conforma arranjo transfronteiriço com San Matías (Bolívia), tem o coeficiente de 10,6 óbitos por 1 milhão de habitantes, muito próximo à média nacional.

(...)

A implicação territorial no fechamento dos pontos de fronteira terrestre significa separar as cidades gêmeas, isto é, impedir os contatos mais imediatos da população, os relacionamentos que em muitos casos são consistentes e alcançam diferentes searas da vida local.

(...)

Os arranjos transfronteiriços operam como os principais portais terrestres a fluxos de longa distância, mas, fundamentalmente, aos decorrentes de movimentos pendulares que concretizam a interação entre os *lados* da fronteira quanto ao exercício do trabalho, consumo, acesso a serviços entre outras atividades rotineiras à vida em qualquer cidade. Neles, a dimensão

¹⁹³ PÊGO, B.; *et. al.* **Nota técnica n. 16: Pandemia e fronteiras brasileiras: análise da evolução da COVID-19 e proposições.** IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas Regionais Urbanas e Ambientais (DIRUR). Maio de 2020. p. 32. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10039>. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁹⁴ *Ibidem.*

¹⁹⁵ *Ibidem.*

¹⁹⁶ *Ibidem.*

transfronteiriça constitui uma instância para a qual a inseparabilidade é uma condição imprescindível a sua existência socioespacial. O sumário fechamento de fronteiras, como verificado entre as medidas de controle à pandemia, inviabilizou as interações cotidianas que peculiarizam esses espaços nacionalmente híbridos.¹⁹⁷ (Grifos do autor)

Muito embora o tráfego de residentes fronteiriços de cidades gêmeas tenha sido recomendado pela ANVISA e aplicado pelo Governo Federal, tal como no art. 5º, III da Portaria 125, de março de 2020¹⁹⁸, a falta de cooperação transfronteiriça efetiva entre os países vizinhos apenas indica a propagação dos contágios e o agravamento dos efeitos da doença, pois a população não recebe as recomendações sanitárias adequadas, tampouco os serviços de saúde pertinentes e suficientes.¹⁹⁹

Avançada a pandemia, os 40 municípios brasileiros que integram 32 arranjos transfronteiriços confirmados acumulavam, em 30 de novembro de 2020, 50.728 casos e 1.030 óbitos por COVID-19, sendo que até 30 de setembro, no arranjo Cáceres-San Matías, os casos aumentaram para 3.628, com 127 óbitos, o que representa uma incidência de 3.844,20 casos por 100 mil habitantes e 134,57 óbitos por 100 mil habitantes.²⁰⁰

Tais números colocaram Cáceres como parte dos arranjos fronteiriços com os maiores números de casos e de óbitos na última data de análise (30 de novembro de 2020), junto de Foz do Iguaçu/PR, Corumbá/MS, Guajará-Mirim/RO e Oiapoque/AP.²⁰¹

3.3 A CORRIDA PELA VACINA

A pandemia de COVID-19 foi um grande lembrete à comunidade internacional sobre o quanto a saúde individual depende da saúde coletiva, bem como do papel

¹⁹⁷ PÊGO, B.; *et. al.* **Nota técnica n. 16: Pandemia e fronteiras brasileiras: análise da evolução da COVID-19 e proposições.** IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas Regionais Urbanas e Ambientais (DIRUR). Maio de 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10039>. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁹⁸ Art. 5º, III. BRASIL. Portaria n. 125, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt125-20-ccv.htm. Acesso em: 24 nov. 2022.

¹⁹⁹ PÊGO, B.; *et. al.* *Op. cit.*

²⁰⁰ *Ibidem.*

²⁰¹ *Ibidem.*

fundamental desempenhado pelas vacinas no sentido de manter a segurança e saúde da população.²⁰²

Em situações de normalidade, o desenvolvimento de uma vacina leva um longo tempo; num primeiro momento, os pesquisadores buscam por antígenos e posteriormente, os testam em animais para investigar sua segurança e resposta imunológica. Apenas essas duas fases costumam levar entre 5 e 6 anos. Obtendo-se sucesso nas duas primeiras fases, passam-se aos testes em humanos: a primeira fase de testes em humanos busca investigar a performance e segurança da vacina em um pequeno número de pessoas; na segunda fase, explora-se ainda mais a segurança e passam a investigar o nível de prevenção proporcionado pela vacina em testes que podem incluir pessoas com riscos maiores de contrair a doença e dividindo os voluntários aleatoriamente em grupos que recebem placebo.²⁰³

A fase final de testes costuma envolver milhares ou dezenas de milhares de pessoas. Nessa oportunidade, verificam se há efeitos colaterais raros que só aparecem em grandes grupos de teste e verificam a eficácia da vacina na prevenção da doença e que tipo de reação imunológica ela desencadeia. Entre o início da primeira e o fim da terceira fase de testes de uma vacina, é comum que se leve até uma década.²⁰⁴

Contudo, dada a urgência da pandemia de COVID-19, em março de 2020 já havia 35 vacinas contra o coronavírus sendo desenvolvidas²⁰⁵, sendo que no dia 16, a vacina desenvolvida pela empresa estadunidense Moderna começou a ser testada em 45 voluntários (humanos) saudáveis.²⁰⁶

Em 27 de dezembro de 2020, noticiava-se que aproximadamente 31 países já haviam iniciado a vacinação contra a COVID-19, sendo que naquele exato dia, Áustria, Portugal, Alemanha, França e outros países Europeus iniciaram suas campanhas de imunização. Na América Latina, o México, Chile e Costa Rica iniciaram

²⁰² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO welcomes new crucial fundings for vaccines**. 4 jun. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/04-06-2020-who-welcomes-crucial-new-funding-for-vaccines>. Acesso em: 25 nov. 2022.

²⁰³ GAVI: THE VACCINE ALLIANCE. **How clinical vaccine trials are speeding up in a pandemic**. 18 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-clinical-vaccine-trials-are-speeding-pandemic>. Acesso em: 25 nov. 2022.

²⁰⁴ *Ibidem*.

²⁰⁵ *Idem*. **Will coronavirus herald a new era in vaccine innovation?** 10 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gavi.org/vaccineswork/will-coronavirus-herald-new-era-vaccine-innovation>. Acesso em: 25 nov. 2022.

²⁰⁶ GAVI: THE VACCINE ALLIANCE. *Op. cit.*

suas estratégias de vacinação no dia 24 de dezembro daquele ano, a começar pelos profissionais de saúde; na Rússia, onde desenvolveu-se a vacina *Sputnik V*, o processo de imunização começou no dia 5 de dezembro; O Reino Unido começou sua vacinação no dia 8 de dezembro, seguido dos Estados Unidos e Canadá. Nesse período, ainda não havia data definida para o início das imunizações no Brasil.²⁰⁷

No final de 2021, a América do Sul passa a ser a região com maior taxa de vacinação do mundo (63,4% da população completamente imunizada, ou seja, com pelo menos duas doses ou dose única a depender do protocolo da vacina). Os países com melhores taxas de vacinação eram o Chile, Uruguai, Argentina, Equador e Brasil, enquanto Guiana, Bolívia e Suriname encontravam-se com as piores taxas de vacinação, inferiores a 40% da população.²⁰⁸

Até o dia 02 de fevereiro de 2023, 69,4% da população mundial havia recebido pelo menos uma dose de vacina contra COVID-19; 13,26 bilhões de doses foram administradas globalmente; 1,22 milhões são administradas por dia; 26,4% da população dos países de baixa renda receberam pelo menos uma dose da vacina.²⁰⁹

3.3.1 A vacinação no Brasil

Com o advento da pandemia de COVID-19 a glória mundial do Brasil no contexto das imunizações se esmoreceu. Enquanto países como Nova Zelândia, Singapura, Coreia do Sul, Vietnã, Canadá, Israel, Japão, China e a maioria dos membros da União Europeia, dentro outros, programaram sua vacinação com vários meses de antecedência, antes mesmo sequer de haver um imunizante eficaz, dirigentes do Governo Federal Brasileiro fizeram troça das medidas não farmacológicas de prevenção de contágio.²¹⁰

O governo federal piorou o já perverso desinvestimento na pesquisa científica e aplicada no caso da criação e produção de vacinas e seus insumos, mesmo

²⁰⁷ JUCÁ, Beatriz. Mais de 30 países iniciaram vacinação contra covid-19, e Bolsonaro agora fala em pressa por vacina. *El País*. São Paulo, 27 dez. 2020. Pandemia de Coronavírus. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-12-27/mais-de-30-paises-iniciaram-vacinacao-contracovid-19-e-bolsonaro-agora-fala-em-pressa-por-vacina.html>. Acesso em: 29 nov. 2022.

²⁰⁸ BBC NEWS MUNDO. **Covid: como América do Sul passou de epicentro da pandemia a líder em vacinação**. 31 dez. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-59808572>. Acesso em: 29 nov. 2022.

²⁰⁹ OURWORLDINDATA. **Coronavirus (COVID-19) Vaccinations**. 02 fev. 2023. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em: 02 fev. 2023.

²¹⁰ SANTOS, N. R. COVID-19, uma tragédia anunciada, e agora? In: BORGES, F. T. (org.) **O longo amanhecer do Sistema Único de Saúde: reflexões para o SUS reexistir**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Eduff, 2021.

no contexto muito positivo da excelência em nível internacional de nossos institutos como o Butantan, a Bio-Manguinhos da Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ e outros, e do nosso Programa Nacional de Imunização – PNI. Em 2020, o governo federal liberou menos de 10% do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Ciência e Tecnologia. De 2020 para 2021, houve corte de 69% na importação de insumos para pesquisa científica em nossas instituições de pesquisa.²¹¹

Não fosse suficiente, o governo federal da época desdenhou da encomenda precoce aos produtores de vacina anticoronavírus; apenas “em 20 de setembro de 2020 assinou o projeto de fornecimento de vacinas ‘COVAX Facility’ apoiado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, mais de 170 países já tinham aderido desde o primeiro semestre de 2020, antes de criada qualquer vacina.”²¹² Somente após grande comoção social e política em razão do avanço da pandemia o governo federal deixou de resistir contra a priorização da vacinação.²¹³

Assim, a vacinação no Brasil iniciou-se em 18 de janeiro de 2021, de forma lenta em razão da baixa disponibilidade de vacinas - um estoque de aproximadamente 6 milhões de doses de CoronaVac – o cronograma vacinal restringiu-se aos grupos mais expostos à doença²¹⁴, como profissionais de saúde, e foi alcançando novos grupos da população de acordo com a faixa etária e existência de comorbidades.

O aumento da oferta ocorreu conforme se diversificava a aquisição de imunizantes. Num primeiro momento, disponibilizou-se “a CoronaVac, produzida pelo Instituto Butantan em parceria com a empresa chinesa Sinovac, e a vacina Oxford/Astrazeneca, produzida em parceria com a Fiocruz. Posteriormente foram adquiridas as vacinas Pfizer e da Janssen.”²¹⁵ O país também recebeu vacinas por meio da Covax Facility, entregues pela Organização Pan-Americana de Saúde.²¹⁶

²¹¹ SANTOS, N. R. COVID-19, uma tragédia anunciada, e agora? In: BORGES, F. T. (org.) **O longo amanhecer do Sistema Único de Saúde: reflexões para o SUS reexistir**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Eduff, 2021. p. 107.

²¹² *Ibidem*. p. 108.

²¹³ *Ibidem*.

²¹⁴ NUNES, M. Estratégia de vacinação em massa contra COVID-19 nas fronteiras brasileiras. In: BRASIL. Ministério da Economia. IPEA. **Boletim regional, urbano e ambiental, vol. 26, jul-dez. 2021**. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_regional/218388_bru_26_artigo7.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

²¹⁵ BRASIL. Ministério da Economia. IPEA. **Saúde: Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. BSN n. 29, 2022. p. 23. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/220331_boletim_bps_29_saude.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

²¹⁶ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Tracker Covax Initiative – Covid-19 vaccines deliveries in the America**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoibWJASZDAxMmEtYTljNC00M2I0LWE5MjUtYjYwZGZGQxNDc4OThhliwidCI6ImU2MTBINzljLTJlYzAtNGUwZi04YTE0LTFlNGIxMDE1MTlmNyIsImMiOiR9>. Acesso em: 29 nov. 2022.

Até o dia 31 de janeiro de 2023, 82% da população brasileira havia tomado pelo menos duas doses ou mais (protocolo inicial completo de vacinação) de vacina contra COVID-19, enquanto 6,3% tomaram apenas uma dose (protocolo inicial incompleto), totalizando 88% da população vacinada.²¹⁷

A despeito dos dados supramencionados, o IPEA informa que há uma dificuldade de transparência sobre a cobertura vacinal no Brasil, pois muito embora o Ministério da Saúde tenha disponibilizado um banco de dados com o número de pessoas vacinadas, “trata-se de uma base muito grande que requer o uso de *softwares* específicos de estatísticas para o seu manuseio”²¹⁸, que demanda o cálculo dos indicadores que, por sua vez, não foram divulgados adequadamente pelo referido Ministério.²¹⁹

Com o objetivo de testar a eficácia da vacina Janssen (Johnson and Johnson), foi realizada uma pesquisa científica que implicava uma testagem em massa nas fronteiras brasileiras do Mato Grosso do Sul, para averiguar o impacto da vacinação sobre as variantes que circulavam na região. 165.000 doses foram distribuídas em 13 municípios sul-mato-grossenses.²²⁰

A observação da pesquisa dá conta que os municípios que realizaram a vacinação em massa tiveram redução de mais de 75% na confirmação de novos casos, frente à média do estado, que auferia queda de aproximadamente 35% no mesmo período. Já em relação às curvas de mortalidade, apesar da tendência de desaceleração nos óbitos e nas internações, devido às características da doença – período de incubação da infecção, longas internações –, não foi possível observar a mesma desaceleração nos óbitos, mas foi observada queda nas internações.²²¹

Diante dos resultados obtidos nas pesquisas no Mato Grosso do Sul, O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19, determinou a distribuição de 650.741 doses de imunizantes para os

²¹⁷ OURWORLDINDATA. **Coronavirus (COVID-19) Vaccinations: Brazil**. 02 fev. 2023. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=~BRA>. Acesso em: 29 nov. 2022.

²¹⁸ BRASIL. Ministério da Economia. IPEA. **Saúde: Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. BSN n. 29, 2022. p. 23. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/220331_boletim_bps_29_sau_de.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ NUNES, M. Estratégia de vacinação em massa contra COVID-19 nas fronteiras brasileiras. In: BRASIL. Ministério da Economia. IPEA. **Boletim regional, urbano e ambiental, vol. 26, jul-dez. 2021**. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_regional/218388_bru_26_artigo7.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

²²¹ *Ibidem*.

estados fronteiriços. Em 14 de julho de 2021, o estado de Mato Grosso – onde se localiza o município de Cáceres –, recebeu 101.899 doses e no dia 5 do mês seguinte, mais 5994 doses.²²²

Com isso, “os recortes fronteiriços apresentaram taxas mais elevadas de população totalmente imunizada, o que refletiu na desaceleração mais rápida das curvas de contaminação em relação à média dos estados.”²²³ Entretanto, é importante destacar sobre os rigores impostos à vacinação de pessoas estrangeiras no Brasil:

A estratégia de vacinação em massa contra covid-19 nas fronteiras brasileiras manteve formalidades rigorosas para acesso dos estrangeiros fronteiriços. Evidencia-se que somente estrangeiros com migração, cidadania brasileira ou detentores do cartão dos SUS, com apresentação de documentação pessoal que atendessem a todos os critérios definidos pelo Ministério da Saúde, poderiam ter acesso aos imunizantes no lado brasileiro. Alia-se ao conjunto de restrições dos imunizantes para os estrangeiros fronteiriços a limitação de doses disponibilizadas à população brasileira, haja vista que o Brasil já realizou campanhas de outros imunizantes nas fronteiras que incluía o lado estrangeiro, com destaque para a política brasileira de imunização de rebanhos contra febre aftosa, realizada por décadas, que objetivava formar um “cinturão sanitário” para proteger a sanidade animal das localidades fronteiriças vizinhas paralelas ao limite brasileiro.²²⁴

Assim, ao passo que o resultado da vacinação intensiva nas cidades fronteiriças foi bastante exitoso, deixar pessoas indocumentadas à margem das políticas sanitárias poderia implicar no fracasso dessas ações, tendo em vista que, como já dito anteriormente, o vírus SARS-CoV-2 desconhece fronteiras – e documentação adequada. Além disso, é perturbador observar que a cooperação vacinal para fins de combate à febre aftosa foi não só mais exitosa, como também enfrentou menos entraves para ser realizada nos países interessados.

Entretanto, em 2022 o Ministério da Saúde lançou um plano de vacinação com estratégias para a imunização nas regiões de fronteira. Embora a imunização contra a COVID-19 seja o principal alvo do Ministério da Saúde, o plano de vacinação também inclui os imunizantes contra febre amarela e sarampo.²²⁵

²²² NUNES, M. Estratégia de vacinação em massa contra COVID-19 nas fronteiras brasileiras. In: BRASIL. Ministério da Economia. IPEA. **Boletim regional, urbano e ambiental**, vol. 26, jul-dez. 2021. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_regional/218388_bru_26_artigo7.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

²²³ *Ibidem*.

²²⁴ *Ibidem*. p. 82.

²²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ação: estratégia de vacinação nas fronteiras: agenda 2022**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vacinacao-imunizacao-pni/plano-de-acao-estrategia-de-vacinacao-nas-fronteiras-agenda-2022/view>. Acesso em: 02 dez. 2022.

Um dos objetivos do referido plano de vacinação é “melhorar o acesso da população residente e estrangeira à vacinação”²²⁶, sendo que a população alvo para vacinação compreende “pessoas de todas as faixas etárias, residentes e estrangeiras dos municípios cidades gêmeas nacional e internacional, não vacinadas ou sem comprovação de vacinação, em conformidade com o Calendário de Vacinação de cada país.”²²⁷

Contudo, o mesmo documento informa que “nenhum cidadão poderá deixar de ser vacinado. (...) O cidadão em situação de vulnerabilidade social que não possui documento de identificação deverá solicitar apoio do serviço social do município”²²⁸. A utilização da palavra “cidadão” deixa dúvidas sobre as condições de vacinação dos estrangeiros, pois, se ainda demandarem os rigores documentais de outrora, no final das contas, a vacinação dos residentes dos países vizinhos seguirá dificultada.

Outra situação é aquela prevista no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, que lista os refugiados residentes em abrigos como pessoas cuja situação de vulnerabilidade proporcionaria prioridade na vacinação.²²⁹ Mas, novamente, nada se fala sobre vacinação de estrangeiros não documentados.

De modo geral, carecem dados sobre a vacinação de estrangeiros indocumentados no país, seja nas regiões de fronteira, seja nas demais áreas do Brasil. Na região de Cáceres, Mato Grosso, em especial, não há qualquer documentação que informe que algum estrangeiro que não tenha acesso ao Cartão SUS ou CFP (que é o caso de diversos bolivianos que transitam de forma pendular na fronteira) tenha sido vacinado.

Entretanto, há a possibilidade de que no contexto da vacinação de pessoas em situação de rua, algum migrante indocumentado tenha sido vacinado, pois, conforme Nota Técnica expedida pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações do Governo Federal, “a vacinação da população em situação de rua, não

²²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ação: estratégia de vacinação nas fronteiras: agenda 2022**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 27. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vacinacao-imunizacao-pni/plano-de-acao-estrategia-de-vacinacao-nas-fronteiras-agenda-2022/view>. Acesso em: 02 dez. 2022.

²²⁷ *Ibidem*. p. 31.

²²⁸ *Ibidem*. p. 63.

²²⁹ *Idem*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

pode ser negada por motivo de falta de documentação”²³⁰. Mas também não há registros sobre os dados recolhidos posteriormente à vacinação, portanto nos restam apenas conjecturas.

3.3.2 A vacinação na Bolívia

A vacinação na Bolívia iniciou-se em 3 de fevereiro de 2021. Até o dia 7 de outubro de 2022, 50% da população boliviana havia sido vacinada conforme o protocolo vacinal inicial (que representa duas ou mais doses para a maioria das vacinas) e 9,8% havia tomado apenas uma única dose (protocolo incompleto), totalizando quase 60% da população vacinada.²³¹

Em janeiro de 2021, a Agência Estatal de Medicamentos e Tecnologia em Saúde da Bolívia autorizou o uso emergencial da vacina russa *Sputnik V*, tendo como base os resultados dos ensaios clínicos da fase III feitos na Rússia. Foram compradas 5,2 milhões de doses do referido imunizante, o que permitiu que mais de 20% da população boliviana tenha acesso à vacina.²³²

Segundo a última atualização do sítio eletrônico de rastreamento da Covax *Facility* nas Américas, foram entregues 8.649.260 doses de imunizantes para a Bolívia, por meio de doações dos Estados Unidos (Pfizer e Janssen), Alemanha (Moderna), Espanha (Moderna e Astrazeneca), Organização Pan-Americana de Saúde (Astrazeneca, Pfizer e Serum Life Sciences Limited), França (Astrazeneca), Suécia (Astrazeneca).²³³

Conforme as vacinas foram chegando, uma das principais preocupações do Ministério da Saúde da Bolívia foi imunizar as pessoas nas zonas de fronteira,

²³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 786/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. 22 jun. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-768-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2022.

²³¹ OURWORLDINDATA. **Coronavirus (COVID-19) Vaccinations: Bolivia**. 02 fev. 2023. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=~BOL>. Acesso em: 02 fev. 2022.

²³² FIGUEIREDO, C. Bolívia autoriza uso emergencial da vacina Sputnik V contra Covid-19. **CNN Brasil**. 06 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/bolivia-autoriza-uso-emergencial-da-vacina-sputnik-v-contr-covid-19/>. Acesso em: 03 dez. 2022.

²³³ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Tracker Covax Initiative – Covid-19 vaccines deliveries in the America**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWJASZDAXMmEtYTIjNC00M2I0LWE5MjUtYUWQzZGQxNDc4OThhliwidCI6ImU2MTBINzljLTJlYzAtNGUwZi04YTE0LTFlNGIxMDE1MTImNyIsImMiOiR9>. Acesso em: 03 dez. 2022.

sobretudo com o Brasil.²³⁴ Não há dados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde da Bolívia que relatam a vacinação ou a intenção de vacinar estrangeiros. Contudo, noticiou-se em 29 de março de 2021 que foi autorizada a vacinação de idosos e assentados brasileiros residentes na região fronteiriça da Província de Angel Sandoval, onde está localizado o município de San Matías.²³⁵ Entretanto, não há mais dados informando sobre a (des)necessidade de apresentação de documentação previamente à vacinação.

3.4. OS MIGRANTES NO CONTEXTO DA CRISE SANITÁRIA

Se por um lado a COVID-19 é uma doença nova, por outro, as reações racistas, xenofóbicas e a alteridade em contextos pandêmicos já são muito conhecidos.²³⁶ Nessa esteira, as pessoas mais vulneráveis no mundo, encontram-se os refugiados e migrantes, e a pandemia de COVID-19 escancarou ainda mais essa vulnerabilidade pois, a despeito dos esforços globais no combate à pandemia, essa foi uma das partes da população mais atingida pelo vírus SARS-CoV-2.²³⁷

Diante do cenário da pandemia de COVID-19, os países implementaram providências diversas para evitar a disseminação do vírus causador da doença e proteger a saúde pública, e o fechamento de fronteiras foi uma delas. Muito embora esta medida possa ser justificável, deve sempre haver exceções que salvaguardem direitos básicos, inclusive – e sobretudo - aqueles concernentes a refugiados, requerentes de asilo e migrantes. Contudo, constatou-se que tais exceções não têm

²³⁴ Cf: ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. Ministerio de salud y deportes. **Gobierno ejecuta plan integral de control de la COVID-19 en puntos fronterizos del país.** 26 mar. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/5402-gobierno-ejecuta-plan-integral-de-control-de-la-covid-19-en-puntos-fronterizos-del-pais>. Acesso em: 03 dez. 2022.; ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. Ministerio de salud y deportes. **200.000 vacunas Sinopharm y 4,2 millones de jeringas llegan a Bolivia para ampliar vacunación masiva contra la COVID-19.** 30 mar. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/5414-200-000-vacunas-sinopharm-4-2-millones-de-jeringas-llegan-a-bolivia-para-ampliar-vacunacion-masiva-contra-la-covid-19>. Acesso em: 03 dez. 2022.

²³⁵ IDOSOS BRASILEIROS QUE MORAM EM SAN MATIAS OU NA FRONTEIRA PODEM VACINAR LÁ CONTRA O CORONÁVIRUS. **Jornal Oeste.** 29 mar. 2021. Disponível em: http://www.jornaloeste.com.br/noticias/exibir.asp?id=54726¬icia=8203idosos_brasileiros_que_moram_em_san_matias_ou_na_frenteira_podem_vacinar_la_contra_o_coronavirus. Acesso em: 03 dez. 2022.

²³⁶ RISTIĆ, D.; MARINKOVIĆ, D. Biopolitics of othering during the COVID-19 pandemic. **Humanit & Social Science Communications**, [s.l.] vol. 9, n. 409, nov. 2022. DOI. 10.1057/s41599-022-01435-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36406151/>. Acesso em: 03 dez. 2022.

²³⁷ COVID-19 WILL NOT LEAVE BEHIND REFUGEES AND MIGRANTS. **The Lancet.** Editorial, vol. 395, ISSUE 10230, p. 1090, 4 abr. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30758-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30758-3/fulltext). Acesso em: 03 dez. 2022.

sido feitas satisfatoriamente, de forma a criar riscos concretos de violações a direitos.²³⁸

As restrições no âmbito das fronteiras nacionais que foram impostas ou aumentadas como resposta à pandemia de COVID-19 impactaram fortemente a mobilidade transnacional, e impediram que muitas pessoas conseguissem asilo e segurança, em clara violação ao princípio internacional do *non-refoulement*. Em 21 de abril de 2020, a ACNUR estimava que 167 países haviam fechados suas fronteiras parcial ou integralmente, sendo que pelo menos 57 deles não faziam exceções sequer para pessoas em busca de asilo.²³⁹

Segundo dados obtidos pela ACNUR, publicados em 30 de junho de 2020, havia 172 países que não impunham restrições de mobilidade relativas à pandemia; 3 países com restrições ao acesso a seus territórios que, no entanto, abriam exceções para requerentes de asilo; 17 países em que o acesso ao território era completamente negado – dentre eles destacam-se o Brasil e os Estados Unidos da América -, e apenas 3 países cujos dados acerca do acesso ao território eram desconhecidos.²⁴⁰

O fechamento de fronteiras e a as restrições à mobilidade humana transnacional impactaram negativamente o acesso aos serviços oferecidos pela ACNUR, OIM e outros entes de assistência para migrantes, refugiados e requerentes de asilo.²⁴¹

En todas las sociedades, ante las crisis y los males sociales, buscamos chivos expiatorios. Lamentablemente las personas migrantes y refugiadas suelen ser el foco de los prejuicios, el miedo al otro, al que habla diferente, etc. La pandemia global que vivimos no es ajena a esa tendencia. De hecho, aparecen voces que dicen que son los migrantes los que propagan la enfermedad. En algunos casos los chivos expiatorios cambian de bando y ya no se habla sólo de los migrantes que saltan la valla, sino de los inmigrantes chinos que traen el coronavirus de su país, o de los "infectados" españoles o italianos. ¿Qué imaginario tiene hoy en España una persona que está viviendo en Madrid para el resto del territorio nacional?

(...)

Con el cierre de fronteras en todo el mundo, hay familias que se encuentran divididas y atrapadas en lugares de tránsito, sin apenas medios para sobrevivir, en ocasiones sin conocer el idioma o la legislación local. Personas bloqueadas en aeropuertos, con imposibilidad de acceder a información básica, el desbordamiento en los consulados y embajadas, son elementos

²³⁸ ALTO-COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. International Organization for Migration. **COVID-19: Access Challenges and the Implications of Border Restrictions**. 9 mai. 2020. Disponível em: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/76447>. Acesso em: 03 dez. 2022.

²³⁹ *Ibidem*.

²⁴⁰ *Ibidem*.

²⁴¹ *Ibidem*.

que presentan una fuerte vulnerabilidad para ciertos colectivos que se han visto aislados por el cierre de fronteras.²⁴²

Há milhões de migrantes e refugiados em centros de detenção ao redor do mundo, que são terrenos férteis para surtos de doenças infecciosas, graças à superlotação, que impede o distanciamento físico adequado, bem como as condições higiênicas precárias. Na Europa, por exemplo, dezenas de milhares de migrantes estavam em acampamentos superlotados ao longo do Mediterrâneo, sem qualquer tipo de infraestrutura ou profissionais da área da saúde para lidar com a pandemia.

Diante desse cenário, a organização Médicos Sem Fronteiras exigiu a evacuação de 42 mil requerentes de asilo nas ilhas gregas para acomodações apropriadas. Trata-se de um vírus que desconhece fronteiras e, portanto, as soluções contra a COVID-19 não devem passar ao largo dos migrantes e refugiados.²⁴³ A realidade é que a pandemia evidenciou a necessidade de incluir migrantes e refugiados nos sistemas de saúde nacionais.²⁴⁴

Em abril de 2020, surgiram na Itália os navios de quarentena, que operavam como centros não-oficiais de detenção de migrantes. Sob o argumento de monitoramento de sintomas compatíveis com a COVID-19, os migrantes eram colocados nesses navios, sendo que muitos deles sequer sabiam as razões pelas quais foram levados até lá. Os relatos narram que frequentemente não havia comunicação entre profissionais de saúde e os pacientes, tampouco testes e outros procedimentos diagnósticos.²⁴⁵ “É possível reconhecer esses navios como característicos da gestão biopolítica dos migrantes durante a pandemia.”²⁴⁶

Ao contrário do cenário europeu, na América Latina a vulnerabilidade dos migrantes e refugiados não reside primordialmente nos campos de refugiados; em

²⁴² MATEOS, A. A. Migraciones y Refugiados en la era del COVID-19. **Blog Público**. Espanha, 24 mar. 2020. Disponível em: <https://blogs.publico.es/conmde/2020/03/24/migraciones-refugiados-covid19/>. Acesso em: 03 dez. 2022.

²⁴³ COVID-19 WILL NOT LEAVE BEHIND REFUGEES AND MIGRANTS. **The Lancet**. Editorial, vol. 395, ISSUE 10230, p. 1090, 4 abr. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30758-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30758-3/fulltext). Acesso em: 03 dez. 2022.

²⁴⁴ BLUKACZ, A.; CABIESES, B. COVID-19: leaving no one behind in Latin America. **The Lancet**. Correspondence, vol. 396, ISSUE 10257, p. 1070, 10 out. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32073-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32073-0/fulltext). Acesso em: 03 dez. 2022.

²⁴⁵ DI MEO, S.; BENTIVEGNA, E. Migrant's Quarantine and COVID-19 Pandemic in Italy: a Medico-anthropological View. **Springer Nature Compr. Clin. Med.** [s.l.] vol. 3, p. 1858-1862, jun./sep. 2021. DOI. 10.1007/s42399-021-00993-2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s42399-021-00993-2>. Acesso em: 03 dez. 2022.

²⁴⁶ *Ibidem*.

verdade, frequentemente estão espalhados em comunidades que já são precárias, razão pela qual “esta vulnerabilidade multidimensional e em camadas está em toda parte, dispersa e invisível”.²⁴⁷

Os migrantes tem pouco acesso a cuidados de saúde e programas sociais e costumam ser trabalhadores informais muito precarizados – seja nos grandes centros como em áreas rurais -, e experienciam diversas formas de pobreza. Nesse contexto, eles foram figuras muito importantes para a manutenção dos *lockdowns*, afinal, foram grandes responsáveis pelos serviços de cuidado, entrega de comida, dentre outros fundamentais para que os nacionais mais privilegiados pudessem ficar em casa, o que é muito bem descrito no prefácio da obra “Um feminismo decolonial”²⁴⁸, em que a autora atualiza as problematizações de seus escritos para o contexto da pandemia.

(...) o confinamento imposto pelos governos europeus para frear a pandemia do vírus torna ainda mais visível a divisão profunda entre vidas tornadas vulneráveis e vidas protegidas. Na realidade, a possibilidade de confinamento nos países europeus ilumina mais do que nunca as diferenças de classe/gênero/raça. Há os/as confinados/as e os/as não confinados/as, e estes últimos garantem a vida cotidiana dos primeiros, levam os produtos aos comércios abertos porque são “essenciais” ao funcionamento da sociedade, arrumam as mercadorias nas prateleiras, organizam as caixas; são os coletores e coletoras de lixo, as funcionárias e os funcionários dos correios, os entregadores, os motoristas de transporte público, as mulheres responsáveis pela limpeza de clínicas e hospitais, os motoristas de transportes rodoviários, as babás e tantas outras profissões. Todas essas pessoas, indispensáveis ao confinamento, trabalham sem proteção alguma, sem máscara e luvas, e precisam deixar suas crianças sozinhas porque as escolas estão fechadas. (...) O governo age como se as pessoas que moram na rua, os/as refugiados/as, os/as pobres tivessem as mesmas condições de vida, o mesmo acesso à informação que os/as burgueses. O desprezo imenso traça novamente uma fronteira entre vidas que importam e vidas que repousam sobre o trabalho mal pago, explorado, invisível, porém necessário de centenas de milhares de outras. (...) O confinamento é uma política de ricos. Ele é apenas um exemplo, entre tantos outros, de uma organização do mundo fundada sobre a exploração e fabricação de vidas supérfluas.²⁴⁹

Embora Vergès faça referência à situação europeia, o mesmo pode-se dizer em relação à situação dos migrantes na América Latina. Todas as medidas de *lockdown* só foram possíveis porque havia pessoas em trabalhos precarizados garantindo a manutenção dos serviços básicos de higiene, saúde, alimentação, dentre

²⁴⁷ BLUKACZ, Alice; CABIESES, Baltica. COVID-19: leaving no one behind in Latin America. **The Lancet**.

Correspondence. [s.l.], vol. 396, ISSUE 10257, p. 1070, 10 out. 2020. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32073-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32073-0/fulltext). Acesso em: 03 dez. 2022.

²⁴⁸ VERGÈS, Fraçoise. **Um feminismo decolonial**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

²⁴⁹ *Ibidem*. p. 21-22.

outros. Além disso, as medidas de distanciamento social também só foram possíveis às pessoas que não tinham que se apertar em barracos, casas minúsculas e campos de refugiados. Repetindo o que disse a autora, “o confinamento é uma política de ricos”²⁵⁰ e, portanto, exclui a maioria dos migrantes.

Outro ponto nevrálgico no que concerne à atenção à população migrante diz respeito à construção de políticas públicas.

Já é sabido que toda política pública produz, simultaneamente, efeitos principais e intencionais (por exemplo, conter o avanço da pandemia e gerenciar a capacidade dos serviços de saúde) e efeitos adversos não-intencionais – sejam eles colaterais ou perversos –, os quais tendem a se localizar em parcelas específicas do público atendido. Além disso, toda política pública, ao envolver escolhas de cursos de ação e priorização de estratégias, produz também pontos cegos e lacunas de cobertura ou abrangência (blind spots), deixando com que parte ou dimensões do problema não sejam adequadamente reconhecidas e tratadas (Bach e Wegrich, 2019). Assim, a distribuição desigual dos efeitos adversos e os déficits de atenção e cobertura sobre o território e suas populações fazem com que as mesmas medidas governamentais sejam experimentadas de forma bastante diferenciada pelas pessoas, a depender de suas trajetórias, localização e formas de inserção no conjunto das relações sociais. Nesse sentido, é de se esperar que grupos sociais historicamente submetidos a processos de vulnerabilização sofram em intensidade desproporcional os efeitos adversos e a desatenção das medidas adotadas para o enfrentamento à crise.²⁵¹

Ainda, a maioria dos migrantes e refugiados encontram dificuldades em acessar os serviços de saúde e segurança social, seja por sua situação migratória, barreiras linguísticas e culturais, eventuais custos, falta de acesso à informação, além de xenofobia. Além disso, muitas dessas pessoas não têm sua situação migratória (ou de refúgio ou asilo) adequadamente documentada, o que gera um temor de uma possível deportação ou de serem colocadas em centros de detenção migratórios.²⁵²

Não por outro motivo, em comunicado de imprensa, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos manifestou-se no sentido de que “as pessoas migrantes e suas

²⁵⁰ VERGÈS, Fraçoise. **Um feminismo decolonial**. São Paulo: Ubu Editora, 2020. p. 22

²⁵¹ PIRES, R. R. C. **Nota técnica n. 33: Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública**. IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas de Estado, das Instituições e da Democracia (DIEST). Abril, 2020. p. 7. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200408_nota_tecnica_diest.pdf. Acesso em: 03 dez. 2022.

²⁵² ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Secretaría de Acceso a Derechos y Equidade (SARE). **Guía practica de respuestas inclusivas y con enfoque de derechos ante el covid-19 en las Americas**. Washington, DC: Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA), 2020. Disponível em: https://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf. Acesso em: 03 dez. 2022.

famílias, independente da sua situação migratória, devem ser incluídas nos programas nacionais de resposta e recuperação da COVID-19 em todos os países”.²⁵³

²⁵³ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Comunicado de Imprensa n. 303**. 17 dez 2020. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2020/303.asp>. Acesso em: 03 dez. 2022.

4 SOBERANIA MODERNA, DIREITO À SAÚDE NA PANDEMIA E COBERTURA VACINAL: A (DES)INTEGRAÇÃO NA FRONTEIRA

Falar em Soberania Moderna implica, necessariamente, em falar de Estado Moderno, pois há um entrelaçamento entre eles: a soberania é o traço mais característico do Estado Moderno²⁵⁴. O Estado é uma dentre tantas as possibilidades de sociedades políticas, e pode se apresentar de diversas formas, sendo que a que se popularizou pelo mundo – o Estado Nacional Soberano, de origem europeia, formado pelo povo, território e poder político -, é apenas uma delas²⁵⁵ -, e é a que adotamos neste trabalho.

O termo “estado” possui uma história lexical relativamente recente: é Maquiavel que no *Príncipe* fala de “*stati*” (e “*domini*”) para se referir à forma política da sociedade e apenas gradualmente a expressão “Estado” se difunde até ocupar o centro do discurso político-jurídico do século XIX.²⁵⁶

E o Estado Moderno passa a ocupar o centro do discurso político-jurídico sobretudo quando ocorre a conversão do Estado absoluto em Estado constitucional pois, se na Idade Média a expressão de poder decorre de uma teologia jusnaturalista, esse mesmo jusnaturalismo, uma vez despido do sagrado e agora articulado com o racionalismo, resulta no constitucionalismo, substituto do absolutismo medieval.²⁵⁷

Importa dizer, entretanto, que a substituição do absolutismo medieval – e da soberania medieval – pelo constitucionalismo, que tem como uma de suas premissas a limitação dos poderes do soberano, “não dará lugar à eliminação enraizada do dogma da soberania ‘absoluta’, e sim estimulará (...) a colocação de meros corretivos internos.”²⁵⁸

Nesse contexto, sobre a relação intrínseca entre o Estado Moderno e o caráter absoluto da Soberania, Pietro Costa afirma o seguinte:

(...) O Estado significa absolutismo de poder, monopólio das fontes de direito, burocracia, unidade de comando sobre o território: o conceito hodierno de Estado – plenamente elaborado pela juspublicística oitocentista como conclusão do secular processo de construção de uma soberania unitária e

²⁵⁴ BONAVIDES, P. *Teoria Geral do Estado*. 10 ed. rev. aum. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.

²⁵⁵ MIRANDA, J. *Teoria do Estado e da Constituição*. 4 ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

²⁵⁶ COSTA, P. *Soberania, representação, democracia: ensaios de história do pensamento jurídico*. Curitiba: Juruá, 2010. p. 82.

²⁵⁷ BONAVIDES, P. *Op.cit.*

²⁵⁸ COSTA, P. *Op. cit.* p. 84.

concentrada - é inseparável daquela parábola da modernidade, da qual é uma expressão emblemática.

Deste Estado a soberania é um componente essencial; e soberania, na órbita do Estado moderno, significa absolutismo do poder, exclusividade, com características refratárias aos limites, distância qualitativa entre o detentor do poder e os sujeitos.²⁵⁹

Além disso, a cultura político-jurídica europeia promoveu o estreitamento da imagem do soberano com a representação da ordem: graças ao poder absoluto do soberano e sua distância qualitativa – também absoluta – dos sujeitos, que é possível manter ou resgatar-se a ordem.²⁶⁰

E o que é o ideal constitucionalista senão uma representação da ordem? Ainda que se trate de uma ordem com o objetivo de limitar o poder em favor do reconhecimento e efetivação de direitos, ela só é possível quando houver um intento de autolimitação estatal, fato que só expressa que a soberania segue, junto com o território, o povo e a finalidade, sendo um dos elementos clássicos²⁶¹ - e possivelmente -, o maior fundamento do Estado Moderno.

Sob outra perspectiva, compreende-se que o constitucionalismo e seu resultado, o Estado Constitucional de Direito, representa uma contradição à soberania, pois ela seria “a ausência de limites e de regras, ou seja, é o contrário daquilo que o direito consiste.”²⁶² Nessa linha de raciocínio, o advento do Estado de Direito colocaria em xeque a própria existência da soberania.

(...) De fato, divisão dos poderes, princípio de legalidade e direitos fundamentais correspondem a outras tantas limitações e, em última instância, a negação da soberania interna. Graças a esses princípios, a relação entre Estado e cidadãos já não é uma relação entre soberanos e súditos, mas sim entre dois sujeitos, ambos de soberania limitada.²⁶³

Ao passo que concordamos que o advento do Estado Constitucional de Direito tenha dado novos contornos à soberania, divergimos que ela seja negada pelo Direito, pois aderimos à ideia de que o Estado de Direito, tal como está posto na contemporaneidade – e no Brasil – depende da soberania para existir e reafirma a

²⁵⁹ COSTA, P. **Soberania, representação, democracia: ensaios de história do pensamento jurídico**. Curitiba: Juruá, 2010. p. 89.

²⁶⁰ *Ibidem*.

²⁶¹ Cf: DALLARI, D. A. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 32 ed. 3 tir. São Paulo: Saraiva, 2014.

²⁶² FERRAJOLI, L. **A soberania no mundo moderno: nascimento e crise do Estado Nacional**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 44.

²⁶³ *Ibidem*. p. 28.

existência dela. Corroboramos a ideia de Mbembe segundo a qual “a expressão máxima da soberania é a produção de normas gerais por um corpo (povo), composto por homens e mulheres livres e iguais.”²⁶⁴ Isso não significa, entretanto, excluir a possibilidade de novos arranjos jurídicos e sociais, tampouco de eximir-nos de apontar as problemáticas decorrentes do sistema posto.

Portanto, a seguir nos utilizaremos de algumas críticas que julgamos pertinentes feitas por Ferrajoli a respeito da soberania na contemporaneidade, mas com as devidas ressalvas a respeito das discordâncias sobre a relação entre o Direito e a soberania.

4.1 A SOBERANIA MODERNA EM XEQUE

Um dos fenômenos compreendidos como um dos primeiros confrontos da soberania é a crise do Estado nacional, engatilhada no pós segunda guerra mundial²⁶⁵, oportunidade em que passam a germinar os ideais de uma ordem transnacional de Direitos Humanos.

E é nesse contexto em que foi proclamada a Declaração Universal dos Direitos Humanos²⁶⁶, sob as sombras dos horrores da Segunda Guerra Mundial e o assombro dos regimes totalitários. A Declaração retoma ideais da Revolução Francesa e representou uma manifestação histórica da formação, em âmbito universal, do reconhecimento dos valores supremos da igualdade, da liberdade e da fraternidade entre os homens²⁶⁷, “convicta de poder desenganchar o reconhecimento dos direitos da órbita dos diversos e frequentemente contrapostos ordenamentos jurídicos.”²⁶⁸

Diante desse cenário, Ferrajoli aponta que existe “uma antinomia irredutível entre soberania e direito”²⁶⁹. Como já mencionamos anteriormente, para o autor, a soberania é conflitante com a ideia de Estado de Direito, e completamente

²⁶⁴ MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: n-1 edições, 2020. p. 9.

²⁶⁵ COSTA, P. **Soberania, representação, democracia: ensaios de história do pensamento jurídico**. Curitiba: Juruá, 2010.

²⁶⁶ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 17 dez. 2022.

²⁶⁷ COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

²⁶⁸ COSTA, Pietro. *Op. cit.* p. 126.

²⁶⁹ FERRAJOLI, L. **A soberania no mundo moderno: nascimento e crise do Estado Nacional**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 3.

incompatível com a sujeição dos Estados ao Direito Internacional, sobretudo a Carta da ONU de 1945 e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948.²⁷⁰

Isso porque, com a nova fase do Direito Internacional, inaugurada no período pós segunda guerra mundial, os indivíduos e os povos passam a ser sujeitos de direito Internacional, e a soberania deixaria de ser absoluta por se subordinar juridicamente aos imperativos da paz e dos direitos humanos.²⁷¹

Entretanto, ainda que concordemos no ponto em que a soberania esteja posta em xeque pelas normas de Direito Internacional - sobretudo aquelas relativas aos Direitos Humanos -, os arranjos estatais como a nacionalidade, cidadania e a própria noção de território e suas fronteiras, são frequentemente utilizados como óbices à efetivação dos Direitos Humanos.

Possivelmente por motivos como os expostos é que Mbembe afirma que um dos muitos imaginários de soberania diz respeito “à percepção do Outro como um atentado contra minha vida, como uma ameaça mortal ou perigo absoluto, cuja eliminação biofísica reforçaria meu potencial de vida e segurança”²⁷². Diante disso, segue-se analisando o Estado-nação para que mais à frente sejam apresentadas alternativas para os problemas que, embora já existentes, foram definitivamente despidos pela pandemia de COVID-19.

4.1.1 Quem faz parte do Estado-nação?

Nação é alma, consciência, sentimento, humanismo, cidadania e apotegma de valores. Nação é o povo na intuição da fraternidade, da justiça e da liberdade; nação é direito, integridade e dignidade cívica na comunhão do destino, na solidez compacta dos valores, no patrimônio dos tempos onde jaz a grandeza das tradições; na memória perpétua e coletiva da identidade, na correnteza das ideias que perenizam a energia do povo em se manter uno na adversidade e estoico na amargura dos revezes.

Nação é a marcha para a universalidade, o caminho moral do homem em direção às apoteoses do triunfo e a bem-sucedida convivência de todas as parcelas sociais.

(...)

Nação é a pátria que gera os bravos, os justos, os artesãos do progresso e das civilizações, tecendo o fio da igualdade para estendê-la a todas as esferas sociais; nação é a pátria mesma dizendo não à soberbia, ao ódio, ao privilégio, ao preconceito, à discriminação.

²⁷⁰ FERRAJOLI, L. **A soberania no mundo moderno: nascimento e crise do Estado Nacional**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

²⁷¹ *Ibidem*.

²⁷² MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte**. São Paulo: n-1 edições, 2020. p. 20.

(...)

Nação é a história e o idioma forjando o elo de união das gerações passadas, coevas e porvindouras, projetando assim a imortalidade da pátria e a eternidade do direito natural na consciência dos homens.

Nação, entre os povos periféricos, representa a luta pelo Estado da cidadania livre, democrática e participativa, garantindo a paz, distribuindo justiça, conciliando classes, protegendo categorias do corpo social.²⁷³

O conceito de nação ideal trazido aqui por Paulo Bonavides é o objeto do patriotismo, mas depende intrinsecamente da ideia de etnicidade fictícia – da qual falaremos logo adiante – que atribui um sentimento de pertencimento aos nacionais, bem como “permite ver, no Estado, a expressão de uma unidade preexistente, de avaliar com frequência sua ‘missão histórica’ a serviço da nação e, por consequência, idealizar a política.”²⁷⁴

Para o mesmo autor, no âmbito jurídico, a nação está ligada à soberania constitucional, que por sua vez, é a “forma suprema e absoluta de criar, exercitar e concretizar os poderes constituintes como órgãos de soberania que se legitimam como expressão da vontade nacional.”²⁷⁵

Na esfera da ciência política, o conceito de nação encontra diversos significados; a título de exemplo – pois não pretendemos esgotar todas as suas possibilidades conceituais - segundo o conceito voluntarístico, a nação se revela como um ato de vontade coletiva de pessoas que compartilham suas vidas, histórias, em um mesmo território, com os mesmos costumes e idioma.²⁷⁶

Já na Alemanha sobreleva-se uma visão de nação historicista que desconecta da ideia voluntarista e se liga ao processo histórico do qual o povo extrai sua identidade e do povo se origina o Estado, que é a expressão da nação.²⁷⁷ Contudo, mais importante que o conceito de nação, é a sua relação com a soberania.

Uma formação social só se reproduz como nação à medida que o indivíduo é instituído como *homo nationalis*, desde seu nascimento até sua morte, por uma rede de apartos e práticas cotidianas e, ao mesmo tempo como *homo oeconomicus, politicus, religiosus...* É por isso que a questão da crise da forma nação, se introduzida a partir de agora, de fato é a questão de saber em que condições históricas essa instituição é possível: graças a que formas simbólicas empregadas em práticas materiais elementares? Colocar essa

²⁷³ BONAVIDES, P. **Teoria Geral do Estado**. 10 ed. rev. aum. São Paulo: Malheiros Editores, 2015. p. 129-131.

²⁷⁴ BALIBAR, E. A forma nação: história e ideologia. In: BALIBAR, E.; WALLERSTEIN, I. **Raça, nação, classe: as identidades ambíguas**. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2021. p. 140.

²⁷⁵ BONAVIDES, P. *Op. cit.* p. 131.

²⁷⁶ *Idem*. **Ciência Política**. 23 ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

²⁷⁷ COSTA, P. **Soberania, representação, democracia: ensaios de história do pensamento jurídico**. Curitiba: Juruá, 2010.

questão é outra maneira de perguntar a que transição na civilização corresponde a nacionalização das sociedades, quais são os aspectos da individualidade entre os quais se move a nacionalidade.

A questão crucial é a seguinte: em que circunstância a nação é uma “comunidade”? Ou melhor, como a forma de comunidade que institui a nação se distingue especificamente de outras comunidades históricas?²⁷⁸ (Grifos do autor)

Um primeiro elemento ao qual relacionamos a ideia de nação é o povo. Contudo, não há nação moderna cujo povo provenha exatamente de uma mesma base étnica, ainda que, conforme as formações sociais se nacionalizam, há um movimento no sentido de representá-las no passado e no futuro como se sua união decorresse de forma natural, com uma identidade de origem, cultura, interesses que transcendesse os indivíduos e lhes desse todo um significado em comum. Trata-se da etnicidade fictícia, cuja produção decorre sobretudo pela língua e pela raça, porque juntas enunciam que o caráter nacional é intrínseco ao povo.²⁷⁹

Por meio da linguagem ocorre a interpelação dos indivíduos como sujeitos, “pois toda interpelação é da ordem do discurso”²⁸⁰, tendo em vista que a personalidade se constitui por meio de palavras e as práticas linguísticas são orientadas para uma unidade decorrente do que se convencionou chamar de “língua materna”, da qual se extrai um aspecto aglutinador, na medida em que, por exemplo, imigrantes de segunda geração tem como “língua materna” um idioma que não é necessariamente o de sua genitora.²⁸¹

Em contrapartida, o elemento racial traz em si a representação de exclusão e tem como núcleo simbólico a genealogia, a e ideologia nacional traz consigo a ideia de que os membros do mesmo povo são parentes entre si.²⁸² *“A ideia de uma comunidade de raça faz sua aparição quando as fronteiras do parentesco se dissolvem no âmbito do clã, da comunidade e da vizinhança.”*²⁸³ (Grifos do autor)

Inclusive, Appadurai afirma categoricamente que “a nação é certamente o último refúgio do totalitarismo étnico”²⁸⁴. Também por isso é que o autor propõe que

²⁷⁸ BALIBAR, E. A forma nação: história e ideologia. In: BALIBAR, E.; WALLERSTEIN, I. **Raça, nação, classe: as identidades ambíguas**. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2021. p. 136-137.

²⁷⁹ *Ibidem*.

²⁸⁰ *Ibidem*. p. 143.

²⁸¹ *Ibidem*.

²⁸² *Ibidem*.

²⁸³ *Ibidem*. p. 145.

²⁸⁴ APPADURAI, A. **La modernidad desbordada: dimensiones culturales de la globalización**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A., 2001. p. 167.

sejamos capazes não somente de identificar as crises do ideal de nação, mas de pensar para além da nação, para que possamos reconhecer formas sociais pós-nacionais.²⁸⁵

4.1.2. O Estado moderno, o racismo e o nacionalismo

Aderimos aqui um sentido amplo para a expressão “racismo”, que não se exaure na discriminação contra pessoas negras, mas que, no mínimo, deriva da ideia de nacionalismo, assim como proposto por Balibar²⁸⁶, que afirma que “o nacionalismo seria, se não a única causa do racismo, de qualquer maneira a condição determinante da sua produção.”²⁸⁷ Segundo o referido autor,

(...) não existe *um* racismo invariante, mas *racismos* que formam todo um leque aberto de situações e, ao mesmo tempo, a uma advertência que pode ser indispensável intelectual e politicamente: uma configuração racista não tem fronteiras fixas; é um período de uma evolução que, no leque de racismos possíveis, suas próprias potencialidades latentes, bem como as circunstâncias históricas, as relações de formas na formação social vão modificar. (...) Mais que um tipo único, ou uma justaposição de casos particulares a ser classificados em categorias formais, *o próprio racismo é uma história singular*, obviamente, não linear (com suas mudanças de direção, suas fases subterrâneas e suas explosões), que liga as conjunturas da humanidade moderna, para ser de volta afetada por elas. Por isso as imagens do antissemitismo nazista e do racismo colonial – e até mesmo da escravidão – simplesmente não podem ser evocadas como modelos para medir o grau de pureza e de gravidade de algum “atentado racista” nem mesmo como épocas ou eventos que delimitam o lugar do racismo na história, mas devem ser consideradas *formações* sempre ativas, em parte, conscientes e, em parte, inconscientes, que contribuem para estruturar os comportamentos e os movimentos que surgem das condições atuais.²⁸⁸ (Grifos do autor)

Nesse contexto, colocamos o preconceito contra migrantes como uma prática de racismo, e vamos além: é uma prática de racismo que decorre diretamente do nacionalismo. Balibar aponta as dificuldades em se definir o nacionalismo, e que esta é uma noção que está sempre se dividindo, ora para o “bem”, ora para o “mal”, a exemplo do nacionalismo que se refere ao amor à pátria (“bem”) e ao que se refere

²⁸⁵ APPADURAI, A. **La modernidad desbordada: dimensiones culturales de la globalización**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A., 2001.

²⁸⁶ BALIBAR, E. Racismo e Nacionalismo. In: BALIBAR, E.; WALLERSTEIN, I. **Raça, nação, classe: as identidades ambíguas**. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2021.

²⁸⁷ *Ibidem*. p. 75.

²⁸⁸ *Ibidem*. p. 78-79.

ao ódio ao estrangeiro (“mal”).²⁸⁹ Trata-se de uma ambivalência intrínseca à ideia de nacionalismo, mas “mesmo que o racismo não seja visível da mesma maneira em todos os nacionalismos ou em todos os momentos da história, ele sempre representa, no entanto, uma tendência necessária à sua constituição.”²⁹⁰

De forma um pouco divergente, mas ainda guardando coerência com o exposto acima, Vieira afirma que “o nacionalismo é a forma assumida por uma reação típica a sentimentos de identidade ameaçada.”²⁹¹ Assim, as próprias circunstâncias em que os Estados-nações delimitam seus territórios e controlam os movimentos populacionais para a formação de seu povo²⁹² (para que se unam como uma nação), resultam na categorização das pessoas entre nacionais e estrangeiros.

Isso porque “os atributos que definem uma identidade, individual ou coletiva, são justamente aqueles que estão ausentes em outras.”²⁹³ Assim, os elementos formadores da nação, ainda que completamente fictícios, definem o caráter dos nacionais e, ao fazê-lo, definem também quem é estrangeiro, que é “um diferente por natureza”²⁹⁴.

E assim como preconiza Mbembe, “a raça foi a sombra sempre presente no pensamento e na prática das políticas do Ocidente, especialmente quando se trata de imaginar a desumanidade de povos estrangeiros”²⁹⁵. Nesse contexto, Bluter questiona:

Se identifico uma comunidade de pertencimento com base em nação, território, linguagem ou cultura, e se, então, baseio meu senso de responsabilidade nessa comunidade, estou implicitamente defendendo a visão de que sou responsável somente por aqueles que, de alguma forma, se assemelham reconhecidamente a mim. Mas quais enquadramentos implícitos da condição de ser reconhecido estão em jogo quando “reconheço” alguém como “parecido” comigo? Que ordem política implícita produz e regula a semelhança nesses casos? Qual é a nossa responsabilidade em relação àqueles que parecem testar nosso senso de pertencimento ou desafiar normas possíveis de semelhança? Talvez pertençamos a eles de

²⁸⁹ BALIBAR, E. Racismo e Nacionalismo. In: BALIBAR, E.; WALLERSTEIN, I. **Raça, nação, classe: as identidades ambíguas**. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2021

²⁹⁰ *Ibidem*. p. 88.

²⁹¹ VIEIRA L. Cidadania global e estado nacional. **Revista Dados**. Rio de Janeiro, vol. 42, n.3. p. 395-419, 1999. DOI. 10.1590/S0011-52581999000300001. Acesso em: 10 dez. 2022.

²⁹² BALIBAR, E. *op. cit.*

²⁹³ PORTO, M. S. G. Diferença e identidade como representação social. In: CAVALCANTI, J. S. B.; WEBER, S.; DWYER, T. (orgs.). **Desigualdade, Diferença e Reconhecimento**. Série Sociologia das Conflitualidades, vol. 4. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2009. p. 37.

²⁹⁴ ECO, U. **Construir o Inimigo e outros ensaios ocasionais**. Rio de Janeiro: Record, 2021.

²⁹⁵ MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte**. São Paulo: n-1 edições, 2020. p. 18.

uma forma diferente e nossa responsabilidade para com eles não resida, de fato, na apreensão de similitudes pré-fabricadas. Talvez essa responsabilidade só possa começar a ser internalizada por meio de uma reflexão crítica a respeito das normas excludentes de acordo com as quais são constituídos os campos da possibilidade do reconhecimento, campos que são implicitamente invocados quando, por um reflexo cultural, lamentamos a perda de determinadas vidas e reagimos com frieza diante da morte de outras.²⁹⁶

O trecho acima é extraído de um contexto em que a autora reflete sobre a responsabilidade em tempos de guerra; contudo, trata-se de um texto que pode muito bem ser alocado em outro “quadro de guerra”: a fronteira, que é o lugar onde são colocadas em “contato conflitivo populações cujos antagonismos incluem o desencontro dos tempos históricos em que vivem.”²⁹⁷

Todos os conflitos decorrentes do Estado e Soberania modernos e seus arranjos se exacerbam nas regiões de fronteira, porque nelas é que se materializa de forma mais evidente a figura do Outro, do estrangeiro, e coloca os nacionais em convívio – mais ou menos pacífico – num local onde, olhados pelo lado oposto, os estrangeiros são eles.

4.1.3 Nós, os outros e as fronteiras

As fronteiras a que nos referimos neste trabalho são aquelas que resultam da demarcação territorial dos Estados-nação contemporâneos; elas têm relevância jurídica, na medida em que indicam a qual ordenamento jurídico estamos submetidos e que pessoas e instituições detêm autoridade sobre o território. Mas não apenas: as fronteiras também definem a comunidade política – os cidadãos – que detêm a titularidade da soberania e que dão legitimidade aos poderes exercidos no Estado, além de compartilharem um mesmo idioma, cultura e identidade.²⁹⁸

Por essa razão, de modo mais abstrato, quando pensamos em fronteiras logo imaginamos linhas muito bem delineadas que separam espaços estanques, quando na verdade, são espaços porosos, faixas que se mesclam e interpenetram²⁹⁹ e por esse motivo, sobretudo quando são terrestres, formam uma espécie de terceiro lugar,

²⁹⁶ BUTLER, J. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** – 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018. p. 61-62.

²⁹⁷ MARTINS, J. S. **Fronteira: a degradação do Outro nos confins do humano**. São Paulo: Editora Contexto, 2016. p. 149.

²⁹⁸ KYMLICKA, W. **Fronteras Territoriales**. Madrid: Minima Trota, 2006.

²⁹⁹ MARTINS, J. S. *Op. cit.*

de encontros e desencontros: encontros com o Outro e desencontros com o próprio Eu (ou Nós) que é idealizado por meio da nacionalidade – e da nação. Por esse motivo que “a fronteira é essencialmente o lugar da alteridade.”³⁰⁰

Além disso, em quase todas as teorias liberais há uma espécie de ambiguidade entre os direitos relativos às pessoas e os direitos relativos aos cidadãos; os direitos básicos que deveriam ser garantidos às pessoas são logo restringidos para aqueles que pertencem à categoria de cidadãos, a quem é permitido circular livremente dentro do país (do qual é cidadão) e ter direitos civis e políticos.³⁰¹

E num mundo caracterizado por massivas desigualdades globais, a ideia de que as liberdades e oportunidades que se tem estão circunscritas ao Estado em que se nasce significa que algumas pessoas nascem com um status legal que lhes garanta segurança pessoal, amplas oportunidades e um nível de vida digno, enquanto outros (sem culpa alguma) nascem com um status jurídico que lhes condena à pobreza e desigualdade e insegurança.³⁰²

Não por outro motivo que uma das coisas mais atrozes e despidas de sentido lógico que se criaram no contexto do uso repressivo das fronteiras e controle de migrações é o conceito de “pessoas ilegais” ou “indocumentadas”. Conforme o Direito, ilegais são as condutas, não as pessoas.³⁰³ Diante desse cenário, Mello questiona “como pode alguém ser condenado pela aleatoriedade geográfica e não por algo grave que tenha feito?”³⁰⁴

E, diante da conjuntura da pandemia de COVID-19, questionamos por que alguns são condenados pela aleatoriedade geográfica a não ter condições de tomar medidas preventivas contra a infecção do vírus SARS-CoV-2, a não receber o tratamento de saúde mais digno e eficaz e a não ser vacinado.

4.2 O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

A doença e, por consequência, a saúde, não se resumem a fenômenos exclusivamente biológicos; ambas impactam a sociedade como um todo, desde a

³⁰⁰ MARTINS, J. S. **Fronteira: a degradação do Outro nos confins do humano**. São Paulo: Editora Contexto, 2016. p. 133

³⁰¹ KYMLICKA, W. **Fronteras Territoriales**. Madrid: Minima Trota, 2006.

³⁰² *Ibidem*. p. 37

³⁰³ CARBONELL, M. ¿Se justifican las fronteras em el siglo XXI? Apresentação. In: KYMLICKA, W. **Fronteras Territoriales**. Madrid: Minima Trota, 2006.

³⁰⁴ TRIDAPALLI, C. Apresentação. In: MELLO, P. C.; et.al. **Fronteiras: territórios da literatura e da geopolítica**. Porto Alegre: Dublinense, 2019. p.13.

economia, passando pela política, até a cultura. Dada a abrangência dos impactos das patologias na sociedade é que, na Europa capitalista do século XVIII emerge o que hoje conhecemos como saúde pública. Embora não haja consenso sobre seu conceito, na maioria dos países entende-se que se trata de área cuja ocupação se restringe à prevenção e controle de epidemias e pandemias.³⁰⁵

Contudo, “ao contrário do que se possa imaginar, ainda que com contornos um pouco diversos, a ideia de saúde ou de cuidados sanitários, inclusive em âmbito internacional, já se fazia presente no primeiro estágio da civilização.”³⁰⁶ Há registros de epidemias desde o século V a.C.; em História da Guerra do Peloponeso, o general ateniense Tucídides descreve uma praga que se abateu sobre Atenas durante uma guerra contra Esparta, que ceifou a vida de um quarto da população ateniense, dentre eles, Péricles, o principal líder político da região.³⁰⁷

O general Tucídides também foi acometido pela doença, mas se curou e constatou que outras pessoas que assim como ele sobreviveram à praga, não eram contaminados por ela numa segunda vez. Observou, também, que esse fenômeno costumava ocorrer com outras doenças que atingiam muitos indivíduos de uma vez. Esse relato foi importantíssimo para a compreensão posterior dos mecanismos da imunidade, a base do conceito das vacinas.³⁰⁸

Na Grécia Antiga, havia o culto às divindades representativas de saúde, a exemplo de Asclepius e suas filhas, Higeia e Panaceia. Contudo, a cura não se restringia ao apelo aos deuses, mas também à utilização de plantas e métodos naturais.³⁰⁹

Na Idade Média, a influência do catolicismo impôs a concepção de doença como resultado do pecado e, por consequência, a cura seria uma resultante da fé. Nesse período, os enfermos ficavam sob os cuidados das ordens religiosas que administravam os hospitais – que foram concebidos muito mais como um lugar de abrigo e conforto para os doentes do que um ambiente onde se obteria cura. Mas foi por volta do século X d.C. que Avicena, um sábio árabe, deixou um legado colossal em medicina³¹⁰,

³⁰⁵ NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária: para defender a vida**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

³⁰⁶ ESQUIVEL, C. L. W.; FRIEDRICH, T. S. A gênese da Globalização da Doença e a Internacionalização do Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.15, n.3, p.46-67, nov.2014/fev.2015.

³⁰⁷ NARVAI, P. C. *Op. cit.*

³⁰⁸ *Ibidem.*

³⁰⁹ *Ibidem.*

³¹⁰ *Ibidem.*

ao reunir, sistematizar e desenvolver conhecimentos da herança greco-romana clássica que o ocidente cristão deixara de lado sob forte influência da Inquisição. Sua obra *O Cânone da medicina* é também o seu maior trabalho, com cerca de um milhão de palavras distribuídas em cinco livros. O *Cânone* foi traduzido para o latim no século XIII e imprimido e reimprimido por toda Europa. O livro de Avicena, que ficou conhecido como o príncipe dos médicos, foi adotado nas universidades francesas de Montpellier e Louvain e influenciou gerações até o século XVIII.³¹¹

Da Idade Média até o século XVIII, a peste bubônica assombrou a Europa e deixou milhões de vítimas. Embora já haja antibióticos eficazes, até hoje são registrados cerca de dois mil casos por ano, sobretudo em países onde a população se localiza nas proximidades de roedores selvagens infectados.³¹²

Entretanto, a noção de saúde pública como saúde das populações tem sua origem confundida com a própria história da medicina e das epidemias. Aproximadamente um século antes de Cristo, Marco Túlio Cícero cunhou a frase “*Salus pública, suprema lex*”, que até hoje ainda é vista em diversos lugares. Por sua vez, a medicina do Antigo Egito está no rol das práticas médicas mais antigas documentadas.³¹³

No século XVII, desenvolveram-se os estudos de estatística, que revolucionaram os estudos da biologia e da genética. No século XVIII houve estudos sobre a mortalidade urbana, correlacionando-a com a classe social; por isso, diversas cidades, a exemplo de Londres e Paris sofreram uma reestruturação urbana, para prevenir epidemias e endemias. Ainda no século XVIII, propôs-se, na Alemanha, a intervenção do Estado na área da saúde pública, que se popularizou como “polícia médica” ou “polícia sanitária”. No século seguinte, houve a revolução pasteuriana e o nascimento da epidemiologia.³¹⁴

Foi assim que, no âmbito do aparecimento de grandes epidemias – e, portanto, de *riscos* à saúde –, da indispensabilidade de sua contenção e prevenção através de mecanismos de **segurança** e da constatação de que as enfermidades ultrapassam as fronteiras geográficas, houve a necessidade de buscar soluções e cooperação em nível internacional no campo da saúde pública.³¹⁵ (Grifos das autoras)

³¹¹ NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária: para defender a vida**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. p. 51-52.

³¹² *Ibidem*.

³¹³ *Ibidem*.

³¹⁴ *Ibidem*.

³¹⁵ ESQUIVEL, C. L. W.; FRIEDRICH, T. S. A gênese da Globalização da Doença e a Internacionalização do Direito à Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.15, n.3, p.46-67, nov.2014/fev.2015.

Contudo, essa ideia de cooperação em nível internacional ou, de “Saúde Internacional”, se delimitada meramente à cooperação entre dois ou mais países para fins de garantia de saúde, no século II a.C., China, Japão e Coreia já intercambiavam conhecimentos e práticas médicas, bem como a medicina muçulmana se fez presente na Europa durante o medievo.³¹⁶

Mas a concepção tradicional de “Saúde Internacional”, que se popularizou nos ambientes acadêmicos e círculos profissionais, diz respeito a todas as atividades desenvolvidas por países ricos nas regiões pobres da África, Ásia e América Latina, assim como as práticas médicas desempenhadas por agências internacionais.³¹⁷

E foi no século XIX que surgiram as primeiras organizações dedicadas à saúde internacional, quando começaram a impor quarentenas nas fronteiras dos países europeus para proteger o comércio internacional da disseminação de doenças infecciosas. Por ocasião de uma epidemia de cólera que chegou na Europa através de pessoas infectadas provenientes da Índia, estabeleceram políticas de inspeção e quarentena nos barcos que chegavam nos portos europeus, o que resultou na convocação da primeira reunião formal entre nações para discutir questões sanitárias, qual seja, a Primeira Conferência Sanitária Internacional, que ocorreu em 1851 e teve representantes de 12 países europeus. Entre 1851 e 1903 houve mais 11 conferências da mesma natureza até que, em 1907, as nações participantes decidiram criar a Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP), sediada em Paris e responsável pela condução de estudos sobre doenças epidêmicas, organização de conferências sanitárias internacionais periódicas e a implementação de seus acordos, além da coleta e troca de informações epidemiológicas.³¹⁸

Também baseada nas relações entre saúde e comércio internacional nasceu a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Até 1924, 21 países do continente americano aderiram a OPAS, e naquele ano decidiram adotar um Código Sanitário Panamericano, com o fim de prevenir a entrada e disseminação de doenças contagiosas nos territórios dos estados americanos.³¹⁹

³¹⁶ DANTÉS, O. G.; KHOSHNOOD, B. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. **Revista Salud Pública de Mexico**. Cuernavaca, Morelos, v. 33, n. 4, p.314-329. jul./ago. 1991.

³¹⁷ *Ibidem*.

³¹⁸ *Ibidem*.

³¹⁹ *Ibidem*.

Contudo, a maior virada no âmbito da internacionalização da saúde se deu quando, no contexto da criação da Organização das Nações Unidas, a saúde se sobressaiu como uma das grandes preocupações do mundo pós guerra. Formou-se, então, um Comitê de saúde, patrocinado pela ONU, que organizou a Conferência Internacional de Saúde na cidade de Nova Iorque, cujo resultado foi a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS).³²⁰

Como advento da OMS, as prioridades concernentes à saúde no âmbito internacional também se modificaram: se antes se falava exclusivamente em controle de disseminação de enfermidades, passou-se, então a falar sobre a possibilidade de erradicação de doenças. Voltaram-se, também, para a noção de serviços de atenção básica à saúde, e com o tempo foram se expandindo para áreas como educação materna, nutrição, planejamento familiar, dentre outros.³²¹

Mas foi na década de 80 que a OMS intensificou o “Programa Estendido de Imunizações”, cujo objetivo era imunizar todas as crianças do mundo contra difteria, coqueluche, tétano, sarampo e tuberculose até os anos 90 e contra hepatite b e poliomielite até os anos 2000.³²² Inclusive, o Brasil foi por muitos anos um exemplo mundial no que diz respeito às imunizações. O país ganhou, em 1994, uma certificação da OMS de erradicação da poliomielite.³²³

No Brasil, as atividades de imunização em massa foram iniciadas em 1961, com a adoção da vacina Sabin, mas sem a abrangência e continuidade necessárias para o controle da doença. Também nessa época, foi introduzida no país a técnica laboratorial de diagnóstico do poliovírus, no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). Na década de 1970, o Ministério da Saúde tentou, ainda, utilizar de outras estratégias para vacinar a população e conter a doença, como a vacinação de rotina em vez da promoção de campanhas, sem muito sucesso.

Em 1980, a partir de iniciativas internacionais de controle e erradicação, foi estabelecida a primeira estratégia de campanha nacional de imunização contra a pólio. O ‘Dia Nacional de Vacinação’ tinha o objetivo de vacinar todas as crianças de até 5 anos de idade em todo território nacional, em único dia. Segundo Dilene, com apenas três anos de existência da campanha, a incidência da pólio se aproximou de zero. Somente entre os anos de 1968 e 1989 o Brasil havia contabilizado mais de 26 mil casos da infecção, conforme dados do Ministério da Saúde.

³²⁰ DANTÉS, O. G.; KHOSHNOOD, B. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. **Revista Salud Pública de Mexico**. Cuernavaca, Morelos, v. 33, n. 4, p.314-329. jul./ago. 1991.

³²¹ *Ibidem*.

³²² *Ibidem*.

³²³ DANDARA, L. Pesquisadores da Fiocruz alertam para risco de retorno da poliomielite no Brasil. **Portal Fiocruz**. 04 mai. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisadores-da-fiocruz-alertam-para-risco-de-retorno-da-poliomielite-no-brasil>. Acesso em: 17 dez. 2022.

O último caso de poliomielite paralítica, causada pelo poliovírus selvagem, ocorreu em 1989, na cidade de Souza, na Paraíba.³²⁴

Em contrapartida, nas últimas três décadas o cenário epidemiológico mundial passou por grandes transformações; se por um lado doenças como a poliomielite foram praticamente erradicadas, houve aumento dos registros de novas epidemias de doenças como cólera, febre amarela e dengue, bem como a proliferação – ou risco iminente - de enfermidades como AIDS, febre hemorrágica decorrente do vírus Ebola, hantavirose, febre do Nilo ocidental, SARS e Influenza. Este último rol de doenças se relaciona intimamente com a dinâmica de fluxo de pessoas e mercadoria entre os países, pois um agente infeccioso pode cruzar diversos continentes em menos de 24 horas em um voo intercontinental.³²⁵ Tais fatos demonstram como “a relação entre saúde e desenvolvimento social e econômico é cada vez mais inter-relacionada e complexa.”³²⁶ Trata-se de um contexto que aponta para a urgência em se pensar numa perspectiva global de saúde, atentando-se, entretanto, para as peculiaridades sociais, demográficas e de desenvolvimento das regiões do globo.³²⁷

4.2.1 O Direito Humano à Saúde

Em primeiro lugar, importa dizer que a análise histórica do que se considera saúde revela que a saúde pública é, mais do que um saber e um dever: é um exercício de poder.³²⁸ Em assim sendo, a sua regulamentação pelo direito, no âmbito nacional e internacional, será sempre atravessada por questões outras que não apenas o bem-estar físico da população. As desigualdades massivas que encontramos pelo mundo já demonstram que há sujeitos cuja saúde importa mais que outros. Foucault exemplifica essa questão com o caso da epidemia de cólera em 1832, que começou em Paris e se propagou pela Europa.

³²⁴ DANDARA, L. Com primeiro surto no Brasil registrado em 1911, poliomielite ainda preocupa. **Portal Fiocruz**. 04 mai. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/com-primeiro-surto-no-brasil-registrado-em-1911-poliomielite-ainda-preocupa>. Acesso em: 17 dez. 2022.

³²⁵ CARMO, E. H. Regulamento Sanitário Internacional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito Sanitário em Perspectiva**. v.2. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

³²⁶ BERTOLOZZI, M. R.; BÓGUS, C. M.; SACARDO, D. P. Saúde Internacional e Sistemas Comparados de Saúde Pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Edit.) **Saúde Pública: bases conceituais**. 2 ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 297.

³²⁷ *Ibidem*.

³²⁸ AITH, F. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Editora Quartier Latin do Brasil, 2017.

A partir dessa época, se decidiu dividir o espaço urbano em espaços pobres e ricos. A coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos foi considerada um perigo sanitário e político para a cidade, o que ocasionou a organização de bairros pobres e ricos, de habitações ricas e pobres. O poder político começou então a atingir o direito da propriedade e da habitação privadas. Foi esse o momento da grande redistribuição, no II Império Francês, do espaço urbano parisiense.³²⁹

É preciso ainda ressaltar que o Direito à Saúde, a despeito da sua historicidade e impacto no mundo, assim como os demais direitos humanos, possui uma ideia “intimamente ligada ao processo de expansão em todo o mundo pela cultura ocidental [que por sua vez] está repleta de processos internos e externos de colonialismos e imperialismos, [razão pela qual] apesar de seu componente emancipatório, seu contexto de desenvolvimento do mundo também teve uma face de dominação.”³³⁰

Dito isso, sabe-se que a positivação dos direitos humanos, tanto no âmbito do Direito Internacional quanto nos Estados de Direito modernos, ocorreu de forma progressiva e com diferentes nuances.³³¹ A positivação do direito à saúde não ocorreu de forma diversa, ainda que se tenha questionado por algum tempo se a saúde – assim como outros direitos de caráter social – poderiam ser considerados de fato direitos humanos.

Dentre os documentos internacionais de maior relevância que reconhecem a saúde como um direito, destaca-se a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)³³², datada de 22 de julho de 1946, cujo artigo 1º prevê que “o papel da OMS é o de possibilitar para todos os povos o melhor nível de saúde possível.”³³³

Destaca-se também da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que no art. 25, item 1, dispõe que todos têm direito ao repouso e ao lazer, bem como a “um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, cuidados médicos, e serviços sociais indispensáveis (...).”³³⁴

Em 1966 foi proclamado o Pacto Internacional sobre os Direitos Sociais, Culturais e Econômicos, que estabelece, em seu art. 12, §1º que “os Estados-partes

³²⁹ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11 ed. – São Paulo: Paz e Terra, 2021. p. 166.

³³⁰ RUBIO, D. S. **Encantos e desencantos dos Direitos Humanos: de emancipações, libertações e dominações**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014. p. 50.

³³¹ AITH, F. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Editora Quartier Latin do Brasil, 2017.

³³² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 22 jul. 1946. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6. Acesso em: 10 jan. 2023.

³³³ *Ibidem*.

³³⁴ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10 jan. 2023.

do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar do mais elevado nível de saúde física e mental”³³⁵, além de determinar no parágrafo segundo do mesmo artigo que:

As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.³³⁶

No âmbito das Américas, a Organização dos Estados Americanos reconheceu a saúde como um direito por meio da Carta da Organização dos Estados Americanos³³⁷, que dispõe o seguinte em seu artigo 30:

Os Estados membros, inspirados nos princípios de solidariedade e cooperação interamericanas, comprometem-se a unir seus esforços no sentido de que impere a justiça social internacional em suas relações e de que seus povos alcancem um desenvolvimento integral, condições indispensáveis para a paz e a segurança. O desenvolvimento integral abrange os campos econômico, social, educacional, cultural, científico e tecnológico, nos quais devem ser atingidas as metas que cada país definir para alcançá-lo.³³⁸

Ainda no contexto dos Estados americanos, aprovou-se a Convenção Americana de Direitos Humanos³³⁹, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, em 22 de novembro de 1969. A convenção trata, em seu capítulo III, dos direitos econômicos, sociais e culturais.

Em 1978, na antiga União Soviética, no contexto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (atual Almati) no dia 12

³³⁵ ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional sobre os Direitos Sociais, Culturais e Econômicos**. 16 dez. 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

³³⁶ *Ibidem*.

³³⁷ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Carta da Organização dos Estados Americanos**. 30 abr. 1948. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/q.carta.oea.htm>. Acesso em: 10 jan. 2023.

³³⁸ *Ibidem*.

³³⁹ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Americana de Direitos Humanos**. 22 nov. 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

de setembro, formulou a Declaração de Alma-Ata³⁴⁰, voltada à ação internacional e nacional para a efetivação de cuidados primários em saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Quase uma década depois, em 21 de novembro de 1986, durante a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, firmou-se a Carta de Ottawa para a promoção da Saúde³⁴¹.

A Conferência favoreceu um diálogo aberto entre leigos e profissionais da saúde e de outros setores, entre os representantes dos órgãos governamentais, comunitários e associações beneficentes, assim como entre políticos, administradores e técnicos sanitários. Os participantes coordenaram seus esforços para definir claramente seus objetivos futuros e reforçar seu compromisso individual e coletivo até o objetivo comum de “Saúde para Todos no ano 2000”³⁴²

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde se deu em Adelaide, na Austrália, e resultou na Declaração de Adelaide³⁴³, que afirma que a saúde é, ao mesmo tempo, um direito humano fundamental e um incontestável investimento social. Ressalta a relação da saúde com (des)igualdade social, ao mesmo tempo em que reconhece a peculiaridade cultural de povos indígenas, minorias étnicas e migrantes.³⁴⁴

Em Sundsvall, Suécia, ocorreu a Terceira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em junho de 1991. Nela, firmaram a Declaração de Sundsvall³⁴⁵, que sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde, quais sejam, a dimensão social, a dimensão política, a dimensão econômica e a quarta dimensão, relativa à necessidade de se reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores. Reconhece, ainda, a correlação entre a educação – que afirma ser um direito humano básico – e a saúde.³⁴⁶

³⁴⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 12 set. 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

³⁴¹ *Idem*. **Carta de Ottawa**. nov. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

³⁴² VENTURA, D. F. L. Direito Internacional Sanitário. In: ARANHA, M. I. (coord). **Direito sanitário e saúde pública**. Coletânea de Textos. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Família. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

³⁴³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Adelaide. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

³⁴⁴ *Ibidem*.

³⁴⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Sundsvall**. 9-15 jun. 1991. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

³⁴⁶ *Ibidem*.

Em 1992, na Conferência de Promoção de Saúde realizada em Bogotá, firmou-se a Carta de Bogotá³⁴⁷, cujo foco é a promoção de saúde na América Latina, sobretudo através do respeito às diferenças culturais e tendo-se em conta a situação epidemiológica lancinante em determinadas regiões e as desigualdades sociais alarmantes.

Por sua vez, a Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Jacarta, República da Indonésia em 1997 foi pioneira por duas razões; por ser sediada em um país em desenvolvimento e por incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde.³⁴⁸ Dessa conferência resultou a Declaração de Jacarta sobre Promoção de Saúde pelo Século XXI adentro³⁴⁹, que coloca a pobreza como a maior ameaça à saúde, além de dar foco para questões demográficas, “tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas”³⁵⁰, bem como sobre a ameaça que a violência doméstica representa para a saúde e bem-estar da população. Atribui ainda, importância para os fatores transnacionais que tem grande impacto na saúde, entre os quais inclui “a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, assim como a degradação ambiental devido ao uso irresponsável dos recursos.”³⁵¹

Passados três anos houve uma nova Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, desta vez realizada no México, em 5 de junho do ano 2000, onde foi assinada a Declaração do México³⁵², que ressaltou a eficácia das estratégias de promoção em saúde e traçou mais objetivos para o novo milênio.

Finalmente, no ano de 2005 foi realizada a Sexta Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Bangkok, que resultou na Carta de Bangkok para a

³⁴⁷ VENTURA, D. F. L. Direito Internacional Sanitário. In: ARANHA, M. I. (coord.). **Direito sanitário e saúde pública**. Coletânea de Textos. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Família. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.p.284-286.

³⁴⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. 21-25 jul. 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_jacarta_1997.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

³⁴⁹ *Ibidem*.

³⁵⁰ *Ibidem*.

³⁵¹ *Ibidem*.

³⁵² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração do México**. 5 jun. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

Promoção da Saúde no Mundo Globalizado³⁵³, cujo apelo principal é o de junção dos líderes mundiais numa parceria global para promoção de saúde.³⁵⁴

4.2.2 O Direito Humano e Fundamental à Saúde e o Brasil

A ditadura civil-militar imposta no Brasil a partir de 1º de abril de 1964 resultou na supressão de diversos direitos e garantias fundamentais e afetou todas as dimensões da vida nacional, inclusive a produção científica. Além disso, o modelo liberal-privatista consolidou-se no cenário da medicina previdenciária e daí se expandiu para a saúde pública.³⁵⁵ Em 1967 foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde, na Fiocruz do Rio de Janeiro, que “preparou o terreno para o que viria no ano seguinte”³⁵⁶, o Plano Nacional de Saúde (PNS), que se constituía “na mais clara afirmação dos desígnios privatizadores do então governo na área da saúde”³⁵⁷. O PNS não prosperou, pois encontrou entraves dentro do próprio governo federal e divergências entre os militares. Mas os convênios com estabelecimentos de saúde do setor privado prosperaram e marcaram o sistema de saúde brasileiro, tanto no âmbito da medicina previdenciária, quanto da própria saúde pública de forma geral, até a atualidade.³⁵⁸

A lógica do modelo do Sistema Nacional de Saúde no final dessa primeira fase do regime AB (1964-1974) tem como características gerais: o predomínio (financeiro e político) das instituições previdenciárias, os trabalhadores afastados do processo de direção e a hegemonia do dos anéis burocrático-empresariais cujos interesses conduzem à mercantilização da saúde. Relegada ao segundo plano pelo regime militar, a saúde pública tornara-se uma máquina ineficiente e tradicionalista, que simulava atacar os problemas através de suas campanhas. A carência completa de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com esse quadro de decadência com graves consequências nas condições de saúde da população.
(...)

³⁵³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Bangkok**. 5 – 11 ago. 2005. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39050/632249/Carta+de+Bangkok.pdf/b84492d6-a05e-4b6a-995c-080489a9b571>. Acesso em: 15 jan. 2022.

³⁵⁴ *Ibidem*.

³⁵⁵ NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária: para defender a vida**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

³⁵⁶ *Ibidem*.

³⁵⁷ ALMEIDA, C. Comentário: política e planejamento: O Plano de Saúde Leonel Miranda. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 381-5, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/GQw85ZxrrFHdBNQxDvbhpYz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 dez 2022.

³⁵⁸ NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária: para defender a vida**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

O regime militar, de um lado, implementava uma política econômica geradora de doenças e riscos à saúde; de outro lado, diminuía a oferta e reduzia a qualidade dos serviços públicos, potencializando ou sendo o responsável efetivo pela morbidade e mortalidade prevalentes na população brasileira. Durante o período mais repressivo da ditadura militar desenvolveu-se um pensamento transformador na área da saúde. (...) A construção de um novo marco teórico no pensamento médico-social no Brasil iniciou um movimento à procura de seu personagem (as classes populares), existindo antes que essas próprias classes organizadas pudessem criá-la. Em um primeiro momento, o movimento não encontra seu sujeito social porque este está silenciado, mas com a eclosão dos movimentos sociais, o movimento sanitário encontra seu referencial: desde seus primórdios está referido às classes trabalhadoras e populares. Foi esse desenvolvimento teórico que deu sustentação ao movimento sanitário.³⁵⁹

O movimento sanitário participou juntamente com outros setores da população na campanha pelas Diretas Já!, da qual o Sistema Único de Saúde derivou diretamente. A força da organização popular e dos atos públicos resultou na obtenção de votos majoritariamente favoráveis ao SUS, mesmo num cenário em que a maioria dos constituintes não queria uma Constituição que inaugurasse um Estado do Bem-Estar Social.³⁶⁰ “O SUS é, portanto, um dos filhos diletos da democracia brasileira. (...) O SUS não existiria, ou seria outro sistema de saúde, com outras características, sem a democracia e nossas lutas por ela.”³⁶¹

Assim, o modelo brasileiro de intervenção do Estado no âmbito da saúde é estruturado na Constituição da República de 1988³⁶², em 41 dispositivos que tratam sobre a saúde, sendo que 5 deles estabelecem a organização do Sistema Único de Saúde. Há, ainda, uma vasta legislação infraconstitucional, na qual se verifica de modo claro o alinhamento do ordenamento jurídico brasileiro com os documentos da ONU no que tange ao conceito de saúde, bem como sua relação com os demais direitos fundamentais³⁶³, como é o caso do art. 3º da Lei 8.080/1990³⁶⁴

³⁵⁹ ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 181-182.

³⁶⁰ NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária: para defender a vida**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

³⁶¹ *Ibidem*. p. 247.

³⁶² BRASIL. Constituição (1998). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

³⁶³ MÂNICA, F. B. Universalidade, Integralidade e Gratuidade no SUS: uma análise à luz dos objetivos do desenvolvimento sustentável – ODS. In: DALLARI, S. G.; AITH, F.; MAGGIO, M. (coords.) **Direito Sanitário: aspectos contemporâneos da tutela do Direito à Saúde**. Curitiba: Juruá, 2019.

³⁶⁴ BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/09/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 out. 2022.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Além disso, o SUS tem como vigas-mestras a universalidade, integralidade e gratuidade, previstas no art. 196 da Constituição da República³⁶⁵. A integralidade é bem descrita no inciso II do art. 7 da Lei 8.080/90, segundo o qual ela pode ser entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”³⁶⁶ A gratuidade é autoexplicativa e, vale dizer, se relaciona com a universalidade na medida em que a condição social da pessoa que busca o SUS não determina se deverá haver uma contrapartida financeira pelo serviço prestado ou não – é um serviço gratuito para pessoas de todas as classes sociais.

Este não é, entretanto, o posicionamento da OMS, que assume uma posição no sentido de que uma Cobertura Universal de Saúde (CUS) significa que todos os podem receber os serviços de saúde de que necessitam, sem, no entanto, empobrecerem por isso. Isso inclui toda a gama de serviços de saúde, desde a promoção da saúde até à prevenção, tratamento, reabilitação e inclusive cuidados paliativos.³⁶⁷ Ressalta, ainda que a “CUS não significa cobertura gratuita de todas as possíveis intervenções clínicas, independentemente dos custos, uma vez que nenhum país pode fornecer todos os serviços gratuitamente numa base sustentável.”³⁶⁸

A universalidade de acesso aos serviços de saúde é o princípio que mais nos interessa neste trabalho, razão pela qual nos debruçaremos nele mais detidamente. O art. 6º da Constituição da República, que elenca a saúde como direito social, localiza-se no Título II do mesmo diploma normativo, que cataloga os Direitos e Garantias Fundamentais. Desse fato e do que extraímos do art. 5 e seus parágrafos

³⁶⁵ BRASIL. Constituição (1998). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

³⁶⁶ *Idem. Op. cit.*

³⁶⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cobertura Universal de Saúde**. 12 dez. 2022. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 06 out. 2022.

³⁶⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cobertura Universal de Saúde**. 12 dez. 2022. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 06 out. 2022.

2º³⁶⁹ e 3º³⁷⁰, podemos afirmar que, segundo o ordenamento jurídico-constitucional brasileiro, o direito à saúde é um direito humano e fundamental.

Somado a isso, o art. 196 da Constituição da República prevê que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”³⁷¹

A Lei 8.080/90 corrobora os preceitos constitucionais mencionados ao dispor, nos incisos II e IV do art. 7º o seguinte:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;³⁷²

Observa-se que a legislação brasileira – constitucional e infraconstitucional – não fez restrições à universalidade e gratuidade dos serviços providos pelo Sistema Único de Saúde. Embora tais serviços possam ser prestados de forma concorrente, mas não exclusivamente, pela iniciativa privada, isso não faz com que percam o caráter de serviços públicos. Nesse sentido, a partir da leitura da legislação, concluímos que qualquer pessoa, independentemente de classe social, nacionalidade, região de origem, religião, sexualidade, podem e tem direito aos serviços de saúde prestados pelo SUS.

4.2.2.1 O Programa Nacional De Imunizações

³⁶⁹ “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.” BRASIL. Constituição (1998). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

³⁷⁰ “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.” BRASIL. Constituição (1998). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

³⁷¹ BRASIL. Constituição (1998). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

³⁷² *Idem*. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/09/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 out. 2022.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), foi formulado em 1973 e oficialmente lançado em 1975 e coordena as atividades vacinais desenvolvidas na rede pública, é parte fundamental do SUS e se consolidou “como um dos melhores exemplos de garantia de acesso universal e igualitário à saúde”³⁷³. Além de promover a prevenção de enfermidades, o PNI contribuiu significativamente para o avanço da vigilância epidemiológica e controle de qualidade de imunizantes oferecidos.³⁷⁴

Caracteriza-se como uma política pública eficiente que impacta profundamente o perfil de morbimortalidade da população brasileira. Esse sucesso é atribuído, ao menos em parte, pelo fato de o PNI seguir alguns dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde, a exemplo da universalidade e equidade de atenção.³⁷⁵

Graças ao PNI, “o cenário epidemiológico das doenças imunopreveníveis mudou radicalmente no país, consolidando a vacinação como uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública”³⁷⁶, e o Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas gratuitas no mundo.³⁷⁷

E é por todo esse sucesso que o PNI é hoje “parte integrante do Programa da Organização Mundial da Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro da UNICEF e contribuições do Rotary Internacionais e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)”.³⁷⁸

Esse alto padrão no contexto das imunizações não se manteve no contexto da pandemia de COVID-19, graças a “gritante falência logística federal em nível nacional ao aceitar a encomenda e aquisição de vacinas somente em janeiro de 2021”³⁷⁹, que resultou num nível de mortalidade decorrente da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 que

³⁷³ DANDARA, L. Programa Nacional de Imunizações é um marco histórico na saúde pública brasileira. **Portal Fiocruz**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/programa-nacional-de-imunizacoes-e-um-marco-historico-na-saude-publica-brasileira>. Acesso em: 15 jan. 2023.

³⁷⁴ DOMINGUES, C. M. A. S.; *et.al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 14, abr. 2020. DOI. 10.1590/0102-311X00222919. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?lang=pt#>. Acesso em: 14 jan. 2023.

³⁷⁵ *Ibidem*.

³⁷⁶ *Ibidem*.

³⁷⁷ *Ibidem*.

³⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – Vacinação**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>. Acesso em: 19 jan. 2023.

³⁷⁹ SANTOS, N. R. COVID-19, uma tragédia anunciada, e agora? In: BORGES, F. T. (Org.) **O longo amanhecer do Sistema Único de Saúde: reflexões para o SUS reexistir**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Eduff, 2021. p. 110.

poderia ter sido mitigado caso medidas relacionadas à imunização tivessem sido tomadas mais precocemente.

4.2.3 Universalidade para quem? A vacinação contra COVID-19 e os imigrantes indocumentados

A pandemia de COVID-19 escancarou e aprofundou diversos problemas relacionados ao SUS. Os antigos gestores do governo federal desconsideraram a experiência de intergestão federal, estadual e municipal na aplicação das diretrizes do SUS e, após a demissão do primeiro ministro da saúde da gestão presidencial 2019-2022, os estados e municípios foram largados à própria sorte para tomar decisões e eventualmente improvisar com recursos próprios estratégias de contenção de contaminações e assistência hospitalar.³⁸⁰

Se a gestão hospitalar – ou falta dela – resultou num caos no sistema de saúde brasileiro, o atraso na tomada de medidas eficazes para a imunização dos brasileiros não teve resultados diferentes. E se faltaram leitos para cidadãos brasileiros acometidos pela COVID-19, também faltaram vacinas, sobretudo no período inicial da imunização. E é nesse cenário que surge o questionamento sobre o que fazer (ou o que fizeram) quando estrangeiros indocumentados demandaram assistência de saúde no país?

Não há registros. Como já mencionado anteriormente, pode-se supor que alguns migrantes indocumentados tenham sido vacinados na condição de pessoas em situação de rua. No mais, qualquer estratégia que o Estado tenha tomado para vacinar estrangeiros demanda – implícita ou explicitamente – que eles sejam documentados. E ainda que a Bolívia tenha tido seu programa de vacinação contra a COVID-19, a imunização do país ficou muito aquém da imunização brasileira.

No âmbito de uma cidade como Cáceres, cuja fronteira a Bolívia é extensa e pode ser atravessada por diversas vias não oficiais, a frequência de entrada e saída de pessoas do país vizinho sequer pode ser mensurada com exatidão. E embora seja compreensível que se exijam documentos para a prestação de serviços de saúde,

³⁸⁰ SANTOS, N. R. COVID-19, uma tragédia anunciada, e agora? In: BORGES, F. T. (Org.) **O longo amanhecer do Sistema Único de Saúde: reflexões para o SUS reexistir**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Eduff, 2021.

também é compreensível que num cenário com desigualdades abismais, muitas pessoas não terão os documentos adequados para terem o atendimento desejado.

E é na fronteira, no limite do país, que a soberania tal qual descrita por Mbembe, encontra seu ápice, pois se “a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de quem pode viver e quem deve morrer”³⁸¹, a utilização de argumentos burocráticos – documentação inadequada ou insuficiente – como justificativa para negar o acesso à saúde, e portanto, à possibilidade de sobreviver à pandemia, é a materialização da aptidão de ditar quem pode morrer e quem pode viver.

E é nessa mesma fronteira que o SUS, se já encontrava dificuldades em colocar em prática seus princípios, falhou na universalidade. Falhou como instituição que se propõe a efetivar o direito humano à saúde, e falhou porque, no que diz respeito à imunização, é conhecimento notório que seu sucesso se deve ao seu alcance: quanto mais pessoas vacinadas, melhor. É um grande erro esquecer que pessoas não imunizadas, apenas por não possuírem a documentação adequada, seguirão em movimento pendular na fronteira. E se o vírus desconhece fronteiras, ele também desconhece nacionalidade e documentação.

4.3 A INTEGRAÇÃO NA FRONTEIRA OESTE: PARA ALÉM DA BOVINOCULTURA

Ao passo que Brasil e Bolívia conseguem compor diversos acordos comerciais de sucesso, sendo aquele relativo a imunização contra a febre aftosa um seus maiores exemplos, a pandemia de COVID-19 fez com que os problemas humanitários da região ficassem ainda mais óbvios.

Se no contexto de “normalidade” já questionavam – como no caso do inquérito civil n. n. 1.20.001.000281/2015-37, instaurado na Procuradoria da República do Município de Cáceres, a legalidade e legitimidade do atendimento de pessoas estrangeiras pelo SUS na cidade, durante a pandemia, a falta de leitos, insumos médicos e vacinas tornou a exclusão dos estrangeiros ainda maior, afinal, se todos Estados são soberanos, cada um que se responsabilize pelos cidadãos.

³⁸¹ MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: n-1 edições, 2020. p. 5.

E o território nacional, que encontra seu limite na fronteira, mostra seu caráter que não se esgota na geografia, mas na sua noção jurídico-política³⁸²: “aquilo que é controlado por um certo tipo de poder.”³⁸³

[E esse poder é aquele apto a decidir quais] vidas que não são exatamente vidas, que são consideradas ‘destrutíveis’ e ‘não passíveis de luto’
Essas populações são “perdíveis”, ou podem ser sacrificadas, precisamente porque foram enquadradas como já tendo sido perdidas ou sacrificadas; são consideradas como ameaças à vida humana como conhecemos, e não como populações vivas que necessitam de proteção contra a violência ilegítima do Estado, a fome e as pandemias.³⁸⁴

É neste ponto, não exclusivamente, mas sobretudo, que a soberania deve perder sua supremacia. Em primeiro lugar porque a migração é um direito humano³⁸⁵, “que não pode e não deve ser reservado apenas às elites globais, enquanto àqueles e àquelas migrantes desinteressantes ao capital reserva-se a pólvora.”³⁸⁶ Em segundo lugar porque, além de a saúde também ser um direito humano, a vacinação “seletiva”, ainda mais num cenário tão grave quanto o da pandemia de COVID-19 não é apenas uma manifestação da biopolítica, mas também uma demonstração de falta de estratégia (ou da presença de uma estratégia ineficaz) do manejo do programa de imunizações.

4.3.1 A elaboração de um instrumento internacional de respostas às pandemias: não há saúde onde há desigualdades socioeconômicas

Já ao final do ano de 2021 a Organização Mundial da Saúde iniciou negociações sobre a elaboração de um instrumento internacional de respostas às pandemias. A negociação de um instrumento dessa natureza foi recomendada pelos órgãos mais relevantes da resposta internacional à COVID-19, a exemplo do Painel

³⁸² FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11 ed – São Paulo: Paz e Terra, 2021.

³⁸³ *Ibidem*. p. 250.

³⁸⁴ BUTLER, J. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018. p. 53.

³⁸⁵ Art. 13. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10 jan. 2023.

³⁸⁶ PEREIRA, A. B.; ROSA, T. L. Migrar é um direito humano, e não deve ser um direito exclusivo das elites globais. 22 mar. 2021. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Acervo Online. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/migrar-e-um-direito-humano-e-nao-deve-ser-um-direito-exclusivo-das-elites-globais/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

Independente para Preparação e Resposta à Pandemia e o Comitê de Revisão sobre o Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (RSI).³⁸⁷

Nesse sentido, importa destacar que o impacto das desigualdades socioeconômicas na propagação de enfermidades não veio à tona com a pandemia de COVID-19. Esse é um fenômeno do qual a OMS já havia se dado conta com muita clareza anteriormente.

No caso da COVID-19, uma consistente literatura reitera este fenômeno, demonstrando que as desigualdades não apenas comprometem a eficiência das respostas nacionais, mas também ensejam o impacto desproporcional da doença sobre os mais vulneráveis 36,37, inclusive no que se refere à mortalidade. Destacamos que principalmente nos países em desenvolvimento, um dos maiores obstáculos à contenção da COVID-19 é a incapacidade de grandes contingentes populacionais aderirem a recomendações sanitárias elementares.

(...)

A falsa oposição entre proteção da saúde e sobrevivência econômica igualmente constitui terreno fértil para a ascensão do populismo conservador, defensor da ideia de que “a economia não pode parar”, e de que a doença deveria seguir seu curso natural, com a mínima regulação estatal possível, o que já foi chamado de “neoliberalismo epidemiológico”.³⁸⁸

Assim, já há na comunidade internacional um consenso sobre a importância da redução das desigualdades como forma de resposta às pandemias. Portanto, um instrumento internacional de resposta às pandemias que foque apenas nas questões quarentenárias e não enfrente elementos socioeconômicos estruturais estará fadado ao fracasso.³⁸⁹

Um exemplo é o caso da situação desesperadora que se abateu sobre os campos de refugiados e pessoas deslocadas: nesses locais, a preocupação com que a menor exposição ao vírus SARS-CoV-2 produza uma espécie de apocalipse, dado o fato de que as pessoas que lá habitam acumulam outras doenças, além de desnutrição, estresse crônico, doenças crônicas, tudo isso sem qualquer possibilidade de distanciamento social.³⁹⁰

Outro ponto importante a ser incluído no instrumento internacional é a garantia de “acesso universal e equitativo a tecnologias farmacêuticas”³⁹¹, pois, a despeito da

³⁸⁷ VIEGAS, L. L.; VENTURA, D. F. L.; VENTURA, M. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, 2022. DOI. 10.1590/0102-311X00168121. Acesso em: 19 jan. 2023.

³⁸⁸ *Ibidem*. p. 5.

³⁸⁹ *Ibidem*.

³⁹⁰ *Ibidem*.

³⁹¹ *Ibidem*. p. 5.

Declaração de Doha sobre o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio e Saúde Pública³⁹², que tem como um de seus objetivos a promoção do acesso aos medicamentos a todos, e da defesa da ONU pela flexibilização da propriedade intelectual sobre tratamentos e vacinas para COVID-19 para se tornarem bens públicos mundiais, não foi possível evitar “a flagrante concentração de doses nos países ricos, que possuem cerca de 15% da população mundial e 45% das doses disponíveis”.³⁹³

A desigualdade na distribuição das doses dos imunizantes também violou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos³⁹⁴ - documento que deve servir de guia para o referido instrumento internacional - seja no seu objetivo de promoção de “um acesso equitativo aos progressos da medicina, da ciência e da tecnologia”³⁹⁵, seja em seus princípios – a exemplo da igualdade, justiça e equidade; solidariedade e cooperação; responsabilidade social e saúde; e partilha de benefícios.³⁹⁶

Viu-se, então, que os países com poucos recursos são incapazes de competir com os países mais abastados. Contudo, ninguém estará completamente livre do risco de infecção enquanto algum grupo social estiver submetido à doença. “A lição global é a de que uma corrente é tão forte quanto o seu elo mais fraco”³⁹⁷.

Assim, um possível instrumento internacional de resposta às pandemias deve levar em conta uma série de demandas que vão além das sanitárias e a principal delas é a desigualdade social e econômica. Enquanto se mantiver a abissalidade entre o

³⁹² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. **Declaração sobre o acordo de TRIPS e Saúde Pública**. IV Conferência Ministerial da OMC, realizada em Doha, Catar, de 09 a 14 de nov. 2011. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/Declaracao-sobre-o-Acordo-de-TRIPS.pdf>. Acesso em: 19 jan 2023.

³⁹³ VIEGAS, L. L.; VENTURA, D. F. L.; VENTURA, M. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, 2022. DOI. 10.1590/0102-311X00168121. Acesso em: 19 jan. 2023.

³⁹⁴ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 30 jan. 2023.

³⁹⁵ Cf. Art. 2º, “e”. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 30 jan. 2023.

³⁹⁶ Cf. Arts. 10º, 13º, 14º e 15º. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 30 jan. 2023.

³⁹⁷ BRAVEMAN, P. **COVID-19: inequality is our pre-existing condition**. UNESCO. Inclusive Policy Lab. 14 abr. 2020. Disponível em: <https://en.unesco.org/inclusivepolicylab/news/covid-19-inequality-our-pre-existing-condition>. Acesso em: 27 jan. 2023.

norte e o sul global e seus resquícios coloniais, não haverá tratado que dê conta da atual pandemia, nem das próximas que estão por vir, tão previsíveis quanto foi a do vírus SARS-CoV-2.

4.3.2 Integração via MERCOSUL

Os processos de integração, ainda que se refiram à expansão econômica em espaços internacionais, não podem olvidar dos direitos sociais que devem ultrapassar as fronteiras dos Estados-nações na mesma proporção que os direitos econômicos. Assim, as discussões sobre o direito à saúde no âmbito internacional devem se alargar para os blocos regionais e formar novos espaços de regulação.³⁹⁸

No contexto de constituição de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam possíveis efeitos dos processos de integração. Nas fronteiras, convivem cotidianamente sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes; e a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões.³⁹⁹

Na esfera do Mercosul, o Regulamento Supranacional de Saúde é debatido em diversas escalas e instâncias que influenciam na tomada de decisões no âmbito da saúde, como é o caso da Reunión del Sector Salud de Centroamérica, da Reunión de Ministros de Salud de Area Andina, do Conveinio Hipólito Ananue e da Iniciativa de Salud del Cone Sur.⁴⁰⁰

Ainda que o Mercosul tenha como objeto principal as relações comerciais, como já aduzido anteriormente, as questões socioeconômicas são tão importantes para a prevenção ou contenção de pandemias quanto as questões sanitárias. E naturalmente, as medidas quarentenárias impactam diretamente no comércio. Assim

³⁹⁸ GIOVANELLA, L.; et.al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, p. 251-266, 2007. DOI. 10.1590/S0102-311X2007001400014 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c3dJ5WtjKZZw5JyvVCN93fB/?lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2023.

³⁹⁹ *Ibidem*.

⁴⁰⁰ KÖLLING, G.; MASSAÚ, G. C. Cidadania Supranacional e o Direito à Saúde. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, [S.l.], v.10, n. 19, p. 37-60, 2012. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/6586>. Acesso em: 26 jan. 2023.

sendo, o Mercosul só tem a ganhar ao conseguir integrar seus países-membros num contexto transnacional de efetivação ao direito à saúde.

Muito embora as políticas sociais tenham sido criadas desde a metade dos anos 1990 no âmbito do Mercosul, elas ainda se encontram em estágio embrionário. Por isso é que a unificação de políticas sociais e a criação de uma cidadania social comunitária tem sido propostas cada vez de forma mais incisiva como metas do Mercosul. Em 1996 criou-se o “Subgrupo de Trabalho (SGT) 11 Saúde”, cuja 55ª reunião, realizada entre 04 e 08 de outubro de 2021, manteve as propostas de fortalecimento de políticas regionais de saúde, além de abordar a temática dos sistemas de informação de recursos humanos e seus alcances e formação e especialização de profissionais de saúde.⁴⁰¹

No final do ano de 2022, a Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, na qualidade de Estados Partes do Mercosul, firmaram o Acordo Sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas⁴⁰², cuja vigência ainda está pendente. Contudo, a cooperação em saúde nas regiões fronteiriças é assunto de extrema importância, por motivos como o exemplificado a seguir.

(...) a cooperação entre países pode ser imprescindível para garantia do cuidado integral aos brasileiros. Muitos municípios de fronteira são isolados dos grandes centros, sendo necessário percorrer longas distâncias para acessar serviços especializados, o que para pacientes crônicos pode ser uma via crucis. (...) A formalização de acordos de fronteira poderia facilitar a continuidade de cuidados também para brasileiros, pois como enfatizou um secretário municipal de saúde, “muitas vezes o serviço de saúde necessitado mais próximo está em território estrangeiro”.⁴⁰³

Observa-se que, apesar de este não ser o objeto deste trabalho, também há casos em que brasileiros buscam em países vizinhos auxílio em saúde. Então abordar a cooperação em matéria de saúde, não se refere apenas a um cenário em que o Brasil fosse o único país provedor desses serviços. Mas no contexto da pandemia, o

⁴⁰¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Em reunião do Mercosul, Ministério da Saúde propõe fortalecimento de políticas regionais de educação e saúde**. 05 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/em-reuniao-do-mercosul-ministerio-da-saude-propoe-fortalecimento-de-politicas-regionais-de-educacao-e-saude>. Acesso em: 27 jan. 2023.

⁴⁰² MERCOSUL. **Acordo Sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas**. Disponível em: https://normas.mercosur.int/simfiles/normativas/75399_DEC_013-2019_PT_Acordo%20Localidades%20Frontericas.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.

⁴⁰³ GIOVANELLA, L.; *et.al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, p. 251-266, 2007.

que se constata, mesmo em relação a países que compartilham de um mercado comum – o Mercosul – foi o fechamento recíproco de fronteiras durante o auge da pandemia.

Em caminho completamente oposto, em reunião datada de 17 de março de 2020, o Conselho Europeu aprova as propostas de gestão de fronteiras, mediante restrição temporária coordenada de viagens não essenciais para a União Europeia, mas estabelecendo passagem livre para medicamentos, alimentos e bens, além do direito de regresso ao país de origem dos seus cidadãos.⁴⁰⁴ E, em 23 de março de 2020, um dos pontos altos da reunião dos Ministros dos Negócios Estrangeiros da União Europeia dizia respeito ao repatriamento dos europeus que ficaram retidos no estrangeiro.⁴⁰⁵

Ainda que se saiba que não se pode fazer uma equivalência entre o Mercosul e a União Europeia, este exemplo é relevante pois, como já mencionado anteriormente, do mesmo modo que não há falar em saúde sem tratar de questões socioeconômicas, não havia como os acordos do Mercosul não serem impactados pelas questões sanitárias que assolaram o mundo – e de modo muito mais grave que em outras regiões, a própria América do Sul.

Os Estados Partes do Mercosul precisam se unir, deliberar e colocar em prática questões sanitárias, seja no âmbito de prevenção, seja de contenção de epidemias e pandemias, levando-se em conta, sempre, que as desigualdades socioeconômicas tão notórias na América do Sul são decisivas sobre o (in)sucesso dessas ações.

4.3.3 O princípio *pro persona*

De início, importa definir as duas dimensões deste princípio: uma de caráter interpretativo, segundo a qual, havendo várias possibilidades interpretativas de um enunciado, deve-se adotar aquela que mais favoreça o indivíduo; outra, resultante da concorrência ou antinomia normativa, segundo a qual, havendo normas diversas que

⁴⁰⁴ UNIÃO EUROPEIA. Conselho Europeu. **Conclusões do presidente do Conselho Europeu na sequência da reunião por videoconferência sobre a COVID-19 com os membros do Conselho Europeu**. 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/press/press-releases/2020/03/17/conclusions-by-the-president-of-the-european-council-following-the-video-conference-with-members-of-the-european-council-on-covid-19/>. Acesso em: 29 jan. 2023.

⁴⁰⁵ *Idem*. Conselho Europeu. **Reunião por videoconferência dos ministros dos Negócios Estrangeiros, 23 de março de 2020**. 23 mar. 2020. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/meetings/fac/2020/03/23/>. Acesso em: 29 jan. 2023.

proporcionem diferentes graus de proteção a um mesmo direito, deve-se optar por aquela que mais beneficie o indivíduo, seja ela de caráter nacional ou internacional.⁴⁰⁶

Nesse sentido, dado o caráter universal do SUS – ainda que ele não seja idêntico à universalidade de saúde proposta pela OMS – e sua proposta de equidade, diante da lacuna vacinal de migrantes indocumentados, a aplicação do princípio *pro-persona* para adotar a interpretação segundo a qual a universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde podem prover a imunização de estrangeiros que não estejam em posse de seus documentos ou da documentação adequada.

Uma questão meramente burocrática não deveria colocar em risco a saúde da pessoa imigrante indocumentada, assim como da sociedade em que ela está inserida, ainda que de passagem, considerando-se que a vacinação não é um ato com efeitos meramente individuais.

Assim, tendo em vista esse caráter coletivo da imunização, a aplicação do princípio *pro-persona* para promover a vacinação de imigrantes indocumentados apresenta um duplo viés de efetivação do direito à saúde: garante um maior grau de proteção ao direito à saúde do indivíduo vacinado, assim como da sociedade, cujo benefício é proporcional ao número de pessoas imunizadas.

⁴⁰⁶ BASTOS NETTO, C. C. **Princípio pro-persona: conceito, aplicação e análise de casos da corte interamericana de direitos humanos**. 2017. 139 f. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2017.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenha-se consciência que são possíveis organizações sociais diversas do Estado Moderno, é um grande desafio pensar o Estado de formas diferentes como ele está posto atualmente, tendo a Soberania como seu principal alicerce. E a existência de Estados soberanos vai diretamente de encontro à existência de um sistema normativo universal de Direitos Humanos; em verdade, o próprio sistema de Direitos Humanos é pensado no contexto do Estado Moderno Soberano, ainda que seus pressupostos sejam incompatíveis com a soberania.

E a soberania é exercida sob a premissa da existência de um território, cujas bordas, as fronteiras, materializam a extrapolação dos institutos que preservam a soberania, bem como são locais caracterizados pela conflituosidade, pois nelas somos capazes de ver – e em certa medida, conviver – com o Outro, cuja existência é imprescindível para a delimitação do Eu ou do Nós. São também espelhos, porque enxergamos de forma invertida: se no Brasil, a fronteira é do lado Oeste e o estrangeiro é o boliviano, na Bolívia, a fronteira é oriental e os brasileiros são os Outros, os estrangeiros.

Curiosamente, embora a imagem do espelho seja invertida, ela revela igualdade, a qual, dada a construção do Estado-nação e seus pertencentes, cega os cidadãos para as semelhanças e foca o olhar apenas no que há de invertido. E na inversão, não há apenas (des)construções de identidades, mas também há, por meio da Soberania, a possibilidade de desumanizar quem não pertence do lado de “cá”. E a desumanização é o que antecede a possibilidade de deixar morrer, de decidir que quais vidas merecem ser vividas ou não.

E no âmbito da pandemia de COVID-19, a expressão máxima da soberania, que reside no “poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer” ficou mais evidente do que nunca; nem nas duas grandes guerras foi possível observar tão claramente a aptidão dos Estados de deixar certos grupos morrerem, literalmente, sufocados. Isso porque nas grandes guerras, embora sejam denominadas “mundiais” e de fato tenham impactado o mundo como um todo, as maiores repercussões no sentido de “vida e morte” ocorreram nos países que participaram diretamente do confronto. Já o vírus SARS-CoV-2 percorreu o planeta sem obedecer a fronteiras e nacionalidades.

Mas foi sobretudo nas regiões de fronteira em que foram travadas as maiores batalhas contra a disseminação do vírus, sendo que a principal delas foi o fechamento das fronteiras, para que ninguém entrasse nem saísse dos países, como forma de conter a dispersão do patógeno. Contudo, fechar fronteiras não é tarefa das mais simples; em primeiro lugar porque, ao passo que desejavam impedir o trânsito de pessoas, almejavam que as relações comerciais transnacionais não fossem afetadas. Em segundo lugar porque, em se tratando de fronteiras terrestres, dada a sua extensão, uma fiscalização eficiente é praticamente impossível.

Na faixa de fronteira que divide o Brasil e a Bolívia na região dos municípios de Cáceres/MT (Brasil) e San Matías (Bolívia), existe uma única via oficial de trânsito, a BR-070. Contudo, há incontáveis estradas não mapeadas e passagens por dentro de fazendas sem qualquer fiscalização, por onde os residentes fronteiriços, que fazem migração pendular, vão e vem sem qualquer importunação das autoridades de segurança.

Por esse motivo, do mesmo modo que Brasil e Bolívia cooperam com sucesso há décadas na vacinação do gado contra febre aftosa, seria óbvio e mais seguro para a população lindeira de Cáceres e San Matías se a vacinação contra a COVID-19 (e os demais patógenos aos quais temos acesso à imunização, sobretudo aqueles relativos à doenças típicas da região) ocorresse de forma integrada, por meio de cooperação entre os países. Afinal, como já mencionado, o vírus desconhece fronteiras e nacionalidades, e uma pandemia não será contida enquanto todo o mundo não tiver a devida assistência de saúde, sobretudo no quesito de imunização.

Mas não foi o que ocorreu; diante das pesquisas realizadas, há registros de algumas iniciativas pontuais de vacinação nas regiões de fronteiras, sobretudo em cidades gêmeas, que incluem os cidadãos das nacionalidades dos países envolvidos, que – vale dizer – ocorreram depois que os imunizantes não estavam escassos como no início da vacinação.

Contudo, mesmo com tais iniciativas, não há registros de vacinação de imigrantes indocumentados. Leia-se: se alguém saiu de San Matías ou de algum local no meio da fronteira entre Brasil e Bolívia e se deslocou até Cáceres, mas não apresentou Cartão do SUS ou no mínimo CPF, não conseguiu ser vacinada. E em regiões como a de Cáceres, onde há esse trânsito pendular, em que pessoas moram num país e trabalham no outro, ou trabalham em fazendas que ficam no meio da

fronteira, muitos passam uma vida toda sem qualquer documentação – muito menos documentação do país a que não pertencem.

E essa exigência de documentação, sobretudo num cenário tão devastador como o que assistimos durante os anos de 2020 e 2021 é violadora ao direito humano e fundamental à saúde, seja do indivíduo que deveria ser vacinado, seja das pessoas com quem ele convive, pois pode expô-las a risco. Trata-se de demanda burocrática que revela a desumanização dos bolivianos em relação aos brasileiros – pois a mera falta de documentos é suficiente para condená-los a ficar à mercê da contaminação de um vírus que matou quase 700 mil pessoas apenas no Brasil.

É importante, entretanto, fazer algumas pontuações sobre as limitações desta pesquisa: dada a gestão problemática da pandemia pelo Governo Federal do Brasil, os dados informados pelos órgãos oficiais provavelmente encontram-se enviesados, seja propositalmente, para mascarar a situação do país, seja porque, diante da falta de diálogo entre entes federativos, muitas informações se perdem, ou não são adequadamente registradas; os órgãos estatais bolivianos disponibilizam poucos documentos, o que não permitiu um emparelhamento ou pelo menos uma maior proximidade na qualidade e quantidade de dados entre Brasil e Bolívia. O mesmo pode-se dizer sobre a história colonial da Bolívia; quase não há fontes históricas disponíveis sobre a colonização da região oriental boliviana.

De qualquer forma, podemos considerar que, em sendo um direito humano, o Direito à Saúde merece ultrapassar as barreiras da soberania dos países e algumas formas de se fazer isso são as propostas no trabalho, quais sejam, a criação de um instrumento internacional de resposta às pandemias, em conjunto com ações que promovam uma diminuição da desigualdade socioeconômica entre os países (e seus nacionais), pois a saúde anda de mãos dadas com acesso à saneamento básico, água e alimentos não contaminados, moradia adequada, educação e lazer. E a manutenção das condições de ordem colonial só aumentam o abismo entre os países mais abastados dos mais pobres.

Outra proposta é uma integração eficaz em saúde entre os países do Mercosul, pois, ainda que seja um bloco de natureza comercial, o cuidado com a saúde dos cidadãos dos Estados Parte – que também deve vir com a redução das desigualdades – é essencial para que os sistemas de produção continuem funcionando. Por fim, propomos a aplicação do princípio *pro-persona* para superar eventuais óbices

causados por interpretações normativas desfavoráveis aos direitos humanos ou até mesmo normas que violem esses direitos.

Ainda assim, pode-se cogitar políticas públicas de educação em direitos humanos, para oportunizar reflexões e eventualmente, suplantando a ideia de desigualdade decorrente da nacionalidade – da qual decorre a xenofobia –; novos modelos de se pensar as ciências, a partir de perspectivas descoloniais, para que seja possível alcançar patamares verdadeiramente éticos nas relações transnacionais.

No mais, enquanto houver a manutenção do paradigma norte-sul global, não há falar em verdadeira superação de qualquer tipo de desigualdade num contexto transnacional. Os países do norte global devem renunciar ao monopólio do “nós”, para que o sul global não represente sempre “os outros”.

Se a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 já era prevista – ainda assim nada foi feito para evitá-la e as tentativas de contenção não foram suficientes para evitar mortes que não ocorreriam se houvesse um planejamento adequado –, espera-se que, sabendo que próximas pandemias virão, até lá haja mais instrumentos normativos eficazes mas, sobretudo, que tenha ocorrido a superação do paradigma racista de nacionalismo, para que todos os povos, incluídas as pessoas em trânsito, possam ter acesso à prevenção e tratamento de saúde aonde quer que se encontrem. Do mesmo modo, espera-se que as regiões de fronteiras, tais como a que permeia as cidades de Cáceres e San Matías, superem as questões geopolíticas e se relacionem com sucesso para além do comércio, ao promover uma integração – que já se iniciou com o reconhecimento como cidades gêmeas – que efetive os direitos humanos na região.

REFERÊNCIAS

AITH, F. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Editora Quartier Latin do Brasil, 2017.

ALMEIDA, C. Comentário: política e planejamento: O Plano de Saúde Leonel Miranda. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 381-385, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/GQw85ZxrrFHdBNQxDvbhpYz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2022.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. International Organization for Migration. **COVID-19: Access Challenges and the Implications of Border Restrictions**. 9 mai. 2020. Disponível em: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/76447>. Acesso em: 03 dez. 2022.

APPADURAI, A. **La modernidad desbordada: dimensiones culturales de la globalización**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A., 2001. p. 167.

ARAÚJO, M. S. Deslocamentos humanos: brasileiros e bolivianos no painel da globalização e da imigração fronteiriça. **Revista História e Diversidade**, Cáceres, v. 9, n. 1, p. 58-73, 2017.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional sobre os Direitos Sociais, Culturais e Econômicos**. 16 dez 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BALIBAR, E. A forma nação: história e ideologia. In: BALIBAR, E.; WALLERSTEIN, I. **Raça, nação, classe: as identidades ambíguas**. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2021

BALIBAR, E. Racismo e Nacionalismo. In: BALIBAR, E.; WALLERSTEIN, I. **Raça, nação, classe: as identidades ambíguas**. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2021.

BARROS, M. **O livro das ignoranças**. 1 ed. Rio de Janeiro, Alfaguara, 2016.

BASTOS NETTO, C. C. **Princípio pro-persona: conceito, aplicação e análise de casos da corte interamericana de direitos humanos**. 2017. 139 f. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2017.

BBC NEWS MUNDO. **Covid: como América do Sul passou de epicentro da pandemia a líder em vacinação**. 31 dez 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-59808572>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BERTOLOZZI, M.R.; BÓGUS, C. M.; SACARDO, D. P. Saúde Internacional e Sistemas Comparados de Saúde Pública. *In*: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Edit.) **Saúde Pública: bases conceituais**. 2 ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

BLUKACZ, A.; CABIESES, B. COVID-19: leaving no one behind in Latin America. **The Lancet**. Correspondence, vol. 396, ISSUE 10257, p. 1070, 10 out. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32073-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32073-0/fulltext). Acesso em: 03 dez. 2022.

BORTOLETTO SILVA, R. **Os Chiquitano de Mato Grosso: estudo das classificações sociais em um grupo indígena da fronteira Brasil-Bolívia**. 2007. 226 f. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-04072008-140131/publico/TESE_RENATA_BORTOLETTO_SILVA.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 5.449, de 4 de junho de 1968. Declara de interesse da segurança nacional, nos termos do art. 16, §1º, alínea b, da Constituição os Municípios que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05/06/1968. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5449.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%205.449%2C%20DE%204,especifica%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 7 ago. 2022.

BRASIL. Lei 6.634 de 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a faixa de fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03/07/1979, p. 6113. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6634.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%206.634%2C%20DE%202%20DE%20MAIO%20DE%201979.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Faixa%20de,1970%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 23 jul. 2022.

BRASIL. Descaracteriza como de interesse da Segurança Nacional os municípios que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/12/1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1965-1988/Del2183.htm#art1. Acesso em: 7 ago. 2022.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/09/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 out. 2022.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Estado Plurinacional da Bolívia**. 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/relacoes-bilaterais/todos-os-paises/estado-plurinacional-da-bolivia>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e da Cidadania. International Centre for Migration Policy Development. MT Brasil: **Migrações transfronteiriças: fortalecendo a capacidade do governo federal para gerenciar novos fluxos migratórios**. 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/pesquisas-regionais/mtbrasil_act-1-3-1-4_relatorio_final.pdf. Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Lei n. 13.455, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25/05/2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 02 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.365, de 22 de dezembro de 2017. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho sobre Saúde do Estrangeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21/07/2014, Seção 1, página 55. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3565_27_12_2017.html. Acesso em: 02 nov. 2022.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Fundação Alexandre Gusmão. **Fronteiras Terrestres**. Disponível em: <http://www.funag.gov.br/ipri/images/informacao-e-analise/fronteiras-terrestres-brasil.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério de Estado do Desenvolvimento Regional. Portaria 1.080, de 24 de abril de 2019. Inclui o Município no Anexo da Portaria n. 213, de 19 de julho de 2016, que estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por Estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29/04/2019. Seção 1, n. 81. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=515&pagina=10&data=29/04/2019&captchafield=firstAccess>. Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Estudo técnico sobre a viabilidade de criação da “cidade gêmea” Cáceres (Brasil) – San Matías (Bolívia)**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9904>. Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04/02/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/Portaria-188-20-ms.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional

decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07/02/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 120, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt120-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Decreto Legislativo n. 6, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 125, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt125-20-ccv.htm. Acesso em: 24 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 126, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt126-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt454-20-ms.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 132, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre restrição excepcional e temporária de entrada no País, por via terrestre, de estrangeiros provenientes da República Oriental do Uruguai, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/prt132-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 47 de 26 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros por transporte aquaviário, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária –

Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%2047-CC.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 152, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27/03/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20152-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 740, de 19 de abril de 2021**. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de propor estratégias e ações de saúde para organizar o acesso de bolivianos que buscam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Cáceres/MT. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-740/> Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 204, de 29 de abril de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 29/04/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-204-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 255 de 22 de maio de 2020. Dispõe a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 22/05/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-204-20-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 786/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. 22 jun. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-768-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2022.

BRASIL. Portaria n. 655, de 23 de junho de 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 24/06/2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria-655-21-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 685, de 05 de outubro de 2021. Dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, nos termos da Lei n. 13.979, de 2020. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 05/10/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-658-21-ccv.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Em reunião do Mercosul, Ministério da Saúde propõe fortalecimento de políticas regionais de educação e saúde.** 05 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/em-reuniao-do-mercosul-ministerio-da-saude-propoe-fortalecimento-de-politicas-regionais-de-educacao-e-saude>. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRASIL. Portaria n. 660, de 27 de novembro de 2021. Dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, nos termos da Lei n. 13.979, de 2020. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 27/11/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-660-21-ccv.htm#art13. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Portaria n. 661, de 8 de dezembro de 2021. Dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, nos termos da Lei n. 13.979, de 2020. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 08/12/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-661-21-ccv.htm#art22. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – Vacinação.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ação: estratégia de vacinação nas fronteiras: agenda 2022.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vacinacao-imunizacao-pni/plano-de-acao-estrategia-de-vacinacao-nas-fronteiras-agenda-2022/view>. Acesso em 02 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. IPEA. **Saúde: Políticas Sociais: acompanhamento e análise.** BSN n. 29, 2022. p. 23. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/220331_boletim_bps_29_saude.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRAVEMAN P. **COVID-19: inequality is our pre-existing condition.** UNESCO. Inclusive Policy Lab. 14 abr. 2020. Disponível em: <https://en.unesco.org/inclusivepolicylab/news/covid-19-inequality-our-pre-existing-condition>. Acesso em: 27 de jan. de 2023.

BRIDIKHINA, E. La frontera boliviano-brasileña en construcción (principios del siglo XX). Los conflictos territoriales, Fiscales y legales. La Columna Prestes em el territorio boliviano. **Memorias: Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe Colombiano.** Barranquilla, n. 26, p. 322-359, mai./ago. 2015.

BIENNÈS, D. M. **Uma Igreja na Fronteira.** São Paulo: Edições Loyola, 1987.

BLUKACZ, A.; CABIESES, B. COVID-19: leaving no one behind in Latin America. **The Lancet**. Correspondence. [s.l.], vol. 396, ISSUE 10257, p. 1070, 10 out. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32073-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32073-0/fulltext). Acesso em: 03 dez. 2022.

BONAVIDES, P. **Ciência Política**. 23 ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

BONAVIDES, P. **Teoria Geral do Estado**. 10 ed. rev. aum. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.

BORGES, F.T. M. **Do Extrativismo à Pecuária: algumas observações sobre a História Econômica de Mato Grosso: 1870-1930**. São Paulo: Scortecci, 2001.

BUTLER, J. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** – 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CABRAL, O. **Histórias de Uma Região (Mato Grosso, Fronteira Brasil-Bolívia e Rondônia)**. Niterói: Editôra Himalaya Ltda., 1963.

CARBONELL, M. ¿Se justifican las fronteras em el siglo XXI? Apresentação. In: KYMLICKA, W. **Fronteras Territoriales**. Madrid: Minima Trota, 2006.

CARMO, E. H. Regulamento Sanitário Internacional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito Sanitário em Perspectiva**. v.2. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

CETRON, M.; LANDWIRTH, J. Public Health and Ethical Considerations in Planning for Quarantine. **Yale Journal of Biology and Medicine**, New Haven, vol. 78, n. 5, p. 325-330, oct. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132339/> Acesso em: 01 mar. 2023.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Americana de Direitos Humanos**. 22 nov. 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Pandemia e Direitos Humanos nas Américas: Resolução n. 1/2020**. 10 abr. 2020. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Comunicado de Imprensa n. 303**. 17 dez 2020. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2020/303.asp>. Acesso em: 03 dez. 2022.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

COSTA, M. F. **A história de um país inexistente: Pantanal entre os séculos XVI e XVIII**. São Paulo: Estação Liberdade: Kosmos, 1999.

COSTA, P. **Soberania, representação, democracia: ensaios d e história do pensamento jurídico**. Curitiba: Juruá, 2010.

COVID-19 WILL NOT LEAVE BEHIND REFUGEES AND MIGRANTS. **The Lancet**. Editorial, vol. 395, ISSUE 10230, p. 1090, 4 apr. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30758-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30758-3/fulltext). Acesso em: 03 dez. 2022.

DALLARI, D. A. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 32 ed. 3 tir. São Paulo: Saraiva, 2014.

DANDARA, L. Com primeiro surto no Brasil registrado em 1911, poliomielite ainda preocupa. **Portal Fiocruz**. 04 mai. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/com-primeiro-surto-no-brasil-registrado-em-1911-poliomielite-ainda-preocupa>. Acesso em: 17 dez. 2022.

DANDARA, L. Pesquisadores da Fiocruz alertam para risco de retorno da poliomielite no Brasil. **Portal Fiocruz**. 04 mai. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisadores-da-fiocruz-alertam-para-risco-de-retorno-da-poliomielite-no-brasil>. Acesso em: 17 dez. 2022.

DANDARA, L. Programa Nacional de Imunizações é um marco histórico na saúde pública brasileira. 09 jun. 2022. **Portal Fiocruz**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/programa-nacional-de-imunizacoes-e-um-marco-historico-na-saude-publica-brasileira>. Acesso em: 15 jan. 2023.

DANTÉS, O. G.; KHOSHNOOD, B. La evolución de la salud intarnacional en el siglo XX. **Revista Salud Pública de Mexico**. Cuernavaca, Morelos, v. 33, n. 4, p.314-329. jul./ago. 1991.

DI MEO, S.; BENTIVEGNA, E. Migrant's Quarantine and COVID-19 Pandemic in Italy: a Medico-anthropological View. **Springer Nature Compr. Clin. Med.** [s.l.] vol. 3, p. 1858-1862, jun./set. 2021. DOI. 10.1007/s42399-021-00993-2. Acesso em: 03 dez. 2022.

DOMINGUES, C. M. A. S.; *et.al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 14, abr. 2020. DOI. 10.1590/0102-311X00222919. Acesso em: 14 jan. 2023.

ECO, U. **Construir o Inimigo e outros ensaios ocasionais**. Rio de Janeiro: Record, 2021.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

ESQUIVEL, C. L. W.; FRIEDRICH, T. S. A gênese da Globalização da Doença e a Internacionalização do Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário.**, São Paulo, v.15, n.3, p.46-67, nov.2014/fev.2015.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. **Constitucion Politica del Estado**. 2009. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf. Acesso em: 29 out. 2022.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. Prensa. **Núñez: el coronavirus se controlará en las fronteras de Bolivia, pero no se las cerrará**. Sucre, 2 mar. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1224-nunez-el-coronavirus-se-controlara-en-las-fronteras-de-bolivia-pero-no-se-las-cerrara>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. Prensa. **Coronavirus: Bolivia suspende labores educativas, vuelos desde y hacia Europa e intensifica el control en fronteras**. La paz, 12 mar. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1235-coronavirus-bolivia-suspende-labores-educativas-vuelos-desde-y-hacia-europa-e-intensifica-el-control-en-fronteras>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. Prensa. **Gobierno asume nuevas medidas para frenar el coronavirus**. La paz, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1241-gobierno-asume-nuevas-medidas-para-frenar-el-coronavirus>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. Ministerio de salud y deportes. **Gobierno ejecuta plan integral de control de la COVID-19 en puntos fronterizos del país**. 26 mar. [202-]. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/5402-gobierno-ejecuta-plan-integral-de-control-de-la-covid-19-en-puntos-fronterizos-del-pais>. Acesso em: 03 dez 2022.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. Ministerio de salud y deportes. **200.000 vacunas Sinopharm y 4,2 millones de jeringas llegan a Bolivia para ampliar vacunación masiva contra la COVID-19**. 30 mar. [202-]. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/5414-200-000-vacunas-sinopharm-4-2-millones-de-jeringas-llegan-a-bolivia-para-ampliar-vacunacion-masiva-contra-la-covid-19>. Acesso em: 03 dez. 2022.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. Prensa. **Gobierno amplía cuarentena y da a conocer acciones para una segunda fase de “cuarentena dinámica”**. La Paz, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1267-gobierno-amplia-cuarentena-y-da-a-conocer-acciones-para-una-segunda-fase-de-cuarentena-dinamica>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. Prensa. **Bolivia inicia fase de post confinamiento y vigilancia comunitaria para la lucha contra el COVID-19**. La Paz, 27 ago. 2020. Disponível em: <https://www.presidencia.gob.bo/index.php/prensa/noticias/1363-bolivia-inicia-fase-de-post-confinamiento-y-vigilancia-comunitaria-para-la-lucha-contra-el-covid-19>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. **Resolución Ministerial n. 0550**. 29 dez. 2021. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=708&catid=2&m=0&Itemid=646>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. **About CDC**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/about/index.html>. Acesso em: 12 nov. 2022.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. **Testing for SARS-CoV-2 Infection at Air, Land, and Sea Points of Entry and Complementary Measures to Limit International Spread of COVID-19: Strategies for Port Health Leaders Outside the United States**. Disponível em: https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/COVID-19_PortofEntry_PUB_PORTUGUESE-p.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

FERRAJOLI, L. **A soberania no mundo moderno: nascimento e crise do Estado Nacional**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FIGUEIREDO, C. Bolívia autoriza uso emergencial da vacina Sputnik V contra Covid-19. **CNN Brasil**. 06 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/bolivia-autoriza-uso-emergencial-da-vacina-sputnik-v-contracovid-19/>. Acesso em: 02 dez. 2022.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11 ed. – São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FREEDMAN, D. O.; WILDER-SMITH, A. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, United Kingdom, vol. 27, n. 2, fev./mar.; 2020. DOI. 10.1093/jtm/taaa020. Acesso em: 03 mar. 2023.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **O vírus da AIDS, 20 anos depois**. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>. Acesso em: 12 nov. 2022.

GARCIA, D. S. C. **Território e negócios na “era dos impérios”: os belgas na fronteira oeste do Brasil**. 2005. [s/n]. Tese de Doutorado em Economia. Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2005.

GARRET, A. M. ¿Una frontera en movimiento o movimientos en la frontera? Bolivia-Brasil en la época del Tratado de Ayacucho. **Anuario de Estudios Bolivianos, Archivísticos y Bibliográficos**, Sucre, n.19, p.255-292, 2013.

GAVI: THE VACCINE ALLIANCE. **Will coronavirus herald a new era in vaccine innovation?** 10 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gavi.org/vaccineswork/will-coronavirus-herald-new-era-vaccine-innovation>. Acesso em: 25 nov. 2022.

GAVI: THE VACCINE ALLIANCE. **How clinical vaccine trials are speeding up in a pandemic**. 18 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-clinical-vaccine-trials-are-speeding-pandemic>. Acesso em: 25 nov. 2022.

GIOVANELLA, L.; *et.al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 23, p. 251-166, 2007.

ÍCARO, P. Chile e Bolívia restringem entrada de brasileiros para frear avanço da covid-19. **Correio Braziliense**. 01 abr. 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/04/4915606-chile-e-bolivia-restringem-entrada-de-brasileiros-para-frear-avanco-da-covid-19.html>. Acesso em: 24 nov. 2022.

IDOSOS BRASILEIROS QUE MORAM EM SAN MATIAS OU NA FRONTEIRA PODEM VACINAR LÁ CONTRA O CORONAVÍRUS. **Jornal Oeste**. 29 mar. 2021. Disponível em: http://www.jornaloeste.com.br/noticias/exibir.asp?id=54726¬icia=8203idosos_brasileiros_que_moram_em_san_matias_ou_na_frenteira_podem_vacinar_la_contra_o_coronavirus. Acesso em: 03 dez. 2022.

INSTITUTO BUTANTAN. **Antes da Covid-19: conheça 3 doenças que também fizeram o mundo tremer neste século**. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/antes-da-covid-19-conheca-3-doencas-que-tambem-fizeram-o-mundo-tremer-neste-seculo>. Acesso em: 12 nov. 2022.

JUCÁ, B. Mais de 30 países iniciaram vacinação contra covid-19, e Bolsonaro agora fala em pressa por vacina. **El País**. São Paulo, 27 dez. 2020. Pandemia de Coronavírus. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-12-27/mais-de-30-paises-iniciaram-vacinacao-contracovid-19-e-bolsonaro-agora-fala-em-pressa-por-vacina.html>. Acesso em: 29 nov. 2022.

JUSTIÇA FEDERAL DA 1ª REGIÃO. 1ª Vara Cível e Criminal da Subseção Judiciária de Cáceres/MT. **Sentença proferida na Ação Civil Pública n. 1001962-39.2020.4.01.3601**. 06 set. 2022. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/mt/sala-de-imprensa/Documentos%20para%20link/Sentena_MT.PDF. Acesso em: 02 nov. 2022.

KÖLLING, G.; MASSAÚ, G. C. Cidadania Supranacional e o Direito à Saúde. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, [S.l.], v.10, n. 19, p. 37-60, 2012. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/6586>. Acesso em: 26 jan. 2023.

KYMLICKA, W. **Fronteras Territoriales**. Madrid: Minima Trota, 2006.

LIN, YC. *et.al.* The spatiotemporal estimation of the risk and the international transmission of COVID-19: a global perspective. **Science Report**. [S.l.], v. 10, n. 1, nov. 2018. DOI. 10.1038/s41598-020-77242-4. Acesso em: 03 mar. 2023.

MARTINS, J. S. **Fronteira: a degradação do Outro nos confins do humano**. São Paulo: Editora Contexto, 2016.

MATEOS, A. A. Migraciones y Refugiados en la era del COVID-19. **Blog Público**. Espanha, 24 mar. 2020. Disponível em: <https://blogs.publico.es/conmde/2020/03/24/migraciones-refugiados-covid19/>. Acesso em: 03 dez. 2022.

MATO GROSSO. Lei n. 336, de 6 de dezembro de 1959. Dispõe sobre o Código de Terras do Estado. **Diário Oficial do Estado**, Cuiabá, MT, 10/12/1949. Disponível em: <https://www.al.mt.gov.br/storage/webdisco/leis/lei-336-1949.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2022.

MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Estudo da Fronteira Brasil – Bolívia no Mato Grosso**. Cootrade Mista de Trabalho Multidisciplinar (org.). Cuiabá: ALMT, 2015.

MATO GROSSO. Imprensa. **Delegacia Especial de Fronteira é inaugurada em Cáceres**. Cáceres/MT, 31 de jan. de 2017. Disponível em: https://web.mt.gov.br/-/5754381-delegacia-especial-de-fronteira-e-inaugurada-em-caceres?p_l_back_url=https%3A%2F%2Fweb.mt.gov.br%2Fnoticias%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_redirect%3Dhttps%253A%252F%252Fweb.mt.gov.br%252Fnoticias%253Fp_p_id%253Dcom_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet%2526p_p_lifecycle%253D0%2526p_p_state%253Dnormal%2526p_p_mode%253Dview%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_mvcPath%3D%252Fsearch.jsp%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_keywords%3Dinaugura%25C3%25A7%25C3%25A3o%2Bdelegacia%2Bc%25C3%25A1ceres%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_formDate%3D1677550691927%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_scope%3Dthis-site. Acesso em: 13 set. 2022.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Segurança Pública. **Sobre o Gefron**. Disponível em: <http://www.sesp.mt.gov.br/bases-do-gefron>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: n-1 edições, 2020.

MENDES, N. F. **Fragmentos da história cultural de Cáceres e outros fios da memória**. Organização: CASTRILLON-MENDES, O. M. Vol. I. Cuiabá: Carlini & Caniato Editorial, 2021.

MENDES, N. F. **Fragmentos da história cultural de Cáceres e outros fios da memória**. Organização: CASTRILLON-MENDES, O. M. Vol. II. Cuiabá: Carlini & Caniato Editorial, 2021.

MENDES, N. F. **História de Cáceres: história da administração municipal**. Cáceres: Editora UNEMAT, 2009.

MERCOSUL. **Acordo Sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas**. Disponível em: https://normas.mercosur.int/simfiles/normativas/75399_DEC_013-2019_PT_Acordo%20Localidades%20Frontericas.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICA FEDERAL. Procuradoria da República no município de Cáceres/MT. **Inquérito Civil n. 1.20.001.000281/2015-37**. Disponível em: <https://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/index2#/detalhe/100000000000068373377?modulo=0&sistema=portal>. Acesso em: 02 nov. 2022.

MINISTÉRIO PÚBLICA FEDERAL. Procuradoria da República no município de Cáceres/MT. **Recomendação n. 85/2016**. 26 set. 2016. Disponível em: <https://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/index2#/detalhe/410000000000074099787?modulo=0&sistema=portal>. Acesso em: 02 nov. 2022.

MINISTÉRIO PÚBLICA FEDERAL. Procuradoria da República no Município de Cáceres. **Ação Civil Pública n. 1001962-39.2020.4.01.3601**. 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/mt/sala-de-imprensa/Documentos%20para%20link/petioinicialmpfsusbolivianos.PDF/view>. Acesso em: 02 nov. 2022.

MIRANDA, J. **Teoria do Estado e da Constituição**. 4 ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

MOREIRA DA COSTA, J. E. F. **A coroa do mundo: religião, território e territorialidade Chiquitano**. Cuiabá: Editora da Universidade Federal de Mato Grosso, 2006.

NAGAMINE, L. *et. al.* Disseminação da COVID-19 nas faixas de fronteira terrestre e litorânea do Brasil. **Revista Tempo do Mundo**, Brasília, n. 23, p. 203-234, ago. 2020. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/rtm/201202_rtm_book.pdf. Acesso em: 18 nov. 2022.

NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária: para defender a vida**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

NUNES, M. Estratégia de vacinação em massa contra COVID-19 nas fronteiras brasileiras. In: BRASIL. Ministério da Economia. IPEA. **Boletim regional, urbano e ambiental, vol. 26, jul-dez. 2021**. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_regional/218388_bru_26_artigo7.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Carta da Organização dos Estados Americanos**. 30 abr. 1948. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/q.carta.oea.htm>. Acesso em: 10 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Secretaría de Acceso a Derechos y Equidade (SARE). **Guia practica de respuestas inclusivas y con enfoque de derechos ante el covid-19 en las Americas**. Washington, DC: Secretaría General

de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA), 2020. Disponível em: https://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf. Acesso em: 03 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 17 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 30 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. 21-25 jul. 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_jacarta_1997.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Adelaide. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Bangkok**. 5 – 11 ago. 2005. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39050/632249/Carta+de+Bangkok.pdf/b84492d6-a05e-4b6a-995c-080489a9b571>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. nov. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cobertura Universal de Saúde**. 12 dez. 2022. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 06 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19**. Interim guidance. 16 dez. 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337858/WHO-2019-nCoV-Risk-based_international_travel-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 06 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 22 jul. 1946. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6. Acesso em: 10 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 12 set. 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Sundsvall**. 9-15 jun. 1991. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração do México**. 5 jun. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19)**. 1 may 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)). Acesso em: 12 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 01 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020**. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 11 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. 30 jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 11 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO welcomes new crucial fundings for vaccines**. 4 jun. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/04-06-2020-who-welcomes-crucial-new-funding-for-vaccines>. Acesso em: 25 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. **Declaração sobre o acordo de TRIPS e Saúde Pública**. IV Conferência Ministerial da OMC, realizada em Doha, Catar, de 09 a 14 de nov. 2011. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/Declaracao-sobre-o-Acordo-de-TRIPS.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Countries should prepare to manage COVID-19 closely for the next 2 years**. 24 jun. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/24-6-2020-countries-should-prepare-manage-covid-19-closely-next-2-years>. Acesso em: 12 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia->

PEREIRA, A. B.; ROSA, T. L. Migrar é um direito humano, e não deve ser um direito exclusivo das elites globais. 22 mar. 2021. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Acervo Online. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/migrar-e-um-direito-humano-e-nao-deve-ser-um-direito-exclusivo-das-elites-globais/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

PEREIRA, F. H. L. C. S.; *et. al.* Direito à saúde para o residente fronteiriço: desafio para a integralidade do SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, vol. 8, n. 3, p. 35-54, dez. 2018. DOI. <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5672>. Acesso em: 18 dez. 2023.

PIRES, R. R. C. **Nota técnica n. 33: Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública.**

IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas de Estado, das Instituições e da Democracia (DIEST). Abril, 2020. p. 7. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200408_not_a_tecnica_diest.pdf. Acesso em: 03 dez. 2022.

PORTO, M. S. G. Diferença e identidade como representação social. *In*: CAVALCANTI, J. S. B.; WEBER, S.; DWYER, T. (orgs.). **Desigualdade, Diferença e Reconhecimento**. Série Sociologia das Conflitualidades, vol. 4. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2009.

RAMIRÉZ, E. **Las personas son de los lugares y llevan su tierra junto a ellas**. 2015. Original de arte, luz neón. Acervo Museo Amparo, Puebla, México.

RISTIĆ, D.; MARINKOVIĆ, D. Biopolitics of othering during the COVID-19 pandemic. **Humanit & Social Science Communications**, [S.l.] vol. 9, n. 409, nov. 2022. DOI. 10.1057/s41599-022-01435-7. Acesso em: 03 dez. 2022.

RUBIO, D. S. **Encantos e desencantos dos Direitos Humanos: de emancipações, libertações e dominações**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

SANTOS, N. R. COVID-19, uma tragédia anunciada, e agora? *In*: BORGES, F. T. (org.) **O longo amanhecer do Sistema Único de Saúde: reflexões para o SUS reexistir**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Eduff, 2021.

SHIRAEF, M. A. Closed borders, travel bans and halted immigration: 5 ways COVID-19 changed how – and where – people move around the world. **The Conversation**. 18 mar. 2021. Disponível em: <https://theconversation.com/closed-borders-travel-bans-and-halted-immigration-5-ways-covid-19-changed-how-and-where-people-move-around-the-world-157040>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SILVA, G. J. A Bolívia, a Chiquitania e as populações indígenas em um mosaico étnico e cultural. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, vol. 6, n. 2, p. 102-126, 2012.

SILVA, G. J. **A presença Camba-Chiquitano na fronteira Brasil-Bolívia (1938-1987): identidades, migrações e práticas culturais**. 2009. 210 f. Tese de

Doutorado. Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2009. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/1235>. Acesso em: 01 set. 2022.

SILVA, G. J. Séculos de história indígena no coração da América do Sul: os Chiquitano no (atual) oriente boliviano. **Revista Anos 90**, Porto Alegre, v. 18, n. 34, p. 159-186, dez. 2011. DOI. 10.22456/1983-201X.24003. Acesso em: 05 set. 2022.

SILVA, J. S. V.; ABDON, M. M.; MENGATTO JÚNIOR, E. A. Características Biofísicas do Chaco Brasileiro. In: SARTORI, A. L. B.; SOUZA, P. R.; ARRUDA, R. C. O. (orgs.) Chaco: caracterização, riqueza, diversidade, recursos e interações. Campo Grande: Editora UFMS, 2021.

SIQUEIRA, E. M. **História de Mato Grosso: Da ancestralidade aos dias atuais**. Cuiabá: Entrelinhas, 2022.

SMITH, N. Contornos de uma política espacializada: veículos dos sem-teto e produção geográfica espacializada. In: ARANTES, A. A. (Org). **O espaço da diferença**. Campinas: Papirus, 2000.

SOBRAL, M. F. F. *et al.* A retrospective cohort study of 238,000 COVID-19 hospitalizations and deaths in Brazil. **Scientific Reports**, [S.], vol. 12, fev./mar. 2022. DOI. 10.1038/s41598-022-07538-0. Acesso em: 01 mar. 2023.

TRIDAPALLI, C. Apresentação. In: MELLO, P. C.; *et.al.* Fronteiras: **territórios da literatura e da geopolítica**. Porto Alegre: Dublinense, 2019.

UNIÃO EUROPEIA. Conselho Europeu. A resposta da EU à pandemia de COVID-19. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/coronavirus/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

UNIÃO EUROPEIA. Conselho Europeu. **Conclusões do presidente do Conselho Europeu na sequência da reunião por videoconferência sobre a COVID-19 com os membros do Conselho Europeu**. 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/press/press-releases/2020/03/17/conclusions-by-the-president-of-the-european-council-following-the-video-conference-with-members-of-the-european-council-on-covid-19/>. Acesso em: 29 jan. 2023.

UNIÃO EUROPEIA. Conselho Europeu. **Reunião por videoconferência dos ministros dos Negócios Estrangeiros, 23 de março de 2020**. 23 mar. 2020. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/meetings/fac/2020/03/23/>. Acesso em: 29 jan. 2023.

VENTURA, D. F. L. Direito Internacional Sanitário. In: ARANHA, M. I. (coord). **Direito sanitário e saúde pública**. Coletânea de Textos. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Família. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

VERGÈS, Fraçoise. **Um feminismo decolonial**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

VIEGAS, L. L.; VENTURA, D. F. L.; VENTURA, M. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, Vol. 38, n. 15, 2022. DOI. 10.1590/0102-331X00168121. Acesso em: 19 jan. 2023.

VIEIRA, L. Cidadania global e estado nacional. **Revista Dados**. Rio de Janeiro, vol. 42, n.3. p. 395-419, 1999. DOI. 10.1590/S0011-52581999000300001. Acesso em: 10 dez. 2022.

WALKER, Bryn. An Overview of Migration-Related Policies introduced by the United States during the Coronavirus Pandemic. **COVID Border Accountability Project**. 2 dez. 2020. Disponível em: <https://covidborderaccountability.org/usareport.html>. Acesso em: 17 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **COVID-19 response: 96% of global destinations impose travel restrictions, UNWTO reports**. 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/covid-19-response-travel-restrictions>. Acesso em: 18 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **More than 50% of global destinations are easing travel restrictions – but caution remains**. 10 set. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/more-than-50-of-global-destinations-are-easing-travel-restrictions-but-caution-remains>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **New COVID-19 surges keep travel restrictions in place**. 26 nov. 2021. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/new-covid-19-surges-keep-travel-restrictions-in-place>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **Restrictions on tourism travel starting to ease but caution remains, UNWTO reports**. 31 mai. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/covid-19-restrictions-on-tourism-travel>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **Restrictions on travel easing as Europe leads cautious restart of tourism**. 23 jun. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/restrictions-on-travel-easing-as-europe-leads-cautious-restart-of-tourism>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **Tightened travel restrictions underline current challenges for tourism. 8 mar 2021**. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/tightened-travel-restrictions-underline-current-challenges-for-tourism>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **Tourism restarts: 40% of destinations have now eased travel restrictions**. 30 jul. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/tourism-restarts-40-per-cent-of-destinations-have-now-eased-travel-restrictions>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **Vaccines and digital solutions to ease travel restrictions**. 5 jul. 2021. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/vaccines-and-digital-solutions-to-ease-travel-restrictions>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **World Tourism Remains at a standstill as 100% of countries impose restrictions on travel**. 11 mai. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/covid-19-world-tourism-remains-at-a-standstill-as-100-of-countries-impose-restrictions-on-travel>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **70% of destinations have lifted travel restrictions, but global gap emerging**. 2 dez. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/70-of-destinations-have-lifted-travel-restrictions-but-global-gap-emerging>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WORLD TOURISM ORGANIZATION. **100% of global destinations now have COVID-19 travel restrictions, UNWTO reports**. 28 abr. 2020. Disponível em: <https://www.unwto.org/news/covid-19-travel-restrictions>. Acesso em: 19 nov. 2022.