



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Rafael Monteiro Teixeira

**Legislação Sanitária e Covid-19: Regulamentação de medidas não
farmacêuticas em diferentes países**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza
Coorientador: Prof. Dr. Joel Carlos Lastoria

Botucatu
2023

Rafael Monteiro Teixeira

Legislação Sanitária e Covid-19: Regulamentação de medidas não farmacêuticas em diferentes países.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

Coorientador: Prof. Dr. Joel Carlos Lastoria

Botucatu

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Teixeira, Rafael.

Legislação sanitária e Covid-19 : regulamentação de medidas não farmacêuticas em diferentes países / Rafael Teixeira. - Botucatu, 2023

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza
Coorientador: Joel Carlos Lastoria
Capes: 40600009

1. Saúde pública - Legislação. 2. Política de saúde.
3. Políticas públicas. 4. Pandemias. 5. COVID-19 (Doença).

Palavras-chave: COVID-19; Legislação; Medidas não farmacêuticas.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Ao meu pai José Carlos pela estrutura familiar sólida que me proporcionou condições de desenvolvimento pleno, pelas lições de amor e amizade que sempre foram fartamente ofertadas.

À minha mãe (in memoriam), pelas leituras e estímulo ao estudo desde a mais tenra idade, ainda ouço a sua voz!

Aos meus irmãos Adriana e Gustavo! Mesmo distantes sempre foram fundamentais para que eu pudesse conquistar cada etapa de todos os caminhos percorridos.

À minha esposa Tatiane pela imensa paciência, pelos finais de semana intermináveis dedicados a cuidar de todos e ainda me ajudar com este trabalho, sem o seu auxílio não seria possível, te amo!!

Aos meus filhos Rafaela e Gabriel, aos quais soneguei muitos momentos para que esse trabalho pudesse ser concluído, mas que suportaram com a maturidade de adultos, dias inteiros ao lado da porta aguardando a hora de brincar. Amo vocês incondicionalmente!!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao professor Doutor Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza pela paciência e auxílio constante durante a elaboração deste trabalho e ao professor Doutor Joel Carlos Lastoria por abrir a primeira porta e pela orientação.

AGRADECIMENTOS

Aos meus Amigos Felipe, Ivan e John que supririam com extrema competência a minha ausência no trabalho sempre que foi necessário e que me auxiliaram sem hesitar sempre que precisei. Ester que me ajudou de forma objetiva durante a elaboração deste trabalho e Cintia que sempre esteve disposta a contribuir.

Aos professores e servidores da FMB, em especial Luciene, que durante o processo me auxiliou de forma significativa em todas as etapas.

A todos que formal ou informalmente contribuíram para conclusão deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos.

Sumário

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	6
RESUMO.....	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1. PESTE NEGRA (PESTE BUBÔNICA).....	13
1.2. VARÍOLA.....	14
1.3. INFLUENZA.....	16
1.3.1. <i>Gripe espanhola.....</i>	<i>17</i>
1.3.2. <i>Influenza A (H1N1) (pandêmica 2009)</i>	<i>18</i>
1.3.3. <i>coronavírus disease (COVID-19).....</i>	<i>19</i>
2. OBJETIVOS.....	24
2.1. OBJETIVO GERAL	24
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	24
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
3.1. TIPO DE ESTUDO	25
3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
3.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	25
3.4. DELINEAMENTO.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1. EUROPA.....	28
4.1.1. <i>Alemanha.....</i>	<i>28</i>
4.1.2. <i>Bélgica.....</i>	<i>35</i>
4.1.3. <i>Portugal.....</i>	<i>41</i>
4.2. AMÉRICA DO NORTE	47
4.2.1. <i>Canadá.....</i>	<i>47</i>
4.3. AMÉRICA DO SUL.....	51
4.3.1. <i>Argentina.....</i>	<i>51</i>
4.3.2. <i>Brasil.....</i>	<i>59</i>
5. CONCLUSÃO.....	68
6. REFERÊNCIAS	71

Lista de Abreviaturas e Siglas

UE - União Europeia

EUA - Estados Unidos da América

IRK - Instituto Robert Koch

MP - Medida Provisória

MS - Ministério da Saúde

MSA - Ministério da Saúde da Argentina

MERS - Middle East Respiratory Syndrome

OMS - Organização Mundial da Saúde

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Resumo

TEIXEIRA, R. M. Legislação Sanitária e Covid: Regulamentação de medidas não farmacêuticas em diferentes países. 2022. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

O vírus que provocou a atual pandemia da COVID (SARS-CoV-2) se disseminou com extrema velocidade pelo mundo e ficou amplamente conhecida como pandemia da COVID-19. Isso porque, ao final do ano de 2019 a província de *Hubei*, na cidade chinesa de *Wuhan*, registrou o primeiro caso da doença em meio a registros de vários casos de pneumonia grave. No dia 31 de dezembro daquele ano a OMS foi notificada acerca inúmeros casos de pneumonia sem origem determinada. Uma semana após o primeiro registro, as autoridades chinesas confirmaram se tratar de um novo tipo de coronavírus que recebeu o nome de SARS-CoV-2. Ainda no mesmo mês (30 de janeiro), a OMS emite alerta de emergência de saúde pública de importância internacional devido a velocidade com a qual se espalhara entre os continentes e, em 11 de março de 2020 a situação é classificada como uma pandemia. O objetivo deste estudo foi descrever as medidas legislativas adotadas na Alemanha, Bélgica, Portugal, Canadá, Argentina e Brasil, que implementaram políticas públicas de saúde para o enfrentamento da pandemia provocada pela COVID-19, mediante a produção legislativa de cada país na implementação de medidas não farmacêuticas, especialmente normas relacionadas com medidas restritivas de direitos, de 01 de janeiro de 2020 até 31 de dezembro de 2021. Tratou-se de um estudo descritivo de políticas públicas baseadas na implementação de medidas não farmacêuticas para o controle da disseminação do vírus da COVID-19. O que se verificou no enfrentamento da pandemia da COVID-19 foi a ausência de medidas globais organizadas e padronizadas visando minimizar os efeitos da transmissão do vírus. A inegável importância da adoção de medidas não farmacêuticas, historicamente utilizadas no enfrentamento de pandemias anteriores, foi confirmada com a pandemia da COVID-19, pois a determinação do fechamento de escolas, a proibição de eventos com aglomeração de pessoas, o isolamento de pessoas contaminadas foi fundamental para o controle da disseminação do vírus enquanto vacinas e medicamentos não estavam ao alcance da população em geral.

Palavras-chave: COVID-19; Legislação; Medidas não farmacêuticas.

Abstract

TEIXEIRA, R. M. Health Legislation and COVID: Regulation of non-pharmaceutical measures in different countries. 2022. Thesis (Doctorate) – Medicine University of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

The virus that caused the current COVID pandemic (SARS-CoV-2) spread with extreme speed around the world and became widely known as the COVID-19 pandemic. That's because, at the end of 2019, Hubei province, in the Chinese city of Wuhan, registered the first case of the disease amid records of several cases of severe pneumonia. On December 31 of that year, the WHO was notified of numerous cases of pneumonia of unknown origin. A week after the first recorded case, Chinese authorities confirmed that it was a new type of coronavirus that was named SARS-CoV-2. In the same month (30 of January), the WHO issued a public health emergency alert of international importance due to the speed with which it had spread between continents and, on March 11 of 2020, the situation was classified as a pandemic. The objective of this study was to describe the legislative measures adopted in Germany, Belgium, Portugal, Canada, Argentina and Brazil, which implemented public health policies to encounter the pandemic caused by COVID-19, through the legislative production of each country in the implementation of non-pharmaceutical measures, especially rules related to restrictive measures of rights, from January 1 of 2020 to December 31 of 2021. It was a descriptive study of public policies based on the implementation of non-pharmaceutical measures to control the spread of the virus of COVID-19. What happened against the COVID-19 pandemic was the absence of organized and standardized global measures to minimize the effects of virus transmission. The undeniable importance of adopting non-pharmacological measures, historically used in the fight against previous pandemics, was confirmed with the COVID-19 pandemic, as the determination of the closing of schools, the prohibition of events with agglomerations of people, the isolation of contaminated people was fundamental for controlling the spread of the virus while vaccines and medicines were not available to the general population.

Keywords: COVID-19; Legislation; Non-pharmaceutical measures.

1. Introdução

A forma pela qual as doenças se espalharam pelo mundo ao longo da história sempre foi observada pelo homem com grande preocupação, existindo relatos com mais de 5.000 anos. A maneira como as doenças modificam o mundo é significativa, impactando no comportamento das pessoas e na tomada de decisões pelo Estado e, nesse sentido, a velocidade e as formas de transmissão são fatores extremamente relevantes e atraem a atenção de estudiosos¹.

As inúmeras guerras travadas pelo homem também contribuíram para a disseminação de doenças e, algumas delas, são consideradas como decisivas para o resultado de algumas batalhas. Na Grécia, por exemplo, o famoso historiador Heródoto atribuiu à chamada peste de Xerxes o resultado positivo contra a invasão dos persas². Além disso, em tempos remotos, viajantes levavam pelas inúmeras rotas terrestres e marítimas uma quantidade incontável de doenças, no entanto, mesmo em condições sanitárias precárias, a transmissão era lenta em decorrência da própria dificuldade de locomoção¹.

Contudo, não apenas as guerras e o trânsito de pessoas pelo mundo – acentuado pelas novas tecnologias de transporte – influenciam na disseminação de doenças, mas a interação humana direta com meio ambiente provoca impactos importantes. A exemplo disso, o surto de dengue hemorrágica verificado em 1950 no sudeste asiático que atingiu, posteriormente, as américas central e do sul, foi provocado pelo comportamento humano que modificou o meio ambiente possibilitando a proliferação do mosquito vetor³. No início do século XVI a expansão marítima culminou na chegada dos europeus ao continente americano. Os conquistadores traziam consigo uma grande quantidade de acessórios e itens nunca vistos pelos povos da região, tais objetos serviam como presentes e novidades, mas também carregavam consigo doenças até então desconhecidas da população indígena autóctone. O contato direto dos invasores com a população local disseminou ao longo dos anos uma quantidade enorme de novas doenças para as quais o organismo dos indígenas não possuía qualquer proteção⁴. O resultado foi catastrófico, pois a ausência de defesa imunológica dos locais a uma série de doenças, a exemplo do sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose e tantas outras enfermidades,

provocou inúmeras epidemias que arrebataram muitas vidas⁴. Percebe-se, portanto, que com muita frequência a transmissão de doenças está intrinsicamente ligada ao comportamento humano, pois ela decorre do contato direto ou indireto entre os indivíduos e, dessa forma, se propaga gerando epidemias e efeitos em escala global⁵.

Assim, o crescimento populacional, a ocupação de novos espaços com a conseqüente modificação dos ambientes e a crescente demanda por alimentos facilitaram a mudança no padrão de ocorrência de inúmeras doenças, bem como potencializaram sua transmissão. Em países menos desenvolvidos as condições socioeconômicas da população favorecem esse cenário e os sistemas de saúde não tem capacidade para absorver a demanda de forma efetiva resultando em conseqüências potencialmente fatais⁶.

A história revela que os primeiros achados relativos a doenças transmissíveis ocorreram na Grécia antiga e mesmo não havendo informações acerca de algumas doenças impactantes como a varíola, sarampo, difteria, varicela ou escarlatina, os textos hipocráticos apontam a preocupação com pneumonias, febres decorrentes da malária, inflamações nos olhos e algumas outras enfermidades não identificadas. Embora alguns termos utilizados nos escritos para a descrição das doenças e suas conseqüências possam ter sentidos diversos, a maneira como acometeram as pessoas revela suas características principais, bem como sua ocorrência endêmica na região mediterrânea, sendo relatadas na Itália, Grécia, Síria e Egito⁶.

Os gregos e a medicina de sua época se preocupavam com as condições e o modo de vida e sua estrita ligação com o necessário equilíbrio entre ambiente, alimentação, atividades físicas e descanso. Qualquer alteração nesse equilíbrio poderia prejudicar o estado ideal de saúde, no entanto, apenas uma singela parcela da população tinha a possibilidade de manter referidas condições, enquanto a massa de pessoas estava exposta a situações absolutamente adversas. Os escritos gregos chegam a relatar a existência de certo cuidado com a saúde de trabalhadores e a existência de doenças ocupacionais. A saúde pública era organizada de maneira fragmentada, especialmente considerando as condições de tamanho e riqueza das localidades abrangidas pelos serviços de saúde ofertados⁶.

Quando os romanos tomaram a Grécia se apoderaram de todos os seus conhecimentos e os adaptaram ao seu modo de tratar o processo de saúde e doença. A medicina grega era mais sofisticada, mas os romanos eram exímios construtores e a maneira como edificaram seus sistemas de abastecimento de água e esgoto, bem como suas instalações de saúde, constituíram um grande exemplo e marcaram a história. Os relatos contidos no livro “Os aquedutos de Roma” são mais do que um roteiro sobre como as obras foram edificadas, mas revelam as razões pelas quais a saúde pública tinha relevância para aquela administração. As obras tinham a clara finalidade de melhorar as condições sanitárias locais, pois a cidade poderia se ver livre de inúmeras doenças em decorrência do tratamento adequado da água e do esgoto⁶.

Ao longo dos séculos a saúde pública e as ações governamentais que pudessem assegurar sua existência e execução passaram por inúmeras mudanças. Tanto a concepção mais simples de saúde, como apenas a ausência de doença, quanto os aspectos mais complexos como os biológicos, sociais, ambientais políticos e econômicos fizeram com que fossem estabelecidas medidas que pudessem assegurar ao indivíduo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”, segundo a definição estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)^{7,8}.

Dessa forma, a ideia de estabelecer medidas que pudessem proteger o corpo social prevenindo e controlando enfermidades que a todos atingem concebeu a saúde pública. Não obstante, quando do surgimento dos primeiros estabelecimentos hospitalares, na idade média, essas instituições não eram destinadas primordialmente ao tratamento de doentes, mas para o acolhimento caridoso dos enfermos e mesmo com a criação das primeiras universidades não houve contribuição significativa nesse campo. Após a revolução mercantil com o desenvolvimento crescente do comércio e do processo de urbanização é que os problemas de saúde pública ficaram mais evidentes, especialmente em decorrência das doenças transmissíveis⁹.

O controle efetivo de problemas de saúde pública passa a se verificar de forma expressa mediante a imposição de medidas pelo estado, de forma autoritária, visando controlar a disseminação de doenças, especialmente a partir do conceito formulado pelo médico sanitário Johan Peter Frank, em 1779. Naquele momento

histórico havia uma preocupação expressiva com a legitimidade das normas que determinariam o comportamento social para evitar a propagação de doenças⁹.

Vê-se, portanto, que os períodos de enfrentamento de uma pandemia sempre impuseram desafios enormes aos governos, pois o elevado número de óbitos e a retirada em massa das pessoas mais abastadas dos locais onde a peste se instalava prejudicava o desenvolvimento das atividades governamentais habituais, mas, por meio de medidas legislativas eficientes, o mínimo necessário continuava a funcionar de modo que ao passar dos anos todos se adaptavam ao ressurgimento de situações similares¹⁰.

De qualquer sorte, é importante salientar que a inserção da ciência na tentativa de resolução dos problemas sociais, com a criação de políticas públicas na área da saúde baseadas em arranjos científicos ganha força ao longo da história. A ideia não é nova e encontra respaldo nos escritos de Bacon, Platão, Descartes e outros pensadores antigos que semearam o pensamento de guiar a sociedade pelos caminhos do conhecimento, respaldando as decisões governamentais em elementos científicos¹¹.

Dessa forma, ao longo dos séculos restou comprovado que a geração de conhecimento é altamente salutar para as sociedades, pois proporcionam melhores condições de desenvolvimento social e econômico ao permitirem a tomada de decisões racionais para o enfrentamento de situações de crise, decisões fundamentadas em estudos específicos, testadas empiricamente e baseadas em fatos conferem segurança e proporcionam a melhoria nas condições de vida a população¹¹.

Na atualidade a pandemia da COVID-19 é responsável por severa degradação social e econômica, considerando a altíssima velocidade de disseminação e o alcance global rapidamente atingido. Em 31 de dezembro de 2019 a Organização Mundial da Saúde recebeu a notificação de casos provenientes da província de Hubei cuja capital é Wuhan, na China e, poucos meses depois, casos foram reportados em todo o planeta¹².

Naturalmente inúmeras pestes assolaram o mundo desde as épocas mais remotas, mas a forma como foram enfrentadas se diferenciam em decorrência da tecnologia, conhecimento científico e características culturais do período, no

entanto, na maior parte dos casos, observa-se certa resistência inicial das autoridades responsáveis em reconhecer o estado de calamidade e a necessidade de medidas coletivas de combate à doença. Não obstante, para compreender o referido contexto, é necessário discorrer brevemente sobre algumas das maiores pandemias registradas pelo homem¹².

De acordo com Rezende (2009), a soma entre condições sanitárias das cidades e o pouco (ou inexistente) conhecimento da etiologia das doenças infecciosas, grandes epidemias assolaram as mais diversas nações ao longo da história, dizimando suas populações, limitando o crescimento demográfico e, muitas vezes, mudando o curso da história¹³.

1.1. Peste Negra (Peste Bubônica)

A peste negra é como ficou conhecido o surto de peste bubônica que atingiu toda a Europa no século XIV e foi responsável pela morte de aproximadamente um terço de sua população. Foi responsável por mudanças drásticas no comportamento das pessoas, velhos costumes foram abandonados e o declínio das sociedades feudais eclodiu no crescimento da classe mercantil, na melhoria das condições dos trabalhadores e no surgimento do Renascimento¹⁴.

Na cidade de Florença, na Itália, durante a vigência da pandemia, citando que entre tanta aflição e miséria, as autoridades das Leis se desmoronaram e se dissolveram, haja vista que, dentre outros, os “ministros e executores das leis” estavam mortos, doentes ou em função de seus familiares e, tal situação, permitia a todos fazerem aquilo que melhor lhes aprouvesse. Outros problemas relacionados incluíam falta de sepulturas, perseguição e morte de judeus (alguns atribuíam a essa população a culpa pela doença), confiscação de bens, segregação de doentes, pobreza e escassez de alimentos¹⁵. Ainda no século XIV foi instituída, em algumas regiões italianas, a quarentena de marinheiros provenientes de áreas endêmicas ou epidêmicas, estando autorizados a entrar nas cidades apenas 40 dias após a chegada nos portos¹⁶.

Atualmente, sabe-se que a peste negra do século XIV corresponde a uma doença infecto contagiosa provocada pela bactéria *Yersinia pestis* e, sua transmissão, ocorre predominantemente pela picada da pulga infectada¹⁷⁻¹⁸. O vetor da doença é um artrópode hematófago parasita de hospedeiros mamíferos em 94% dos casos e aves em 6%, sendo os roedores os hospedeiros preferenciais¹⁷.

O artrópode dispõe de um sistema bucal denominado picador-sugador utilizado para a sucção do sangue do hospedeiro infectado. Após a ingestão do sangue contaminado o bacilo se multiplica em seu estômago provocando o preenchimento do canal intestinal². Ao tentar se alimentar em novo hospedeiro, com o canal intestinal obstruído, a pulga regurgita o conteúdo contaminado de volta para o organismo inserindo em sua corrente sanguínea uma imensa quantidade da bactéria, a partir daí um ser humano pode contaminar outro tanto por meio de secreções corporais, quanto por meio das vias aéreas^{2,18}.

A bactéria *Y. pestis* pode causar três tipos de pestes, a depender da via de transmissão e da maneira como a infecção se desenvolve. Habitualmente se verificam três formas clínicas, a bubônica, septicêmica e a pneumônica, onde a primeira é a mais frequente, a septicêmica a mais rara e, a pneumônica, a forma mais grave da doença, tanto pelo quadro clínico agressivo, quanto pela sua contagiosidade¹⁹.

Nesse período, sobre um exemplo de medida sanitária adotada, podemos destacar como importante inovação o uso de máscaras profiláticas faciais inventadas pelo médico Afonso Lemos, para ser usado por médicos e enfermeiros na observação e tratamento dos acometidos pela peste²⁰.

1.2. Varíola

A varíola é provocada por um vírus que possui material genético constituído por DNA, do gênero *orthopoxvirus*, família *poxviridae*, extremamente resistente, especialmente à agentes físicos¹⁸. Na grande maioria das vezes o contágio se dá por meio da inalação de gotículas contendo o vírus em suspensão que foram eliminadas pelas mucosas oral, nasal ou faríngea de um indivíduo contaminado, além

disso, embora pouco comum, pode ocorrer ainda contaminação aérea à distância ou pelo manuseio de roupas e tecidos contaminados²¹.

Acredita-se que tenha surgido na Índia, mas existem registros na Ásia e na África de mil anos antes de Cristo. Foi levada à Europa por legionários, comerciantes e viajantes contaminados que utilizavam as rotas romanas, saindo do Oriente Médio e Egito^{2,22}. Na Europa acometia gravemente os infectados com uma taxa de letalidade de 20 a 40%, além de provocar inúmeras sequelas graves a exemplo da cegueira, bem como cicatrizes decorrentes das lesões no rosto. Estima-se que nos séculos XII e XIII cerca de um terço da população de Londres possuía marcas da doença². Já no Brasil, o primeiro registro da varíola data de 1563 com um caso ocorrido em Itaparica, no estado da Bahia, sendo imediatamente disseminada para Salvador provocando um número expressivo de óbitos, especialmente entre indígenas²³.

Além disso, a varíola foi ainda utilizada contra arma biológica em diversos momentos da história. No período colonial norte-americano, por exemplo, foram provocadas epidemias em indígenas presenteando-os com cobertores usados previamente em pacientes com a doença. Foi usada como arma biológica pelo exército espanhol, sendo seguramente a principal responsável pela derrota dos astecas, que não possuíam qualquer imunidade contra a varíola. Atualmente, sob condições de segurança máxima, apenas dois locais no mundo armazenam o vírus, contudo, a possibilidade de estoques clandestinos fez com que pesquisadores do *Food and Drug Administration*, Estados Unidos da América (EUA), viessem a analisar o desenvolvimento de novas vacinas antivariólicas em resposta à ameaça de uso do vírus como arma terrorista²¹.

Sobre as questões sanitárias, importante relato foi registrado em 1713 pelo médico grego Emmanuel Timoni descrevendo um método preventivo, já utilizado na Turquia, consistente na introdução de uma agulha na pústula contaminada de um doente retirando parte do material, para posteriormente ser introduzido em organismo saudável pela raspagem da pele. Assim, o material retirado da ferida do doente era transferido em pequena quantidade para outras pessoas que, mediante ação de seu sistema imune, produzia defesas naturais contra o vírus².

Além disso, extremamente importante para a medicina e para toda a sociedade, foram os estudos de Edward Jenner, responsável por sedimentar o caminho para a eliminação da doença. O médico inglês havia notado que ordenhadores em contato com as lesões de bovinos não se infectavam, ou nos casos em que a infecção ocorria, suas manifestações eram muito menos agressivas ao organismo. Em 1796 o médico então retirou de uma lesão postular existente na mão de uma ordenhadora material infectado e o inseriu na derme de um menino sadio, vacinando-o contra a varíola. Embora tenha recebido críticas – em especial baseadas em crenças religiosas e filosóficas – a referida prática foi altamente disseminada na ocasião²⁴.

No Brasil, medidas sanitárias incluíram o afastamento dos doentes da sociedade e, como exemplo, em São Paulo foi construído na antiga estrada do Araçá um “lazareto”, surgindo então o Hospital de Isolamento de São Paulo. Inaugurado em 1880, posteriormente se tornou um hospital para todas as doenças infecciosas e, até hoje, o Instituto de Infectologia Emílio Ribas ainda guarda o primeiro pavilhão construído desse hospital²¹.

Com o avanço da vacina, em 1959 foi dado início ao programa intensificado de erradicação global da doença e, em 1977, na Somália, o último caso de infecção natural foi registrado no mundo. No Brasil, último país a erradicar a doença nas Américas, o último caso registrado foi no ano de 1972²¹.

1.3. Influenza

A humanidade já enfrentou uma série de pandemias, das quais, as provocadas pelo vírus influenza se destacam, pois foram extremamente impactantes e despertam a atenção da sociedade e de estudiosos até hoje, tais como a gripe espanhola, asiática, de Hong Kong e gripe aviária. Doença aguda do sistema respiratório, a influenza ou gripe é considerada a infecção que mais causou doenças e mortes até a atualidade²⁵.

1.3.1. Gripe espanhola

Essa grande catástrofe mundial não possui uma origem certa, alguns acreditam que ela tenha surgido na China e outros atribuem aos campos militares no interior dos EUA, o fato é que sua alta capacidade de transmissão e letalidade foram responsáveis por infectar metade da população mundial e dizimar cerca de quarenta e cinco milhões de pessoas em todos o mundo²⁶.

Os primeiros casos de gripe espanhola registrados na Europa foram identificados em tropas francesas em abril de 1918. Acredita-se que seu contato ocorreu com chineses contratados para auxiliar nos esforços de guerra e com o desembarque de tropas americanas em Brest, no Noroeste da França. A grande movimentação de pessoas entre os países durante a primeira guerra mundial foi decisiva para a disseminação do vírus²⁷.

A nomenclatura “gripe espanhola” foi adotada em todo mundo não pela origem da doença ou pelo número de casos lá verificados, mas em decorrência da grande propagação de notícias pelo país. Por não ter participado diretamente da guerra, sua imprensa tinha ampla liberdade para publicar notícias a respeito da doença e, por essa razão, a maior parte das informações sobre o assunto eram de lá provenientes, razão pela qual o mundo todo adotou o referido nome²⁸⁻³⁰.

No Brasil, a gripe espanhola foi registrada pela primeira vez em setembro de 1918, acredita-se que tenha sido trazida por um navio inglês que atracou nos portos de Recife, Salvador e Rio de Janeiro. A viagem longa da Inglaterra até o Brasil culminou na morte de várias pessoas ainda em alto mar, no entanto, ao atracar em território nacional o navio foi sinalizado, mas o caso foi tratado pelo governo da época como uma gripe simples. Em pouco tempo as cidades litorâneas estavam infestadas e, em outubro daquele ano, o interior do país começou a registrar seus primeiros casos^{2,30}.

A gripe espanhola significou um doloroso aprendizado para toda a sociedade, especialmente no sentido de aquisição de conhecimento para orientar políticas públicas em saúde, no entanto, mesmo com as lições do passado, o combate aos efeitos da pandemia provocada pelo novo coronavírus enfrenta inúmeros desafios como as condições econômicas e sociais da população brasileira, a exemplo da

necessidade de adoção de medidas não farmacêuticas de distanciamento social e fechamento de estabelecimentos que implicam na redução da renda das famílias impactadas³¹.

1.3.2. *Influenza A (H1N1) (pandêmica 2009)*

Provocada pelo vírus H1N1, a influenza A é uma doença infecto contagiosa de alta transmissibilidade que acomete as vias respiratórias, sua transmissão ocorre por gotículas carregadas com partículas virais que atingem o indivíduo sadio³².

Seu potencial pandêmico, em especial pela alta mobilidade do mundo atual, fez com que a pandemia ocorrida no ano de 2009 se propagasse de forma extremamente rápida. Na época conhecida popularmente como “gripe suína”, recebeu esse apelido em decorrência do vírus que a provoca ser semelhante ao vírus que infectava suínos nos EUA³³⁻³⁵.

Teve início no México e Estados Unidos e rapidamente se espalhou para vários países do mundo, sendo as complicações pulmonares as principais causas de morte. Em decorrência da alta morbidade e mortalidade, em junho de 2009, a OMS classificou a pandemia provocada pelo vírus influenza A como uma pandemia de fase 6. Referida classificação ocorre quando a transmissão da doença é eficiente e em série entre humanos³³⁻³⁵.

A resposta sanitária frente à pandemia seguiu o disposto no “Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza” e incluiu investimento nas ações de vigilância para a rápida detecção de casos suspeitos, estabelecimento de um protocolo de notificação e investigação imediata e criação do aplicativo *on-line* do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para otimizar as notificações. Houve ainda intensificação de medidas sanitárias nos portos, aeroportos e fronteiras, padronização do atendimento médico dos doentes além da obtenção de insumos e tratamentos, produção de informação e difusão nos veículos de comunicação, estruturação das redes de saúde e investimento na ampliação da capacidade nacional para produção da vacina específica²⁵.

1.3.3. *Coronavirus Disease (COVID-19)*

O vírus que provocou a atual pandemia da COVID (SARS-CoV-2) se disseminou com extrema velocidade pelo mundo e ficou amplamente conhecida como pandemia da COVID-19. Isso porque, ao final do ano de 2019 a província de *Hubei*, na cidade chinesa de *Wuhan*, registrou o primeiro caso da doença em meio a registros de vários casos de pneumonia grave. No dia 31 de dezembro daquele ano a OMS foi notificada acerca inúmeros casos de pneumonia sem origem determinada³⁶.

Uma semana após o primeiro registro, as autoridades chinesas confirmaram se tratar de um novo tipo de coronavírus que recebeu o nome de SARS-CoV-2. Ainda no mesmo mês (30 de janeiro), a OMS emite alerta de emergência de saúde pública de importância internacional devido a velocidade com a qual se espalhara entre os continentes e, em 11 de março de 2020 a situação é classificada como uma pandemia³⁷⁻³⁸.

O Reino Unido foi um dos primeiros países afetados na Europa, com seus dois primeiros casos confirmados da COVID-19 detectados em 31 de janeiro 2020³⁹. No Brasil o primeiro caso foi identificado em 26 de fevereiro de 2020 e se tratava de um homem idoso residente de São Paulo/SP, que havia retornado de uma viagem à Itália. A doença se propagou rapidamente. Em menos de um mês após a confirmação do primeiro caso já havia transmissão comunitária em algumas cidades. Em 27 de março houve o registro do primeiro óbito, uma senhora de 57 anos, residente de São Paulo/SP, no dia 20 do mesmo mês foi reconhecida a transmissão comunitária da Covid-19 em todo território nacional⁴⁰.

Apesar da letalidade da doença causada pelo SARS-CoV-2 ser mais baixa se comparada a outros coronavírus, sua alta transmissibilidade tem ocasionado um maior número absoluto de mortes do que a combinação das epidemias produzidas pelos coronavírus SARS-CoV e MERS-CoV⁴¹.

A transmissão entre os humanos se dá através do contato com a pessoa infectada por meio da tosse, espirro, gotículas ou aerossóis. Os aerossóis podem chegar até os pulmões, tendo como porta de entrada o nariz ou a boca. Também ocorre através do contato com objetos (fômites) ou superfícies contaminadas e, logo em seguida, o indivíduo toca sua boca, nariz ou olhos. Outra possível forma de

transmissão ocorre através do contato entre pessoas não infectadas e pessoas infectadas assintomáticas no mesmo ambiente⁴²⁻⁴⁵.

A COVID-19 é uma doença infecciosa que tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente. A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como hipertensão arterial, problemas cardíacos e pulmonares, diabetes mellitus ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode pegar a COVID-19 e ficar gravemente doente⁴⁶.

Desde o início do surgimento da COVID-19 alguns termos têm sido usados para se referir as ações de controle da pandemia. Esses termos não são novos e dizem respeito as medidas de saúde pública não farmacêuticas, historicamente consagradas para o controle de epidemias⁴⁷. Destacam-se isolamento, quarentena, distanciamento social e medidas de contenção comunitária total (*lockdown*).

O isolamento é o ato de isolar, separar um elemento, pessoa ou coisa de seu contexto, é o estado da pessoa que vive isolada ou que foi colocada à parte⁴⁸. Em saúde, consiste na separação das pessoas acometidas por doenças contagiosas daquelas não infectadas com o objetivo de reduzir o risco de transmissão. Os isolamentos habitualmente ocorrem em ambientes hospitalares onde é possível, inclusive, equipar espaços para que a pressão no ambiente seja negativa, visando minimizar a transmissão por partículas aerossóis, principal fonte de aspensão dos agentes infecciosos⁴⁹. O isolamento hospitalar corresponde, portanto, ao distanciamento de pessoas dentro de locais específicos e controlados visando a separação de pacientes com doenças transmissíveis com o objetivo de proteger os demais das infecções⁵⁰.

De outro modo, o isolamento social corresponde a um conjunto de medidas que tem a finalidade de orientação para que as pessoas não saiam de suas

residências ou saiam apenas pelo tempo necessário à realização de atividades inadiáveis, visando evitar o contato entre os indivíduos como forma de evitar a transmissão de um vírus⁵⁰.

A detecção precoce é particularmente importante para o sucesso do isolamento, pois pode interromper de forma eficaz a transmissão estancando a disseminação do vírus. Ocorre que a COVID-19 possui um período de incubação maior e transmissibilidade mais alta por sujeitos assintomáticos, se comparada a outras viroses, tornando o isolamento uma ferramenta limitada, especialmente se pensada como medida única de enfrentamento da doença^{47,49}.

Algumas formas de isolamento são descritas na literatura, como o isolamento vertical que consiste em medidas tendentes a isolar apenas as pessoas inseridas no chamado grupo de risco, tais como pessoas com doenças crônicas como portadoras de pneumopatias, diabetes mellitus, distúrbios metabólicos, dentre outras comorbidades e sujeitos com mais de sessenta anos⁵¹. Referida medida encontra respaldo no fato de que isolar apenas um determinado grupo poderia manter a economia em funcionamento, contribuindo para a manutenção de postos de trabalho e arrecadação de recursos, inclusive para manter os altos impactos financeiros provocados pela pandemia, no entanto, os grupos de risco continuam suscetíveis, pois seus contatos domiciliares podem ser os responsáveis pela transmissão⁵².

Aliado a tal fato, o isolamento vertical demanda monitoramento, vigilância específica de novos casos e testes rápidos em massa visando identificar precocemente a doença e, por estas razões, no Brasil e outros tantos países, a referida medida não pode ser adotada no início da pandemia⁵³. A exemplo dessas dificuldades se verifica o que ocorreu na China, onde 86% das infecções não foram detectadas no início da pandemia, cujos resultados positivos só foram alcançados após a implementação de medidas mais drásticas de isolamento⁵⁴.

Já o isolamento horizontal é caracterizado pela adoção de medidas extremas para evitar o contato direto entre os indivíduos integrantes da população, sem qualquer distinção. Referida medida é frequentemente utilizada quando medidas menos drásticas não apresentam resultados satisfatórios⁵³. No início de abril de 2020 o Brasil já enfrentava uma emergência de saúde pública de importância nacional e o,

estado de transmissão comunitária declarada desde 20 de março de 2020, fez com que o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 454 e Secretarias de Saúde dos estados adotassem o sistema de isolamento domiciliar das pessoas com sintomas respiratórios e de seus contactantes, mesmo que assintomáticos, para tentar conter o avanço da doença⁵⁵.

Quanto ao distanciamento social ou distanciamento físico, implica na manutenção de uma distância espacial – cerca de dois metros – entre o indivíduo e outras pessoas, quando fora de casa⁵⁶. Tem como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, que pode incluir tanto pessoas infectadas quanto ainda não infectadas e, portanto, não isoladas. Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem certa proximidade física para ocorrer o contágio, o distanciamento permite reduzir suas transmissões⁴⁷. Isso ocorre normalmente sob orientação do poder público que, preocupado com o risco de infecção em massa, lança mão dessa medida preventiva que separa as pessoas e tenta dificultar ou interromper a transmissão do vírus⁵⁰.

Já a quarentena é a restrição do movimento de pessoas que é implementado por meio do isolamento de indivíduos positivos ou indivíduos que estiveram em contato (ou possível contato) com alguém que resultou ser positivo, com fins a reduzir o risco de novas infecções. A quarentena representa uma interrupção repentina à vida diária normal⁵⁷. Pode ser aplicada no nível individual ou de grupo, mantendo as pessoas expostas nos próprios domicílios, em instituições ou em locais especialmente designados. Ela pode ser voluntária ou obrigatória⁴⁹.

Finalmente o *lockdown*, que na tradução literal significa “confinamento” ou “fechamento total”, é o caso extremo de distanciamento social, a contenção comunitária ou bloqueio que se refere a uma intervenção rigorosa aplicada a toda uma comunidade, cidade ou região através da proibição de que as pessoas saiam dos seus domicílios – exceto para a aquisição de suprimentos básicos ou a ida a serviços de urgência – com o objetivo de reduzir drasticamente o contato social⁴⁹.

Ocorre que essas medidas são possíveis apenas se respeitados os limites legalmente estabelecidos e, nesse contexto, o processo legislativo ganha importância central na regulamentação de medidas que tenham por finalidade o

controle da disseminação do vírus, regulando o trânsito de pessoas, coisas e animais⁵⁸.

Nesse sentido, o estudo descritivo da produção de políticas públicas realizadas mediante a criação de normas relativas ao enfrentamento da pandemia provocada pelo novo coronavírus, especialmente aquelas que implementaram medidas não farmacêuticas se justifica pela extrema relevância que a temática propõe, pois permite verificar a maneira como os mais diversos países reagiram legislativamente, a capacidade de resposta dos governos e sua forma de elaborar regras para minimizar o número de novos casos e de óbitos no decorrer do período estudado. Igualmente relevante é a possibilidade de o estudo proporcionar futuras estratégias de enfrentamento de situações similares com base nos resultados alcançados.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Realizar a descrição das medidas legislativas adotadas na Alemanha, Bélgica, Portugal, Canadá, Argentina e Brasil, que implementaram políticas públicas de saúde para o enfrentamento da pandemia provocada pela COVID-19, mediante a produção legislativa de cada país na implementação de medidas não farmacêuticas, especialmente normas relacionadas com medidas restritivas de direitos, de 01 de janeiro de 2020 até 31 de dezembro de 2021.

2.2. Objetivo específico

Descrever a evolução do número de casos e de óbitos provocados pela COVID-19, a produção legislativa de cada país inserido no estudo no período estudado e os impactos que as políticas públicas adotadas mediante a implementação de medidas legislativas tiveram no enfrentamento dos efeitos provocados pela COVID-19, especialmente na redução no número de casos e mortes.

3. Materiais e Métodos

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de políticas públicas baseadas na implementação de medidas não farmacêuticas para o controle da disseminação do vírus da COVID-19, mediante a descrição das medidas legislativas adotadas por cada país abrangido pela pesquisa, cuja amostra pode ser definida como não probabilística por conveniência, no período de 01 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2021.

3.2. Critérios de inclusão

- Países com sistemas de pesquisa de legislação semelhantes com os nacionais;
- Países com grande representatividade na região em que estão inseridos;
- Dispositivos legais visando a identificação de medidas legislativas restritivas de enfrentamento aos efeitos provocados pela COVID-19 no país.

3.3. Critérios de exclusão

- Diferentes ferramentas de pesquisa da legislação;
- Países com pouca expressividade na região de inserção;
- Normas legais que tratavam de incentivos fiscais, auxílios financeiros, reestruturação de unidades administrativas e demais textos que não possuíam relação direta com medidas não farmacêuticas restritivas.

3.4. Delineamento

Foram incluídos no estudo Alemanha, Bélgica, Portugal, Canadá, Argentina e Brasil. A escolha destes países não foi aleatória, os países incluídos foram aqueles com sistemas de busca de legislação similar ao sistema Brasileiro, ou seja, a legislação está disponível através de busca simples nos sites governamentais.

Quadro 1. Endereços de pesquisa das leis e decretos avaliados

País	Websites de buscas para assuntos legislativos
Alemanha	https://www.gesetze-im-internet.de/aktuell.html ⁵⁹
Bélgica	https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl ⁶⁰
Portugal	https://dre.pt/dre/geral/legislacao-Covid-19 ⁶¹
Canadá	https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/ ⁶²
Argentina	http://www.infoleg.gob.ar/ ⁶³
Brasil	http://www4.planalto.gov.br/legislacao/ ⁶⁴

Em cada um dos países estudados foram lançadas nos sistemas de busca de legislação os termos “COVID”, “COVID-19” e “COVID19”. Verificou-se que o maior número de normas resultava da busca simples pela expressão “COVID” e, por ser mais abrangente, esse termo foi eleito para nortear a pesquisa.

Os resultados obtidos nas buscas foram inicialmente analisados pelo resumo do dispositivo legal para aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, visando em especial àqueles voltados à restrição de locomoção e do desenvolvimento de atividades habituais como trabalho e lazer. Dessa forma, os textos legais que tratavam de normas que implementavam ferramentas não farmacêuticas de enfrentamento ao novo coronavírus, foram analisados de maneira individualizada e seu conteúdo inserido no corpo do presente trabalho de acordo com o país analisado, organizado por posição geográfica, ou seja, por continentes aos quais cada país pertence. Importante destacar que inúmeras vezes e nos diversos países incluídos no estudo, alguns textos legais foram apenas prorrogados, mantendo as medidas restritivas inicialmente estabelecidas, razão pela qual não foram individualmente citados nos gráficos, mas foram integralmente analisados e seu conteúdo constando no corpo do presente trabalho sendo, inclusive, devidamente explicados em cada um dos países.

4. Resultados e discussão

A lista de informações relativas aos primeiros casos, segundo as agências de saúde de cada país inserido no estudo, a identificação do vírus e a declaração da emergência de saúde pública de importância internacional, estabelecida por ordem cronológica pode ser observada na Figura 1. Referidas informações conferem uma visão ampla da evolução da doença no mundo, especialmente no que se refere ao início dos casos em cada país inserido no escopo deste estudo.

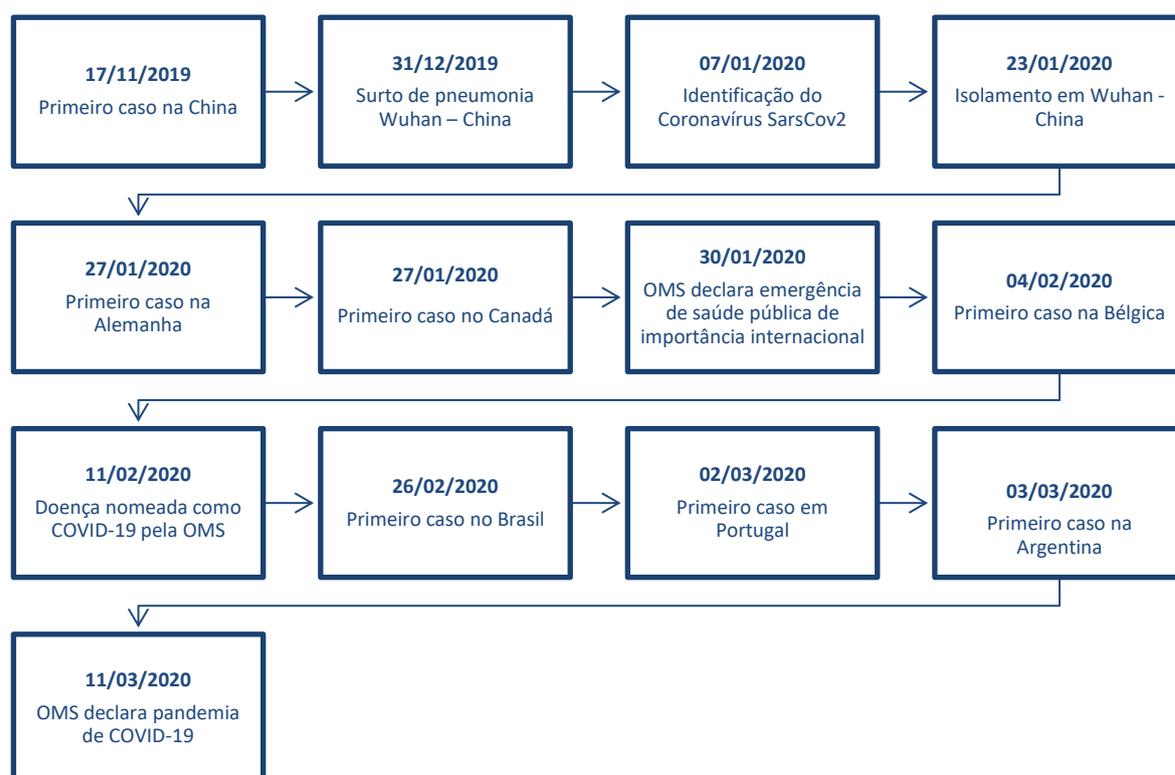


Figura 1. Lista de informações relativas aos primeiros casos da COVID-19.

Em termos gerais, vimos que diante das novas tecnologias de transporte disponíveis a partir do século XX e do conseqüente aumento do movimento de pessoas ao redor do mundo, um grande esforço internacional conjunto culminou no regulamento 21 da OMS que estabeleceu o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), uma ferramenta importante para o enfrentamento de surtos epidêmicos⁶⁵.

O Regulamento Sanitário Internacional gerido pela OMS foi atualizado pela última vez no ano de 2005 e tem orientado os países no enfrentamento de inúmeras emergências de saúde, a exemplo da SARS, Zika e Ebola, no entanto, embora tenha

emitido diversas diretrizes ao longo da pandemia da COVID-19, a adesão sofreu grande variação, pois dependeu da adoção de medidas independentes estabelecidas pelos países, seus estados e municípios⁶⁶⁻⁶⁷.

O que se verificou no enfrentamento da pandemia da COVID-19 foi a ausência de medidas globais organizadas e padronizadas visando minimizar os efeitos da transmissão do vírus. Levando em consideração a inexistência inicial de vacinas ou de tratamento específico, os países foram compelidos a enfrentar o momento de acordo com suas capacidades financeiras, sua estrutura organizacional e seu nível de conhecimento a respeito da doença, implementando medidas não farmacêuticas que se mostraram as mais efetivas⁶⁸.

A inegável importância da adoção de medidas não farmacêuticas, historicamente utilizadas no enfrentamento de pandemias anteriores, foi confirmada com a pandemia da COVID-19, pois a determinação do fechamento de escolas, a proibição de eventos com aglomeração de pessoas, o isolamento de pessoas contaminadas foi fundamental para o controle da disseminação do vírus enquanto vacinas e medicamentos não estavam ao alcance da população em geral⁶⁹.

Ocorre que referidas medidas possuem inúmeros impactos indesejados, especialmente sociais e econômicos. Assim, quando adotadas devem respeitar as especificidades locais, tais como os regimes de governo, as consequências jurídicas e éticas de sua implementação, razão pela qual devem ser instituídas mediante a adoção de mecanismos legais que respeitem o interesse coletivo e garantam as liberdades individuais constitucionalmente asseguradas⁷⁰.

Assim, as políticas públicas para o enfrentamento da COVID-19 foram analisadas sob o aspecto legal, verificando a forma como os países produziram conteúdo legislativo com a finalidade de implementar medidas não farmacêuticas para conter o avanço e os agravos provocados pela doença.

4.1. Europa

4.1.1. Alemanha

A Alemanha possui uma população de mais de 82 milhões de habitantes, dentre os quais cerca de 20% são idosos. É considerada a maior população entre os

países da União Europeia (UE) e possui elevado índice de desenvolvimento humano. Trata-se de uma república parlamentar federal constituída por dezesseis estados, é a quarta maior economia do mundo e investe aproximadamente 11,2% do PIB em saúde⁷¹⁻⁷².

O enfrentamento da COVID-19 na Alemanha foi organizado de maneira estruturada entre os governos estaduais, distritais e a autoridade federal, mediante a realização de reuniões periódicas e o envolvimento de inúmeros setores da sociedade, inclusive da indústria e especialistas de diversos segmentos. Leis federais foram promulgadas ampliando as competências do Ministério da Saúde visando o fortalecimento de sua capacidade de responder à pandemia e para coordenação de medidas destinadas ao combate do vírus⁷³.

A partir da confirmação do primeiro caso em 27 de janeiro de 2020, a Alemanha iniciou uma série de medidas importantes para o enfrentamento da pandemia, tais como a testagem em massa, a investigação epidemiológica precoce e o mapeamento das ocorrências, viabilizando uma resposta mais célere ao problema. Em 27 de fevereiro de 2020 a transmissão comunitária do coronavírus foi confirmada e o primeiro óbito decorrente da doença em 09 de março daquele ano⁷⁴.

Desde o ano 2000 a Alemanha possui uma Lei específica sobre prevenção e controle de doenças infecciosas em humanos e, em decorrência da pandemia de influenza ocorrida em 2005 um plano de emergência sanitária foi implementado. Após a confirmação da transmissão comunitária do novo coronavírus e dos primeiros óbitos, no início do mês de março de 2020, o plano de emergência foi colocado em prática e uma grande estratégia nacional foi iniciada, fundamentada nos dispositivos legais já existentes e na atualização dos textos para a realidade imposta pelo novo coronavírus⁷⁵.

Os principais organismos de pesquisa alemães, com destaque para o Instituto Robert Koch (IRK), realizaram inúmeros estudos e o monitoramento da disseminação do vírus, cujos resultados viabilizaram a adoção de medidas de isolamento e distanciamento social mais severos durante os períodos de maior contaminação e mais brandos nos momentos em que se verificou a redução do número de casos e óbitos. Nesse momento também foram adotadas medidas

específicas para o cuidado de grupos mais vulneráveis, a exemplo dos idosos instalados em instituições destinadas aos seus cuidados⁷⁶.

A primeira onda enfrentada pela Alemanha teve início em meados do mês de março e início do mês de abril de 2020 quando foram verificadas as maiores médias diárias de novos casos e o maior número de óbitos. Nesse momento houve a adoção das medidas não farmacêuticas mais contundentes, com o fechamento de escolas, comércios, o adiamento dos semestres escolares, a limitação do número de pessoas em reuniões públicas e privadas, bem como adoção de medidas especiais para a proteção de grupos vulneráveis^{77,78}.

As medidas não farmacêuticas utilizadas lograram êxito na redução do número de casos e de óbitos, razão pela qual as normas que as implementaram começaram a ser flexibilizadas e foram gradualmente retomadas as atividades sociais e econômicas a partir do início de mês de maio de 2020. Com a redução das medidas restritivas houve o aumento na circulação de pessoas, inclusive o turismo, o que culminou na segunda onda iniciada em meados de outubro de 2020 que se estendeu até meados de janeiro de 2021, quando foi registrada a maior média de novos casos no dia 23 de dezembro de 2020 e de mortes no dia 13 de janeiro de 2021⁷⁴.

A Figura 1 demonstra a evolução do número de óbitos e de casos novos, bem como o acompanhamento legislativo promovido pelo governo alemão^{59,79-81}. A análise dos gráficos possibilita verificar que foram adotadas medidas restritivas mais rígidas nos momentos que houve aumento no número de novos casos e de óbitos, ou seja, estratégias não farmacêuticas de enfrentamento da doença foram estabelecidas legalmente, exigindo da população seu estrito cumprimento e contribuindo para o controle da disseminação do vírus. O que se verifica é que a partir do momento em que as medidas foram implementadas houve a redução do número de novos casos e de óbitos.

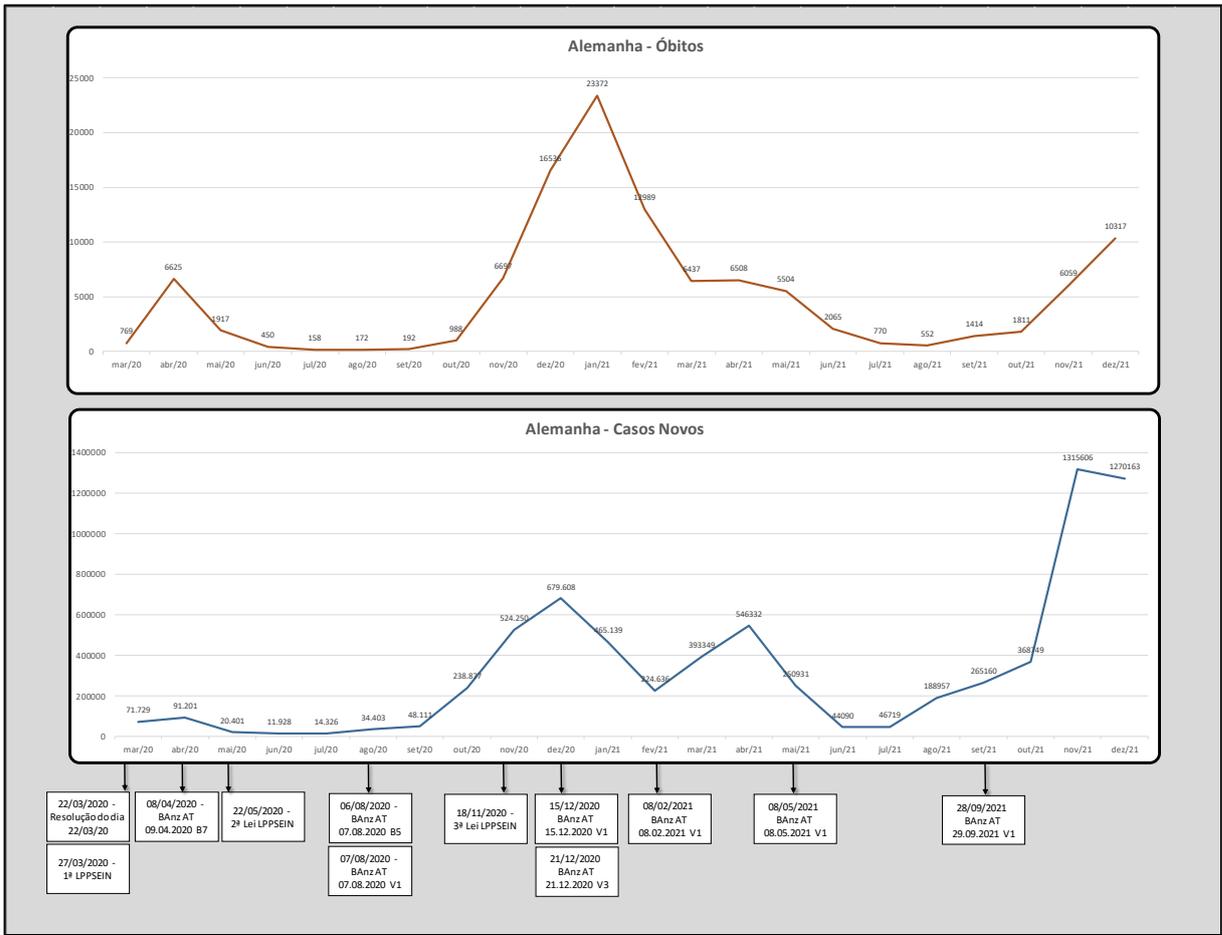


Figura 1. Número de óbitos e de casos novos da Covid-19 na Alemanha de março de 2020 a dezembro de 2021. Botucatu, Brasil, 2022.

A produção legislativa alemã foi intensa e no período compreendido entre fevereiro de 2020 a dezembro de 2021 foram editadas, apenas em âmbito federal, 164 normas relacionadas ao enfrentamento da pandemia da COVID19, das quais o presente estudo selecionou as 12 principais diretamente relacionadas com medidas não farmacêuticas restritivas^{59,81}.

Conforme inicialmente descrito, o sistema alemão de enfrentamento de doenças infecciosas conta com uma Lei do ano 2000 que estabelece uma série de dispositivos que viabilizam a tomada de decisões pelas autoridades competentes. Referida norma regulamenta medidas gerais consistentes na autorização de recolhimentos de dados pessoais, entrada em estabelecimentos, propriedades e meios de transporte para inspecionar documentos visando a coleta de informações

úteis para o combate à disseminação de doenças infecciosas. A Lei ainda autoriza a destruição de objetos contaminados, a contratação de profissionais especializados, que os governos estaduais emitam portarias e proibições específicas em cada localidade visando prevenir a transmissão de doenças⁸².

Diante da emergência de saúde pública e pautado na Lei já existente, o chanceler federal se reuniu com os chefes dos estados federais em 22 de março de 2020 e estabeleceu uma série de recomendações à população alemã, dentre as quais se destacavam, o incentivo à redução de contato entre as pessoas fora de sua residência, manter distância mínima de 1,5 metros entre as pessoas em espaços públicos, permanecer em locais públicos apenas sozinho, evitar quaisquer formas de aglomeração de pessoas, fechamento de estabelecimentos de alimentação, mantida a possibilidade de retirada no local, fechamento de serviços de cuidados corporais, a exemplo de cabeleireiros, manicures, massagistas, tatuadores e atividades afins e adoção de medidas de higiene dentro das empresas cujo funcionamento permaneceu inalterado⁸³.

Em 27 de março de 2020 a Lei de prevenção e controle de doenças infecciosas foi atualizada para estabelecer como autoridade nacional do sistema de combate a pandemia o Instituto Robert Koch (IRK), reforçar a determinação de trabalho conjuntos das autoridades federais, estaduais, centros de referência e instituições e sociedades especializadas. A partir dessa data, pessoas que entraram na Alemanha e que estiveram expostas a risco e contaminação, passaram a ter que informar sua identidade, itinerário e deixar contatos com a autoridade competente, fornecer dados sobre seu estado de saúde, apresentar certificado de vacinação contra doenças transmissíveis, atestado médico informando que não tem indicação da presença de doença transmissível e se submeter a consulta médica local⁸⁴.

As empresas de transporte de pessoas por todas as vias, os agentes aeroportuários, agentes turísticos e estações de passageiros rodoviários, ficaram obrigados a abster-se de transportar pessoas provenientes de países onde o surto já estivesse instalado, informar os viajantes sobre os perigos da doença, tratar informações que pudessem identificar pessoas doentes, comunicar o transporte de doentes e suspeitos, informar as autoridades competentes sobre as listas de passageiros e eventuais suspeitas de contaminados, permitir o exame médico em

passageiros e transportar doentes ou suspeitos para hospitais ou instalações adequadas informadas pelas autoridades competentes⁸⁴.

No dia 08 de abril de 2020 o Ministério da Saúde Federal, em conformidade com as disposições da Lei de proteção de infecções, baixou a ordem BAnzAT 09.04.2020 B7 reforçando as medidas relativas a obtenção, armazenamento e tratamento de informações de passageiros provenientes de outros países e a determinação de isolamento domiciliar ou em alojamento determinado pela autoridade de saúde local, pelo período mínimo de 14 dias contados da data de ingresso em território alemão⁸⁵.

Em 19 de maio de 2020, o parlamento alemão aprovou a segunda Lei especial para proteção da população em situação epidêmica de importância nacional, atualizando novamente as disposições da Lei de prevenção e controle de doenças infecciosas, sem contudo, modificar de forma significativa o conteúdo da norma, já que foram adequados ao momento pandêmico vocábulos e expressões pontuais, com exceção ao disposto nos artigos 71 a 72 da Lei antiga que foram integralmente revogados e substituídos pelos artigos 73 a 76 que regulamentou de forma mais ampla as regras penais e de imposição de multas aos que violam as determinações legais de enfrentamento da pandemia⁸⁶.

Em agosto de 2020 duas normas foram aprovadas pelo parlamento alemão, nos dias 06 e 07, com a finalidade de reforçar disposições relativas ao fornecimento de informações a respeito da identidade, itinerário, dados de contato, presença de sintomas típicos de infecção por Covi19 e apresentação de atestado médico de teste para Covid. Referida obrigação se estendia para todas as pessoas que estivessem em uma área de risco nos 14 dias anteriores ao ingresso em território alemão, independente da via utilizada, seja terrestre, aérea ou marítima. A imposição legal foi estendida para os transportadores e operadoras de portos, aeroportos e estações ferroviárias^{87,88}.

No dia 18 de novembro de 2020 a terceira modificação foi realizada na Lei de prevenção e controle de doenças infecciosas, reforçando as disposições já vigentes e emprestando especial atenção ao tratamento e registro eletrônico de informações pessoais e clínicas de pessoas infectadas, acerca de amostras de

patógenos analisados em instalações especiais de diagnósticos e aquelas relacionadas com o desenvolvimento e produção de vacinas⁸⁹.

A Figura demonstra que o mês de dezembro foi o mais alarmante de 2020 em relação ao número de casos novos e o segundo em número de óbitos, mas no dia 21 houve a implementação de regras sobre a vacinação na Alemanha, mediante a expedição da Portaria BAnz AT 21.12.2020 V3, do Ministério Federal da Saúde. O dispositivo estabeleceu critérios relacionados ao público-alvo, a grupos prioritários, campanhas educativas acerca dos benefícios da vacinação, acompanhamento e doses de reforço, atuação das autoridades de saúde na dispersão de vacinas para todo território alemão, financiamento dos centros de vacinação e demais itens relacionados ao amplo implemento da vacinação no país⁹⁰.

Entre os meses de janeiro e abril de 2021 normas relativas à vacinação foram atualizadas visando maior cobertura vacinal da população, mas em 08 de maio a norma BAnz AT 08.05.2021 V1 iniciou um processo de flexibilização de restrições para pessoas já vacinadas, com testagem negativa para COVID ou recuperados da doença, criando exceções à limitação de reuniões, estabelecendo igualdade entre vacinados e recuperados com pessoas testadas, exceções à restrição relativa a obrigação de isolamento para pessoas que receberam proteção vacinal completa e autorizou os governos estaduais a simplificar as exceções das medidas restritivas⁹¹.

Ato contínuo nos meses de junho a setembro de 2021⁹² inúmeras normas foram implementadas, a exemplo de medidas relativas à segurança econômica dos hospitais, renovação de disposições relativas ao direito a vacinação, reforço de regras relativas a obrigação de notificação de casos confirmados e suspeitos que ingressa em unidades hospitalares e no dia 29 de setembro houve a implementação da norma BAnz AT 29.09.2021 V1, cujo objetivo era prevenir infecções com o novo coronavírus, especialmente com variantes do vírus trazidos por pessoas vindas de fora da Alemanha, visando impedir a propagação de variantes no país⁹³.

Assim, o que se verificou no período foi uma intensa produção legislativa com a finalidade de ajustar o robusto sistema jurídico já existente para a realidade imposta pelo novo coronavírus.

4.1.2. Bélgica

A Bélgica é uma monarquia constitucional federal situada no Oeste europeu com extensão territorial de 30.528 Km². No ano de 2020 possuía uma população total de 11.589.616 habitantes, dos quais 5.744.335 homens e 5.845.281 mulheres e aproximadamente 18% idosos⁹⁴. A população belga é majoritariamente urbana, pois se verifica que 98,01% da população residente em área urbana enquanto apenas 1,9% residem em áreas rurais do país. É um país que apresenta excelentes indicadores sociais, a exemplo do fato de 99,49% da população ter acesso à rede sanitária e 100% da população ter acesso à água potável⁹³⁻⁹⁶.

A pesquisa inicial resultou em 1.594 normas relacionadas com a expressão Covid. Todas foram analisadas pelo seu enunciado e selecionadas aquelas relativas a implementação de medidas restritivas de direito, o que resultou em 36 incluídas no Figura abaixo, representando as normas mais importantes relativas ao tema. A Figura 2 apresenta o número de óbitos e casos novos da COVID 19 na Bélgica e a produção legislativa mais importante para o enfrentamento da pandemia no que se refere a adoção de medidas não farmacêuticas^{60,97-99}.

A Bélgica registrou o primeiro caso da COVID-19 no início do mês de fevereiro de 2020 começando a disseminação do vírus em território Belga. A primeira morte decorrente do novo coronavírus ocorreu em 11 de março de 2020, no entanto, desde o dia 01 de março daquele ano já havia a recomendação do uso de máscara e distanciamento social⁹⁹. Para o enfrentamento da primeira onda da COVID no país, quando o número de hospitalização e óbitos chegou ao ápice entre o mês de março e abril de 2020, foram editadas inúmeras normas visando a redução da transmissão do vírus^{100,101}. Em 13 de março de 2020 foi publicado o Decreto nº 2020040610 que determinou proibição de reuniões com mais de 1.000 pessoas e viagens escolares ao exterior¹⁰².

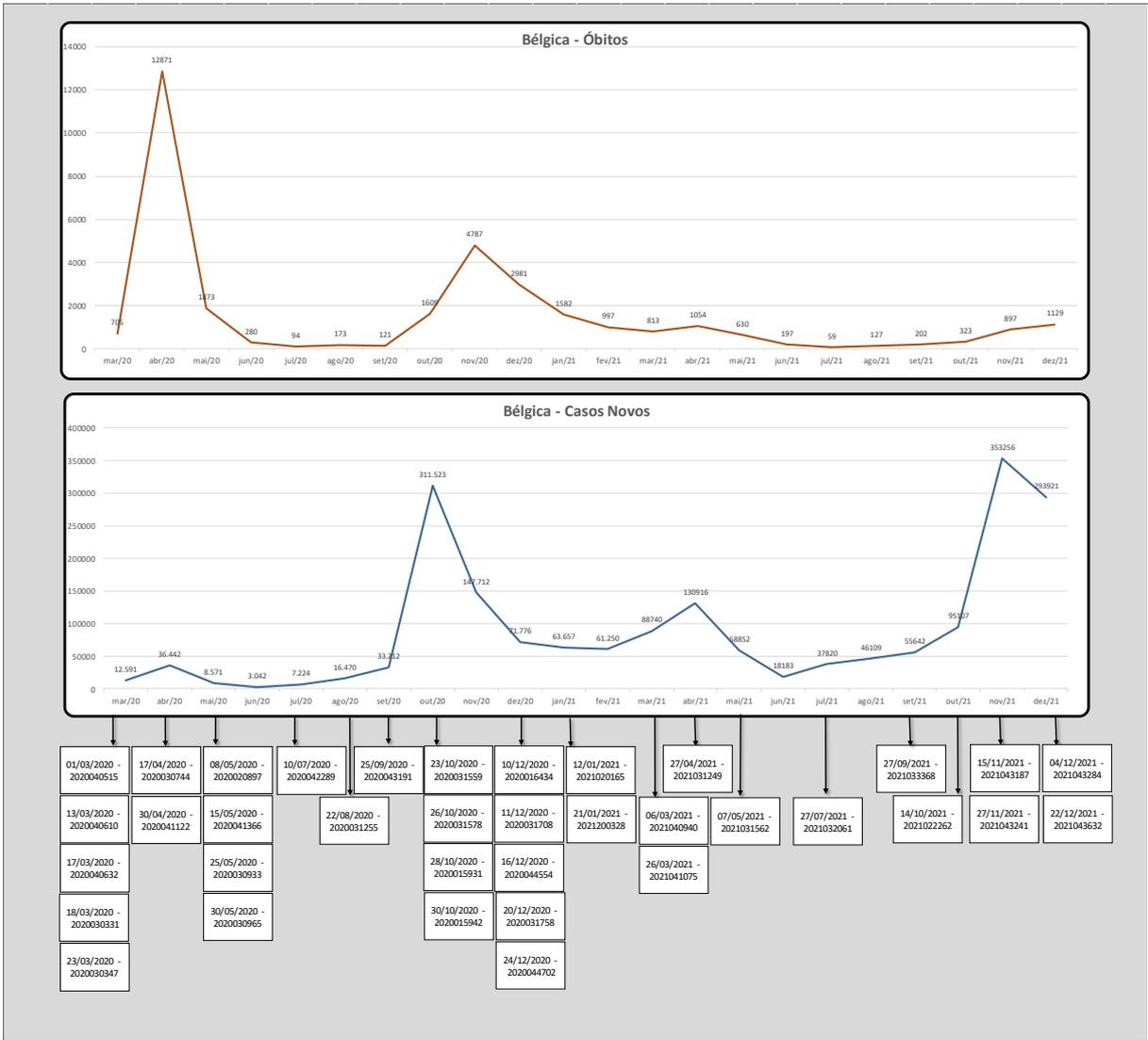


Figura 2. Número de óbitos e de casos novos da Covid-19 na Bélgica de março de 2020 a dezembro de 2021. Botucatu, Brasil, 2022.

No ainda 17 de março de 2020 o Decreto nº 2020040632 estabeleceu a obrigatoriedade da educação remota e a suspensão das atividades que não pudessem ser realizadas no ambiente virtual¹⁰³. Diante da pandemia instalada o governo Belga adotou uma série de medidas restritivas, determinado o fechamento de lojas, exceto as que considerou essencial, tais como farmácias, lojas de alimentação e bancas de jornal. Referida restrição durou quase dois meses de 18 de março até 10 de maio de 2020¹⁰⁴⁻¹⁰⁵.

O decreto nº 2020030347 de 23 de março de 2020 ampliou a proibição do funcionamento de atividades empresariais de forma geral, permitindo apenas a abertura de lojas de alimentação, de ração animal, farmácias, livrarias, postos de serviços e fornecedores de combustíveis e salões de cabeleireiros com atendimento individual¹⁰⁶.

A população Belga recebeu informações acerca das medidas necessárias para a prevenção e redução da disseminação do vírus, bem como das medidas implementadas pelo governo com esse objetivo, mediante a realização regular de comunicados pela imprensa com critérios estabelecidos pelo Comitê Consultivo do Governo Federal. Somado a isso, autoridades locais de nível regional foram autorizadas a implementar medidas mais rígidas para o enfrentamento de surtos localizados da doença¹⁰⁷.

No mês de abril de 2020 duas normas sobre medidas de emergência para limitar a propagação do novo coronavírus foram implementadas e novas atividades foram autorizadas a funcionar¹⁰⁸⁻¹⁰⁹. Ao final da primeira onda da COVID-19 houve um relaxamento das medidas restritivas com uma pequena flexibilização de atividades específicas como lojas de internet, telefonia e artigos para jardinagem, ao argumento de que o consumo desses bens e serviços estimula a permanência das pessoas em casa¹⁰¹.

No mês de maio de 2020 quatro normas importantes foram implementadas pelo governo Belga, três delas com nítido propósito de frear a disseminação do novo coronavírus, mas com certa flexibilidade quanto ao funcionamento de diversas atividades empresariais e a última com sinais mais claros de reabertura de alguns setores. No dia 08 de maio o Decreto Ministerial nº 2020050897, reafirmou a necessidade de fechamento de salões de beleza, centros de bem-estar, incluindo saunas, academias, estúdios de tatuagem, cassinos e casas de apostas. Medidas de distanciamento social foram reforçadas pela norma estabelecendo limites de clientes por metro quadrado de estabelecimento autorizados a funcionar e o tempo de permanência nesses locais¹¹⁰.

Ainda no mês de maio, os decretos nº 2020041366 e nº 2020030933 mantiveram o encerramento das atividades estética, saunas e cassinos, acrescentando à lista estabelecimentos dos setores cultural, festivo, recreativo,

turístico e desportivo, proibindo a organização de eventos nesses segmentos. Não obstante, a norma nº 2020030933 autorizou o funcionamento de hotéis, exceto seus restaurantes, salas de reuniões e áreas de lazer, museus, casas e monumentos históricos¹¹¹⁻¹¹².

Por fim, no dia 30 de maio de 2020 o Decreto Ministerial nº 2020030965 autorizou a retomada das aulas em creches, ensino fundamental e médio. O mesmo dispositivo recomendou o uso de máscaras para funcionários e alunos, mas autorizou que durante as atividades físicas fossem realizadas sem proteção de nariz a boca, mas proibiu viagens não essenciais para a Bélgica, permitindo apenas a visita de familiares que residam em países vizinhos¹¹³.

No dia 10 de julho de 2020 cassinos foram autorizados a reabrir, mas continuava sendo obrigatório o uso de máscara. Ato contínuo, nos dias 22 agosto e 25 de setembro o comércio em geral foi autorizado a abrir as portas, obedecendo determinadas regras relativas a quantidade de pessoas em feiras realizadas em locais abertos e fechados e o estabelecimento de regras para eventos e recomendações de distanciamento¹¹⁴⁻¹¹⁶.

Em decorrência da flexibilização das medidas restritivas, no final de setembro de 2020, a Bélgica foi severamente atingida por uma nova onda da COVID-19 que, superando primeira, alcançou seu pico com uma média de 700 hospitalizações por dia¹¹⁷.

A situação provocada pela segunda onda exigiu a adoção de novas medidas não farmacêuticas e no dia 23 de outubro de 2020 houve o fechamento dos estabelecimentos comerciais em geral, no dia 26 do mesmo mês a proibição da circulação de pessoas em espaços públicos das 22h às 6h. Ainda no mesmo mês, no dia 28 a polícia passou a fiscalizar os horários de proibição de circulação de pessoas em espaços públicos e no dia 30 o teletrabalho voltou a ser obrigatório¹¹⁸⁻¹²¹.

Em dezembro de 2020 foram estabelecidas quatro normas importantes com relação a medidas restritivas, bem como as regras de vacinação. Embora a vacinação não seja o escopo deste estudo, informações relativas ao início do processo de vacinação foram inseridas no estudo, pois provocaram impacto significativo nos números de casos novos e óbitos. No dia 10 de dezembro de 2020 a

imposição de multa de 250 euros para pessoas sem máscara foi mantida, no dia 11 foi determinado o fechamento do comércio em geral as 21h, seguido do detalhamento do protocolo de vacinação do dia 16 onde ficaram definidos os procedimentos, público-alvo e locais de vacinação. Por fim, no dia 20 de dezembro foram proibidas viagens do Reino Unido para a Bélgica, com exceções específicas previstas no dispositivo legal, bem como a determinação do dia 24 para que o teletrabalho voltasse a ser obrigatório¹²²⁻¹²⁶.

Em janeiro de 2021 o Decreto Ministerial nº 2021020165¹²⁷ estabeleceu regras para ambientes de trabalho e condutas de trabalhadores visando minimizar os riscos de transmissão da doença. No dia 21 de janeiro de 2021, o Decreto Ministerial nº 2021200328 determinou novamente o isolamento residencial de qualquer pessoa contaminada, além de estabelecer que pessoas que estiveram em áreas de risco deveriam informar essa condição e colocar-se em isolamento de dez dias¹²⁸.

O Decreto Ministerial nº 2021040940 de 06 de março de 2021 flexibilizou algumas regras de distanciamento, a exemplo dos fotógrafos que passaram poder receber mais de dez pessoas em seus estúdios, desde que fossem do mesmo agrupamento familiar e houve a liberação de até cinquenta pessoas para funerais e cremações¹²⁹. Em 26 de março de 2021 houve a proibição de prestação de serviços onde a distância mínima de 1,5 metros não pudesse ser garantida entre o prestador de serviço e o consumidor inclusive em institutos de beleza, salões de massagem, barbeiros e estúdios de tatuagem e piercing¹³⁰.

Em abril de 2021 houve nova regulamentação para a entrada pessoas provenientes do exterior, especialmente do Brasil, África do Sul e Índia que ficaram proibidas de ingressar em território Belga, exceto aquelas que tivessem nacionalidade Belga ou que fossem residentes no país europeu. Também foram proibidas as viagens ao exterior, ressalvada a possibilidade daqueles detentores de certificado do empregador atestando a necessidade do deslocamento ou viagens essenciais¹³¹.

Mudanças importantes ocorrem no mês de maio de 2021 especialmente relacionadas com o relaxamento de medidas restritivas. O toque de recolher foi substituído por uma proibição de reuniões entre as 0h até as 5h, eventos esportivos foram autorizados, sujeitos a determinadas condições, conforme descrito no decreto nº 2021031562 de 07 de maio de 2021¹³². Nos meses de junho, julho e agosto apenas

uma norma de destaque foi observada, sendo ela do dia 27 de julho de 2021. Mediante o Decreto Ministerial nº 2021032061, uma série de medidas restritivas foram novamente flexibilizadas, a exemplo do aumento do número de pessoas em eventos diversos, como a necessidade de autorização das autoridades locais para a realização de reuniões com público inferior a 100 pessoas que passou para 200, dobrando a quantidade de pessoas¹³³.

Reuniões privadas em recintos fechados para até 500 pessoas foram autorizadas com a possibilidade de ampliação desse número para até 750 indivíduos quando houver ambiente externo. Eventos, apresentações culturais e similares, competições esportivas e congressos puderam ser organizados ao ar livre para um público de até 5.000 pessoas. Importante disposição inserida no contexto legislativo Belga foi a possibilidade de realização de eventos de massa, experimentos e projetos-piloto em recinto fechado para um público mínimo de 500 pessoas e máximo de 75.000 pessoas por dia, excluídos colaboradores e organizadores, mediante prévia autorização da autoridade local competente, nos termos do Decreto Ministerial nº 2021033368 de 27 de setembro de 2021¹³⁴.

No mês de outubro uma medida visando a manutenção de determinadas restrições foi implementada no dia 14, determinado o uso de máscara para maiores de 12 anos de idade em locais acessíveis ao público, distanciamento social, máximo de 200 pessoas em casamentos, cultos, funerais e cremações, nos termos da norma nº 2021022262¹³⁵.

Em decorrência do aumento no número de casos em novembro de 2021 novas medidas restritivas foram implementadas reforçando a necessidade do uso de máscaras por maiores de 12 anos¹³⁶, reuniões privadas passaram a ser autorizadas apenas em ambientes abertos, lojas e estabelecimentos de alimentação deveriam permanecer fechados das 23h até as 05h e quando abertas poderiam receber no máximo seis pessoas por mesa, exceto menores de 12 anos que não seriam computados e discotecas e salões de dança foram novamente fechados ao público. Todas essas medidas foram impostas pelo Decreto nº 2021043241 de 27 de novembro de 2021¹³⁷.

No dia 04 de dezembro de 2021, em decorrência do Decreto nº 2021043284, as salas de cinema passaram a ser autorizadas a receber no máximo

200 visitantes por sala, operadores devem garantir a distância de 1,5 metros entre as pessoas de grupos diversos, discotecas e salões de dança devem permanecer fechados¹³⁸. Ao final no mês, no dia 22 de dezembro de 2021 o Decreto Ministerial nº 2021043632 estabeleceu que atividades de natureza cultural ou pública, social, festiva, folclórica, desportiva e recreativa deveriam ser remarcadas ou o crédito correspondente a eventuais pagamentos ser disponibilizado ao consumidor para uso futuro¹³⁹.

4.1.3. Portugal

Portugal é uma república situada no Sudoeste europeu, com uma área de aproximadamente 92.212Km², o país possui uma população de pouco mais de 10 milhões de habitantes dos quais mais de 2,5 milhões tem mais de 65 anos e mais de 5,5 milhões entre 25 e 65 anos¹⁴⁰. Seu IDH é 0,864 e o país investiu, em 2020, 9,53% do seu PIB em saúde¹⁴¹.

Em Portugal os dois primeiros casos da COVID-19 foram registrados em 02 de março de 2020 em decorrência de dois casos vindos da Espanha e Itália e a primeira morte ocorreu em 16 de março 2020¹⁴². A detecção do primeiro caso apenas em 02 de março de 2020 permitiu que o país se preparasse de forma mais robusta que grande parte dos países europeus, pois foram capazes de estruturar e implementar o sistema de saúde com ferramentas de resposta ao momento de grave situação de saúde pública, cuja gestão foi realizada pelo governo central auxiliado pela direção geral de saúde do país¹⁴³.

Após o registro dos primeiros casos a propagação do vírus foi acelerada, como ocorreu em todo território europeu, verificando-se um expressivo número de casos no mês de abril de 2020¹⁴⁴. É importante registrar que ao longo de todo o período objeto deste estudo, março de 2020 a dezembro de 2021, Portugal promulgou 909 normas relativas ao enfrentamento da pandemia, das quais foram selecionadas e descritas individualmente as mais relevantes no aspecto da implementação de medidas não farmacêuticas destinadas ao enfrentamento da pandemia. A Figura 3 descreve o número de óbitos e de casos novos, bem como as medidas legislativas

implementadas para criar ferramentas não farmacêuticas para o enfrentamento dos efeitos da pandemia^{61,145-146}.

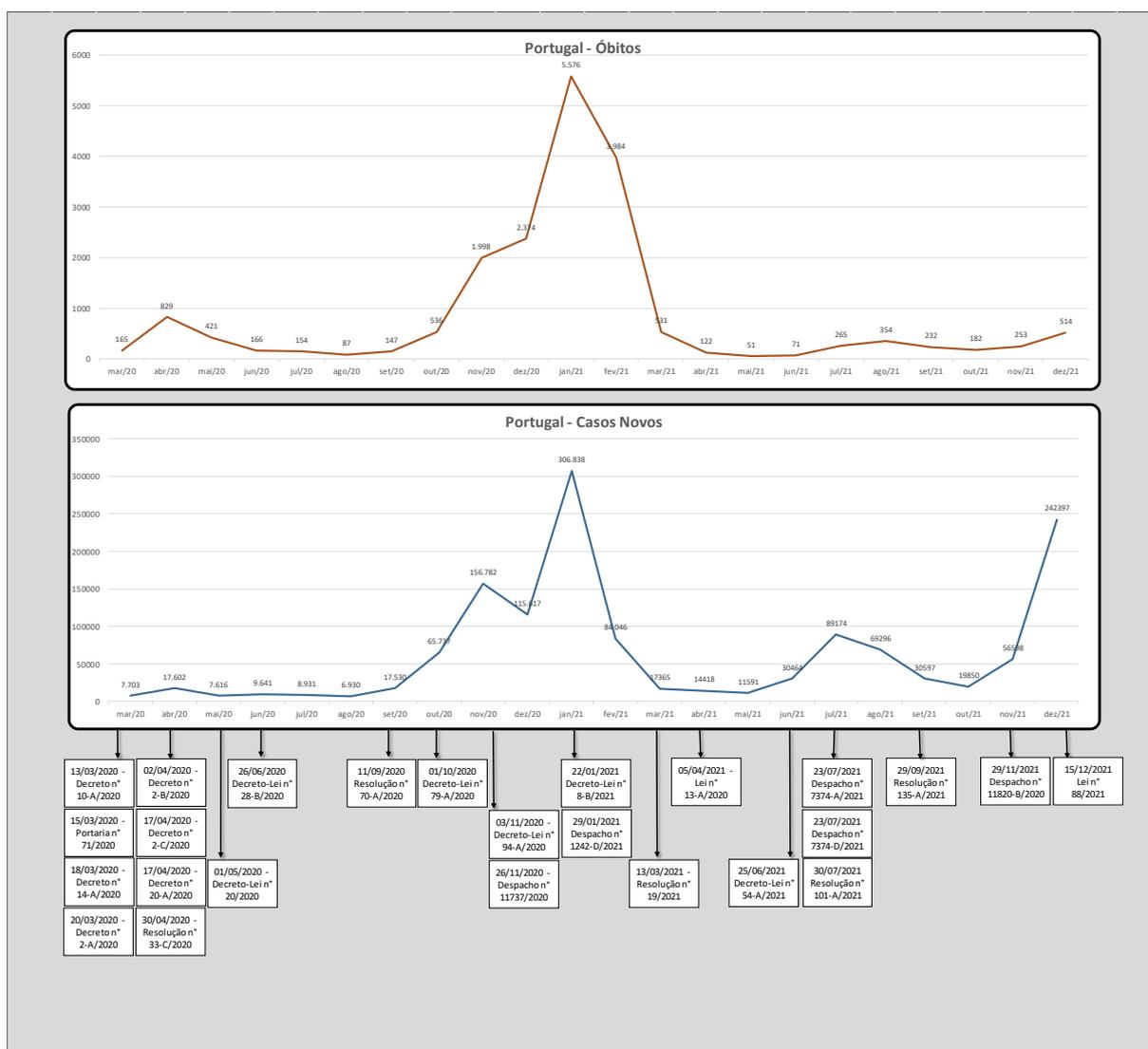


Figura 3. Número de óbitos e de casos novos da Covid-19 no Portugal de março de 2020 a dezembro de 2021. Botucatu, Brasil, 2022.

No mês de março de 2020 houve intensa produção legislativa visando combater a disseminação do vírus. Em 13 de março 2020 o Decreto nº 10-A/2020 determinou a suspensão das atividades letivas em todo o país, suspendeu as atividades de apoio social, suspendeu o acesso ao público a restaurantes onde havia espaço para dança e edifícios públicos foram fechados¹⁴⁷. No dia 15/03/2020 a Portaria nº 71/2020 determinou restrições de funcionamento para o comércio varejista

em geral, limitando o número de pessoas por metro quadrado de espaço interno e bares e restaurantes tiveram que reduzir seu atendimento a um terço de sua capacidade total¹⁴⁸.

Dois dias após Portugal registrar a primeira morte por COVID-19, no dia 18/03/2020 o Decreto presidencial nº 14-A/2020 declarou o estado de emergência com fundamento na situação de calamidade pública decorrente da disseminação do novo coronavírus. Referido decreto suspendeu parcialmente uma série de direitos, especialmente aqueles relacionados ao deslocamento de pessoas, autorizando a adoção de medidas de confinamento, o estabelecimento de linhas sanitárias de proteção, regras de permanência em vias públicas, possibilidade de requisição de bens ou serviços de atividade econômicas privadas que pudessem contribuir para o enfrentamento da pandemia, a determinação de que trabalhadores do setor público ou da iniciativa privada pudessem, em caso de necessidade, desenvolver atividades em locais e horários diversos dos que habitualmente trabalham¹⁴⁹.

O Decreto presidencial nº 14-A/2020 ainda suspendeu o direito de greve quando seu exercício pudesse comprometer o funcionamento de infraestruturas ou unidades ligadas à saúde, abastecimento e fornecimento de produtos essenciais à população. O dispositivo ainda abriu a possibilidade de estabelecimento de regras acerca de deslocamentos internacionais, controles de fronteiras, controles sanitários em portos e aeroportos, autorizou a restrição do direito de reunião, manifestação e de cultos religiosos, estabelecendo por fim, a possibilidade de restrição ao direito de resistência a qualquer medida imposta pelas autoridades competentes com a finalidade de reduzir os riscos de propagação do novo coronavírus¹⁴⁹.

Ato contínuo, no dia 20 de março de 2020 o Decreto nº 2-A/2020 regulamentou a determinação de confinamento obrigatório em domicílio ou estabelecimento de saúde de pessoas infectadas, bem como seus contactantes, inclusive com a possibilidade de a autoridade competente escolher outro local para o cumprimento do confinamento e da tipificação penal do descumprimento como crime de desobediência. Estabeleceu regras especiais de restrição de circulação de pessoas em espaços ou vias públicas, ordenou a adoção do regime de teletrabalho, o fechamento de estabelecimentos considerados não essenciais, a exemplo de discotecas, bares e salões de dança ou festa, parques de diversão etc¹⁵⁰.

Determinou ainda, a suspensão dos serviços abertos ao público, com exceção daqueles considerados essenciais. Nos anexos I e II, o dispositivo legal estabeleceu de forma objetiva quais eram os estabelecimentos e serviços considerados essenciais ou não para fins de aplicação da norma. Ficou estabelecido ainda, que nos locais considerados essenciais as pessoas deveriam manter distanciamento mínimo de dois metros entre si e permanecerem apenas pelo tempo estritamente necessário à aquisição dos produtos, já que o consumo no local foi proibido¹⁵⁰.

Portugal ainda contou com fator importantíssimo para o controle da disseminação do vírus, pois antes mesmo da implementação de medidas governamentais efetivas a população reduziu suas atividades voluntariamente, evitando o contato público sempre que possível, em contrariedade ao posicionamento do Presidente da República que inicialmente apresentou uma conduta negacionista¹⁴⁴.

De qualquer forma, como ocorreu ao redor do mundo a disseminação do vírus se verificou e mais medidas legislativas foram adotadas, a exemplo do Decreto nº 2-B/2020 do dia 02 de abril de 2020 que reforçou as disposições contidas no Decreto nº 2-A/2020 e disciplinou de forma específica as medidas restritivas aplicáveis ao período da páscoa, seguido do Decreto nº 2-C/2020 do dia 17 de abril de 2020 que revalidou as normas anteriores e estabeleceu limitações específicas de circulação e permanência de pessoas em vias públicas na região de Ovar, município situado no litoral norte de Portugal. Houve ainda, no dia 17 de abril a renovação da declaração do estado de emergência com fundamento na verificação de uma continuada situação de calamidade pública pelo Decreto presidencial nº 20-A/2020¹⁵¹⁻¹⁵³.

Mesmo com a pandemia em curso, no dia 30 de abril de 2020, a Resolução do Conselho de Ministros nº 33-C/2020 deliberou pelo levantamento gradual das medidas de confinamento, o que elevou gradualmente o número de casos que se agravou a ponto de ser considerado, em setembro de 2020, como o início da segunda onda¹⁵⁴.

Não obstante, no início de maio, mais precisamente no dia 01 de maio de 2020, o Decreto-Lei nº 20/2020 tornou obrigatório o uso de máscaras ou viseiras, bem como o controle de temperatura das pessoas para ingresso em estabelecimentos, determinando que os responsáveis pelos estabelecimentos públicos ou privados

deveriam fiscalizar o uso desses equipamentos de proteção e impedir a entrada ou permanência daqueles que se recusassem a fazer uso correto de máscaras ou viseiras¹⁵⁵.

Em decorrência da situação enfrentada pelo país, o governo implementou novas normas visando reduzir a propagação do vírus mediante a promulgação do Decreto-Lei nº 28-B/2020 no dia 26 de junho de 2020, que estabeleceu um regime específico de penalidades para o descumprimento das regras relativas às medidas de distanciamento, uso de máscara, entrada e permanência em espaços públicos e privados, etc. A norma estabeleceu multas variáveis entre 100 e 500 Euros para pessoas físicas e de 1.000 a 5.000 Euros para empresas¹⁵⁶.

No dia 11 de setembro de 2020 a Resolução do Conselho de Ministros nº 70-A/2020 declarou situação de contingência no país até as 23h59 do dia 30 de setembro de 2020, limitando o acesso, circulação ou permanência de pessoas em espaços públicos, a dispersão de aglomerações com mais de dez pessoas, novas regras para o funcionamento de atividades econômicas, aeroportos, racionalização do uso de transporte público, serviços de comunicação, abastecimento e consumo de bens de primeira necessidade, a manutenção do estado de prontidão de forças de segurança, dos serviços de saúde e proteção civil, dentre outras medidas destinadas objetivamente ao enfrentamento da disseminação do novo coronavírus¹⁵⁷.

No dia 01 de outubro de 2020 o Decreto-Lei nº 79-A/2020 estabeleceu um regime excepcional e transitório de reorganização do trabalho visando minimizar os riscos de transmissão da infecção pelo novo coronavírus no âmbito das relações laborativas, determinando que horários de entrada e saída, bem como intervalos para alimentação e descanso dos trabalhadores fosse minimamente coincidente com a finalidade de evitar agrupamentos de pessoas, garantia de ambientes de trabalho com distanciamento físico, estabelecimento de horários mais flexíveis para empregados com necessidades ou condições especiais¹⁵⁸.

Em decorrência do aumento do número de novos casos e óbitos, o governo português promulgou no dia 03 de novembro de 2020 o Decreto-Lei nº 94-A/2020 que, dentre inúmeras medidas, autorizou a contratação de profissionais da enfermagem aposentados para exercer funções assistenciais nas unidades de saúde pública, ampliação da contratação de profissionais da saúde até 31 de dezembro de 2020,

novamente determinou o teletrabalho obrigatório para todos os trabalhadores e atualizou, mediante a vigésima terceira modificação, o texto do Decreto-Lei 10-A/2020¹⁵⁹. No dia 26/11/2020 o Despacho nº 11737/2020 determinou a criação de uma força tarefa para a elaboração de um plano de vacinação, pois embora a União Europeia estivesse trabalhando nesse sentido, os estados membros deveriam se empenhar internamente para que a vacinação fosse possível¹⁶⁰.

No início de 2021 e com os casos aumentando houve nova suspensão das atividades letivas pelo período de quinze dias, mediante a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 8-B/2021 no dia 22 de janeiro de 2021¹⁶¹. A norma ainda regulou a ausência ao trabalho dos pais que necessitassem permanecer com os filhos em casa, o que chamou de faltas justificadas motivadas por assistência à família. Ainda no mês de janeiro, mais precisamente no dia 29, o despacho nº 1242-D/2021 estabeleceu os pontos de passagem autorizados na fronteira terrestres, determinando uma lista de locais e horários visando controlar o acesso de pessoas nas fronteiras portuguesas¹⁶².

Verificando a queda do número de casos novos e de óbitos, no dia 13 de março de 2021 a Resolução do Conselho de Ministros nº 19/2021 iniciou uma estratégia de levantamento gradual das medidas de confinamento anteriormente estabelecidas, definindo períodos de 15 dias entre cada fase do que a norma chamou de desconfinamento, visando avaliar os impactos das medidas na evolução da pandemia bem como os critérios epidemiológicos necessários à segurança do gradual relaxamento das medidas restritivas¹⁶³. No entanto, no dia 05 de abril de 2021 a Lei nº 13-B/2021 renovou a obrigatoriedade do uso obrigatório de máscaras em espaços e vias públicas¹⁶⁴.

Como observado na Figura 3, é possível verificar a redução do número de óbitos e novos casos a partir do final do mês de março de 2021 o que motivou as autoridades portuguesas a novamente flexibilizar as medidas restritivas anteriormente implementadas, nesse sentido, os despachos nº 7374-A/2021 e nº 7374-D/2021, ambos do dia 23 de julho de 2021, autorizaram a reabertura de estabelecimentos de jogos, a exemplo de cassinos, bingos, bem como das termas e SPAs, mesmo em municípios classificados como de risco elevado. Entre o início da redução de casos e óbitos no mês de março e a reabertura dos estabelecimentos acima indicados no mês de julho, houve a regulamentação do Certificado Digital COVID criado pelo

Regulamento UE 2021/953 do Parlamento Europeu e do Conselho pelo Decreto-Lei nº 54-A/2021 de 25 de junho de 2021, visando facilitar a circulação de pessoas¹⁶⁵⁻¹⁶⁷.

Considerando que o processo de vacinação iniciado no final de 2020 já alcançava excelentes resultados e que desde julho de 2021 a Resolução do Conselho de Ministros nº 101-A/2021 já estabelecia o processo progressivo de levantamento das medidas restritivas, em setembro de 2021, a Resolução do Conselho de Ministros nº 135-A/2021 alterou as medidas relativas a situação de alerta, eliminando a recomendação pelo teletrabalho, as limitações em matéria de venda e consumo de bebidas alcoólicas e autorizando a abertura de bares e discotecas, mediante a exigência de que seus usuários apresentassem um Certificado Digital COVID de acordo com o padrão estabelecido pela União Europeia¹⁶⁸⁻¹⁶⁹.

Embora o cenário apontasse para uma retirada gradual das medidas restritivas, o surgimento da variante B.1.1.529 ou ômicron, obrigou o governo a viabilizar o Despacho nº 11820-B/2021 determinando que todos os cidadãos que pretendessem ingressar em território português pelas fronteiras terrestres, deveriam portar o Certificado Digital COVID criado pelo regulamento UE 2021/953, enrijecendo as normas relativas ao trânsito de pessoas¹⁷⁰.

Ao final do ano de 2021, no dia 15 de dezembro a Lei nº 88/2021 estabeleceu novas regras relativas ao uso obrigatório de máscaras para acesso, permanência ou circulação em espaços e vias públicas, salientando a importância de campanhas de conscientização da população acerca da importância do uso, bem como a manutenção das penalidades previstas no Decreto-Lei nº 28-B/2020 com relação a aplicação de multas em caso de descumprimento da norma^{156,171}.

4.2. América do Norte

4.2.1. Canadá

O Canadá é uma monarquia constitucional situada na América do Norte, com vasta extensão territorial, o segundo maior do mundo com 9.984.670 km², possui uma população de pouco mais de 38 milhões de habitantes, sendo 13,7% de idosos.

Seu índice de desenvolvimento humano é 0,929. O país investiu, em saúde, aproximadamente 10,84% do seu PIB em 2020¹⁷².

O sistema de saúde canadense é estruturado por províncias o que implica em determinadas variações entre elas, no entanto, de maneira geral o sistema é bastante abrangente com especial foco na atenção básica de saúde. Não há um sistema de saúde privado significativo, na prática a maior parte da população não considera razoável que o poder aquisitivo de um determinado cidadão possa lhe proporcionar melhores condições de acesso a saúde¹⁷³.

No Canadá o primeiro caso suspeito da COVID-19 foi detectado em 25 de janeiro de 2020, sendo confirmado dois dias após, em 27 de janeiro de 2020. Diante da ausência de medicamentos específicos e de uma vacina que pudesse minimizar os efeitos da transmissão do vírus, inúmeras medidas não farmacêuticas começaram a ser adotadas. Referidas medidas incluíram o fechamento de fronteiras, proibição de viagens não essenciais, obrigatoriedade de distanciamento físico, dentre outras restrições¹⁷⁴.

O sistema de saúde Canadense está estruturado em nível federal pela *Canada Health Act*, uma Lei federal que disciplina de maneira geral e em todo território a organização e o funcionamento do sistema de saúde e mais, o país conta com um dispositivo específico que delinea a atuação conjunta e coordenada dos governos federal, provincial e territorial no enfrentamento da pandemia, o *Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Planning Guidance for Health Sector*¹⁷⁵. Ademais, desde 2005 o país conta com uma Lei que regula um sistema voltado para a prevenção da entrada e a propagação de doenças transmissíveis¹⁷⁶.

De qualquer forma, mesmo possuindo dispositivos legais específicos e uma organização central, a implementação da maior parte das medidas não farmacêuticas foram viabilizadas de maneira localizada, nos níveis provincial e territorial, havendo uma grande variabilidade na sua efetivação em decorrência das diferentes medidas aplicadas, bem como o tempo de sua execução, pois a responsabilidade de aplicação recai sobre a autoridade local¹⁷⁷. Em decorrência do exposto, a Figura 4 apresenta a evolução do número de casos e óbitos, bem como os principais dispositivos legais utilizados para a implementação de medidas não farmacêuticas para o enfrentamento da pandemia^{62,178-180}.

Conforme se verifica na Figura 4, no dia 03 de fevereiro de 2020, o Canadá implementou a primeira medida específica relativa ao enfrentamento da pandemia da COVID-19, exigindo que as pessoas que chegassem ao país, vindas da província de *Hubei*, na China, fizessem quarentena de quatorze dias, a contar da data do desembarque em solo canadense¹⁸¹. No dia 17 do mesmo mês as autoridades canadenses ampliaram as restrições, impondo a quarentena para todas as pessoas que fossem provenientes de países onde o surto da COVID-19 já estivesse instalado¹⁸².

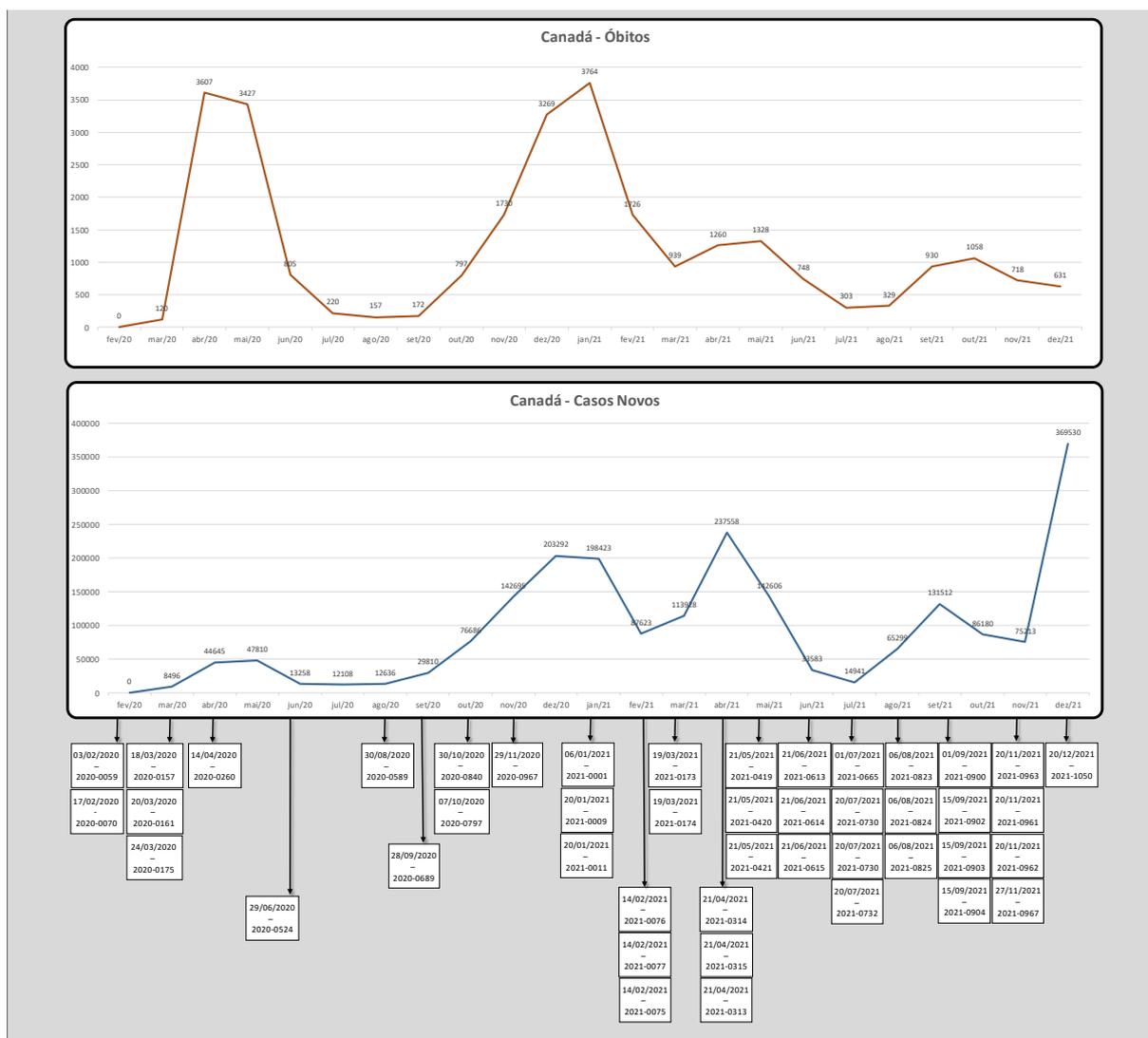


Figura 4. Número de óbitos e de casos novos da Covid-19 no Canadá de março de 2020 a dezembro de 2021. Botucatu, Brasil, 2022.

No mês de março de 2020 inúmeras medidas foram implementadas pelas autoridades canadenses, a exemplo da norma do dia 18 que estabeleceu a proibição

de entrada em território canadense de quaisquer estrangeiros que chegassem por transporte aéreo, com algumas exceções, a exemplo do cidadão vindo dos Estados Unidos e que tenha ali permanecido por mais de quatorze dias ou familiar imediato de cidadão canadense¹⁸³. Dois dias após as restrições foram ampliadas, inclusive para cidadãos norte-americanos, desde que apresentassem febre, tosse ou dificuldades respiratórias¹⁸⁴. A partir do dia 24 de março de 2020, todas as pessoas que entraram no Canadá foram compelidas a isolar-se por quatorze dias e monitorar sintomas relativos a COVID19¹⁸⁵.

A partir do dia 14 de abril de 2020 houve a reafirmação acerca da necessidade de isolamento de pessoas sintomáticas e teve início o uso de máscara obrigatório em todo território canadense¹⁸⁶. No dia 29 de junho a ordem nº 20200524 descreve uma série de definições importantes acerca dos conceitos de quarentena, isolamento, instalação de quarentena, sinais e sintomas da COVID-19, pessoa vulnerável, diretor de saúde pública, com a finalidade de melhorar as respostas ao enfrentamento dos efeitos da proliferação do vírus em território canadense¹⁸⁷. No mesmo sentido as ordens nº 20200589 de 30 de agosto de 2020, nº 20200689 de 28 de setembro de 2020, nº 20200797 de 07 de outubro de 2020, nº 20200840 de 30 de outubro de 2020, nº 20200967 de 29 de novembro de 2020 reforçaram as disposições contidas na norma anterior acerca das definições e propósitos que estabeleceu¹⁸⁸⁻¹⁹².

No início de dezembro de 2020, o país iniciou o processo de vacinação e ao final do dia 14 o país tinha vacinado cinco indivíduos¹⁹³. No dia 06 de janeiro de 2021 foi instituído um sistema que determinava aos ingressantes no país por via não aérea, que apresentassem um plano de quarentena para os quatorze dias exigidos, documento no qual deveriam constar o local onde a quarentena seria feita e os dados de contato¹⁹⁴.

A partir de 06 de janeiro até 31 de dezembro de 2021 foram criadas 32 normas relacionadas com isolamento obrigatório e quarentena para pessoas provenientes do exterior, com regras específicas apenas para cidadãos vindos dos EUA, em decorrência de ajustes expressos entre os dois países¹⁸⁰.

4.3. América do Sul

4.3.1. Argentina

Trata-se de uma república federal presidencialista possuindo uma área total de 2.780.400 quilômetros quadrados, com uma população estimada de 45.808.747 milhões de habitantes, dentre os quais cerca de 11,86% são idosos¹⁹⁵. O país ainda ostenta um índice de desenvolvimento humano de 0,845, considerado alto, especialmente se comparado com os vizinhos Sul Americanos, o país é a quarta economia da América do Sul e investe aproximadamente 9,51% do PIB em saúde¹⁹⁶⁻¹⁹⁷.

No ano de 2007, em decorrência do surto mundial de gripe aviária, escorada nas diretrizes do plano de contingência elaborado pelo Ministério da Saúde da Argentina (MSA) em 2002 e do Regulamento Sanitário Internacional, o país criou a Unidade de Coordenação Geral do Plano Integral de Prevenção da Pandemia, mediante a edição do Decreto nº 644/2007. Referida norma, atribuiu à coordenação geral a elaboração do plano de prevenção com validade de um ano, prorrogável em caso de necessidade, estabeleceu regras gerais acerca do enfrentamento da situação pandêmica, criando comissões especiais para tratar do tema, atribuindo competências a autoridades federais e locais, normatizando a colaboração de instituições públicas e privadas, enfim organizou e coordenou esforços para uma resposta eficaz à eventuais pandemias¹⁹⁸.

É importante destacar que antes mesmo da detecção do primeiro caso da COVID-19 em seu território, a Argentina enfrentava sérios problemas internos e já havia decretado estado de emergência pública em diversas matérias, dentre elas, emergência sanitária e social. A Lei nº 27.541 estabeleceu essa condição no dia 21 de dezembro de 2019¹⁹⁹.

O primeiro caso da COVID-19 registrado na Argentina ocorreu no dia 03 de março de 2020, quando esforços adicionais tiveram que ser inseridos na emergência decretada em 2019, tendo início a implementação de inúmeras medidas não farmacêuticas de enfrentamento da doença²⁰⁰⁻²⁰¹. A Figura 5 apresenta os números de novos casos, de óbitos na Argentina e a produção legislativa mais impactante para

o enfrentamento da pandemia no que se refere a adoção de medidas não farmacêuticas^{63,202-203}.

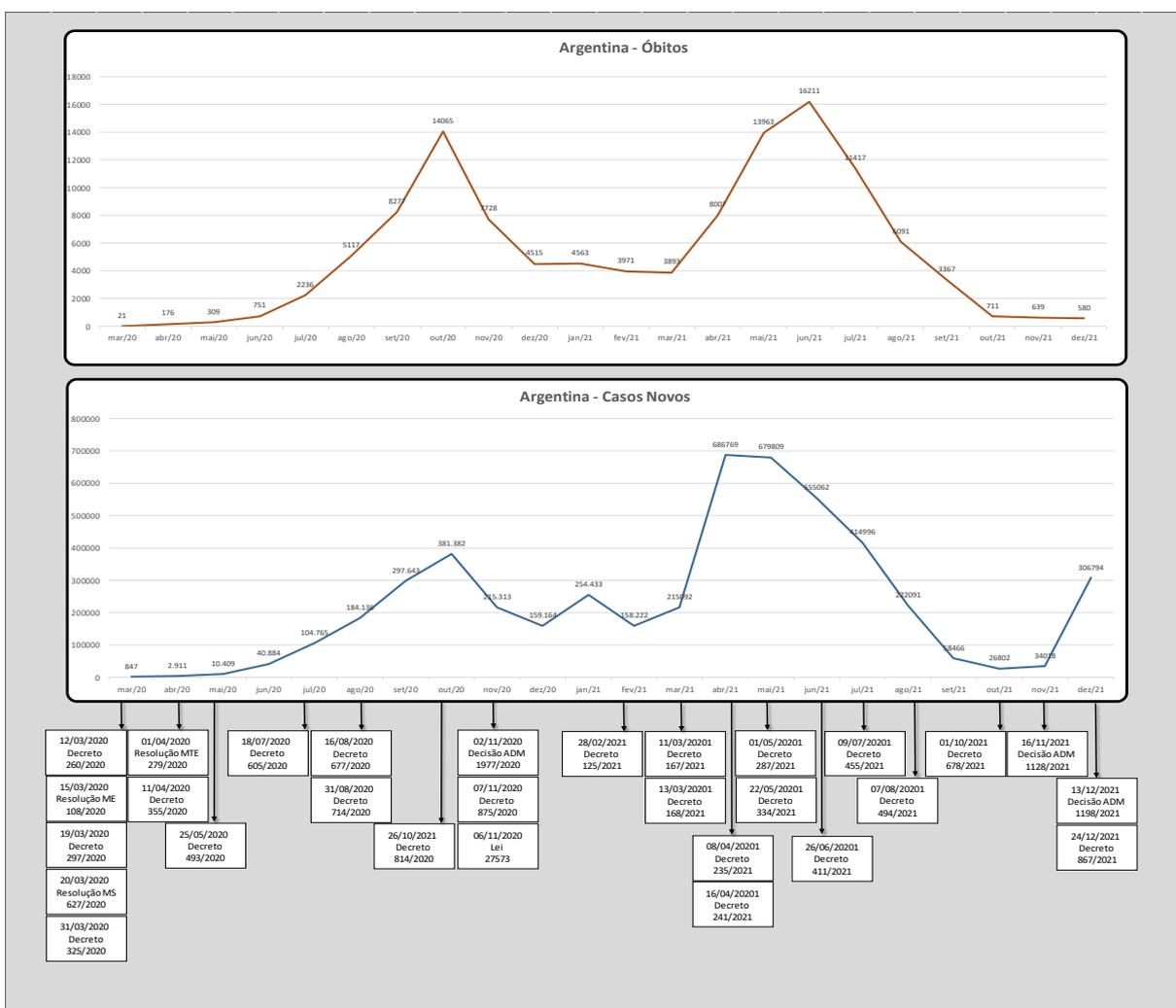


Figura 5. Número de óbitos e de casos novos da Covid-19 na Argentina de março de 2020 a dezembro de 2021. Botucatu, Brasil, 2022.

A produção legislativa argentina foi extremamente intensa e no período compreendido entre março de 2020 a dezembro de 2021 foram editadas 6.347 normas relacionadas ao enfrentamento da pandemia da COVID-19, das quais o presente estudo selecionou as 29 principais diretamente relacionadas com medidas não farmacêuticas restritivas⁶³.

Em 12 de março de 2020, nº Decreto 260/2020 estabeleceu regras gerais para o enfrentamento da pandemia, viabilizando que as autoridades tomassem as

medidas necessárias para o controle da propagação do vírus. A partir desse momento teve início um período de forte produção de normas visando a redução da propagação do vírus, a exemplo o isolamento social que provocou objetivas alterações nas práticas habituais dos cidadãos argentinos mediante o distanciamento físico entre as pessoas, o uso de máscara e adoção de práticas de higiene frequente das mãos²⁰⁴.

Por determinação da Resolução nº 108/2020 expedida pelo Ministério da Educação, as atividades escolares presenciais foram suspensas a partir do dia 16 de março de 2020 por um período de quatorze dias, no entanto, a medida ainda determinava que docentes, dirigentes e demais trabalhadores das unidades escolares continuassem a comparecer normalmente, visando o desenvolvimento de atividades administrativas, pedagógicas, bem como serviços de higiene de ambientes para garantir condições de trabalho aos funcionários do setor de educação. Uma importante imposição da norma foi a continuidade dos benefícios de natureza alimentar habitualmente ofertados para a comunidade escolar²⁰⁵.

Em decorrência do aumento do número de casos novos, do óbito até aquele momento de três pessoas, da ausência de tratamentos medicamentosos e da insuficiência das medidas anteriormente adotadas, em 19 de março de 2020 o governo argentino editou o Decreto nº 297/2020, estabelecendo regras preventivas de isolamento social obrigatório em todo o país, cujo cumprimento foi estendido a estrangeiros e nacionais, bem como determinou o fechamento de estabelecimentos considerados não essenciais. As pessoas não podiam sair de suas residências, exceto para resolver situações inadiáveis ou adquirir itens básicos de subsistência. Houve atribuição de competência para o Ministério de Segurança do país para realizar a fiscalização de espaços públicos em conjunto com autoridades locais, nas províncias e na região autônoma de Buenos Aires²⁰⁶⁻²⁰⁷.

O Decreto atribui ao Ministério da Segurança Argentino o controle de vias, estradas e espaços públicos, atuação conjunta com os governos das províncias para a implementação de inúmeras medidas com a finalidade conter a disseminação do vírus. A rigidez das medidas inicialmente adotadas pelo governo argentino passou ainda pela restrição de trânsito entre fronteiras internas e externas, a previsão de implicações penais para quem descumprisse a regra, detenção imediata de veículos que circulassem em descumprimento à norma, houve a proibição de eventos culturais,

recreativos, desportivos e religiosos e foram suspensas a abertura de shoppings e do comércio varejista em geral. Referida norma tinha vigência de 20 a 31 de março de 2020. O dispositivo legal ainda listou as atividades e pessoas isentas do cumprimento das restrições, especialmente trabalhadores e agentes responsáveis pelo combate direto ao problema, tais como profissionais da saúde e segurança pública²⁰⁷.

Ainda no mês de março, o Ministério da Saúde da Argentina definiu quais eram as medidas específicas de isolamento que deveriam ser adotadas pelas pessoas que tivessem confirmação de infecção pelo novo coronavírus, bem como as regras de distanciamento social aplicáveis a toda população, independentemente de confirmação da infecção. Nos anexos I e II da resolução 627/2020 de 19 de março de 2020, referidas regras foram detalhadas. Ademais, a norma estabeleceu quais indivíduos integrariam o chamado grupo de risco, para o qual, nos termos do Decreto nº 260/2020 deveria ser dispensada atenção especial²⁰⁸.

Posteriormente, no dia 31 de março de 2020, o Decreto nº 325/2020 prorrogou até o dia 12 de abril de 2020 todos os efeitos do Decreto nº 297/2020, consignando ainda que os trabalhadores do setor público nacional não abrangidos pelas exceções relativas ao isolamento preventivo e obrigatório, ou seja, aqueles não inseridos na lista de atividades essenciais deveriam abster-se de realizar qualquer deslocamento, devendo desenvolver suas atividades laborativas diretamente dos locais onde cumpriam as medidas de isolamento, continuando a desempenhar à distância as determinações de seus superiores hierárquicos²⁰⁹.

As relações de trabalho continuaram a ser normatizadas no mês de abril de 2020 e a Resolução nº 279/2020 do Ministério do Trabalho, Emprego e Previdência Social publicada no dia primeiro daquele mês, reforçaram as disposições relativas a dispensa de comparecimento de trabalhadores aos locais de trabalho habituais, inclusive estagiários, conferiu liberdade aos empregadores para a organização das jornadas de trabalho visando manter atividades essenciais em funcionamento e disciplinou de forma expressa que a abstenção de ir pessoalmente ao trabalho não implicaria em folga, férias ou feriado, sendo considerado como dia normal de trabalho para todos os efeitos legais²¹⁰.

No dia 11 de abril de 2020 houve a permissão para que as províncias argentinas regulamentassem as proibições de acordo com as

especificidades locais, considerando o número de novos casos e a capacidade do sistema de saúde, especialmente a existência ou não de vagas e leitos de UTI. Contribuindo de forma decisiva para o sucesso argentino no enfrentamento inicial da crise de saúde, o poder legislativo aprovou o decreto presidencial, pois antes mesmo da promulgação do referido dispositivo legal, executivo e legislativo já haviam se reunido para tratar do tema, inclusive com a participação de opositores do governo, que o apoiaram nas medidas restritivas impostas à população²⁰⁶. Nesse momento, o Decreto nº 355/2020 prorrogou as medidas estabelecidas pelo Decreto nº 297/2020, com as especificidades acima indicadas²¹¹.

Assim, o que se verificou no início da pandemia é que a Argentina seguiu as recomendações da Organização Mundial da Saúde e aproveitou as experiências positivas de outros países implementando ações que encontraram respaldo da comunidade científica e impactaram de forma positiva na tentativa de controlar a disseminação do vírus diante de uma realidade onde não havia vacina ou tratamento eficaz contra a doença²⁰⁶.

Embora as medidas restritivas gerais estabelecidas no início do mês de março de 2020 tenham sido prorrogadas ao longo dos meses por sucessivos dispositivos legais, na capital, Buenos Aires, as restrições mais rígidas permaneceram até 11 de maio de 2020 quando teve início um processo de flexibilização mediante a autorização de funcionamento de atividades comerciais e recreativas. No início do mês de junho daquele ano mais medidas restritivas foram flexibilizadas o que culminou no aumento de casos e na necessidade de reversão das flexibilizações com o estabelecimento de novas restrições a partir do dia 29 do mesmo mês, medidas que permaneceram até 17 de julho de 2020²¹².

No mês de julho de 2020, o Decreto nº 605/2020 novamente prorrogou os efeitos do Decreto nº 297/2020 até o dia 02 de agosto daquele ano, no entanto, conforme acima exposto, inúmeras exceções foram sendo incluídas ao longo dos meses reduzindo a lista de atividades que continuavam proibidas, permanecendo restritas atividades relativas a cinemas, teatros, clubes, centros culturais, práticas esportivas com mais de dez participantes ou que não permitissem distância de ao menos dois metros entre as pessoas. Os artigos 12 e 13 do Decreto nº 605/2020

pontuaram de forma específica 37 (trinta e sete) atividades que estavam incluídas nas exceções às medidas restritivas e, portanto, poderiam continuar normalmente²¹³.

No mês de agosto novas exceções foram incluídas na norma e a lista passou a contar com 42 (quarenta e duas) atividades cujas medidas restritivas não alcançavam, a exemplo de atividades teatrais, ainda sem plateia, trabalhadores da área de manutenção e conservação de museus, práticas esportivas para atletas de alto rendimento, dentre outros²¹⁴.

Nesse contexto de constantes ampliações das exceções às medidas restritivas, a partir de setembro de 2020 a Argentina experimentou um aumento significativo no número de mortes e de novos casos, conforme se verifica na Figura 5, chegando a segunda posição de mortes por milhão de habitantes já no mês de novembro daquele ano, passando de um exemplo positivo no enfrentamento da pandemia para uma história de desajustes e resultados negativos na condução da crise. O declínio argentino no combate ao vírus pode ser atribuído à alta centralização das decisões pelo presidente argentino, pois mesmo mantendo diálogo com os demais poderes e especialmente os governos locais, estes não participaram de forma efetiva no enfrentamento da crise de saúde pública²¹⁵.

Durante os meses de outubro e novembro de 2020 foram renovadas as disposições relativas ao distanciamento social preventivo e obrigatório com a proibição de eventos sociais, culturais, recreativos, desportivos e religiosos, públicos ou privados, também permaneceram fechados teatros, cinemas, centros comerciais, museus, restaurantes, bares, discotecas e quaisquer estabelecimentos que pudessem promover aglomeração de pessoas, nos termos dos Decretos nº 814/2020²¹⁶⁻²¹⁷. No dia 06 de novembro de 2020 a Lei nº 27.573 declarou de interesse público a pesquisa, desenvolvimento, fabricação e aquisição de vacinas, estabelecendo inúmeras regras para que o país pudesse ter, no menor espaço de tempo possível, vacinas suficientes para fazer frente ao grave problema de saúde pública provocado pela COVID19. Argentina. Lei nº 27.573/20²¹⁸.

Em 27 de fevereiro de 2021 o Decreto nº 125²¹⁹ revalidou medidas de distanciamento anteriormente vigentes e estabeleceu novas exceções, com destaque para a possibilidade de retorno ao trabalho desde que o empregador disponibilizasse meios de transporte seguros para os trabalhadores, mediante a contratação particular

de veículos, sem qualquer cobrança adicional aos empregados e desde que apenas um passageiro por viagem. Referido transporte deveria se submeter ainda, às regras da Resolução nº 107/2020²²⁰ do Ministério dos Transportes, como a obrigação de uso de máscara no interior do veículo, remoção de cortinas e outros elementos de tecido capazes de reter o vírus e o passageiro deveria portar o certificado de circulação com a identificação de suas funções laborativas viabilizando eventual fiscalização.

Os Decretos 167²²¹ e 168²²² de março de 2021 prorrogaram as medidas restritivas gerais anteriormente definidas, especialmente quanto ao estado de emergência sanitária declarado pelo Decreto nº 260/2020 foi prorrogado até 31 de dezembro de 2021, no entanto, considerando o processo de vacinação iniciado no final do mês de dezembro de 2020 e sua aplicação simultânea nas vinte e quatro jurisdições do país, houve a implementação de regras mais específicas acerca do isolamento de pessoas suspeitas até a confirmação ou não da infecção pelo vírus, dos casos confirmados que deveriam ficar isolados por dez dias, dos considerados em contato com pessoas doentes e seu período de afastamento do convívio social, bem como das exceções, a exemplo dos diplomatas em missão oficial.

Em 08 de abril de 2021, considerando o conhecimento já existente acerca das medidas para mitigar a propagação do vírus e o avanço da vacinação no país, o Decreto nº 235/2021 estabeleceu normas gerais de prevenção e regras de contenção local da disseminação do novo coronavírus, a exemplo da recomendação de distanciamento mínimo de dois metros entre as pessoas, uso de máscara em espaços compartilhados, ventilação adequada dos ambientes, regular higienização das mãos e condutas correlatas. O teletrabalho continuou recomendado para os trabalhadores cujas funções permitissem a modalidade de labor a distância, pessoas consideradas de grupo de risco continuaram autorizadas a se ausentar das atividades laborativas presenciais e aos empregadores foi imposta a necessidade de prover condições de higiene e segurança de acordo com as recomendações as autoridades de saúde. As aulas e atividades acadêmicas presenciais foram mantidas desde que houvesse condições epidemiológicas seguras²²³. Complementando as regras acima descritas, o Decreto nº 341 de 15 de abril daquele ano ampliou a autorização para aulas presenciais e atividades educativas para todo o país²²⁴.

Em maio de 2021 dois decretos dispuseram a respeito de horários de funcionamento de determinados segmentos, como espaços gastronômicos que tiveram que se adaptar, mesmo que em processo de reabertura, a se abster de trabalhar das 23h até as 6h do dia seguinte, exceto para modalidade de entrega ou retirada no balcão. Houve também a limitação de capacidade em 30% (trinta por cento) em lojas e estabelecimentos fechados, bem como a limitação de circulação de pessoas entre a 0h e 6h horas do dia seguinte em locais de alto risco epidemiológico. A classificação de risco epidemiológico foi definida no Decreto da seguinte forma: "ARTIGO 3.- PARÂMETROS PARA DEFINIR RISCO EPIDEMIOLÓGICO E SANITÁRIO: Os seguintes parâmetros são estabelecidos para definir a existência de "Baixo Risco", "Médio Risco" ou "Alto Risco" Epidemiológico e Sanitário nos Departamentos ou Distritos de mais de 40.000 habitantes e grandes aglomerações urbanas, departamentos ou partidos que se encontrem em situação de ALARME EPIDEMIOLÓGICO E SANITÁRIO"²²⁵⁻²²⁶.

O Decreto nº 411²²⁷ de junho de 2021, prorrogou novamente as medidas gerais de prevenção e a manutenção do estado de emergência sanitária, no mesmo sentido que o Decreto nº 494 de 06 de agosto de 2021 que manteve recomendações de distanciamento de dois metros entre as pessoas e proibição de reuniões particulares com mais de dez pessoas, em ambientes públicos de espaço aberto com mais de cem pessoas e estabelecimentos de discotecas, salões de festa, bailes e eventos com mais de mil pessoas²²⁸.

Por sua vez, no mês de setembro de 2021, em decorrência da situação epidemiológica mais favorável, as restrições ainda existentes foram flexibilizadas e por expressa disposição do Decreto nº 678/2021, houve a permissão de funcionamento de discotecas, salões de festa e estabelecimentos correlatos, exigindo apenas que sua capacidade máxima fosse de 50% (cinquenta por cento) e que os frequentadores apresentassem documento comprobatório do recebimento de vacina contra a COVID-19 ou teste negativo para a doença recentemente realizado. Ato contínuo, decisão administrativa do Gabinete de Ministros autorizou a realização de eventos com mais de mil pessoas, desde que respeitados os protocolos exigidos pelas autoridades de saúde²²⁹.

Por fim, no mês de dezembro de 2021 o Decreto n° 867 prorrogou o estado de emergência em saúde definido inicialmente pelo Decreto n° 260/2020 até o dia 31 de dezembro de 2022, atualizando seu texto ao contexto da disponibilização de vacinas e de uma situação epidemiológica de maior controle. Implementou ações visando resguardar a saúde mental da população, bem como autorizou a adoção de eventuais novas recomendações da Organização Mundial da Saúde com vistas a minimizar os impactos da pandemia, especialmente aquelas relacionadas ao isolamento obrigatório, sempre com observância da evolução epidemiológica e o avanço da vacinação²³⁰.

4.3.2. *Brasil*

O Brasil é uma república federativa constituída por 26 estados e mais um distrito federal de dimensões continentais, aproximadamente com 8.516.000 Km² com uma população de 212.559.409 habitantes, sendo aproximadamente 14,7% idosos. Sua população é a maior da América do Sul, o IDH do país é 0,759, o país é a maior economia da sua região de influência e seu investimento em saúde correspondeu a 9,59% em 2020²³¹⁻²³².

O país adotou medidas não concentradas para o enfrentamento da pandemia, pois são 27 unidades federativas e 5.570 municípios cuja competência para legislar sobre o enfrentamento da pandemia foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal. Ademais, cada unidade federativa enfrentou a pandemia de acordo com as suas capacidades financeiras e estruturais, contando ainda com os diferentes momentos de inserção do vírus no ambiente social, razão pela qual verificou-se certa disparidade nos resultados alcançados pelos diversos entes federativos²³²⁻²³³.

No dia 03 de fevereiro de 2020 mediante a edição da Portaria n° 188, o Ministério da Saúde brasileiro declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus²³⁴. Referida norma foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) no dia 04 de fevereiro de 2020, ou seja, antes da confirmação do primeiro caso²³⁵. No dia 07 de fevereiro de 2020 o Brasil registrava nove casos em investigação, no entanto, sem confirmação²³⁶. O

primeiro caso confirmado da COVID-19 no Brasil ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020 e a primeira morte foi registrada em 17 de março do mesmo ano²³⁷. Mesmo sendo o primeiro país na América do Sul a registrar um caso da doença, este fato foi reportado várias semanas após a confirmação dos primeiros casos nos países do hemisfério norte²³⁵.

Ainda durante a investigação dos primeiros casos, no dia 6 de fevereiro de 2020 o Brasil promulgou a Lei nº 13.979/2020, cujo conteúdo trata das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, estabelecendo conceitos de isolamento e quarentena, adotando as definições estabelecidas pelo Regulamento Sanitário Internacional, bem como a definição de medidas não farmacêuticas a serem adotadas pelas autoridades competentes no enfrentamento da pandemia²³⁸.

A primeira morte por COVID-19 registrada no Brasil foi no dia 17 de março de 2020²³⁹, neste momento o país já possuía inúmeros dispositivos legais disciplinando o modo de enfrentamento da pandemia, a exemplo da Lei nº 13.979/2020²³⁸ que iniciou o isolamento e tornou obrigatório o uso de máscaras em espaços públicos, a Portaria do Ministério da Saúde nº 356/2020²⁴⁰ que criou mecanismos para a aplicação da Lei nº 13.979/20 e a portaria nº 343 do Ministério da Educação²⁴¹ que autorizou a substituição das aulas presenciais por meios digitais. Ainda no dia 20 de março de 2020 o Decreto Legislativo nº 6 reconheceu o estado de calamidade pública com efeitos até o dia 31 de dezembro daquele ano²⁴², a Portaria nº 454 do Ministério da Saúde declarou a transmissão comunitária do coronavírus em todo território nacional²⁴³ e o Decreto nº 10.282 regulamentou a Lei nº 13.979/2020 definindo os serviços públicos e atividades essenciais²⁴⁴.

A literatura demonstra que políticas públicas para o enfrentamento de situações altamente complexas, como o enfrentamento de uma pandemia, demandam ações coordenadas e conjuntas, com vistas a estabelecer critérios e objetivos comuns para a construção de soluções adequadas e uniformes para o enfrentamento dos problemas provocados pela situação imposta nessas condições. Quando se trata de políticas públicas de saúde para enfrentamento de situações complicadas a necessidade de uma coordenação horizontal se verifica com mais intensidade, pois a

adoção de medidas não coordenadas horizontalmente tende a não atingir o objetivo proposto²⁴⁵.

Ocorre que o enfrentamento da pandemia no Brasil sofreu interferência direta do Poder Judiciário a partir da decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal na Ação Direita de Inconstitucionalidade nº 6.341 que reconheceu a autonomia de estados e municípios de legislar, decidir e implementar medidas para o enfrentamento da pandemia²⁴⁶. Dessa forma, o que se verificou foi uma baixa quantidade de normas Federais destinadas ao enfrentamento da pandemia, ficando sua atuação limitada ao estabelecimento de normas relativas ao ingresso de estrangeiros no país, de implementação de medidas econômicas e de auxílio financeiro a exemplo do auxílio emergencial criado pela Lei nº 13.982/2020²⁴⁷.

Em decorrência da falta de coordenação horizontalizada, de determinações federais mais específicas, da organização administrativa do Estado brasileiro e da decisão proferida pela Suprema Corte, estados e municípios adotaram inúmeras medidas dentro de seu âmbito de competência. Com isso, o que se verificou foi a disparidade de resultados em diversas regiões do país, pois a adesão da população e a rigidez das medidas adotadas sofreram forte variação o que refletiu de forma importante no número de casos e óbitos em todo território nacional⁴⁷.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar o impacto nacional das políticas de mitigação da COVID-19 na taxa de transmissão, demonstrou de forma singular as diferentes formas de avanço da doença no Brasil, apontando para a Região Norte como sendo a mais afetada no início da pandemia, seguida pela Região Nordeste. Após a confirmação de casos em todas as unidades federativas o que se verificou foi a intensificação da transmissão nas capitais se espalhando posteriormente ao interior com expressiva variação de velocidade²⁴⁸.

No Brasil, a primeira onda da COVID-19 teve início entre os dias 23 e 29 de fevereiro de 2020 e se estendeu por trinta e sete semanas epidemiológicas até a semana de 01 a 07 de novembro de 2020, ou seja, foi da nona até a quadragésima quinta semana epidemiológica. A segunda onda teve início na 46ª semana epidemiológica ocorrida no mês de abril de 2021²⁴⁹. O enfrentamento da primeira onda foi viabilizado mediante a adoção de inúmeras medidas não farmacêuticas importantes, conforme se verifica na Figura 6.

Nesse período verificou-se uma intensa produção legislativa visando reduzir o número de novos casos e óbitos provocados pelo novo coronavírus. A Figura 6 mostra que a partir do mês de fevereiro de 2020 foi declarada situação de emergência em saúde pública, foi reconhecido o estado de calamidade pública em decorrência na doença, foram promulgadas Leis específicas com a finalidade de regular isolamentos e quarentenas, sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras e disponibilização de sanitizantes em espaços públicos. Portarias e resoluções foram editadas para regular a substituição de aulas presenciais por aulas remotas, suspensão de transporte público rodoviário internacional, a suspensão de eventos e inúmeras outras medidas com a finalidade de diminuir o contato entre as pessoas visando a redução da transmissão do vírus²³⁹⁻²⁴⁴.

A Figura 6 apresenta o número de óbitos e casos novos da COVID-19 no Brasil e a produção legislativa mais importante para o enfrentamento da pandemia no que se refere a adoção de medidas não farmacêuticas^{64, 250-252}.

É importante registrar que no período compreendido entre fevereiro de 2020 a dezembro de 2021 foram editadas, apenas em âmbito federal, 643 normas relacionadas ao enfrentamento da pandemia da COVID-19, das quais o presente estudo selecionou aquelas diretamente relacionadas com medidas não farmacêuticas restritivas²⁵². A Portaria nº 120 de 17 de março de 2020²⁵³ foi a primeira a tratar de restrição da entrada de estrangeiros no Brasil, sendo específica para cidadãos provenientes da Venezuela, seguida de outras 35 portarias²⁵² que ampliaram as restrições para cidadãos de outros países. A última portaria dessa natureza, dentro do escopo deste estudo, foi a nº 663, do dia 20/12/2021 determinando a apresentação de documento comprobatório de realização de exame com resultado negativo para COVID-19 ou comprovante de vacinação e estabelecendo exceções ao cumprimento das medidas²⁵⁴.

No dia 01 de abril de 2020 a Medida Provisória (MP) nº 934, posteriormente convertida na Lei nº 14.040/2020, estabeleceu regras excepcionais para o ano letivo da educação básica e superior, pois as medidas restritivas impostas pela pandemia reduziram a quantidade de dias efetivos de aula, razão pela qual a norma criou dispositivos específicos para regularizar a situação visando não provocar prejuízos aos estudantes brasileiros²⁵⁵⁻²⁵⁶.

Ao final do mês de abril e ao longo de maio de 2020 verificou-se a edição de normas com a finalidade de atualizar os textos existentes, conforme se nota da leitura dos Decretos nº 10.329, nº 10.342 e nº 10.344²⁵⁷⁻²⁵⁹. Este último incluiu, na lista de serviços essenciais academias e salões de beleza, o que provocou forte resistência nos estados e municípios, a exemplo do que determinou o governo do estado de São Paulo pelo Decreto nº 64.975 de 13 de maio de 2020, ao renovar as regras de suspensão das atividades acima referidas, em absoluta contrariedade da disposição federal²⁶⁰.

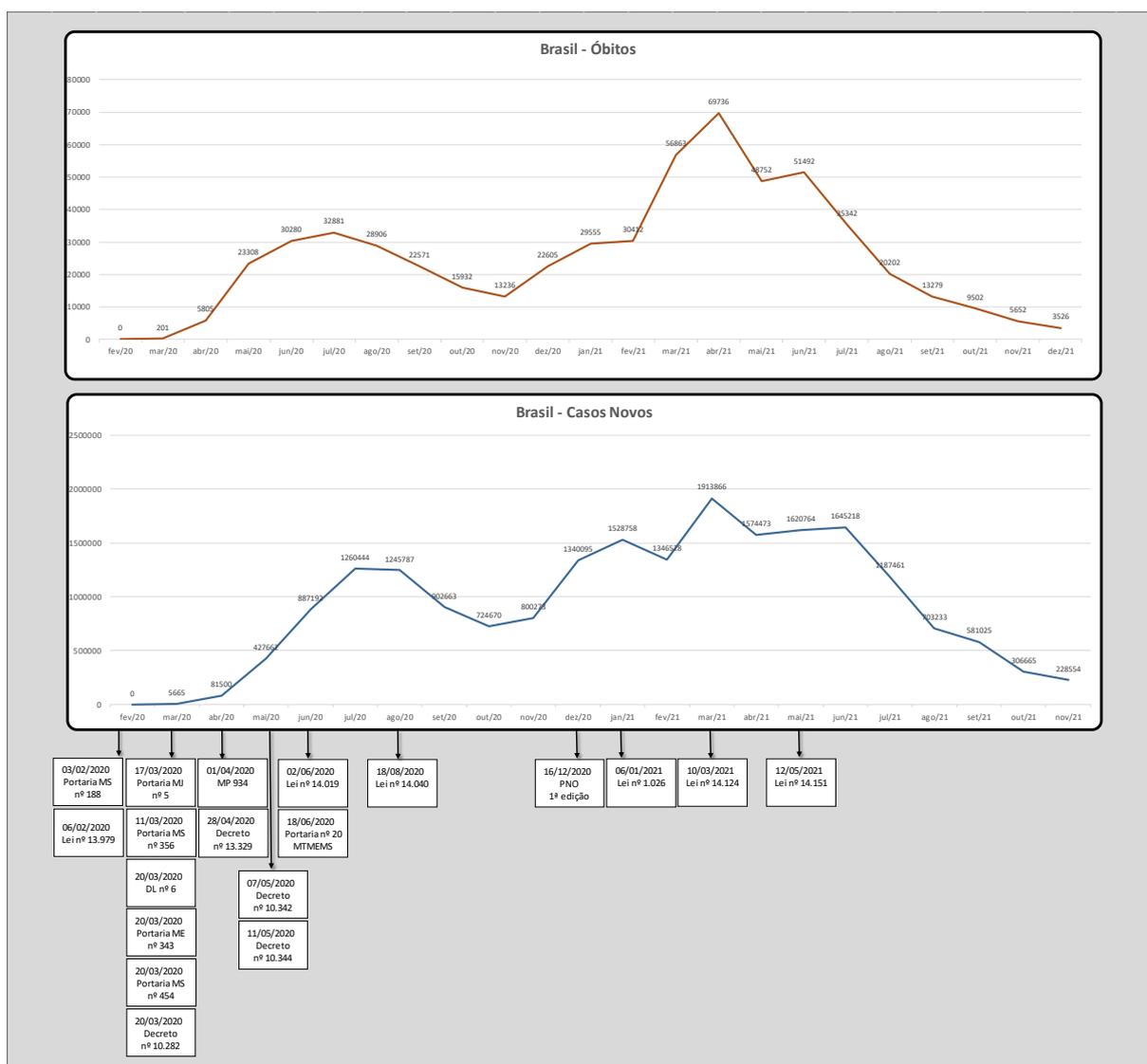


Figura 6. Número de óbitos e de casos novos da Covid-19 no Brasil de março de 2020 a dezembro de 2021. Botucatu, Brasil, 2022.

No dia 18 de junho de 2020, a Portaria nº 20 expedida pelo Secretário Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia e o Ministro de Estado

da Saúde, estabeleceu medidas com a finalidade de prevenir, controlar e mitigar a transmissão do novo coronavírus nos ambientes de trabalho, regulamentando normas de segurança e saúde no trabalho, normas sanitárias aplicáveis a esses ambientes e medidas relativas a saúde, higiene e segurança determinadas por convenções ou acordos coletivos de trabalho²⁶¹.

Considerando o elevado número de municípios, sua distribuição nos vinte e seis estados e no distrito federal e a decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal que reconheceu a competência de cada um dos entes federativos para legislar sobre o enfrentamento da pandemia, o que se verificou foi uma resposta dispersa de acordo com a capacidade e condições estruturais de cada localidade, o que fundamenta uma objetiva desigualdade na forma de enfrentamento da doença²³³.

Ainda no âmbito federal, a Lei nº 14.019 de 02 de julho de 2020, tornou obrigatório o uso de máscara de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, dispôs acerca da disponibilização de produtos sanitizantes e o estabelecimento de multas aplicáveis em decorrência de descumprimento das normas previstas na Lei deixando a critério dos entes federativos a competência para definição de valores e critérios de aplicação²⁶².

Não obstante, estudo realizado no estado de São Paulo, unidade federativa mais populosa do país, com a finalidade de medir o impacto das medidas não farmacêuticas nas taxas de incidência diárias de casos da COVID-19, demonstrou que as medidas de distanciamento social foram mais efetivas que o uso obrigatório de máscara, tendo estas medidas possivelmente contribuído para os resultados positivos verificados²⁶³. Corroborando o estudo acima citado, a Figura 6 demonstra que a partir da implementação de medidas não farmacêuticas verifica-se a queda no número de novos casos e conseqüentemente de óbitos.

Em agosto de 2020, a MP nº 934 que estabelecia regras sobre o ano letivo de foi convertida na Lei nº 14.040, regulamentando de forma definitiva as regras aplicáveis ao tema²⁵⁵⁻²⁵⁶.

Como medida adicional a todas as ferramentas já utilizadas pelas autoridades, em 16 de dezembro de 2020 foi implementado o Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a COVID-19. O documento foi elaborado em

consonância com as inúmeras orientações globais já existentes, especialmente as diretrizes estabelecidas pela Organização Pan-Americana de Saúde, bem como pela Organização Mundial da Saúde e direcionado aos responsáveis pela gestão e monitoramento da vacinação contra a COVID-19 nos níveis federal, estadual e municipal, visando a padronização de ações e estratégias para a operacionalização da vacinação no Brasil²⁶⁴.

No início do mês de janeiro de 2021 a Medida Provisória nº 1.026²⁶⁵, posteriormente convertida na Lei nº 14.124 de 10 de março de 2021 estabeleceu os critérios para a aquisição de vacinas e insumos, bem como para a contratação de serviços de logística, tecnologia da informação e publicidade destinados a vacinação contra a COVID-19. Nesse sentido, a Figura 6 ainda mostra o resultado de outro fator fundamental para o enfrentamento da pandemia, a implementação de vacinas²⁶⁶.

A vacinação no Brasil teve início em 17 de janeiro de 2021 e o que se verificou na sequência foi a drástica redução do número de óbitos pela doença. Estudo realizado em conjunto pela Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho apontou que os óbitos decorrentes de COVID-19 estão majoritariamente entre os não vacinados²⁶⁷.

Mesmo com a vacinação em curso e apresentando bons resultados, ainda no contexto das medidas restritivas, a Lei nº 14.151 de 12 de maio de 2021²⁶⁸ determinou o afastamento das atividades laborativas todas as gestantes, até que o estado de emergência em saúde pública estivesse vigente. Referida norma foi revista apenas em 09 de março de 2022 pela Lei nº 14.311/2022²⁶⁹.

O que se verificou da análise dos dispositivos legais relacionados a implementação de medidas não farmacêuticas de enfrentamento à disseminação do vírus no Brasil, é que embora inúmeras medidas no âmbito federal tenham sido implementadas, a possibilidade de estados e municípios legislar a respeito do tema tornou o combate ao vírus setorizado e com resultados díspares, especialmente em decorrência das capacidades específicas de cada serviço de saúde.

As respostas de cada país ao enfrentamento da doença foram variadas e estudo realizado por Brauner e colaboradores com a finalidade de estimar os efeitos de medidas não farmacêuticas na transmissão da COVID-19 em vários países,

apresentou uma escala de eficácia entre as inúmeras estratégias implementadas. Verificou-se que foram altamente eficazes medidas destinadas ao fechamento de escolas e universidades durante a pandemia, bem como restringir reuniões a dez pessoas ou menos. O efeito foi de moderado a grande quando a limitação de reuniões era de cem pessoas ou menos e pequeno a moderado em limitações de reuniões com mil pessoas ou menos. Assim, notou-se que medidas mais específicas foram mais eficazes na diminuição da transmissão do vírus²⁷⁰.

Relevante análise feita por Cheng, apresentou resultados significativos relacionados ao tempo de resposta dos governos na implementação de medidas para enfrentamento da disseminação do vírus e os custos correspondentes. Os resultados apresentados retratam que políticas públicas de implementação mais simples, como fechamento de fronteiras externas, campanhas informativas, destinação de recursos para áreas da saúde e formação de equipes específicas para essa finalidade foram adotadas de forma célere ao passo que medidas mais drásticas, como fechamento de estabelecimentos de ensino, toques de recolher, fechamento de atividades comerciais, restrição de reuniões com número elevado de pessoas etc., foram implementadas mais tardiamente. Verificou-se ainda, que as medidas de fechamento de agentes econômicos, inclusive escolas, fechamento de fronteiras internas são de implementação mais difícil e representam maiores custos, mas campanhas educativas, acompanhamento de casos e implementação de forças tarefas são fáceis e de menor custo.²⁷¹

Estudo realizado com a finalidade de avaliar a eficácia de medidas governamentais no controle da disseminação do vírus demonstrou mediante simulações quatro fases de medidas rígidas implementadas pelo governo chinês. Nesse estudo verificou-se novamente a importância da temporalidade da implementação das medidas e evidenciou que a detecção precoce, isolamento rápido e tratamento imediato eram ferramentas fundamentais no enfrentamento da disseminação do vírus²⁷².

Fundamental o estudo feito por Hussain ao investigar o rigor dos governos na implementação de medidas de distanciamento social como ferramenta de enfrentamento da propagação da COVID-19. A análise demonstrou que o nível de rigor das políticas públicas adotadas está diretamente ligado ao cumprimento das

regras de distanciamento e que países onde referidas práticas foram implementadas houve significativa redução da contaminação em detrimento dos locais onde as medidas foram mais brandas²⁷³.

Inúmeras limitações foram impostas ao presente estudo, especialmente a imensa quantidade de normas editadas por todos os países estudados, a variedade de ferramentas de busca de legislação, a preocupação constante dos Estados em estabelecer regras para o financiamento do caos econômico provocado pelas medidas de restrição, bem como as diferentes formas de produção legislativa. De qualquer forma, foi possível verificar que a implementação de medidas não farmacêuticas constitui uma poderosa ferramenta de combate a disseminação do vírus nos diversos países estudados e que o processo legislativo contribuiu de forma significativa para redução do número de novos casos e conseqüentemente de óbitos.

5. Conclusão

A pandemia da COVID-19 trouxe mudanças significativas para o cotidiano da humanidade, da mesma forma que outras pandemias o fizeram, e não foram medidos esforços com relação às medidas não farmacêuticas no Brasil ou em qualquer país inserido neste estudo, pelo contrário, verificou-se um grande volume de normas com a finalidade de contribuir no combate à disseminação do novo vírus conhecido no fim de 2019.

Ao longo deste trabalho observamos e trabalhamos com a premissa de que não apenas as medidas médicas de saúde são importantes no combate às pandemias, mas que medidas não farmacêuticas empregadas de maneira eficiente, possuem papel imperativo no combate aos efeitos provocados pela disseminação de doenças, em especial como observamos na pandemia da COVID-19.

Pudemos observar ao longo desta pesquisa que, embora muito diferentes econômica e politicamente, os países que compuseram o escopo deste trabalho tiveram ações semelhantes na esfera legislativa, especialmente no que se refere a criação de legislação sanitária para o enfrentamento da pandemia, pois em todos os países analisados verificou-se um robusto arcabouço específico para o tema.

Outro ponto importante observado foi a frequência das publicações, pois durante a busca realizada observamos de forma objetiva que a legislação acompanhou a disseminação do vírus e a conseqüente evolução da pandemia, de forma que as Figuras demonstraram objetivamente o aumento do número de casos e óbitos no período de flexibilização das medidas não farmacêuticas e de uma queda dos números quando as restrições implementadas pela legislação sanitária eram mais rígidas.

Não foi possível e não era o objetivo deste trabalho discutir ou analisar o desempenho de cada país no combate à pandemia, mas algumas ações tomadas principalmente pela Alemanha, Bélgica, Portugal e Canadá demonstraram melhor organização dos poderes legalmente constituídos e dos organismos sociais no enfrentamento da pandemia.

A Alemanha estruturou o enfrentamento à pandemia de forma organizada entre as autoridades estaduais, distritais e a autoridade federal. O país respondeu ao crescimento dos casos e dos óbitos mediante a aplicação de dispositivos legais já existentes aliados a novas normas, o que garantiu rapidez nas repostas nos momentos mais severos da pandemia.

A Bélgica agiu de forma rápida e segura, produzindo normas eficientes de acordo com modelos internacionais de enfrentamento, implementando medidas não farmacêuticas que tiveram impacto significativo na redução da disseminação do vírus em seu território.

Conforme salientado neste estudo, Portugal teve mais tempo para se preparar para o aparecimento dos casos da COVID-19, no entanto, foi possível observar que as medidas não farmacêuticas de combate a pandemia no país foram bastante flutuantes, ou seja, havia rigor seguido de breve liberação, quando se verificava o aumento de casos e conseqüentemente óbitos, tornando necessário maior rigor legal.

Verificou-se que o Canadá possui uma estrutura legal em matéria de saúde concentrada e delineada pela esfera federal, no entanto, suas províncias possuem certa autonomia para a produção de normas. Não obstante, a resposta canadense foi organizada pela autoridade federal, seguida pelas províncias e culminando em resultados importantes em benefício da população local.

No Brasil e na Argentina foi possível observar períodos mais extensos de picos de casos novos e óbitos do que em outros países.

A Argentina já possuía legislação específica para o enfrentamento de pandemias por conta do surto mundial de gripe aviária ocorrido em 2007, no entanto, mesmo tendo um plano de contingência delineado pelo Ministério da Saúde Argentino, a resposta do país não foi rápida o suficiente, uma vez que o país enfrentava inúmeros problemas, inclusive uma emergência sanitária e social desde 2019.

O Brasil possui dimensões continentais o que naturalmente dificulta o enfrentamento de emergências sanitárias, mas diante da omissão do governo federal em organizar o sistema de enfrentamento da doença a situação tornou-se ainda mais delicada. Não houve a centralização das ações, o que culminou na necessidade de estados e municípios atuarem de forma mais ativa, inclusive no aspecto legislativo.

Por conta da descentralização das medidas não farmacêuticas observamos que no Brasil houve forte disparidade de resposta à pandemia nas diversas regiões, tendo sido as regiões Norte e Nordeste, as mais afetadas inicialmente.

De forma geral o que se observou em cada um dos países inseridos neste estudo, independentemente do número de normas e da estratégia adotada por cada um, é que inúmeros dispositivos tinham como função aumentar o tempo de

duração de uma norma anterior, dessa forma verificou-se a implementação inicial de algumas regras posteriormente adaptadas para acompanhar a evolução da pandemia em cada país.

Verificou-se ainda, que algumas medidas foram adotadas por todos os países analisados, a exemplo da implementação do teletrabalho, o fechamento de escolas e operacionalização da educação à distância, o fechamento de museus e outros ambientes destinados à cultura, bem como a proibição de entrada nos países, salvo exceções previstas nos próprios dispositivos legais e o uso de máscaras.

Conclui-se assim, que a implementação de medidas não farmacêuticas de forma célere e organizada contribuiu de forma significativa para o enfrentamento de situações de emergência em saúde pública, que a pandemia provocada pela COVID-19 demonstrou a necessidade de melhorarmos nossos sistemas de resposta rápida e que a legislação sanitária é fundamental para a preservação da saúde da população.

6. Referências

1. Passos E, Walter MTMT. Pandemias do passado, lições para o futuro e um pouco de legislação. *Cad Inf Jurid.* 2020;7(1):9-61.
2. Ujvari SC. Histórias das pandemias. 2a ed. São Paulo: Contexto; 2020.
3. Abreu JMC Jr. O vírus e a cidade: rastro da gripe espanhola no cotidiano da cidade de Belém (1918) [tese]. Belém: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará; 2018.
4. Baida R, Chamorro CGA. Doenças entre indígenas do Brasil nos séculos XVI e XVII. *Rev Hist Reflex.* 2011;5(9):1-24.
5. Codeço CT, Coelho FC. Redes: um olhar sistêmico para a epidemiologia de doenças transmissíveis. *Cien Saude Colet.* 2008;13(6):1767-74.
6. Rosen G. A history of public health. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2015.
7. Carlos Neto D, Dendasck C, Oliveira E. A evolução histórica da Saúde Pública. *Rev Cient Multidiscip Nucl Conhecimento* [Internet]. 2016 [citado 8 Jul 2022];1(1):52-67. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/a-evolucao-historica-da-saude-publica>. doi: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/a-evolucao-historica-da-saude-publica.
8. OMS. Organização Mundial de Saúde 1946. Constituição [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/pt/home>
9. Scliar M. Fato histórico: o nascimento da saúde pública. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1988;21(2):87-8.
10. Byrne JP. Daily life during the black death. London: Greenwood Publishing Group; 2006.
11. Andrews CJ. Rationality in policy decision making. In: Fischer F, Miller GJ, Sidney MS, editors. *Handbook of public policy analysis*. Boca Raton: CRC Press; 2007. p. 161-72.
12. Souza DO. The COVID-19 pandemic beyond Health Sciences: reflexions on its social determination. *Cien Saude Colet.* 2020;25 Suppl 1:2469-77.
13. Rezende JM. À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina. São Paulo: Editora Unifesp; 2009. As grandes epidemias da história; p. 73-82.
14. Doolittle BR. Are we Athens or Florence? COVID-19 in historical context. *Fam Med Community Health.* 2021;9(1)e000811. doi: 10.1136/fmch-2020-000811.
15. Bocaccio G. Decamerão. São Paulo: Victor Civita; 1979.
16. Barata RCB. Epidemias. *Cad Saude Publica.* 1987;3(1):9-15.
17. Velloso MP. Os restos na história: percepções sobre resíduos. *Cien Saude Colet.* 2008;13(6):1953-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600031>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica e controle da Peste. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Série A. Normas e manuais técnicos.
20. Almeida MAP. As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *Hist Cien Saude*. 2014;21(2):687-708.
21. Levi GC, Kallás EG. Varíola, sua prevenção vacinal e ameaça como agente de bioterrorismo. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(4):357-62.
22. Krylova O, Earn DJD. Patterns of smallpox mortality in London, England, over three centuries. *PLoS Biol*. 2020;18(12):e3000506. doi: 10.1371/journal.pbio.3000506.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim da campanha de erradicação da varíola. Brasília: Ministério da Saúde; 1973.
24. Schatzmayr HG. A varíola, uma antiga inimiga. *Cad Saude Publica*. 2001;17(6):1525-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600024>
25. Costa LMC, Merchan-Hamann E. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. *Rev Pan-Amazonica Saude [Internet]*. 2016 [citado 30 Jun 2022];7(1):11-25. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100002&lng=pt&nrm=iso. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000100002>
26. Barry JM. A grande gripe: a história da gripe espanhola, a pandemia mais mortal de todos os tempos. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2020.
27. Liu WJ, Bi Y, Wang D, Gao GF. On the centenary of the spanish flu: being prepared for the next pandemic. *Viol Sin*. 2018;33(6):463-6. doi: 10.1007/s12250-018-0079-1.
28. Abrão JS. Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918. 2a ed. Porto Alegre: Edipuc; 2009.
29. Kolata G. Gripe: a história da pandemia de 1918. Rio de Janeiro: Record; 2002.
30. Fioravanti C. Semelhanças entre a gripe espanhola e a COVID-19. São Paulo: Pesqui FAPESP [Internet]. 2020 [citado 15 Abr 2020]. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2020/03/26/semelhancas-entre-a-gripe-espanhola-e-a-CoVid-19/>
31. Neto M, Gomes TO, Cunha CS, Souza HAN, Macena MVM, Fonseca MHS, et al. Lessons from the past in the present: news from the Spanish flu pandemic to COVID-19. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20201161. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1161>
32. Carneiro M, Trench F, Pina J, Waib LF, Pedro FL, Motta F. Influenza H1N1 2009: revisão da primeira pandemia do século XXI. *Rev AMRIGS*. 2010;54(2):206-13.
33. Wang W, Qiu B, Li Q, Chen H, Xu W. CT onset of influenza A (H1N1) complicated with severe pneumonia in two typical cases. *Panminerva Med*. 2010;52(4):355-9.

34. Chan M. World now at start of 2009 influenza pandemic [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [citado 10 Abr 2020]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html
35. Burger AE, Reither EN, Mamelund SE, Lim S. Black-white disparities in 2009 H1N1 vaccination among adults in the United States: a cautionary tale for the COVID-19 pandemic. *Vaccine*. 2021;39(6):943-51. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.12.069.
36. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [citado 13 Abr 2020];29(1):e2020002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100100&lng=pt. doi: 10.5123/s1679-49742020000100021
37. World Health Organization. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 16 Abr 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-healthregulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-healthregulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
38. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 16 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
39. Spiteri G, Fielding J, Diercke M, Campese C, Enouf V, Gaymard A, et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Euro Surveill*. 2020;25(9):2000178. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.9.2000178.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 8 Abr 2021];7(esp):1-28. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2020/april/06/2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>
41. Mahase E. coronavirus: covid-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. *BMJ*. 2020;368:m641. doi: 10.1136/bmj.m641.
42. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J Adv Res*. 2020;24:91-8. doi: 10.1016/j.jare.2020.03.005.
43. Zhou M, Zhang X, Qu J. coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. *Front Med*. 2020;14(2):1-10. doi: 10.1007/s11684-020-0767-8.
44. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin DY, Chen L, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *JAMA*. 2020;323(14):1406-7. doi: 10.1001/jama.2020.2565.

45. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. What has the Covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20200106. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106.
46. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa-Covid19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. Washington: Paho; 2021 [citado 15 Mar 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>
47. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impactus and challenges in Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2021];25 Supl 1: 2423-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10502020.
48. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 5a ed. Curitiba: Editora Positivo; 2010.
49. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavírus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med* [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2020];27(2):taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
50. Dias JAA, Dias MFSL, Oliveira, ZM, Freitas LMA, Santos NCN, Freitas MCA. Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2020 [citado 25 Out 2020]10:e3795; Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3795>. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v10i0.3795>
51. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da COVID-19, na Atenção Especializada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 10 mai 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Clinico-para-o-Covid-19.pdf>
52. Schuchmann AZ, Schnorrenberger BL, Chiquetti ME, Gaiki RS, Raimann BW, Maeyama MA. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Braz J Health Rev.* 2020;3(2):3556-76. doi: 10.34119/bjhrv3n2-185.
53. Werneneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 10 Mai 2021];36(5):e00068820. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/pages/iframe_print.php?aid=1036
54. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavírus (SARS-CoV2). *Science* [Internet]. 2020 [citado 12 Mai 2020];368:489-93. Disponível em: <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abb3221>

55. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFP, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud Psicol.* 2020;37:e200074. doi: 10.1590/1982-0275202037e200074.
56. Centers for Disease Control and Prevention. Social distancing, quarantine, and isolation: keep your distance to slow the spread [Internet]. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 2020 [citado 2 Set 2021]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
57. Demaria F, Vicari S. COVID-19 quarantine: psychological impact and support for children and parents. *Ital J Pediatr.* 2021;47(1):58. doi: 10.1186/s13052-021-01005-8.
58. Ventura DFL, Aith FMA, Rached DH. The emergency of the new coronavirus and the “Quarantine Law” in Brazil. *Rev Direito Prax.* 2021;12(1):102-38.
59. Bundesamt für Justiz, Deutschland. <https://www.gesetze-im-internet.de/aktuell.html>
60. Belgisch Staatsblad, Belgium. <https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl>.
61. Diário da república eletrônico. <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-Covid-19>
62. Canadian Justice Laws Website. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/>
63. Infoleg, Información Legislativa y Documental. <http://www.infoleg.gob.ar/>
64. Portal da Legislação. <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>.
65. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Regulamento sanitário internacional [Internet]. Washington: PAHO; 2005 [citado 18 Dez 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/regulamento-sanitario-internacional-rsi>
66. World Health Organization. Internacional health regulations [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [citado 15 Dez 2020]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
67. Bannett B, Carney T. Public health emergencies of international concern: global, regional and local responses to risk. *Med Law Rev.* 2017;25(2):223-39. doi: 10.1093/medlaw/fwx004.
68. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty* [Internet]. 2020 [citado 12 Nov 2021];9:29. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs40249-020-00646-x>
69. Schwartz JL. The Spanish Flu, epidemics, and the turn to biomedical responses. *Am J Public Health* [Internet]. 2018 [citado 10 Set 2021];108(11):1455-8. Disponível em: https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2018.304581?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
70. Uchôa SBB, Uchôa BB. Coronavírus (COVID-19) - um exame constitucional e ético das medidas previstas na lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. *Cad Prospec.* 2020;13(2):441-58. doi: 10.9771/cp.v13i2 COVID-19.36163.

71. World Bank. GDP per capita, PPP (current international \$) - Germany [Internet]. Washington: World Bank; 2021 [citado 18 Dez 2021]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=DE>
72. Organization for Economic Cooperation and Development Statistics. Country statistical profiles: Germany [Internet]. Paris: OECD Stat; 2021 [citado 18 Dez 2021]. Disponível em: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=58516#>
73. Pereira AMM, Machado CV, Veny MB, Juan AMY, Recio SN. Governança e capacidade estatal frente à COVID-19 na Alemanha e na Espanha: respostas nacionais e sistemas de saúde em perspectiva comparada. *Cien Saude Colet.* 2021;26(10):4425-37. doi: 10.1590/1413-812320212610.11312021.
74. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. coronavírus pandemic (COVID-19) [Internet]. Oxford: Our World In Data; 2020 [citado 10 Maio 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
75. Bundesministerium für Gesundheit (Federal Ministry of Health). Bundesministerium Für Gesundheit [Internet]. [citado 10 Mai 2021]. Disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
76. Bundesgesetz. Bundesgesetzblatt online [Internet]. Germany: Bundesanzeiger Verlag; 2021 [citado 10 Mai 2021]. Disponível em: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27I_2020_52_inhaltsverz%27%5D__1605909126275
77. Tomori DV, Rübsamen N, Berger T, Scholz S, Walde J, Wittenberg I, et al. Individual social contact data and population mobility data as early markers of SARS-CoV- 2 transmission dynamics during the first wave in Germany - an analysis based on the COVIMOD study. *BMC Med.* 2021;19(271):1-13.
78. Krauth C, Oedingen C, Bartling T, Dreier M, Spura A, Bock F, et al. Public preferences for exit strategies from COVID-19 lockdown in Germany - a discrete choice experiment. *Int J Public Health.* 2021;66:591027.
79. Our World in Data. Germany: Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people [Internet]. 2021 [citado 12 Mai 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&pickerSort=desc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~DEU>
80. Our World in Data [Internet]. Germany [citado 15 Mai 2022]. <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?time=earliest..2021-12-30&facet=none&pickerSort=desc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+cases&Inter>

val=7-

day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&count
ry=~DEU

81. <https://dejure.org/>
82. Alemanha. Ministério Federal da Justiça e do Departamento Federal de Justiça. Lei de proteção contra Infecções, de 20 de Julho de 2000 (BGBl. I p. 1045) [Internet]. Bonn: IfSG; [citado 22 Fev 2021]. Disponível em: <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/>
83. Die Bundeskanzlerin. Reunião do Chanceler Federal com os chefes de governo dos estados federais em 22 de março de 2020 [Internet]. Berlin: Die Bundeskanzlerin; 2020 [citado 01 Mar 2021]. Disponível em: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-vom-22-03-2020-1733248>
84. Alemanha. Lei para proteger a população em situação epidêmica de interesse nacional, 27 de Março de 2020 [Internet]. Köln: Bundesanzeiger; 2020 [citado 9 de Mar 2021]. Disponível em: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0587.pdf%27%5D__1656631077109
85. Alemanha. Ordens de acordo com o § 5 da Lei de Proteção de Infecções após a determinação de uma situação epidêmica de importância nacional pelo Bundestag alemão [Internet]. BanzAT [citado 9 Abr 2020]. Disponível em: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?1>
86. Alemanha. Segunda Lei para proteção da população em situação epidêmica de importância nacional [Internet]. Bundesanzeiger [citado 19 Mai 2020]. Disponível em: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s1018.pdf%27%5D__1656630997421
87. Alemanha. Ordens de viagem após a determinação de uma situação epidêmica de âmbito nacional, 6 de Ago de 2020 [Internet]. Bundesanzeiger [citado 2 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?13>
88. Alemanha. Portaria sobre a obrigatoriedade de testar pessoas que entram no país provenientes de áreas de risco, 7 de Agosto de 2020 [Internet]. Bundesanzeiger [citado 15 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?11>
89. Alemanha. Terceira Lei para a proteger a população em situação epidêmica de interesse nacional [Internet]. Bundesanzeiger [citado 15 abr 2021]. Disponível em: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s2397.pdf%27%5D__1656630866500

90. Alemanha. Portaria sobre o direito à vacinação contra o coronavírus, de 21 de Dezembro de 2020 [Internet]. Bundesanzeiger [citado 20 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?4>
91. Alemanha. Portaria que regulamenta as simplificações e exceções às medidas protetivas para evitar a propagação do COVID-19, de 8 de Maio de 2021 [Internet]. Bunderministerium der Justiz [citado 05 Mai 2021]. Disponível em: <https://www.gesetze-im-internet.de/schausnahmv/BJNR612800021.html>
92. <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche—teil?23>
93. Alemanha. Ministério da Saúde Federal. Portaria sobre proteção contra riscos de infecções relacionadas à entrada em relação ao coronavírus. BAnz AT [Internet]. 29 Set 2021 [citado 15 Out 2021]. V1. Disponível em: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?48>
94. https://pt.theglobaleconomy.com/Belgium/health_spending_as_percent_of_gdp/.
95. Countrymeters. População da Bélgica [Internet]. 2022 [citado 5 Jun 2021]. Disponível em: <https://countrymeters.info/pt/Belgium>
96. IBGE. Bélgica: histórico [Internet]. 2022 [citado 5 Jun 2021]. Disponível em: <https://paises.ibge.gov.br/#/dados/belgica>
97. Bélgica. Conselho do diário oficial da Bélgica. [internet]. 2022 [citado em 5 jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be>
98. Our World in Data [Internet] Bélgica; 2022 [citado 5 Jun 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~BEL>
99. Our World in Data [Internet] Bélgica; 2022 [citado 5 Jun 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~BEL&Metric=Confirmed+deaths>
100. Bélgica. Circulaire n° 680. Directives pour la préparation à l'émergence d'une pandémie (coronavirus COVID-19) pour le personnel des services de la fonction publique administrative fédérale telle que définie à l'article 1er de la loi du 22 juillet 1993 portant certaines mesures en matière de fonction publique [Internet]. Bruxelles: Strategie et Appui; 2020 [citado 5 Jun 2021]. Disponível em: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&la=F&nm=2020040515
101. De Baetselier I, Apers L, Platteau T. The impact of physical restriction measures imposed during the two waves of COVID-19 on chlamydia and gonorrhoea diagnoses in Belgium. Results

- of an sexually transmitted infection clinic. *Int J STD AIDS*. 2021;32(11):998-1003. doi: 10.1177/09564624211013289.
102. Bélgica. Decreto nº 2020040610. Ordem do governo sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus [Internet]. Bruxelles: Communauté Française; 2020 [citado 6 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/03/10/2020040610/justel>
103. Bélgica. Decreto nº 2020040632. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19 dans l'Enseignement supérieur, l'Enseignement de Promotion sociale, l'Aide à la jeunesse, les Maisons de justice, la Jeunesse et les Sports. Bruxelles: Communauté Française; 2020 [citado 6 Jun 2022]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/03/13/2020040632/justel>
104. Stans J, Delangue M. Clinical studies regarding COVID-19 in Belgium. *Adv Respir Med*. 2021;89(5):548-9. doi: 10.5603/ARM.a2021.0065.
105. Adriaens K, Gucht DV, Lommel SV, Baeyens F. Vaping during the COVID-19 lockdown period in Belgium. *BMC Public Health*. 2021;21:1613. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11637-4>
106. Bélgica. Decreto nº 2020030347. Arrêté ministériel portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19. Bruxelles: Communauté Française; 2020 [citado 6 Jun 2022]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/03/23/2020030347/justel>
107. Vanderplanken K, Broucke SV, Aujoulat I, Loenhout JAF. The relation between perceived and actual understanding and adherence: results from a National Survey on COVID-19 measures in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10200. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910200>.
108. Bélgica. Decreto nº 2020030744. Ministerieel besluit houdende wijziging van het ministerieel besluit van 23 maart 2020 houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken. *Belgisch Staatsblad* [Internet]. 17 de April de 2020 [citado 6 Jun 2022]. Disponível em: https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2020/04/22_2.pdf#Page7
109. Belgica. Decreto nº 2020041122. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 23 de março de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. [internet]. 30 de Abril de 2020. [citado 11 jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/04/30/2020041122/justel>
110. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 23 de março de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020020897. [internet]. 08 de maio de 2020. [citado 11 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/05/08/2020020897/justel>

111. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 23 de março de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020041366. [internet]. 15 de Maio de 2020. [citado 11 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/05/15/2020041366/justel>
112. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 23 de março de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020030933. [internet]. 25 de Maio de 2020. [citado 11 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/05/25/2020030933/justel>
113. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 23 de março de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020030965. [internet]. 30 Maio 2020. [citado 12 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/05/30/2020030965/justel>
114. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 30 de junho de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020042289. [internet]. 10 de julho de 2020. [citado 12 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/07/10/2020042289/justel>
115. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 30 de junho de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020031255. [internet]. 22 de agosto de 2020. [citado 12 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/08/22/2020031255/justel>
116. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 30 de junho de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020043191. [internet]. 25 de setembro de 2020. [citado 12 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/09/25/2020043191/justel>
117. Bollen N, Artesi M, Durkin K, Hong SL, Potter B, Boujemla B, et al. Exploiting genomic surveillance to map the spatio-temporal dispersal of SARS-CoV-2 spike mutations in Belgium across 2020. *Sci Rep.* 2021;11:18580. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-97667-9>.
118. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 18 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020031559. [internet]. 23 de outubro de 2020. [citado 18 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/10/23/2020031559/justel>
119. Despacho do Ministro Presidente da Região de Bruxelas-Capital estabelecendo toque de recolher das 22h00 às 6h00. Despacho nº 2020031578. [internet]. 26 de outubro de 2020. [citado 18 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/10/26/2020031578/justel>
120. Bélgica. Circular ministerial sobre as diretivas decorrentes das medidas tomadas no âmbito do combate ao vírus COVI-19 e vigilância policial. Circular nº 2020015931. [Internet]. 28 de

- outubro de 2020. [citado 18 Jun 2021]. Disponível em: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&la=F&nm=2020015931
121. Bélgica. Circular do Governo da Valônia relativo à organização do trabalho no contexto da pandemia de coronavírus. Circular nº 2020015942. [Internet]. 30 de outubro de 2020. [citado 18 Jun 2021]. Disponível em: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&la=F&nm=2020015942
 122. Bélgica. Decreto que exige o uso de máscaras nos serviços de transporte público de passageiros da Região da Valônia para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020016434. 10 de dezembro de 2020. [citado 18 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/12/10/2020016434/justel>
 123. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020031708. 11 de dezembro de 2020. [citado 18 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/12/11/2020031708/justel>
 124. Bélgica. Decreto do Governo da Valônia de poderes especiais n.º 68 que insere um artigo 47/17bis no Código de Ação Social e Saúde da Valônia relativo à vacinação de adultos contra o COVID-19. [Internet]. 16 de dezembro de 2020. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/12/16/2020044464/justel>
 125. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020031758. 20 de dezembro de 2020. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/12/20/2020031758/justel>
 126. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2020044702. 24 de dezembro de 2020. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/12/24/2020044702/justel>
 127. Bélgica. Decreto Ministerial que altera o Decreto Ministerial de 28 de outubro de 2020 que estabelece medidas de emergência para conter a propagação do coronavírus. Decreto nº 2021020165. 18 de janeiro de 2021. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?numac=2021020165&caller=list&article_lang=D&row_id=2101&numero=2185&pub_date=2021-01-18&pdda=2021&ddfm=12&language=fr&du=d&choix1=ET&fr=f&pdfa=2021&choix2=ET&text1=covid&pddj=01&fromtab=+mofxt+UNION+montxt+UNION+modtxt&pddm=01&nl=n&pdfj=31&sql=dd+between+date%272021-01-01%27+and+date%272021-12-31%27++and+pd+between+date%272021-01-01%27+and+date%272021-12-31%27++and+\(+\(htit+contains++\(%27covid%27\)+++++\)+or+\(+text+contains++\(%27cov](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?numac=2021020165&caller=list&article_lang=D&row_id=2101&numero=2185&pub_date=2021-01-18&pdda=2021&ddfm=12&language=fr&du=d&choix1=ET&fr=f&pdfa=2021&choix2=ET&text1=covid&pddj=01&fromtab=+mofxt+UNION+montxt+UNION+modtxt&pddm=01&nl=n&pdfj=31&sql=dd+between+date%272021-01-01%27+and+date%272021-12-31%27++and+pd+between+date%272021-01-01%27+and+date%272021-12-31%27++and+(+(htit+contains++(%27covid%27)+++++)+or+(+text+contains++(%27cov)

id%27)+++++)+)&ddda=2021&pdfm=12&rech=2215&tri=dd+AS+RANK+&trier=promulgation&ddfa=2021&dddj=01&dddm=01&ddfj=31

128. Bélgica. Despacho do Governo que estabelece medidas para prevenir a propagação do coronavírus (COVID-19). Despacho nº 2021200328. 21 de janeiro de 2021. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/01/21/2021200328/justel>
129. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2021040940. 06 de março de 2021. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/03/06/2021040940/justel>
130. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2021041075. 26 de março de 2021. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/03/26/2021041075/justel>
131. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2021031249. 27 de abril de 2021. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/04/27/2021031249/justel>
132. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2021031562. 07 de maio de 2021. [citado 19 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/05/07/2021031562/justel>
133. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2021032061. 27 de julho de 2021. [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/07/27/2021032061/justel>
134. Bélgica. Decreto ministerial que altera o decreto ministerial de 28 de outubro de 2020 sobre medidas de emergência para limitar a propagação do coronavírus COVID-19. Decreto nº 2021033368. 27 de setembro de 2021. [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/09/27/2021033368/justel>
135. Bélgica. Ordem de Polícia do Ministro-Presidente que mantém certas restrições sanitárias no combate ao COVID-19 e revoga a ordem de polícia de 30 de setembro de 2021. Ordem nº 2021022262. 14 de outubro de 2020. [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/10/14/2021022262/justel>
136. Bélgica. Ordem de Polícia do Ministro-Presidente que mantém certas restrições sanitárias no combate ao COVID-19 e revoga a ordem de polícia de 28 de outubro de 2021. Ordem nº

2021043187. 15 de novembro de 2021. [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/11/15/2021043187/justel>
137. Bélgica. Decreto real que estabelece as medidas de polícia administrativa necessárias para prevenir ou limitar as consequências para a saúde pública da emergência declarada relativa à pandemia de coronavírus COVID-19. Decreto nº 2021043241. 27 de novembro de 2021. [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/11/27/2021043241/justel>
138. Bélgica. Decreto real que estabelece as medidas de polícia administrativa necessárias para prevenir ou limitar as consequências para a saúde pública da emergência declarada relativa à pandemia de coronavírus COVID-19. Decreto nº 2021043284. 04 de dezembro de 2021. [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/12/04/2021043284/justel>
139. Bélgica. Portaria ministerial relativa ao cancelamento de atividades de carácter privado ou público, de carácter cultural, social, festivo, folclórico, desportivo e recreativo. Portaria nº 2021043632. 22 de dezembro de 2021. [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/12/22/2021043632/justel>
140. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Censo 2021 [Internet]. Lisboa: INE; 2021 [citado 8 Jul 2021]. Disponível em: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
141. <https://pt.theglobaleconomy.com/Portugal/>.
142. Portugal. Instituto Nacional de Saúde. Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença Por Novo Coronavírus (COVID-19). Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2020.
143. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acesso e cuidados especializados [Internet]. Brasília: CONASS; 2021 [citado 8 Jul 2022]. v. 5. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-5-acesso-e-cuidados-especializados/>
144. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Reflexões e futuro [Internet]. Brasília: CONASS; 2021 [citado 8 Jul 2022]. v. 6. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/covid-19-volume6.pdf>
145. Our World in Data. Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people (Portugal). [Internet]. 2022 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~PRT>
146. Our World in Data. Daily new confirmed COVID-19 cases per million people (Portugal). [Internet]. 2022 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~PRT>

147. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 10-A/2020, 13 de março de 2020. Estabelece medidas excepcionais e temporárias relativas à situação epidemiológica do novo Coronavírus - COVID 19. Diário da República [Internet]. 13 Mar 2020 [citado 8 Jul 2022]; Sér 1(52):2-13. 1º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/10-a/2020/03/13/p/dre/pt/html>
148. Portugal. Ministério da Economia e da Transição Digital. Portaria 71/2020, 15 de março de 2020. Restrições no acesso e na afetação dos espaços nos estabelecimentos comerciais e nos de restauração ou de bebidas. Diário da República [Internet]. 15 Mar 2020 [citado 8 Jul 2022]; Ser 1:(52-A):2-3. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/71/2020/03/15/p/dre/pt/html>
149. Portugal. Presidência da República. Decreto n.º 14-A/2020, de 18 de março. Declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. Diário da República [Internet]. 18 Mar 2020 [citado 11 Jul 2022]; Sér 1(55):2-4. 3º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/decpresrep/14-a/2020/03/18/p/dre/pt/html>
150. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto nº 2-A/2020, 20 de março 2020. Regulamenta a aplicação do estado de emergência decretado pelo presidente da república. Diário da República [Internet]. 20 Mar 2020 [citado 11 Jul 2022]; Ser 1(57):5-17. Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec/2-a/2020/03/20/p/dre/pt/html>
151. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto n.º 2-B/2020, de 2 de abril de 2020. Regulamenta a prorrogação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República. Diário da República [Internet]. 2 Abr 2020 [citado 11 Jul 2022]; Sér 1(66):2-20. 2º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec/2-b/2020/04/02/p/dre/pt/html>
152. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto n.º 2-C/2020, de 17 de abril. Regulamenta a prorrogação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República. Diário da República [Internet]. 17 Abr 2020 [citado 11 Jul 2022]; Sér 1(76):9-28. 1º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec/2-c/2020/04/17/p/dre/pt/html>
153. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto n.º 20-A/2020, de 17 de abril. Procede à segunda renovação da declaração de estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. Diário da República [Internet]. 17 Abr 2020 [citado 11 Jul 2022]; Sér 1(76):2-5. 1º Suplemento. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/20-a-2020-131908497>
154. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução n.º 33-C/2020, de 30 de abril. Estabelece uma estratégia de levantamento de medidas de confinamento no âmbito do combate à pandemia da doença COVID-19. Diário da República [Internet]. 30 abril 2020 [citado 15 Jul 2022]; Sér 1(85):23-25. 3º Suplemento. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/33-c-2020-132883346>
155. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 20/2020, de 1 de maio. Estabelece medidas excepcionais e temporárias relativas à pandemia da doença COVID-19.

- Diário da República [Internet]. 1 Maio 2020 [citado 11 Jul 2022]; Sér 1(89):2-10. 1º Suplemento. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/20-2020-132883356>
156. Portugal. Decreto nº 28-B/2020, de 26 de junho de 2020. Regime contraordenacional, no âmbito da situação de calamidade, contingência e alerta. Diário da República [Internet]. 26 Jun 2020 [citado 11 Jul 2022]; Sér 1(123): 2º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28-b/2020/p/cons/20211127/pt/html>
157. Portugal. Resolução n.º 70-A/2020, de 11 de setembro. Declara a situação de contingência, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Diário da República [Internet]. 11 Set 2020 [citado 11 Jul 2022]; Sér 1(178):2-15. 1º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/70-a/2020/09/11/p/dre/pt/html>
158. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 79-A/2020. Estabelece um regime excecional e transitório de reorganização do trabalho e de minimização de riscos de transmissão da infeção da doença COVID-19 no âmbito das relações laborais. Diário da República [Internet]. 1 Out 2020 [citado 12 Jul 2022]; Sér 1(192): 1º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/79-a/2020/p/cons/20211127/pt/html>
159. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 94-A/2020, de 3 de novembro. Altera as medidas excecionais e temporárias relativas à pandemia da doença COVID-19. Diário da República [Internet]. 3 Nov 2020 [citado 12 Jul 2022]; Sér 1(214):2-7. 1º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/94-a/2020/11/03/p/dre/pt/html>
160. Portugal. Defesa Nacional. Administração Interna e Saúde. Despacho n.º 11737/2020, de 26 de novembro. Determina a constituição de uma task force para a elaboração do Plano de vacinação contra a COVID-19 em Portugal, integrada por um núcleo de coordenação e por órgãos, serviços e organismos de apoio técnico. Diário da República [Internet]. 26 Nov 2020 [citado 12 Jul 2022]; Sér 2(231):46-7. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2020/11/231000000/0004600047.pdf>
161. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 8-B/2021, de 22 de janeiro. Estabelece um conjunto de medidas de apoio no âmbito da suspensão das atividades letivas e não letivas presenciais. Diário da República [Internet]. 22 Jan 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 1(15):11-4. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/8-b/2021/01/22/p/dre/pt/html>
162. Portugal. Administração Interna - Gabinete do Ministro. Despacho n.º 1242-D/2021, de 29 de janeiro. Determina os pontos de passagem autorizados na fronteira terrestre. Diário da República [Internet]. 29 Jan 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 2(20):2. 3º Suplemento. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2021/01/020000003/0000200002.pdf>
163. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2021, de 13 de março. Estabelece uma estratégia de levantamento de medidas de confinamento no âmbito do combate à pandemia da doença COVID-19. Diário da República

- [Internet]. 13 Mar 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 1(50):29-31. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/19/2021/03/13/p/dre/pt/html>
164. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 13-B/2021, de 5 de abril. Renova a imposição transitória da obrigatoriedade do uso de máscara em espaços públicos, prorrogando, pela segunda vez, a vigência da Lei n.º 62-A/2020, de 27 de outubro. Lei nº 13-A/2021. Diário da República [Internet]. 5 Abr 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 1(65):2-5. 2º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/13-b/2021/04/05/p/dre/pt/html>
165. Portugal. Economia e Transição Digital - Gabinete do Ministro de Estado, da Economia e da Transição Digital. Despacho n.º 7374-A/2021, de 23 de julho. Permite a reabertura dos estabelecimentos de jogos de fortuna ou azar, casinos, bingos ou similares situados em municípios de risco elevado e de risco muito elevado. Diário da República [Internet] 23 Jul 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 2(142):2. 1º Suplemento. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/7374-a-2021-168184709>
166. Portugal. Economia e Transição Digital - Gabinete do Ministro de Estado, da Economia e da Transição Digital. Despacho n.º 7374-D/2021, de 23 de julho. Permite a reabertura das termas e SPAs ou estabelecimentos afins situados em municípios de risco elevado e muito elevado. Diário da República [Internet] 23 Jul 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 2(142):2-2. 2º Suplemento. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/7374-d-2021-168296696>
167. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 54-A/2021, de 25 de junho. Executa na ordem jurídica interna o Regulamento (UE) 2021/953, relativo ao Certificado Digital COVID da UE. Diário da República [Internet]. 25 Jun 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 1(122):2-6. 1º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/54-a/2021/06/25/p/dre/pt/html>
168. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 101-A/2021, de 30 de julho. Altera as medidas aplicáveis em situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19. Diário da República [Internet] 30 Jul 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 1(147):2-20. 1º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/101-a/2021/07/30/p/dre/pt/html>
169. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Altera as medidas no âmbito da situação de alerta. Diário da República [Internet] 30 Set 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 1(190):9-19. 1º Suplemento. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/135-a/2021/09/29/p/dre/pt/html>
170. Portugal. Despacho n.º 11820-B/2021, de 29 de novembro. Negócios Estrangeiros, Administração Interna e Saúde - Gabinetes do Ministro da Administração Interna, da Ministra da Saúde e da Secretária de Estado dos Assuntos Europeus. Define as medidas aplicáveis nas fronteiras terrestres durante a vigência das medidas especiais em matéria de testagem.

- Diário da República [Internet] 29 Nov 2021 [citado 12 Jul 2022]; Sér 2(231):2-3. 2º Suplemento. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2021/11/231000002/0000200003.pdf>
171. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 88/2021, de 15 de dezembro. Regime transitório de obrigatoriedade do uso de máscara em espaços públicos. Diário da República [Internet]. 15 Dez 2021 [citado 15 Dez 2021]; Sér 1(241):10-1. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/88/2021/12/15/p/dre/pt/html>
172. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2020: relatório anual [Internet]. Brasília: PNUD; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: [file:///C:/Users/Biblioteca/Downloads/f48ba1fbcbeaa7d2eb69277d69d2e2ad6c4d5bfa9a94cf92469361b0f16e65b2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Biblioteca/Downloads/f48ba1fbcbeaa7d2eb69277d69d2e2ad6c4d5bfa9a94cf92469361b0f16e65b2%20(1).pdf)
173. Brandão JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cad Saúde Pública*. 2019;35:e00178217. doi: 10.1590/0102-311X00178217.
174. McCoy LG, Smith J, Anchuri K, Berry I, Pineda J, Harish V, et al. Characterizing early Canadian federal, provincial, territorial and municipal nonpharmaceutical interventions in response to COVID-19: a descriptive analysis. *CMAJ Open*. 2020;8(3):E545-53. doi: 10.9778/cmajo.20200100.
175. Henry B. Canadian pandemic influenza preparedness: public health measures strategy. *Can Commun Dis Rep*. 2019;45(6):159–63. doi: <https://doi.org/10.14745/ccdr.v45i06a03>
176. Canada. Minister of Justice. Quarantine ACT: S.C. 2005, c 20. An Act to prevent the introduction and spread of communicable diseases [Internet]. Ottawa: Minister of Justice; 2005[citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/q-1.1/page-1.html>
177. Brankston G, Merkley E, Fisman DN, Tuite AR, Poljak Z, Loewen, PJ, et al. Quantifying contact patterns in response to COVID-19 Public Health Measures in Canada. *medRxiv* [preprint]. 2021 [postado 12 Mar 2021]. <https://doi.org/10.1101/2021.03.11.21253301>
178. Our World in Data. COVID-19 data explorer: Canada. Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people [Internet]. 2020 [citado 18 Dez 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~CAN>
179. Our World in Data. COVID-19 data explorer: Canada. Daily new confirmed COVID-19 cases per million people [Internet]. 2020 [citado 18 Dez 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~CAN>

180. Government of Canada. List of Acts and Regulations [Internet]. Ottawa; 2022 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/mandate/about-agency/acts-regulations/list-acts-regulations.html>
181. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to 2019-nCoV acute respiratory disease in Canada order (PC Number: 2020-0059, Date: 2020-02-03). Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=38812&lang=en>
182. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to 2019-nCoV acute respiratory disease in Canada order (PC Number: 2020-0070, Date: 2020-02-17). Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=38950&lang=en>
183. Government of Canada. Orders in Council Division. The minimizing the risk of exposure to COVID-19 coronavirus Disease in Canada order (prohibition of entry into Canada) is repealed (P.C. 2020-0157, March 18, 2020). Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://gazette.gc.ca/rp-pr/p1/2020/2020-04-04/html/order-decret-eng.html>
184. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (Prohibition of entry into Canada from the United States). (PC 2020-0161, PC Number: 2020-0161, Date: 2020-03-20) Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=38958&lang=en>
185. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (mandatory isolation). (PC Number: 2020-0175, Date: 2020-03-24). Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=38989&lang=en>
186. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (mandatory isolation). (PC Number: 2020-0260, Date: 2020-04-14) [Internet]. Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=39166&lang=en>
187. Government of Canada. Orders in Council Division. *Canadá*. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (mandatory isolation). (PC Number: 2020-0524, Date: 2020-06-29) [Internet]. Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=39482&lang=en> Return to footnote 11 referrer Footnote 12 Government
188. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (mandatory isolation). (PC Number: 2020-0589, Date: 2020-08-30) [Internet]. Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=39613&lang=en>

189. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (mandatory isolation). (PC Number: 2020-0689, Date: 2020-09-28). Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=39657&lang=en>
190. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (mandatory isolation). (PC Number: 2020-0797, Date: 2020-10-7). Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=39781&lang=en>
191. Government of Canada. Orders in Council Division. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (mandatory isolation). (PC Number: 2020-0840, Date: 2020-10-30). Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=39829&lang=en>
192. Government of Canada. Orders in Council Division. Canadá. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (mandatory isolation). (PC Number: 2020-0967, Date: 2020-11-29). Ottawa; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=39976&lang=en>
193. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations [Internet]. 2020 [citado 25 Abr 2021]. Disponível em: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL
194. Government of Canada. Orders in Council Division Canadá. Minimizing the risk of exposure to COVID-19 in Canada order (quarantine, isolation and other obligations). (PC Number: 2021-0001, Date: 2021-01-06). Ottawa; 2021 [citado 10 Jul 2022]. Disponível em: <https://orders-in-council.canada.ca/attachment.php?attach=40167&lang=en>
195. <https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr>
196. <https://pt.theglobaleconomy.com/Argentina/>
197. Countrymeters. Argentina population [Internet]. 2022 [citado 15 Jun 2022]. Disponível em: <https://countrymeters.info/en/Argentina>
198. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 644/2007. Créase la Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Pandemia de Influenza, que será coordinada por la Jefatura de Gabinete de Ministros, funcionando en el ámbito de la misma. Conformación de la Unidad. Créase la Comisión Ejecutiva. Integración [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2007 [citado 15 Jun 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/125000-129999/128828/norma.htm>
199. Argentina. Lei 27.541, de 21 de dezembro de 2019. Lei da solidariedade social e reativação produtiva no quadro de emergência pública [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2019 [citado 15 Jun 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/333564/norma.htm>

200. Cazarré M. Argentina registra primeiro caso de coronavírus. Brasília: Agencia Brasil; 2020 [citado 15 Jun 2022]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/argentina-registra-primeiro-caso-de-coronavirus>.
201. Ramacciotti KI. La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. *Hist Cienc Saude Manguinhos* [Internet]. 2021 [citado 18 Jun 2022];28(1):301-5. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100016>.
202. Our World in Data [Internet] Argentina; 2022 [citado 10 jun 2022]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~ARG>
203. Our World in Data [Internet]. United Kingdom; 2022 [citado 15 Jun 2022]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+cases&Interval=7day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~ARG>
204. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 260, de 12 de Março de 2020 [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 20 Jun 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335423/norma.htm>
205. Argentina. Ministerio de Educacion. Resolução 108/2020. Buenos Aires: Ministerio de Educacion; 2020.
206. Dias A. Governança de Emergência e Combate à COVID-19: uma análise sobre Argentina e Brasil. *Rev Sul-Americana de Cienc Polit.* 2021;7(1):57-77.
207. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 297/2020. Isolamento social preventivo e obrigatório [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 21 Jun 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335741/norma.htm>
208. Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. Anexo I - Proyecto Resolución: condiciones de aislamiento [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 21 Jun 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335767/res627anexo1.pdf>
209. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 325/2020. Isolamento social preventivo e obrigatório [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 21 Jun 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335974/norma.htm>
210. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Resolução 279/2020 [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 28 Jun 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335988/norma.htm>

211. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 355/2020. Isolamento social preventivo e obrigatório [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 30 Jun 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/336212/norma.htm>
212. Perez-Vincent SM, Schargrotsky E, Mejía MG. Crime under lockdown: crime under lockdown: the impact of COVID-19 on citizen security in the city of Buenos Aires. *Criminol Public Policy*. 2021;20(3):463-92. doi: 10.1111/1745-9133.12555.
213. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 605/2020. Isolamento social preventivo e obrigatório [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 1 Jul 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/340000-344999/340045/norma.htm>
214. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 677/2020. Isolamento social preventivo e obrigatório [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 1 Jul 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/340000-344999/341149/norma.htm>
215. Resende M. Quarentena argentina: do exemplo ao fracasso em 203 dias [Internet]. Buenos Aires: rfi; 2020 [citado 1 Jul 2022]. Disponível em: <https://www.rfi.fr/br/am%C3%A9ricas/20201009-quarentena-argentina-do-exemplo-ao-fracasso-em-203-dias>
216. Argentina. Decreto nº 814/2020. Aislamiento social. Preventivo y obligatorio y distanciamiento social, preventivo y obligatorio [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina; 2020 [citado 5 Jul 2022]. Disponível em: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236498/20201026>
217. Argentina. Decreto nº 875/2020. Aislamiento social, preventivo y obligatorio y distanciamiento social, preventivo y obligatorio [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina; 2020 [citado 5 Jul 2022]. Disponível em: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237062/20201107>
218. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley de vacunas destinada a generar inmunidad adquirida frente al COVID-19 [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 5 Jul 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/340000-344999/34395>
219. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 125/2021. Distanciamiento social, preventivo y obligatorio y aislamiento social, preventivo y obligatorio [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 5 Jul 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/347490/norma.htm>
220. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Resolução nº 107/20 [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/336995/norma.htm>

221. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto nº 167/2021. Emergencia sanitaria [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 8 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/347809/norma.htm>
222. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 168/2021. Distanciamiento social, preventivo y obligatorio y aislamiento social, preventivo y obligatorio [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 8 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/347846/norma.htm>
223. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto n 235/2021. Medidas generales de prevención [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 9 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/348582/norma.htm>
224. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 341/2021. Medidas generales de prevención [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 9 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/348787/norma.htm>
225. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 287/2021. Medidas generales de prevención [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 9 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/349492/norma.htm>
226. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 334/2021. Medidas generales de prevención [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 10 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/350159/norma.htm>
227. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 411/2021. Medidas generales de prevención [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 10 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/351339/norma.htm>
228. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto n. 494. Medidas generales de prevención [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 10 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/352701/norma.htm>
229. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto nº 678/21. Medidas generales de prevención [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 10 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/354785/norma.htm>
230. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 867/2021. Emergencia sanitaria [Internet]. Buenos Aires: Infoleg; 2021 [citado 11 Jul 2022]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/355000-359999/358638/norma.htm>
231. <https://pt.theglobaleconomy.com/brazil/>
232. Silva LLS, Lima AFR, Polli DA, Razia PF, Pavão LFA, Cavalcanti MAFH, et al. Social distancing measures in the fight against COVID-19 in Brazil: description and epidemiological analysis by state. *Cad Saude Publica*. 2020;36(9):e00185020. doi: 101590/0102-311x00185020.

233. Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e união no combate a covid 19 [Internet]. Brasília: STF; 2020 [citado 25 Jun 2020]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>
234. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de Fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União [Internet]. 4 Fev 2020 [citado 17 Abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt188-20-ms.htm
235. Cavalcante JR, Santos ACC, Bremm JM, Lobo AP, Macário EM, Oliveira WK, et al. COVID-19 in Brazil: evolution of the epidemic up until epidemiological week 20 of 2020. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(4):e2020376.
236. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). *Bol Epidemiol* 2020;(1):1-17.
237. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coronavírus Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 17 Abr 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
238. Brasil. Presidência da República. Lei nº 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 [Internet]. 7 Fev 2020 [citado 18 Abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm
239. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. COECOV19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
240. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de Março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de Fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
241. Brasil. Ministério da educação. Portaria nº 343, de 17 de Março de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Diário Oficial da União. 18 Mar 2020.
242. Brasil. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de Março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 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. 20 Mar 2019.

243. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. 20 Mar 2020.
244. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União. 20 Mar 2020.
245. Peters BG. Pursing horizontal mangement: the politics of public sector coordi-nation. Kansas: University Press of Kansas; 2015.
246. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Referendo na medida cautelar na ação direta de inconstitucionalidade 6.341 Distrito Federal [Internet]. Brasília: STJ; 2020 [citado 24 Abr 2020]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754372183>
247. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.982. 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União. 2 Abr 2020;Seç 1(64-A):1.
248. Jorge DCP, Rodrigues MS, Silva MS, Cardim LL, Silva NB, Silveira IH, et al. Assessing the nationwide impact of COVID-19 mitigation policies on the transmission rate of SARS-CoV-2 in Brazil. *Epidemics*. 2021;35:100465. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.26.20140780100>
249. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial: doença pelo coronavírus COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Semana Epidemiológica 9 (23 a 29/02) de 2020.
250. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Deaths [Internet]. 2020 [citado 25 Abr 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>
251. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Cases [Internet]. 2020 [citado 25 Abr 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-cases>
252. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Legislação Covid [Internet]. Brasília; 2022 [citado 7 Jul 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/quadro_portaria.htm#:~:text=28%20e%20art.,su a%20concess%C3%A3o%2C%20manuten%C3%A7%C3%A3o%20ou%20revis%C3%A3o.&text=de%209.3.2022-,Alterar%20a%20Lei%20Complementar%20n%C2%BA%20173%2C%20de%2027%20de%20maio,2%20\(Covid%2D19\)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/quadro_portaria.htm#:~:text=28%20e%20art.,su a%20concess%C3%A3o%2C%20manuten%C3%A7%C3%A3o%20ou%20revis%C3%A3o.&text=de%209.3.2022-,Alterar%20a%20Lei%20Complementar%20n%C2%BA%20173%2C%20de%2027%20de%20maio,2%20(Covid%2D19))

253. Brasil. Presidência da República. Portaria interministerial nº 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. 18 Mar 2020; Seç 1:1.
254. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 663, de 20 de Dezembro de 2021. Dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, nos termos da Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 20 Dez 2021 [citado 8 Jul 2022];238-A;Seç 1(Extra A):1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/secovid/Comunicados/2021/dezembro-2021/portaria-interministerial-no-663-de-20-de-dezembro-de-2021-portaria-interministerial-no-663-de-20-de-dezembro-de-2021-dou-imprensa-nacional.pdf/view>
255. Brasil. Poder Executivo. Medida provisória nº 934 de 1º de abril de 2020. Estabelece normas excepcionais sobre o ano letivo da educação básica e do ensino superior decorrentes das medidas para enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 1 Abr 2020 [citado 8 Jul 2022];63-A;Seç 1(Extra):1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-934-de-1-de-abril-de-2020-250710591>
256. Brasil. Poder Legislativo. Lei nº 14.040 de 18 de agosto de 2020. Estabelece normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020; e altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Diário Oficial da União [Internet]. 19 Ago 2020 [citado 8 Jul 2022]; Seç 1(159):4. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.040-de-18-de-agosto-de-2020-272981525>
257. Brasil. Poder Executivo. Decreto nº 10.329 de 28 de abril de 2020. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União [Internet]. 29 Abr 2020 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=10329&ano=2020&ato=3a1cXWU1EMZpWT110>
258. Brasil. Poder Executivo. Decreto nº 10.342 de 07 de maio de 2020. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais e nº 10.344. Diário Oficial da União [Internet]. 7 Maio 2020 [citado 8 Jul 2022];Seç 1(86-A Extra):1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.342-de-7-de-maio-de-2020-255709739>
259. Brasil. Poder Executivo. Decreto nº 10.344 de 11 de maio de 2020. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União [Internet]. 11

Maio 2020 [citado 8 Jul 2022];Seç 1(Extra A):1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2020/decreto-10344-11-maio-2020-790175-norma-pe.html>

260. São Paulo. Assembleia Legislativa. Decreto nº 64.975 de 13 de maio de 2020. Dá nova redação a dispositivos do Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, que instituiu medida de quarentena no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 14 Maio 2020;130(92):1.
261. Brasil. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria Conjunta nº 20, de 18 de Junho de 2020. Estabelece as medidas a serem observadas visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho (orientações gerais). (Processo nº 19966.100581/2020-51). Diário Oficial da União [Internet]. 19 Jun 2020 [citado 8 Jul 2022];Seç 1(116):14.
262. Brasil. Poder Legislativo. Lei nº 14.019 de 02 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. Diário Oficial da União [Internet]. 8 Set 2020 [citado 8 Jul 2022];Seç 1(172-A Extra):1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.019-de-2-de-julho-de-2020-276227423>
263. Fortaleza CR, Vilches T N, Almeida GBD, Ferreira CP, Souza LDRD, Fortaleza CMCB. Impact of nonpharmaceutical strategies on trends of COVID-19 in São Paulo State. Rev Saúde Pública. 2021;55:e 48.
264. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 - PNO. Brasília. 16 Dez 2020 [citado em 08 de jul 22]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/1-edicao-plano-operacionalizacao-vacinacao-covid19.pdf>
265. Brasil. Poder Executivo. Medida Provisória nº 1.026 de 06 de janeiro de 2021. Dispõe sobre as medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas, insumos, bens e serviços de logística, tecnologia da informação e comunicação, comunicação social e publicitária e treinamentos destinados à vacinação contra a covid-19 e sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Diário Oficial da União [Internet]. 6 Jan 2021 [citado 8 Jul 2022];Seç 1(3-A Extra):1. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.026-de-6-de-janeiro-de-2021-297929846>
266. Brasil. Poder Legislativo. Lei nº 14.124 de 10 de março de 2021. Dispõe sobre as medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas e de insumos e à contratação de bens e serviços

- de logística, de tecnologia da informação e comunicação, de comunicação social e publicitária e de treinamentos destinados à vacinação contra a covid-19 e sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Diário Oficial da União [Internet]. 10 Mar 2021 [citado 8 Jul 2022];Seç 1(46-A Extra):1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.124-de-10-de-marco-de-2021-307745858>
267. Instituto Butantan. No Brasil, 96% das mortes por Covid-19 são de quem não tomou vacina; só imunização coletiva pode controlar a pandemia [Internet]. São Paulo: Instituto Butantan; 2021 [citado 8 Jul 2022]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/no-brasil-96-das-mortes-por-covid-19-sao-de-quem-nao-tomou-vacina--so-imunizacao-coletiva-pode-controlar-a-pandemia>
268. Brasil. Poder Legislativo. Lei nº 14.151 de 12 de Maio de 2021. Dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus. Diário Oficial da União [Internet]. 13 Maio 2021 [citado 8 Jul 2022];Seç 1(89):4. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.151-de-12-de-maio-de-2021-319573910>
269. Brasil. Poder Legislativo. Lei nº 14.311 de 09 de março de 2022. Altera a Lei nº 14.151, de 12 de maio de 2021, para disciplinar o afastamento da empregada gestante, inclusive a doméstica, não imunizada contra o coronavírus SARS-Cov-2 das atividades de trabalho presencial quando a atividade laboral por ela exercida for incompatível com a sua realização em seu domicílio, por meio de teletrabalho, trabalho remoto ou outra forma de trabalho a distância, nos termos em que especifica. Diário Oficial da União [Internet]. 10 Mar 2022 [citado 8 Jul 2022];Seç 1(47):1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.311-de-9-de-marco-de-2022-384725072>
270. Brauner JM, Mindermann S, Sharma M, Johnston D, Salvatier J, Gavenčiak T, et al. Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19. *Science*. 2021;371(6531):eabd9338. doi: 10.1126/science.abd9338.
271. Cheng C, Barceló J, Hartnett AS, Kubinec R, Messerschmidt L. COVID-19 Government Response Event Dataset (CoronaNet v.1.0). *Nat Hum Behav*. 2020;4(7):756-68. doi: 10.1038/s41562-020-0909-7.
272. Fang Y, Nie Y, Penny M. Transmission Dynamics of the COVID-19 outbreak and effectiveness of government interventions: a data-driven analysis. *Journal of Medical Virology* 2020;92(6):645–59.
273. Hussain AHMB. 2020. Stringency in policy responses to Covid-19 Pandemic and social distancing behavior in selected countries. *Soc Sci Res Network*. 2020. doi: 10.2139/ssrn.3586319.