

# Regulamento sanitário internacional: emergências em saúde pública, medidas restritivas de liberdade e liberdades individuais

## International health regulations: public health emergencies, freedom-restricting measures, and individual freedom

Yara Oyram Ramos Lima<sup>1,\*</sup>

Ediná Alves Costa<sup>1</sup>

### RESUMO

O estudo objetiva identificar as principais características das medidas de controle restritivas de liberdade, adotadas nos países signatários do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em situações de epidemias/pandemias, com ênfase nas relações entre leis e princípios, benefícios e desvantagens da utilização dessas medidas. Realizou-se revisão até julho de 2012 nas bases de dados *Medline*, *Web of Science* e *Scielo* com os descritores: “Restrictives Measures”, “Quarantine”, “Nonpharmaceutical”, “Quarantine and Isolation”, “medidas restritivas”, “Quarentena”, “não-farmacêuticas”, “isolamento”. Encontrou-se diferentes posições entre os países e que o problema central no debate sobre medidas restritivas de liberdade não é exatamente a quarentena e o isolamento e sim questões de cunho econômico, social e administrativo. Percebe-se concordância tácita quanto à importância das medidas restritivas nas Emergências em Saúde Pública e que a efetivação de sua aplicação enseja problemas ainda não harmonizados entre os países signatários do RSI (2005).

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância Sanitária; Regulamento Sanitário Internacional; Medidas Restritivas de Liberdade; Quarentena e Isolamento

### ABSTRACT

This study aimed to identify the main features of the freedom-restricting control measures adopted by the signatories to the international health regulations (IHR) in case of epidemics/pandemics. Relationships were emphasized between laws and principles and benefits and disadvantages from adopting them. A literature review search was conducted in *Medline*, *Scielo*, and *Web of Science* databases using the key words “Restrictives Measures,” “Quarantine,” “Nonpharmaceutical,” “Quarantine and Isolation,” “medidas restritivas,” “Quarentena,” “não-farmacêuticas,” and “isolamento” in articles published in or before July 2012. Different countries showed different approaches, and economic, social, and administrative issues rather than quarantine and isolation were found to be the main concern in the discussion of freedom-restricting measures. There is tacit agreement regarding both the importance of restrictive measures in Public Health Emergencies and the realization that their effective enforcement entails problems not yet harmonized among IHR (2005) signatories.

**KEYWORDS:** Health Surveillance; International Health Regulations; Freedom-restricting Measures; Quarantine and Isolation

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva,  
Universidade Federal da Bahia  
(ISC/UFBA), Salvador, BA, Brasil

\* E-mail: yaraoyram@yahoo.com.br



## INTRODUÇÃO

As relações internacionais no âmbito da saúde foram, a princípio, calcadas no controle sanitário do tráfego internacional. Existia fiscalização de pessoas, bens e embarcações para que não ocorresse o rechaço das mercadorias exportadas<sup>1</sup>. O temor quanto a possível disseminação de doenças, por meio dos navios mercantes, levou ao estabelecimento de regras sanitárias, como quarentenas de bens e pessoas, para evitar prejuízos comerciais<sup>2,3</sup>. Em 1926, a Convenção Sanitária Internacional discutiu a quarentena como possibilidade de controle de doenças internacionalmente<sup>4,5</sup>.

O processo de globalização representa, atualmente, importante fator de disseminação de doenças. A ocorrência de uma doença em qualquer local do mundo pode ter impacto global e as informações sobre esta doença podem interferir no tráfego internacional e nas medidas sanitárias a serem tomadas pelas nações<sup>6,7,8</sup>. Exemplo relevante ocorreu na Europa em 2011, relacionado à mutação da *E. Coli*. As doenças emergentes e reemergentes contrariaram os pensamentos mais otimistas das décadas passadas que previam a diminuição significativa das doenças infecto-parasitárias (DIP), em vez de sua manutenção aliada às doenças e agravos não transmissíveis (DANT)<sup>9,10</sup>.

Para controlar emergências em pandemias de influenza, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu estratégias de intervenções farmacêuticas e não-farmacêuticas, a serem iniciadas na descoberta de surto, além de questões éticas para serem observadas durante a aplicação das medidas. As intervenções não-farmacêuticas incluem atenção aos hábitos de higiene, medidas de restrição de liberdade, como o isolamento de pessoas doentes, quarentena de contatos, medidas de distanciamento social, como restrição de viagens, fechamento de escolas e locais de aglomeração<sup>11</sup>.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI), um dos principais documentos internacionais no âmbito da saúde pública, mantém estreitas relações com organismos internacionais ligados à Organização das Nações Unidas (ONU) e à OMS. O RSI (2005) introduziu o conceito de emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), definido como um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros Estados e que exige uma resposta internacional coordenada.

Em casos de ESPII, pode-se determinar quarentena e isolamento, como restrição de atividades e ou separação de pessoas suspeitas daquelas que não estão doentes e separação de pessoas doentes ou contaminadas, de maneira a evitar a propagação da infecção ou contaminação, respectivamente<sup>11</sup>.

Situações que implicam intervenções relacionadas com os direitos individuais e coletivos, como o isolamento compulsório de pessoas com lepra e tuberculose<sup>12</sup>, conduzem a questionamentos mais amplos sobre como os Estados se organizam diante das complexas relações entre direitos individuais e coletivos, pois envolvem mais que aspectos legais e de gestão; abrangem concepções de risco, segurança e confiança da sociedade<sup>13</sup>.

As relações entre saúde pública e direitos humanos buscam o equilíbrio entre os direitos coletivos e os direitos individuais<sup>14</sup>, questão crucial no RSI (2005). Em virtude das lacunas encontradas na literatura nacional e da complexidade da problemática, que representa um desafio às ações de vigilância sanitária, considerou-se relevante mapear os principais debates internacionais sobre a aplicação das medidas restritivas de liberdade em situações de epidemias/pandemias e realizar uma análise do RSI, suas implicações quanto à aplicação dessas medidas sanitárias face aos direitos individuais e coletivos. Para abordar o tema buscou-se delinear um marco referencial, tendo por base a temática do biopoder, direitos individuais e direitos coletivos no debate da saúde.

O direito sanitário incorpora o direito à saúde individual e coletivamente<sup>15</sup>. A relação entre direitos humanos e saúde envolve identificar e avaliar os impactos da violação da dignidade e dos direitos humanos<sup>16</sup>. Os elementos de direito sanitário, inseridos nas estruturas do RSI (2005), fundamentam sua finalidade de prevenir a propagação internacional de enfermidades, mediante controle e emissão de uma resposta de saúde pública proporcional e restrita aos riscos. O Regulamento estabeleceu como pilar da fundamentação regulatória os princípios de direitos humanos e das liberdades fundamentais, inspirado na Carta das Nações Unidas e na Constituição da OMS<sup>11</sup>.

Neste sentido, a atuação estatal sobre os indivíduos possui como elemento de destaque a relação apresentada como conflituosa entre interesses coletivos e individuais, entre as liberdades individuais e o poder estatal, pautado no dever de garantir o controle sanitário, de restrição dos interesses individuais em prol dos interesses coletivos. As restrições das liberdades, através do poder estatal, têm por base argumentos de segurança que, em última instância, sempre se referem aos elementos vida, liberdades e segurança<sup>17,18</sup>.

As percepções de controle na sociedade<sup>19,20,21,22</sup> coadunam-se com a perspectiva de controle aplicado aos indivíduos em dimensões globais, nas epidemias/pandemias, quando a disciplina toma a forma de regulamentação sobre a vida e envolve medidas restritivas de liberdade. Há que se cuidar para que, a fim de proteger os direitos individuais, não sejam negados direitos coletivos<sup>18,23,24,25</sup>, uma vez que tais direitos não podem ocorrer de forma isolada, pois não cumpririam sua função em um Estado Democrático<sup>23</sup>. Discute-se que a autonomia privada e a pública não se limitam à defesa de superioridade de uma sobre a outra, mas sim considera-se que tal “oposição” só pode ser sustentada teoricamente, visto que as autonomias possuem uma relação de solidariedade necessária, são co-originais e pressupõem-se mutuamente<sup>26</sup>.

## METODOLOGIA

Este estudo tem por objeto o RSI, quanto às medidas de controle restritivas de liberdade em situações de epidemias/pandemias e implicações para os direitos individuais e coletivos. Integra



investigação mais ampla sobre o RSI e sua implementação no Brasil. Realizou-se uma revisão, sem delimitação temporal inicial, até julho de 2012. Os artigos foram selecionados a partir dos descritores “Restrictive Measures”, “Quarantine”, “Nonpharmaceutical”, “Quarantine and Isolation” nas bases de dados *Medline* e *Web of Scienc* e “medidas restritivas”, “Quarentena”, “não-farmacêuticas” e “isolamento” na base de dados SciELO. Considerou-se medidas restritivas de liberdades a quarentena, o isolamento, as medidas de restrição social e outras, desde que estabelecidas como compulsórias. Foram identificados 1.944 artigos por meio do *software End Note X5*.

No primeiro momento, os textos foram selecionados pelos títulos; excluiu-se os textos sobre temas históricos, medidas não-farmacêuticas que não quarentenas e isolamentos, quarentena de animais ou plantas e modelos matemáticos ou estatísticos de medidas não-farmacêuticas, bem como os repetidos, o que resultou em 509 resumos. No segundo momento realizou-se a leitura dos resumos, que permitiu a seleção de 75 textos completos para análise. Com apoio do *software End Note X5* os achados foram organizados em matrizes, constando as referências do artigo, o resumo, as medidas restritivas de liberdade abordadas e a natureza das medidas (se eram farmacêuticas ou não e se eram compulsórias ou não).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão são apresentados como uma síntese dos debates, posições e abordagens acerca das medidas restritivas de liberdade, sistematizados em leis e princípios no debate sobre as emergências de saúde pública, e benefícios e desvantagens da utilização das medidas não farmacêuticas como quarentena e isolamento. Salienta-se que a posição de atores e países a respeito das medidas restritivas de liberdades não abrange apenas a dimensão técnico-científica do tema, mas inclui valores que são de difícil categorização diante da possibilidade de esvaziamento ou superficialidade da discussão sobre o tema.

### Leis e princípios no debate sobre as emergências de saúde pública

Os Estados, em conformidade com a legislação nacional e as obrigações internacionais, podem exigir dos viajantes exames médicos não invasivos, que sejam menos intrusivos e que possam atingir o objetivo de saúde pública. Tais medidas, em regra, não serão realizadas no viajante, sem prévio consentimento expresso e informado. Caso o viajante se negue, o Estado poderá negar-lhe a entrada no país, se existirem evidências de risco iminente para a saúde pública<sup>11</sup>. Os Estados Parte devem fundamentar suas determinações em princípios científicos; evidências científicas do risco para a saúde humana ou, quando essas evidências forem insuficientes, informações disponíveis, incluindo as fornecidas pela OMS e outras organizações intergovernamentais.

A incorporação de normas nos ordenamentos nacionais para controle das ESP implica na discussão sobre como os aspectos culturais, legais e administrativos interferem nesta harmonização<sup>27,28</sup>. Estudos realizados em países que sofreram eventos epidêmicos/pandêmicos indicam a necessidade de adequações

dos documentos da OMS, inclusive o recém revisto RSI (2005), e também das estruturas jurídico-administrativas dos países signatários<sup>29,30</sup>. Alguns países aplicam medidas de quarentena e isolamento, mas não têm detalhado, em lei, como devem ser estas intervenções<sup>31</sup>, falta que implica em insegurança jurídica.

Percebe-se lacunas na incorporação de documentos internacionais, como o RSI (2005), ao ordenamento de alguns países, o que dificulta a organização das medidas restritivas de liberdade e as atividades dos profissionais de saúde que atuam na assistência e vigilância e gera falta de adesão da população<sup>32,33</sup>. O RSI não se limita a discutir a condição do direito à saúde na perspectiva individual, mas inclui questões de saúde pública<sup>34</sup> como: a discussão sobre a prioridade da segurança em relação à liberdade, a necessidade de transparência na informação sobre surtos<sup>35</sup> ou a compreensão do que se trata por vigilância internacional e segurança sanitária<sup>36-38</sup>.

Para além da existência de confrontos de ordem econômica relacionados com as escolhas em saúde pública<sup>39</sup>, os estudos em geral se limitam a discutir questões burocráticas e pouco tratam daquelas relativas à quarentena e ao isolamento, como se estas questões estivessem equacionadas. As discussões sobre quarentena e isolamento, em determinados artigos, apresentam-se como dadas, sem justificativas sobre o tema, o que pode se dever ao fato de que em última instância a opção por quarentena e isolamento pode ser decidida a partir da perspectiva de segurança nacional.

No extremo, as doenças podem ser securitizadas e medidas de emergências podem ser introduzidas temporalmente, suspendendo direitos e estabelecendo deveres na legislação<sup>40,41,42</sup>. Seria uma forma de recorrer à suspensão de determinados direitos com respaldo na necessidade de saúde pública e com base em normas nacionais, caso existam, ou mesmo internacionais, ignorando-se, por vezes, o fato de que as medidas restritivas de liberdade devem ser aplicadas com base legal e observando-se se são sensíveis aos direitos humanos<sup>43</sup>.

Os artigos analisados enfatizam a necessidade de utilização das medidas restritivas de liberdade, mas problematizam pouco as consequências de sua aplicação. Quarentena e isolamento apresentam a dualidade básica, demonstrada pelas restrições de liberdades em confronto com o bem-estar coletivo<sup>44</sup>. Entretanto, alguns autores ignoram até mesmo a diferenciação entre quarentena e isolamento e apresentam tais medidas como sinônimas<sup>45</sup>.

Alguns autores sinalizam a importância da incorporação da quarentena, ressaltando a Austrália como precursora deste processo<sup>30,42,46</sup>. Outra abordagem trata da implementação do RSI (2005) no tocante aos viajantes<sup>47</sup>. Discute-se ainda que o novo RSI impõe grande responsabilidade aos signatários, no sentido de prover a segurança contra um evento internacional e organizar o cumprimento das harmonizações das leis nos ordenamentos jurídicos nacionais, inclusive quanto a enfermidades que permanecem, como a tuberculose<sup>40,48</sup>.

Destaca-se a necessidade de incorporar aspectos éticos nos planos nacionais de contingência para ESP e ESPII e no âmbito



internacional, os artigos analisados discutem que as medidas de vigilância, quarentena e isolamento devem respeitar as normas éticas<sup>49,50,51,52</sup>, o que implica na discussão sobre a obrigação dos indivíduos evitarem infectar outros, o dever de tratar dos profissionais de saúde, a alocação dos escassos recursos e o uso de medidas de distanciamento social<sup>53</sup>. Problematisa-se a necessidade da atenção aos princípios bioéticos, éticos, de direitos humanos e de liberdades. Considera-se que as intervenções de saúde pública, via medidas de controle, devem observar estes princípios e aspectos científicos e legais<sup>32,51</sup>.

Alguns autores sinalizam uma percepção dos problemas de saúde pública como uma situação que pode afetar qualquer pessoa na sociedade, que ultrapassa aspectos individuais, reaviva aspectos de solidariedade, retratada pela expressão “dever cívico”, “responsabilidade cívica”, “responsabilidade social”, “responsabilidade pública” como elementos que ensejarão o maior cumprimento das medidas restritivas de liberdade<sup>41,43,54,55,56</sup>.

Uma abordagem ética inclui princípios como equidade, utilidade/eficiência, liberdade, reciprocidade e solidariedade<sup>50</sup>, além de resguardar as diferenças culturais<sup>57</sup>. Autores defendem vários princípios que devem reger o período de restrição de direitos, como os princípios relativos ao dano, à proporcionalidade, à reciprocidade, à não-discriminação, à menor restrição da medida, ao ambiente seguro e habitável para a quarentena e o isolamento, à justiça social e ao tratamento igualitário, aos procedimentos do devido processo quando solicitado, à privacidade, ao consentimento informado, à liberdade de movimento e à informação e atitudes equânimes<sup>32,40,50,53,58,59</sup>.

Reporta-se aos Princípios de Siracusa, segundo os quais se pode validar a limitação aos direitos humanos. Ressalte-se que os princípios estabelecidos em Siracusa não conseguem resolver todos os aspectos éticos envolvidos na restrição de direitos; além disso, nem todos os países são signatários<sup>60</sup>. Esses princípios determinam que as medidas de saúde pública coercitivas devam ser razoáveis, proporcionais, legítimas, legais, necessárias, não discriminatórias e representar a medida menos restritiva a ser aplicada<sup>60</sup>. Ademais, preveem a importância do cumprimento dos princípios da reciprocidade, transparência, não discriminação e adoção de leis nacionais que facilitem a implementação de medidas não farmacêuticas<sup>61</sup>.

As Emergências em Saúde Pública têm fases de contenção, quando devem ser outorgados poderes às autoridades sanitárias, no sentido de coagir/impor às pessoas medidas de restrição de liberdade. Na fase de mitigação, associa-se uma atuação mais voltada aos avisos para a população cuidar de sua própria saúde e exercer a “responsabilidade social”<sup>62</sup>. As combinações de estratégias são entendidas como mecanismos de proteção contra possíveis falhas de intervenções individuais e devem ser consideradas nos planos de contingência<sup>63</sup>.

Emerge nas discussões a percepção de que tecnologia e ciência sozinhas não podem conter as doenças e que o apoio das leis é necessário para o controle das doenças transmissíveis ser efetivo. Adequações culturais e legais para a organização das

medidas restritivas de liberdade se fazem necessárias, inclusive a adequação das normas internacionais no âmbito nacional<sup>64,65</sup>. O período pós 11 de setembro incitou a revisão de leis estaduais e a versão de leis nacionais que incluem aspectos das medidas emergenciais, como quarentena e isolamento<sup>66</sup>.

Existem países com leis e discussões organizadas sobre a atuação em períodos de quarentena e há outros, onde esta organização está por ser feita, ou refeita<sup>58,65</sup>. Existem ainda leis mais ou menos restritivas; por exemplo, na Europa discute-se a necessidade de equacionamento das regras nacionais face às regras da União Europeia, considerando as medidas restritivas como elemento controverso entre as nações<sup>67</sup>. Mesmo em países com ordenamento jurídico organizado quanto à implementação de quarentenas e isolamentos existem indefinições, bem como a percepção da necessidade de serviços que abranjam quarentena e isolamento e cuidados com as questões éticas pelo pessoal de saúde<sup>68</sup>.

A contenção de doenças infecciosas na Europa encontra dificuldades no que refere a questões éticas, políticas, sociais e econômicas, além dos embates no tocante à organização de princípios e leis. Existem variações das normas entre as nações europeias, em relação à notificação de doenças pelos médicos; que pode ser desde um abono pecuniário para os que notificam, até prisão e perda da licença para médicos que não notificam. A variação entre as regras europeias, quanto às medidas de controle de doenças infecciosas é tão ampla que os autores consideram a existência de quatro tipos de leis: autoritária, moderada, preventiva e “*laissez faire*”<sup>48,69</sup>.

Em todos os países do continente europeu existe a possibilidade de quarentena e isolamento; em alguns, a própria polícia pode conduzir o indivíduo. Quando não se obriga a quarentena, cobra-se multas caso as pessoas venham a imprimir risco de contágio a outras. Testes, tratamentos e exames médicos involuntários são aceitos em alguns países europeus, mesmo sem a concordância do indivíduo, que é sujeito a penalidades pecuniárias ou prisão, como na Áustria. Testes involuntários só não são permitidos na Espanha<sup>40</sup>.

Encontrou-se, ainda, referências de problemas na organização administrativa da quarentena, exemplificados com situações em que a medida é dita voluntária, mas quando descumprida enseja pagamento de multa<sup>46,70</sup>. As pessoas tendem a concordar que devem ocorrer casos de quarentena; concordam, inclusive, com sanções, como pagamento de multas e penalidades administrativas, entre outras medidas coercitivas para quem descumpra a quarentena<sup>66,70</sup>.

Nos casos de tuberculose, em 14 países europeus, as pessoas são obrigadas a tratamento compulsório, mas apenas um autoriza a quarentena compulsória<sup>48,69,71</sup>. Relata-se a utilização pelas autoridades, quando da implementação de quarentenas, de instrumentos como braceletes eletrônicos, web câmeras, supervisão de agências de segurança, internamentos compulsórios<sup>59</sup>.

Os termos encontrados nos artigos analisados para representar medidas restritivas de liberdade foram no sentido de reiterar a construção de oposição entre autonomia coletiva e autonomia privada, como se estas estivessem em contínuo



embate, cabendo ao Estado equacionar os desequilíbrios de acordo com as demandas, que podem variar a partir dos âmbitos nacionais e internacionais<sup>40</sup>.

Os termos utilizados, sem explicações, para representar o contínuo embate entre os direitos foram: bem comum e direitos individuais<sup>65</sup>; interesses da comunidade e direitos dos indivíduos<sup>50</sup>; segurança e liberdade<sup>31</sup>; necessidades sociais e integridade individual<sup>65</sup>; dever cívico e responsabilidade social<sup>66</sup>; bem coletivo e direitos individuais de privacidade e liberdade, segurança e liberdade<sup>59</sup>; saúde pública e liberdades civis<sup>42</sup>; direitos individuais e segurança em saúde pública<sup>48</sup>; e liberdades individuais e a Constituição<sup>72</sup>.

O debate sobre restringir liberdades e integridade física não enseja, necessariamente, a posição de que ocorra transgressão de direitos humanos; existem situações aceitas de restrição, em função do bem comum. Em alguns Estados, a aplicação de quarentenas requer declarações judiciais; neste caso, a quarentena sai da esfera administrativa. Entretanto, tal medida é impensável em casos de epidemias/pandemias, diante da grande quantidade de casos<sup>51,73</sup>. Ademais, o impacto de decisões em saúde pode não ser entendido em diferentes âmbitos da sociedade, o que pode dificultar decisões do judiciário sobre aspectos relacionados às liberdades individuais envolvendo elementos de saúde<sup>46</sup>.

Postula-se maior relacionamento entre as decisões das esferas administrativas, pela necessidade de se estabelecer, de forma clara, a competência para organizar as medidas restritivas de liberdade<sup>52,53,61</sup>.

#### **Benefícios e desvantagens da utilização das medidas não farmacêuticas como quarentena e isolamento**

Sobre os benefícios da utilização das medidas não-farmacêuticas como a quarentena e o isolamento as discussões são bastante controversas; existem posicionamentos que variam entre a necessidade de manutenção da infraestrutura social e os cuidados quanto a perdas econômicas<sup>74</sup>. Considera-se que, em conjunto com outras medidas de saúde pública, existem fortes indícios de que a quarentena e o isolamento contribuem para limitar o aumento de doenças<sup>50,75</sup>. Outros autores ponderam que o autoisolamento é inefetivo *de per se*<sup>76</sup> e que as medidas devem ser associadas, mesmo que sejam apenas não-farmacológicas<sup>77</sup>. Outros estudos no sentido positivo e negativo defendem a necessidade de que a quarentena seja implementada rapidamente, para não ser inefetiva<sup>53,66,78</sup>.

Considera-se que a utilização de quarentena e isolamento de forma voluntária, com base em efetiva comunicação e confiança nas autoridades, seja a mais apropriada<sup>75,79</sup>, pois este tipo de limitação de contato pessoal e baixa interação social reduz a estigmatização, utiliza baixos recursos e estimula o instinto de autopreservação, valorizando aspectos individuais<sup>58,77</sup>. Quarentenas geográficas (cordão sanitário) e de grupos em locais estabelecidos pelos governos<sup>39,50</sup> foram pouco mencionadas.

Foram identificadas dificuldades sobre elementos econômicos, psicológicos, comumente envolvendo a família, problemas de comunicação e competências. No tocante aos aspectos econômicos ressalta-se, como desvantagens, a diminuição e ou perda da renda, perda de emprego e falência das atividades

comerciais<sup>40,44,53,70,73,74,79,80,81</sup>. Em todos os estudos foram pontuados aspectos problemáticos, no mínimo os econômicos, relativamente às medidas de isolamento e quarentena - mesmo quando voluntárias, tidas como amplamente aceitas<sup>77,82</sup>.

Outro tema são dificuldades nas medidas de distanciamento que envolvem crianças, problematizando-se o risco de inadequada supervisão, depressão, efeitos emocionais e psicológicos, que envolvem melancolia, solidão, ansiedade e medo. Os sintomas podem persistir por tempo maior que as medidas restritivas de liberdade<sup>41,66,83</sup>. O isolamento dos pais também pode gerar tais efeitos<sup>50,80</sup>. Problemas relacionados à confusão sobre competências/responsabilidades, falta de informação, estigmatização de populações vulneráveis e questões de ordem psicológica exemplificam o que pode ocorrer pela falta de padrões éticos, administrativos e legais a serem seguidos no caso de medidas restritivas de liberdade<sup>84</sup>.

Discute-se que a utilização de isolamento no caso de poucos recursos é mais efetiva que a quarentena em massa, por retirar de circulação quem de fato está doente. A quarentena seria indicada quando o número de casos aumenta, mesmo com a utilização do isolamento, ou quando um único indivíduo gera muitos casos novos. A possibilidade de que os indivíduos quarentenados desenvolvam a doença enseja discussão, pois este indivíduo pode não desenvolver a doença e, ainda assim, ter seus direitos restringidos/cerceados<sup>83</sup>.

Apresenta-se como grande desvantagem da quarentena os resultados de estudos que declaram que 65% das pessoas podem ficar doentes por meio dessa medida e que num mesmo grupo de pessoas não vacinadas sem quarentena o risco é de 25%. Outro aspecto negativo considerado relevante é a possibilidade do segundo pico da doença, quando são encerradas as medidas de restrição<sup>51,85,86</sup>. Propostas atuais tentam combater epidemias com a utilização conjunta de medicamentos e vacinas<sup>75</sup>.

Comunicação adequada, apoio social, escolaridade dos indivíduos, renda, questões econômicas, prestação de serviços comunitários, atividades religiosas, desconfiança no governo, grau de letalidade da doença foram citados como elementos que interferem na adesão a medidas restritivas de liberdade como quarentena domiciliar, ou inclusão em local estabelecido pelo governo para quarentena. Reporta-se a diminuição dos níveis de cooperação à medida que aumenta o grau de coerção<sup>56,87,88</sup>.

Em situações de quarentena recomenda-se flexibilidade, respostas criativas, correção das leis, linhas de responsabilidade claras, definição de autoridades competentes para a implementação das medidas, distribuição de informação pública, confidencialidade das informações<sup>39,62,73</sup>. Outras medidas apontadas foram: educação da população; evitar medidas coercitivas; oferta de apoio econômico e suplementos; organização para cuidado de dependentes; conhecimento das regras para indivíduos e comunidades; avaliação e planejamento dos recursos; monitoramento, informação/comunicação por *websites*; infraestrutura adequada para quarentena e isolamento, e transparência sobre a perspectiva internacional do tema<sup>46,87</sup>.



Associa-se altos níveis de confiança e cumprimento da quarentena à informação/comunicação oferecida de forma simples, apropriada, clara, suficiente, oportuna<sup>43,89</sup>, bem como experiência prévia, uso associado de drogas e ao alto nível de consciência pública em relação aos fatos<sup>51</sup>. Pagamentos e benefícios para pessoas em quarentena e isolamento, perda de renda, necessidade de cuidado com os profissionais de saúde, priorização de drogas e acesso a cuidados intensivos foram relatados como problemas<sup>41,56</sup>.

Foram encontrados argumentos sobre a necessidade de pagamento para pessoas em quarentena e isolamento, com posições contra e a favor e referências de lacuna na legislação da maioria dos países sobre como as pessoas podem ser compensadas pelo Estado<sup>40,43,44</sup>, inclusive, com a possibilidade de garantia do emprego durante o período<sup>85,88</sup>.

Outro argumento é de que, enquanto a narrativa do governo trata as medidas restritivas de liberdade como políticas de prevenção e controle, a percepção da população por vezes é de uma política de punição pessoal<sup>51,81</sup>. Ainda que existam leis escritas sobre como devem ocorrer as medidas de quarentena e isolamento, questões referentes a informações contraditórias permanecem e permitem entender que estas medidas são escolhidas em decorrência da falta de conhecimento sobre a doença<sup>70</sup>.

O racismo e a discriminação foram apresentados em artigos que trataram da atenção diferenciada em caso de quarentena, além disso, estigmas aludidos por pacientes e profissionais<sup>80</sup>. Ressalta-se que quarentena e isolamento podem ser impostos arbitrariamente e de maneira discriminatória<sup>90</sup>. A percepção de punição na quarentena refere-se também a aspectos dos determinantes sociais, visto que os mais pobres são também os mais afetados econômica e socialmente pelas quarentenas<sup>56,91,92</sup>. Cabe ao Estado articular as necessidades visando um tratamento igualitário e com elementos de justiça, no sentido de cuidar das populações mais vulneráveis<sup>53,59,85,88</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao exposto, pode-se afirmar que o problema central das medidas de restrição de liberdades no que tange aos direitos individuais não são exatamente as medidas de quarentena e isolamento. Os principais problemas abordados referem questões de cunho social, econômico e administrativo, principalmente quanto às quarentenas, posto que a base para a imposição destas medidas não é a doença, mas sua expectativa. Percebe-se uma concordância tácita acerca da necessidade e importância das medidas restritivas diante de ESP, mas as restrições de direitos incorrem em problemas ainda não harmonizados.

## REFERÊNCIAS

1. Costa EA. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2004.
2. Maglen K. "The first line of defence": British quarantine and the port sanitary authorities in the nineteenth century. *Soc Hist Med*. 2002;15(3):413-28. <http://dx.doi.org/10.1093/shm/15.3.413>
3. Fonseca, VSL. O Direito Internacional face à saúde e às moléstias transmissíveis [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo; 1989.



4. Sealey A. Globalizing the 1926 International Sanitary Convention. *J Global Hist.* 2011;6(3):431-55. <http://dx.doi.org/10.1017/S1740022811000404>
5. Bradt DA, Drummond CM. Avian influenza pandemic threat and health systems response. *Emerg Med Australas.* 2006;18(5-6):430-43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-6723.2006.00906.x>
6. Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(6):1575-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600019>
7. Menucci DL. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a vigilância em saúde. *Rev Direito Sanit.* 2006;7(1-3):118-50. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v7i1-3p54-87>
8. Sato K, Morishita T, Sakae K. [Isolation of influenza A H1N2 virus from a returning traveller at Nagoya International Airport]. *Kansenshogaku Zasshi.* 2004;78(6):476-81. Japanese.
9. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet.* 2011;377(9780):1877-89. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60202-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60202-X)
10. Carmo EH, Barreto ML, Silva Junior JB. Mudanças nos padrões de morbi-mortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol Serv Saúde.* 2003;12(2):63-76.
11. Brasil. Decreto Legislativo nº 395 de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. *Diário Oficial da União.* 10 jul 2009;Seção 1:11.
12. Cunha VS. O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1940) [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
13. Giddens A. As consequências da modernidade. São Paulo: UNESP; 1991.
14. Barata RB. Ética e epidemiologia. *Hist Ciênc Saúde - Manguinhos.* 2005;12(3):735-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702005000300006>
15. Aith F. Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin; 2007.
16. Mann J. Saúde pública e direitos humanos. *Physis.* 1996;6(1-2):135-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311996000100007>
17. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
18. Rawls J. Uma teoria da justiça. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
19. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. 3a ed. Rio de Janeiro. NAU; 2009.
20. Foucault M. Microfísica do poder. 23a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007.
21. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 30a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
22. Deleuze G. Societies of control. *October.* 1992;59:3-7.
23. Comparato FK. A afirmação histórica dos direitos humanos. 7a ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
24. Vitta HG. Soberania do Estado e poder de polícia. São Paulo: Malheiros, 2011. (Temas de direito administrativo; vol 28).
25. Dallari DA. Estado de direito e direitos fundamentais. In: Almeida Filho N, Cruz DR, organizadores. Estado de direito e direitos fundamentais: homenagem ao jurista Mário Moacyr Porto. Rio de Janeiro: Forense; 2005. p. 171-84.
26. Habermas J. Direito e democracia: entre facticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2011.
27. Carney T, Bennett B. Trade, travel and disease: the role of law in pandemic preparedness. *Asian J WTO Int Health Law Policy.* 2010;5(2):301-29.
28. Baker MG, Fidler DP. Global public health surveillance under new international health regulations. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(7):1058-65. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1207.051497>
29. Low CL, Chan PP, Cutter JL, Foog BH, James L, Ooi PL. International health regulations: lessons from the influenza pandemic in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 2010;39(4):325-7.
30. Kamradt-Scott A. Disease outbreaks and health governance in the Asia-Pacific: Australia's role in the region. *Aust JInt Affairs.* 2009;63(4):550-70.
31. Lam PY. Avian influenza and pandemic influenza preparedness in Hong Kong. *Ann Acad Med Singapore.* 2008;37(6):489-96.
32. Bensimon C, Upshur R. Evidence and effectiveness in decision making for quarantine. *Am J Public Health.* 2007;97(Suppl 1):S44-8. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.077305>
33. Farley, MM. 2009 H1N1 influenza: a twenty-first century pandemic with roots in the early twentieth century. *Am J Med Sci.* 2010;340(3):202-8. <http://dx.doi.org/10.1097/MAJ.0b013e3181e937b0>
34. Bhattacharya D. An exploration of conceptual and temporal fallacies in international health law and promotion of global public health preparedness. *J Law Med Ethics.* 2007;35(4):588-98. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00182.x>
35. Burns W. Openness is key in fight against disease outbreaks. *Bull Health Organization.* 2006;84(10):769-70.
36. Chiu YW, Weng YH, Su YY, Huang CY, Chang YC, Kuo KN et al. The nature of international health security. *Asia Pacific J Clin Nutr.* 2009;18(4):679-83.
37. Aldis W. Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy Plan.* 2008;23(6):369-75. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czn030>
38. Formenty P, Epelboin A, Allarangar Y, Libama F, Boumandouki P, Koné L et al. [Training the trainers seminar and analysis of the Ebola virus hemorrhagic fever outbreaks in central Africa from 2001 to 2004]. *Bull Soc Pathol Exot.* 2006;98(3):244-54. French
39. Ahmad A, Krumkamp R, Reintjes R. Controlling SARS: a review on China's response compared with other SARS-affected countries. *Trop Med Int Health.* 2009;14(Suppl 1):36-45. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02146.x>



40. Gainotti S, Moran N, Petrini C, Shickle D. Ethical models underpinning responses to threats to public health: a comparison of approaches to communicable disease control in Europe. *Bioethics*. 2008;22(9):466-76.
41. Digiovanni C, Bowen N, Ginsberg M, Giles G. Quarantine stressing voluntary compliance. *Emerg Infect Dis*. 2005;11(11):1778-9. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1111.050661>
42. Gostin LO, Sapsin JW, Teret SP, Burris S, Mair JS, Hodge Junior JG et al. The Model State Emergency Health Powers Act: planning for and response to bioterrorism and naturally occurring infectious diseases. *JAMA*. 2002;288(5):622-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.5.62>
43. James L, Shindo N, Cutter J, Ma S, Chew SK. Public health measures implemented during the SARS outbreak in Singapore, 2003. *Public Health*. 2006;120(1):20-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2005.10.005>
44. Holm S. Should persons detained during public health crises receive compensation? *J Bioeth Inq*. 2009;6(2):197-205. <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-009-9160-7>
45. Speakman JF, González-Martín PT, Perez T. Quarantine in severe acute respiratory syndrome (SARS) and other emerging infectious diseases. *J Law Med Ethics*. 2003;31(4):63-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-720X.2003.tb00755.x>
46. Manuell ME, Cukor J. Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters*. 2011;35(2):417-42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0361-3666.2010.01219.x>
47. Plotkin B. Human rights and other provisions in the revised International Health Regulations (2005). *Public Health*. 2007;121(11):840-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2007.08.001>
48. Coker RJ, Mounier-Jack S, Martin R. Public health law and tuberculosis control in Europe. *Public Health*. 2007;121(4):266-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2006.11.003>
49. Velásquez G. O gerenciamento da pandemia da gripe A (H1N1): uma visão alternativa. *Rev Direito Sanitário*. 2012;13(2):108-22. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i2p108-122>
50. Devnani M, Gupta AK, Devnani B. Planning and response to the influenza A (H1N1) pandemic: ethics, equity and justice. *Indian J Med Ethics*. 2011;8(4):237-40.
51. Ng ES, Tambyah PA. The ethics of responding to a novel pandemic. *Ann Acad Med Singapore*. 2011;40(1):30-5.
52. Barbera J, Macintyre A, Gostin L, Inglesby T, O'Toole T, DeAtley C et al. Large-scale quarantine following biological terrorism in the United States: scientific examination, logistic and legal limits, and possible consequences. *JAMA*. 2001;286(21):2711-7. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.21.2711>
53. Selgelid MJ. Pandethics. *Public Health*. 2009;123(3):255-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2008.12.005>
54. Selgelid MJ. Ethics and infectious disease. *Bioethics*. 2005;19(3):272-89.
55. Viens AM, Bensimon CM, Upshur RE. Your liberty or your life: reciprocity in the use of restrictive measures in contexts of contagion. *J Bioeth Inq*. 2009;6(2):207-17.
56. Letts J. Ethical challenges in planning for an influenza pandemic. *N S W Public Health Bull*. 2006;17(9-10):131-4.
57. Bell D, Mocpçç A, Fukuda K, Horby P, Monto A. Nonpharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(1):88-94. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1201.051371>
58. Gostin, LO. The International Health Regulations and beyond. *Lancet Infect Dis*. 2004;4(10):606-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(04\)01142-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(04)01142-9)
59. Gostin LO, Bayer R, Fairchil A. L. Ethical and legal challenges posed by severe acute respiratory syndrome - Implications for the control of severe infectious disease threats. *JAMA*. 2003;290(24):3229-37. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.290.24.3229>
60. Kraemer JD, Cabrera OA, Singh JA, Depp TB, Gostin LO. Public health measures to control tuberculosis in low-income countries: ethics and human rights considerations. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(Suppl 2):S19-24. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.10.0412>
61. Wynia MK, Gostin LO. Ethical challenges in preparing for bioterrorism: barriers within the health care system. *Am J Public Health*. 2004;94(7):1096-102.
62. Tay J, NQ YF, Cutter JL, James L. Influenza A (H1N1-2009) pandemic in Singapore: public health control measures implemented and lessons learnt. *Ann Acad Med Singapore*. 2010;39(4):313-24.
63. Lee VJ, Lye DC, Wilder-Smith A. Combination strategies for pandemic influenza response: a systematic review of mathematical modeling studies. *BMC Med*. 2009;7:76. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-7-76>
64. Bennett B, Carney T. Law, ethics and pandemic preparedness: the importance of cross-jurisdictional and cross-cultural perspectives. *Aus N Z J Public Health*. 2010;34(2):106-112. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00492.x>
65. Blum JD, Talib N. Balancing individual rights versus collective good in public health enforcement. *Med Law*. 2006;25(2):273-81.
66. Tracy CS, Rea E, Upshur RE. Public perceptions of quarantine: community-based telephone survey following an infectious disease outbreak. *BMC Public Health*. 2009;9:470. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-470>
67. Gazzini T, Herlin-Karnell E. Restrictive measures adopted by the European Union from the standpoint of international and EU law. *European Law Rev*. 2011;36(6):798-817.
68. Norman ID, Aikins M, Binka FN. The medico-legal prerequisite for initiating quarantine and isolation practices in public health emergency management in hospitals in Ghana. *Ghana Med J*. 2011;45(4):167-73.
69. Jacobs AJ. Is state power to protect health compatible with substantive due process rights? *Ann Health Law*. 2011;20(1):113-49.



70. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R et al. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs.* 2005;22(5):398-406. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>
71. Centers for Disease Control and Prevention. Public health interventions involving travelers with tuberculosis: U.S. ports of entry, 2007-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012;61(30):570-3.
72. Lacey C. Abuse of quarantine authority: the case for a federal approach to infectious disease containment. *J Leg Med.* 2003;24(2):199-214. <http://dx.doi.org/10.1080/713832158>
73. Bostick NA, Levine MA, Sade RM. Ethical obligations of physicians participating in public health quarantine and isolation measures. *Public Health Rep.* 2008;123(1):3-8.
74. Antommaria AH, Thorell EA. Non-pharmaceutical interventions to limit the transmission of a pandemic virus: the need for complementary programs to address children's diverse needs. *J Clin Ethics.* 2011;22(1):25-32.
75. McVernon J, Mason K, Petrony S, Nathan P, LaMontagne AD, Bentley R et al. Recommendations for and compliance with social restrictions during implementation of school closures in the early phase of the influenza A (H1N1) 2009 outbreak in Melbourne, Australia. *BMC Infect Dis.* 2011;11:257. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-11-257>
76. Crokidakis N, Queiros SMD. Probing into the effectiveness of self-isolation policies in epidemic control. *J Stat Mech.* 2012:P06003. <http://dx.doi.org/10.1088/1742-5468/2012/06/P06003>
77. Yang Y, Atkinson PM, Ettema D. Analysis of CDC social control measures using an agent-based simulation of an influenza epidemic in a city. *BMC Infect Dis.* 2011;11:199. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-11-199>
78. Tang S, Xiao Y, Yuan L, Cheke RA, Wu J. Campus quarantine (Fengxiao) for curbing emergent infectious diseases: lessons from mitigating A/H1N1 in Xian, China. *J Theor Biol.* 2012;295:47-58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtbi.2011.10.035>
79. Timen A, Isken LD, Willemsse P, Berkmortel F, Koopmans MP, Oudheusden DE, et al. Retrospective evaluation of control measures for contacts of patient with marburg hemorrhagic fever. *Emerg Infect Dis.* 2012;18(7):1107-14. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1807.101638>
80. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ.* 2003;168(10):1245-51.
81. Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S et al. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33(1):75-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.11.001>
82. Teh B, Olsen K, Black J, Cheng AC, Aboltins C, Bull K et al. Impact of swine influenza and quarantine measures on patients and households during the H1N1/09 pandemic. *Scand J Infect Dis.* 2012;44(4):289-96. <http://dx.doi.org/10.3109/00365548.2011.631572>
83. Day T, Park A, Madras N, Gumel A, Wu J. When is quarantine a useful control strategy for emerging infectious diseases? *Am J Epidemiol.* 2006;163(5):479-85. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwj056>
84. Hodge Jr JG, Brown EF, O'Connell JP. The HIPAA privacy rule and bioterrorism planning, prevention, and response. *Biosecur Bioterror.* 2004;2(2):73-80.
85. Amela Heras C, Cortes Garcia M, Sierra Moros MJ. [Monitoring and non-pharmacologic measures during a pandemic virus (H1N1) 2009]. *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84(5):497-506. Espanhol.
86. Velasco-Hernandez JX, Leite MC. [A model for the A(H1N1) epidemic in Mexico, including social isolation]. *Salud Publica Mex.* 2011;53(1):40-7. Espanhol. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342011000100007>
87. Bass SB, Ruzek SB, Ward L, Gordon TF, Hanlon A, Hausman AJ et al. If you ask them, will they come? Predictors of quarantine compliance during a hypothetical avian influenza pandemic: results from a statewide survey. *Disaster Med Public Health Prep.* 2010;4(2):135-144. <http://dx.doi.org/10.1001/dmphp.D-09-00052R2>
88. Baum NM, Jacobson PD, Goold SD. "Listen to the people": public deliberation about social distancing measures in a pandemic. *Am J Bioethics.* 2009;9(11):4-14. <http://dx.doi.org/10.1080/15265160903197531>
89. Kavanagh AM, Bentley RJ, Mason KE, McVernon J, Petrony S, Fielding J et al. Sources, perceived usefulness and understanding of information disseminated to families who entered home quarantine during the H1N1 pandemic in Victoria, Australia: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis.* 2011;11:2. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-11-2>
90. Markovits D. Quarantines and distributive justice. *J Law Med Ethics.* 2005;33(2):323-44. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-720X.2005.tb00497.x>
91. Newman KL. Shutt up: bubonic plague and quarantine in early modern England. *J Soc Hist.* 2012;45(3):809-34
92. Staiano-Ross K. Quarantine. *Semiotica.* 2011;187(1-4):83-104. <http://dx.doi.org/10.1515/semi.2011.065>



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite [http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt\\_BR](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR).