

As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos

Human quarantine measures for evaluating public health: bioethical aspects

Iris Almeida dos Santos*

Wanderson Flor do Nascimento**

RESUMO: A quarentena humana é uma medida de saúde pública destinada a conter surtos epidêmicos ou a evitar que um determinado agente infeccioso atinja um território ou grupo social. As práticas de quarentena humana são: impedir o desembarque de passageiros, colocar em prisão domiciliar os doentes e/ou os familiares de pessoas que manifestem determinado quadro clínico ou a internação hospitalar forçada de doentes. Tais medidas ocorrem desde tempos imemoriais, antes mesmo da descoberta dos micróbios, do ciclo das doenças e dos modos de transmissão de patógenos. No que tange às evidências científicas, há ausência de evidências que as práticas de quarentena influenciem no curso de epidemias, mas há evidências sólidas e consistentes que os indivíduos quarentenados sofrem consideráveis prejuízos morais, legais e financeiros. A quarentena persiste no ordenamento jurídico mundial como manifestação do biopoder e como embrião de um Estado de Exceção. A redução de direitos pela internação compulsória não diferente à de sistemas prisionais, ferindo princípios éticos como a autonomia e liberdade humana, limitados pela autoridade do Estado, o que requer análise bioética sobre a aplicabilidade em tempos atuais.

PALAVRAS-CHAVE: Quarentena. Bioética. Epidemias. Saúde Pública.

ABSTRACT: Human quarantine is a public health intervention for controlling disease outbreaks or prevent a particular infections from spreading in certain geographic areas. Some strategies for preventing transmission are: preventing people to disembark in airports, impose household stay to patients or families, and forced hospitalization of patients. Such measures occur from time immemorial, even before the discovery of microbes, the cycle of disease and modes of transmission of pathogens. There is no evidence to support the influence of human quarantine practices in the course of epidemics, but there is strong and consistent evidence that quarantined individuals suffer from moral, legal and financial considerable damages. Human quarantine persist worldwide as a form of biopower and a state of exception, implying a potential limitation of rights due to mandatory hospitalization, no different to prison systems, and this violates ethical principles such as autonomy and human freedom.

KEYWORDS: Quarantine. Bioethics. Epidemics. Public Health.

INTRODUÇÃO

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ decretou pandemia para a nova variante H1N1 do vírus influenza. O primeiro caso registrado no Rio de Janeiro foi de um jovem que chegou em 4 de maio de 2009 do México. No dia seguinte, esteve em uma discoteca hiperlotada, sendo quarentenado no segundo dia no Hospital da UFRJ, de 6 a 16 de maio. A ceulema criada em torno do H1N1 como pandemia gerou pânico social, reforçada pelos meios de comunicação, que puseram em prova a eficácia da vacinação e até os resultados estatísticos apontados pela OMS², o que arranhou a imagem da instituição. Em 2010, em outro cruzeiro turístico, alguns turistas foram acometidos por diarreia e, por conta disso, a Anvisa manteve em alto-mar, durante dois dias, todos os turistas

do navio, até que a inspeção identificasse o agente causador da diarreia³. No Brasil, em fevereiro do ano de 2012, em um cruzeiro da empresa MSC Armonia, após passar por uma série de cidades, uma tripulante apresentou uma grave infecção respiratória. Chegou a ser internada e morreu. Por conta disso, os passageiros turísticos do navio foram proibidos de desembarcar em Santa Catarina.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos⁴. Uma de suas ações implica o controle de fronteiras, na forma de vigilância constante do fluxo de entrada e saída de pessoas do país, tendo em vista o eminente risco epidêmico, potencializado pelos meios de transporte cada vez mais velozes em diferentes partes do planeta. As ações previstas no caso de riscos epidêmicos são a quarentena e o isolamen-

DOI: 10.15343/1981-8254.20140802174185

* Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília-DF, Brasil. E-mail: irisbiogram@yahoo.com.br

** Doutor em Bioética. Professor Adjunto do Departamento de Filosofia e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília-DF, Brasil. E-mail: wandersonn@gmail.com

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

to⁵, sendo o último relativo ao confinamento de pessoas sob tratamento de saúde em meio hospitalar.

A palavra quarentena [do fr. *quarantaine*] deriva da palavra *quadragesima* e do italiano *quaranta*^{6,7}, atribuída ao período de quarenta dias de isolamento de passageiros e cargas em navios, imposto por autoridades de um porto caso suspeitassem que houvesse portadores de infecção entre os passageiros ou tripulantes, obrigados à incomunicabilidade a bordo dos navios ou em um lazareto de um navio, condicionados a permanecerem sem atracar^{8,9}.

Medidas de quarentena humana atualmente são aplicadas em caso de suspeita de surtos epidêmicos de doenças previamente cadastradas pelas autoridades sanitárias no país^{10,11} e no mundo inteiro, como os Centros de Controle de Doenças (CDC). Muitas dessas doenças têm etiologia conhecida e tratamento próprio, como no caso dos inúmeros tipos de disenteria de diferentes causas, mas que acionam medidas de quarentena devido à sintomatologia ser semelhante à da cólera. Socialmente, isso representa a tomada de decisão e medidas administrativas, com dispendiosos gastos públicos em situações facilmente contornáveis se o foco for o âmbito administrativo. No âmbito legal, sua ação pode mascarar o poder sitiante do Estado frente à liberdade de indivíduos ou pequenos grupos, ou mesmo representar uma forma latente de poder e controle sobre a vida dos cidadãos, já vistos na história, sob regimes governamentais autoritários.

O risco à liberdade e autonomia humanas é um dos campos que desencadearam os estudos no campo da bioética, que representa a mais recente fronteira em que o discurso de potenciais questões, quer sejam emergentes ou persistentes^{12,13}, visíveis ou não, apontem risco à ética da vida, como no caso das medidas de quarentena humana, que, embora não tenham eficácia cientificamente comprovada, são acriticamente aceitas no meio popular por transmitir a ideia de proteção e segurança. Países centrais, como os Estados Unidos, leis federais autorizam esforços cooperativos entre o governo federal e estados para planejamento, treinamento e prevenção de doenças epidêmicas e outras emergências de saúde^{5,9}. As ações de vigilância em caso de quarentena humana são ostensivas no período de espaço de duração das doenças, sendo, em geral, arbitrárias e seguindo normas internacionais. Também não é notada a participação de comitês de ética ou qualquer outra

forma de participação de outros segmentos da sociedade, tendo em vista a situação de vulnerabilidade do grupo de pessoas ao qual o direito é reduzido à vida nua¹⁴.

A quarentena humana sempre remete ao mesmo princípio utilitarista: a proteção da coletividade. Representa, no entanto, o conflito arquetípico que confronta a saúde pública: a tensão entre os duais interesses na liberdade e proteção do indivíduo e a promoção da saúde da cidade¹⁵. Tais medidas adquirem uma maior complexidade na realidade latino-americana não somente no campo estrutural, mas na recente discussão bioética, ainda restrita à discussão teórica, carente de praticidade e participação social efetiva nas ações de saúde coletiva, frágil em seu limite normativo, bem como às “ações que visam solucionar conflitos ou prevenir desvios éticos” (p. 171)¹⁶. Partindo dessa perspectiva, o trabalho consistiu em elaborar um questionamento geral sobre o significado da quarentena para a saúde pública a partir de levantamento das evidências epidemiológicas acerca das medidas e da análise das consequências biopolíticas e bioéticas decorrentes da prática da quarentena, enquanto medida de Estado.

O tipo de estudo realizado foi uma revisão da literatura, no qual foram examinados arquivos e documentos de acesso público relacionados ao tema, tomando como aporte teórico a discussão social no campo da Bioética. Foi realizado o levantamento de eventuais estudos científicos de base epidemiológica versando sobre a quarentena, mediante busca nos principais indexadores científicos, tais como a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para filtrar as referências, o Medline, a BIREME, a Lilacs e a Pubmed, além das referências citadas pelos trabalhos ocasionalmente encontrados, com o recorte temporal entre 1980 e 2013. Buscou-se, com a associação dos descritores “quarentena” e “bioética”, encontrar a maneira como se situa a discussão para encontrar outras fontes que nos auxiliassem a pensar, desde a bioética, a quarentena.

ENTENDENDO A QUARENTENA

Na literatura, Roberts¹⁷ diferenciava a quarentena como sendo a reclusão intra-hospitalar de doentes, e o isolamento como a prisão domiciliar de doentes ou suspeitos de portarem doenças infecciosas epidêmicas. Para a presente consideração bioética, a quarentena humana

será definida como período de reclusão imposto a indivíduos doentes ou suspeitos de portar doenças infecciosas, independentemente de onde o indivíduo fique recluso. Também, a quarentena, no presente caso, deve ser entendida como uma medida de saúde pública visando a conter alguma epidemia. Nesse sentido, o isolamento intra-hospitalar de pacientes graves para a proteção dos demais pacientes internados não se configura como objeto do presente estudo.

O valor de 40 dias atribuído ao nome da prática – quarentena – tem origem histórica na China Antiga, quando, nos primórdios da prática de vacinação antivariolosa, observava-se que as crostas extraídas dos acometidos por varíola permaneciam infectantes por cerca de 40 dias durante o inverno e apenas 20 dias no verão¹⁸. Essa observação cotidiana orientou a práticas culturais as mais diversas, todas com o objetivo de purificação ou contenção da propagação de doenças infecciosas^{19,20}.

O isolamento social não necessariamente tinha um caráter impositivo. Entre os gregos, essa prática não apresentava nenhum caráter teológico. A medicina grega prescrevia a reclusão e o repouso como forma de equilibrar os humores e conter comportamentos individuais relacionados a doenças em geral, como uma vida social atribulada, sexualidade exacerbada, alimentação fraca, sono, males do espírito, ou de qualquer interferência na estabilidade do corpo.

Na Idade Média, as práticas de quarentena foram observadas no que tange aos leprosários e também nos primeiros anos da epidemia de Peste Negra. Os doentes eram isolados em igrejas e catacumbas, à espera da morte²¹. Com a massificação dessa doença, em não havendo espaço para os doentes e em sendo a Peste um evento generalizado, a quarentena humana foi temporariamente abandonada, com navios deixados à deriva ao sinal da menor ameaça epidêmica. Após o evento epidêmico, iniciou-se o controle portuário rigoroso, em que pessoas eram confinadas a ‘ilhas de quarentena’, antes de entrarem nos países, independentemente da classe social²²⁻²⁴. No interior, o isolamento de doentes não necessariamente representava um total desligamento social, mas a dissociação do indivíduo da infecção que ele portava.

As práticas de saneamento básico foram retomadas com o surgimento das cidades e na inspeção de produtos

comerciais, a quarentena de produtos de origem animal, o saneamento dos bairros e ruas, a realocação de cemitérios, açougues, lixos. Mais do que o mero controle infeccioso, as medidas que hoje reconhecemos como saneamento e saúde pública tiveram foco no rendimento econômico e de impostos sobre o comércio. Nesse período, não apenas objetos, mas também pessoas estrangeiras eram submetidas à inspeção junto às mercadorias que portavam.

A medida de quarentena como lei portuária, incluindo tripulantes além das mercadorias, foi adotada pela primeira vez pelas autoridades portuárias italianas, como medida regulatória em resposta à eminente ameaça de epidemias via Mediterrâneo. Foi adotada por outras nações europeias na metade do século XIX, nas regulações otomanas²⁵, contemplando também outros aspectos, como o saneamento, a circulação de pessoas em meios de transporte cada vez mais velozes entre continentes e a aglomeração em grandes eventos religiosos ou culturais^{25,26}. Ersoy²⁵ cita as conferências internacionais, também chamadas “Quarentena, saúde e conferências sanitárias”, a primeira em Paris, em 1851, cujos conceitos-chave foram sanitarismo, doenças e epidemias, de acordo com o mais recente avanço em microbiologia e os métodos de ações epidêmicas, técnicas de quarentena, métodos de prevenção e leis de higiene pessoal. As resoluções geradas nessas conferências procuraram estabelecer as leis internacionais de quarentena contra a cólera, febre amarela, destinadas principalmente a migrações e viagens.

A primeira Assembleia Mundial de Saúde da ONU criou um Comitê de Especialistas em Epidemiologia e Quarentena Internacional e lhes atribuiu a missão de revisar as convenções existentes e reuni-las em um só regulamento²⁷. Em 1950, se enviou a todos os Estados Membros, para que formulassem observações, um projeto de Regulamento Sanitário Internacional preparado pelo Comitê de Especialistas. Finalmente, o texto foi aprovado pela Quarta Assembleia Mundial de Saúde, em 25 de maio de 1951, como Regulamento nº 2 da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os riscos de novas epidemias preconizados pela OMS foram prontamente acatados pelos países periféricos, e o termo quarentena ganhou peso normativo internacional, aceito por diversos países como forma eficaz de controle sanitário. Em 1951, após a V Conferência Internacional

de Sanitarismo, estipulou-se o controle sanitário de viajantes, com a finalidade de coibir a propagação de doenças infectocontagiosas. A partir de então, o controle sanitário, quer seja de pessoas ou mercadorias, é importante para manter a saúde populacional e as relações comerciais entre os países. A OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde, é um órgão da ONU voltado ao treinamento de profissionais e formadores de opinião e conta justamente com uma frente de estudos sobre práticas de controle e quarentena.

A quarentena sempre esteve vinculada ao trânsito humano ao redor do planeta por motivos comerciais²², culturais ou religiosos, relacionado diretamente ao meio de transporte. No século XX, os riscos epidêmicos foram avaliados em função do surgimento das aeronaves, que eram transportes em massa mais rápidos que os navios e reduziam as distâncias de diferentes povos²⁵. Daí urgiu o acordo sanitário global, atrelado a relações internacionais de comércio, sanções e outros aspectos que, por um lado, tinha o escopo da proteção da coletividade, mas que, por outro, terminava por se delinear conforme a “importância” econômica do país em questão. Assim, por exemplo, os EUA e países da Europa facilmente barravam imigrantes asiáticos, africanos, sob a alegação de “controle sanitário”, mas raramente tal prática atingiu cidadãos de Canadá, Israel, Japão.

Limitações sobre a eficácia das medidas de quarentena humana

A evolução da pesquisa clínica revelou que, embora o conhecimento dos mecanismos básicos das doenças norteie a prática terapêutica, muitos estudos contradisseram o senso comum e o raciocínio mecanístico²⁸. Dessa forma, o conceito de Medicina Baseada em Evidências inicialmente surgiu no âmbito da prática clínico-cirúrgica e atualmente é adotada em programas de saúde coletiva. Principalmente pela abrangência e pelo impacto maciço de uma medida de saúde pública, é preciso antes saber quais estudos norteiam uma determinada medida²⁹.

Para classificar um determinado estudo ou o estado da arte do conhecimento acerca de algum tópico, várias classificações foram adotadas e, no Brasil, o Ministério da Saúde adota a classificação do *Oxford Center for Evidence-Based Medicine*, cuja última revisão foi em 2001. Nessa

classificação, os estudos são classificados de A a D, sendo D o de menor nível de evidência: opinião de especialistas ou estudos em modelos animais; C são estudos de séries de casos; B são estudos mais densos, como estudos caso-controle, revisões de estudos caso-controle, estudos prospectivos de coorte; e A são os estudos mais refinados e que propiciam respostas mais consistentes, como ensaios clínicos e revisões de ensaios de clínicos³⁰.

Ainda, parâmetros epidemiológicos devem ser continuamente monitorados a fim de que uma medida de saúde coletiva seja continuada ou interrompida. Particularmente, os dados de Redução Absoluta de Risco e seu inverso, o Número Necessário para Tratar, são parâmetros que devem estar associados no que tange a decisões coletivas³¹.

Não foram encontrados estudos que avaliassem tais parâmetros no que tange à medida de quarentena humana. Os estudos mais recentes se limitam a discuti-la como medida aceita ou recusada pela população e a eficácia de determinada medida polícialca em implantar regimes de quarentena, sob vigilância estrita³². Concretamente, ela se traduz em três políticas: a) impedir o desembarque em territórios nacionais de pessoas que manifestem sintomas de determinada moléstia; b) impedir o desembarque de pessoas que tiveram contato em ambientes confinados (navios, ônibus, aviões) com pessoas que manifestaram determinada moléstia; e c) impedimento à livre circulação (prisão domiciliar) de pessoas que manifestem determinados sintomas.

Tais medidas deveriam ser, no mínimo, avaliadas quanto à sua eficácia: quantas pessoas deveriam ser quarentenadas para evitar que uma contraísse a doença? Quantas embarcações deveriam ser evitadas de atracar para evitar que uma pessoa manifestasse a doença no território nacional?

Essas perguntas, de âmbito meramente estatístico, não foram sequer avaliadas recentemente.

Como estudo de evidência D, o higienista Oswaldo Cruz era de opinião que a prática de reclusão das embarcações na Ilha Grande era cara, não impedia o desembarque de pessoas doentes no território nacional e não se relacionava ao controle nem aos ciclos naturais de epidemias que assolavam o porto do Rio de Janeiro. A obrigatoriedade de quarentena na Ilha Grande sustentava uma rede de hotéis

e pousadas cuja “qualidade” variava conforme a renda do quarentenado³³.

Como estudos com evidência C – estudo de caso, medidas contra a população pobre foram aplicadas durante o surto da Gripe Espanhola em São Paulo. Copiando o modelo francês, a população foi impedida de sair às ruas, morrendo mais de inanição e maus tratos do que pela infecção propriamente dita. Ainda assim, o próprio governador de São Paulo caiu acamado pela gripe, ilustrando crassamente a ineficácia desse tipo de prática.

E, por fim, como estudo de evidência B – coorte prospectiva –, em 1910, Roberts¹⁷ estudou quarentena e isolamento de crianças com difteria. Esse autor concluiu que tais práticas não evitavam o surgimento de novos casos de difteria a cada reinício do período escolar. Mostrou que o isolamento domiciliar se correlacionou a significativa mortalidade e que a medida que mais salvou vidas foi a quarentena sob internação hospitalar¹⁷.

Mesmo atualmente, Barbera, et al⁹ afirmam que a quarentena não é uma medida primária em saúde pública. É uma medida drástica e que só é factível de ser implementada sobre pequenos grupos populacionais e sobre um território bem delimitado.

Jones³⁴ reviu a época da Gripe Espanhola no Canadá, país que não adotou medidas de quarentena nem de restrição a viajantes estrangeiros. Esse autor conclui que medidas de quarentena humana são mais maléficas que benéficas e que nunca apresentaram evidências de efetivamente controlarem ou restringirem alguma epidemia.

Ou seja, todos os níveis de evidência relacionados aos resultados da quarentena mostram que é uma medida cara e que não reduz nem impede nem modifica o ciclo de uma epidemia. Tais resultados não surpreendem, uma vez que a própria descoberta do ciclo das infecções microbianas mostram que os fenômenos do portador são do período de incubação e do espectro de manifestações leves, moderadas e graves. Ou seja, o doente que primeiro manifestar sintomas graves de uma doença epidêmica o terá feito por ter tido contato com um portador do agente infeccioso, e, antes mesmo de manifestar a doença, já terá muito provavelmente transmitido o agente a um número não mensurável de outras pessoas.

Além disso, algumas das doenças quarentenáveis – como as diarreias e a febre amarela – sequer são transmi-

tidas pelo contato pessoa a pessoa: as doenças diarreicas se transmitem em territórios carentes de saneamento básico, e a febre amarela é uma zoonose (ou seja, existe no ambiente independentemente do ser humano) transmitida por mosquitos.

CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS SOBRE A QUARENTENA HUMANA

Do exposto anteriormente, dois aspectos devem ser ressaltados sobre as medidas de quarentena: o que é uma medida aplicável somente a grupos restritos ou a estrangeiros.

Dessa forma, os conflitos bioéticos existentes no que tange à implementação de medidas de quarentena humana serão analisados à luz da categoria de biopoder de Foucault e também à luz da noção de Estado de Sítio.

O biopoder foi um termo criado por Michel Foucault a partir da análise genealógica das regulações dos corpos na eminência dos Estados Modernos para dar conta da concepção das relações entre poder e saber que controlam objetos, realidades, comportamentos e pessoas, ou seja, o controle da sociedade sobre os indivíduos, o qual não se opera simplesmente pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo enquanto força de produção, força de trabalho³⁵.

Compreender a linha discursiva de Foucault é um fator importante na análise do mundo atual, para rearticular as relações discursivas que a dão contexto, ou as que são prestigiadas pelo fato de produzir verdade, que no contexto da modernidade corresponde à verdade da ciência³⁶. Dessa interiorização da verdade, com traços mimeticamente seguidos, concebeu-se o poder disciplinar na pretensão de moldar o sujeito produtivo em discursos de verdades como produtos do construto do poder-saber.

A ligação entre a verdade, o poder e o processo de subjetivação moldada a partir da criação dos Estados Novos gerou novos contornos das formas dominantes, reduzindo indivíduos a um objeto social manipulável dentro de uma realidade biopolítica, em que até mesmo a conduta dos homens fosse conduzida por meio de uma administração estatal³⁷. A biopolítica do Estado aparece no século XIX, no Estado de Direito, em um sistema de direito, isto é, de leis e de instâncias judiciárias que

arbitrarão as relações entre os indivíduos, de um lado, e o poder público, de outro³⁸. A interferência da soberania sobre as formas de vida se manifestou essencialmente no direito de vida e de morte. Como efeitos específicos dessa nova articulação entre poder e verdade, alguém envolvido em situações que se tornam ameaças à consistência da população deve ser isolado dos demais ou eliminado, “na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior ou do degenerado, ou do anormal, é o que vai deixar a vida em geral mais sadia, mais sadia e pura” (p. 305)³⁷.

A relação do poder-saber tomou por princípio as relações sociais, como técnicas e dispositivos na construção de uma sociedade disciplinar subjugada pelas práticas de vigilância. Esses delineamentos do saber, forjados na trama de formações discursivas, ganharam, conforme o tempo e espaço, teor discursivo reforçado pelas instituições disciplinadoras direcionadas à normatização social e à conformação dos indivíduos, como hospitais, prisões, escolas, fábricas, etc. O aspecto de formatação do caráter disciplinar insere uma nova roupagem para as formas de dominação, que ao mesmo tempo protege o Estado e cria um imaginário de proteção no indivíduo, reprimindo-o e ao mesmo tempo controlando-o.

O fator que possibilita o controle, a coesão e a continuidade dos grupos idealiza-se na pretensão da verdade como ciência e não da densidade dos discursos onde residem as incertezas e descontinuidades, na sabedoria em que se manifestam os jogos entre equilíbrio e transações, em que se evidencia que a arte de governar a si própria se torna um fator político determinante³⁹. A transposição do poder é notória quando seu ponto de origem parte da estrutura estatal e se prolonga até os escalões mais baixos da sociedade reproduzindo seus elementos mais atomizados³⁵. No funcionamento da base de uma sociedade toda atravessada e penetrada por mecanismos disciplinares, um conjunto de forças políticas age como um olhar sem rosto que transforma todo o corpo social em um campo de percepção: milhares de olhos postados em toda parte, atenções móveis e sempre alertas, uma longa rede hierarquizada⁴⁰.

A formação de uma sociedade disciplinar nesse movimento vai das disciplinas fechadas, espécie de “quarentena social”, até o mecanismo indefinidamente generalizável

do panoptismo⁴⁰. O domínio do poder dos corpos ocorre de maneira passiva, dócil, sem lutas, em uma espécie de adestramento que, em casos de desvios ou extravases, é contido pela ordem policial. O uso do poder de polícia garante não só a proteção de Estado, mas a eliminação das diferenças e irregularidades no seio social. O frágil limite entre ser cidadão e ao mesmo tempo vítima é real na sociedade de exceção, pela forte conotação de limite e controle da ordem. Nesse cenário, cabe pensar em uma sociedade cujos elementos principais não são mais a comunidade e a vida pública, mas os indivíduos privados por um lado e o Estado por outro.

O biopoder se relaciona com o nível mais geral do poder constituído pelo aparelho do Estado, o papel do saber médico normatizador do comportamento humano de suas potencialidades, seus fins. Desde os tempos hipocráticos, o controle social sobre a vida passa pela mensuração dos padrões de saúde, sendo que sua ausência implicava prescrições e isolamentos, justificados pelo princípio da preservação da vida individual e coletiva como bens inalienáveis. O poder médico persistiu após a queda da teoria metafísica das doenças com o advento da microbiologia, justificado pela revolução científica no campo da bioquímica e estatística. Na realidade estatal, a saúde, os médicos e hospitais foram aglutinados pela ordem econômica, passando a ser meios de controle populacional. Uma das ações interventivas típicas no começo do século XIX foi a prática do internamento, em que a classificação da loucura não aparece mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e ser livre³⁵. O controle estatal manifestou sua forma mais efetiva de controle com o surgimento da ciência de Estado atrelado aos parâmetros econômicos na balança de forças que fizeram com que eles estivessem obrigados a se medir uns aos outros, a se comparar, imitar seus métodos e tentar mudar as relações de força³⁵, fato que foi possibilitado com a formação da medicina social de Estado, urbana e a medicina da força de trabalho.

A noção de biopoder permite conceituar e contextualizar as tendências políticas e sociais na modernidade. Nessa perspectiva, cabe refletir o aspecto positivo do poder que cria o liame que mantém a sociedade coesa. Outro ponto de vista é se ater ao risco eminente de supressão de

domínio cego por todos que detêm o poder-saber, diante de argumentos discursivos gerando formas abusivas que rompam o limite da ética.

O risco real de regimes totalitários com base nos mecanismos de exceção e emergência evidencia o paradoxo inerente à sociedade de controle, que se manifesta de forma coercitiva por parte do Estado em diferentes esferas sociais. Casos como as constantes guerras em meio a conflito étnico-religioso são constantemente empregados em justificativa à probabilidade de um risco futuro sem correlação efetivamente plausível com o presente. É a guerra idealizada, midiática, como raízes utilitaristas em um fundo histórico calcado no biopoder, no gerenciamento da vida humana e da população. Dessa forma, não só estabelece a visibilidade da soberania do Estado diante de outros, como demonstra que “esse Estado de governo, que tem essencialmente por objeto a população e que se refere [a] e utiliza a instrumentação do saber econômico, corresponderia a uma sociedade controlada pelos dispositivos de segurança” (p. 305)⁴¹.

Cabe, portanto, a reflexão sobre a sociedade de risco, atribuição da biopolítica. Vale-se da análise crítica na busca de um contraponto entre o eixo conhecimento-verdade, ou, em todo caso, o eixo que vai da estrutura do conhecimento à exigência da verdade do ponto de vista da história das ciências e a genealogia dos saberes situada no eixo discurso-poder, ou eixo prática-discursiva ou enfrentamento de poder³⁷.

Na percepção do biopoder nos diversos campos do conhecimento, a extrapolação crítica se faz necessária no intuito de se limitar os indícios significativos de que estamos lidando com um estado de coisas que parece indicar uma fragilização que geram visíveis distorções e instabilidades⁴². Previsibilidade da situação de risco proveniente das relações de biopoder pode ser inferida, ainda que não corresponda à complexidade da verdade. A verdade como ciência, por sua vez, induz a um modelo reducionista de complexidade que não pode ser contemplada pelo principialismo bioético. O poder faz sentido com a presença do outro, com a forma de controle, o que dentro de uma sociedade policialesca é espantosa, considerando a vulnerabilidade e sacralidade humana¹⁴. É necessário reconhecer o biopoder além do nível do direito e dos contratos. Saber o poder para além da materialização do real, dos

domínios de objetos, nos rituais de verdades “como poder de intervenção racional e calculado sobre os indivíduos”¹⁴, controlados ou *pastorados* por meio do saber das práticas médicas, como no caso dos encerramentos humanos ou quarentenas, procurando “retomá-las numa análise estratégica e destacá-las do privilégio do objetos, a fim de procurar ressitua-las do ponto de vista da constituição dos campos, domínios e objetos de saber” (p. 305)⁴¹.

O Estado democrático de Direito desenvolveu-se paralelamente à expansão da ciência e tecnologia que, de um lado, criou armas extremamente letais e, de outro, integrou diversas sociedades em atividades econômicas complementares: se antes a guerra era um meio de uma sociedade obter divisas, a guerra passa, agora, a ser um elemento de grande prejuízo, ao quebrar cadeias produtivas. Não existe um Estado; existem Estados. Um Estado só se define perante outro Estado, em um reconhecimento mútuo de fronteiras e campos de jurisdição e arrecadação de impostos.

Os Estados se legitimam a partir de seu poder-fazer. Quanto maior é a ameaça externa a uma sociedade, maior é o poder do Estado sobre aquela sociedade. Não é por outra razão que a própria definição de Estado de Exceção ou Estado de Sítio, dentro do Estado de Direito, tem suas origens na guerra. Na França do final do Século XVIII, em 8 de julho de 1791, a Assembleia Constituinte normatizou essa questão. O país, ou uma cidade, poderia estar em Estado de Paz ou normalidade, Estado de Guerra, na qual a autoridade civil se subordina à militar, e o Estado de Sítio.

Como diz a palavra, o Estado de Sítio se referia à cidade sitiada pelo inimigo; ao perigo iminente de invasão e destruição da estrutura social da cidade e seus fenômenos adjuntos, como estupro, assassinato, destruição de construções, etc. Entretanto, mesmo com a evolução dos Estados e o deslocamento da guerra para as regiões fronteiriças, persiste no ordenamento jurídico dos Estados Democráticos o botão de alerta vermelho do Estado de Sítio.

Não necessariamente o inimigo de uma sociedade deve ser um exército. O Estado de Sítio já foi usado para legitimar ditaduras na América Latina; foi o regime que levou Hitler a idealizar o III Reich; já foi evocado diante de protestos de trabalhadores; já foi justificado como causa máxima libertária do proletariado.

Conforme Agamben¹⁴ esclarece, o Estado de Sítio não é, na verdade, um novo ordenamento jurídico, mas uma implosão do Estado de Direito, o nascimento de um Estado Absolutista que não tem dia nem tem hora para acabar. Nos Estados Absolutistas, a Causa da existência da sociedade está corporificada no Líder. Se, inicialmente, o Líder assume o posto com o discurso de servir e manter unida a própria sociedade, rapidamente o poder o degenera, não para que ele se sacrifique pela sociedade, mas para que sacrifique o país em prol de si mesmo. O Estado Absolutista consegue ser bem-sucedido quando os cidadãos ou súditos se dispõem não apenas a receber uma bala atirada contra o Líder, mas atirada pelo próprio Líder, em nome de uma Causa maior.

A bem da verdade, um dos “efeitos colaterais” do Estado Democrático contra o Poder é a negação da divindade e do absoluto do Líder. No Estado Democrático, o líder já não é o absoluto; já não impõe o respeito máximo nem a confiança. O líder é aquele que ocupa um posto hierarquicamente superior, por tempo transitório e definido, e contra o qual a sociedade deve estar sempre alerta no que tange a mentiras, corrupção e desvio de finalidade. No Estado Democrático, a sociedade cobra do Estado mais do que a mera proteção ao território, mas um complexo poder-fazer que inclui saúde, ordenamento territorial, estímulo às artes, esportes, ciência e tecnologia, redistribuição de renda. Do ponto de vista do Poder, os cidadãos estão cada vez mais abusados, cada vez menos respeitosos do Líder e cada vez mais intolerantes aos mandos e desmandos do Estado. Dessa forma, não raro os Estados Democráticos modernos lançam mão de dispositivos de guerra, a fim de amedrontar os cidadãos e trazer à tona o fenômeno psíquico do ingrupismo. O ingrupismo se manifesta em grupos humanos na medida em que uma ameaça externa comum traga a união extrema entre seus integrantes, a superação de antigas rusgas e divergências. Diante da ameaça comum, o indivíduo que persiste desconectado da atividade grupal (ou seja, o isolado, o marginal, o desviante, o discordante) pode ser sumariamente destruído pela turba ouriçada. A ameaça em comum exclui o debate, o pensamento divergente, a atitude diferente.

Na escassez de guerras reais que caracteriza o Mundo no pós-Segunda Guerra, os Estados continuam procurando inimigos para a legitimação do poder absoluto. O

inimigo já foi as ditaduras comunistas, já foi a exploração burguesa, já foi a ascensão de antigos inimigos ao posto de economias centrais. Atualmente, está sendo o terrorismo.

Em outras palavras, o inimigo que os Estados utilizam são cada vez mais virtuais, mais etéreos e mais midiáticos. Estado e mídia andam lado a lado. A mídia se legitima como fiscalizadora do Estado e como reveladora dos podres dos poderosos “de plantão”⁴². Tal legitimação oculta a face que a mídia trabalha pelo Poder em si. Em outras palavras, a mídia é favorável ao Estado de Exceção, desde que seja ela quem mande.

Experiências de Exceção têm sido feitas no sentido de, de vez em quando, colocar as engrenagens do poder para funcionar. Como uma máquina que para por muito tempo enferruja, as estruturas do Poder podem vir a falhar se não funcionarem periodicamente, ainda que de modo simulado ou modo mais “leve” do que em uma eventual guerra “de verdade”.

Nesse ponto, os micróbios são um inimigo estratégico para o Poder do Estado. São etéreos, invisíveis e se relacionam a um dos principais poderes de fazer do Estado: o poder da saúde. Conforme o biopoder, as estruturas de saúde pública são naturalmente infiltradas e aceitas pelos cidadãos. Assim, o uso das ferramentas do biopoder consegue, com muito mais eficiência, implantar um Estado de Exceção. Nas experiências mundiais, os cidadãos não acatam um Estado de Exceção por conta de protestos de trabalhadores nem por conta de ditaduras longínquas. Talvez se assustem por algumas semanas diante de uma notícia de ataque coletivo ou ataque terrorista, mas são capazes de aceitar quase acriticamente um Estado de Exceção se o inimigo for um micróbio letal.

O medo do micróbio letal, do ponto de vista do Poder, sustenta uma histeria generalizada, a submissão plena ao discurso hegemônico da mídia, a qual, estrategicamente, silencia ou, quando muito, ridiculariza a insubmissão a seus propósitos e a aceitação de restrições e liberdades individuais. O micróbio letal legitima as práticas de quarentena e exclusão, seja individual, seja coletiva, de agentes que o Poder considera nefastos. A exclusão coletiva já se deu contra os pobres de São Paulo da gripe espanhola⁴³, já se deu contra líderes políticos, contra ideias revolucionárias inadequadas do Exterior. O micróbio letal traz de volta práticas que ocorreram na época da Inquisição: já

não bastam as provas sequer que uma pessoa esteja contaminada: basta um simples “contato”, e a pessoa já se torna “suspeita” e já perde seus direitos.

Tudo isso sem uma base científica que a justifique, pelo contrário. É unânime na Ciência que a prática de quarentena humana e de isolamento não altera o curso de uma epidemia, representando apenas uma primeira barreira a um surto epidêmico, tal como é relatado por Forster⁴⁴ em registros das medidas de saúde adotadas na ilha de quarentena Grosse Île, durante a epidemia de cólera entre 1832 e 1842, que permitiu a entrada do cólera no Canadá, matando milhares de pessoas. No Brasil, Rebelo remonta historicamente a barreira sanitária em lazaretos no final do século XIX, semelhante aos padrões europeus, que formavam verdadeiros “cordões sanitários, com aparato militar ao longo dos caminhos por onde os viajantes permaneciam em quarentena sob a mira de fuzis” (p. 775)⁴⁵. Navios provenientes de locais infectados, dependendo da gravidade, atracavam nos portos ou eram submetidos ao regulamento de prática profilática do “torna-viagem”²⁴, sem inspeção sanitária, obrigados a retornar ao seu porto de origem. Mesmo diante de uma rigorosa vigilância sanitária, o país foi atingido pela epidemia de cólera no Vale do Paraíba. Atribuiu-se a disseminação das epidemias ora ao duelismo entre as teorias microbianas e miasmática, ora à precária estrutura de saúde direcionada a situações epidêmicas.

Outra limitação das medidas de quarentena é a eminentemente ameaça a grupos étnicos, culturais ou religiosos estigmatizados pela origem e disseminação de epidemias. Um caso emblemático foi a imposição da quarentena pelo estado da Califórnia a chineses ou descendentes de chineses no início do século XX, culpabilizados pela disseminação do cólera. A ação provocou, além do constrangimento moral, um significativo dano econômico à população, impedida de sair de suas casas⁹. Em 2010, o governo chinês colocou “preventivamente” mexicanos em quarentena em um hotel, no auge da gripe suína, deportando-os em seguida para seu país por um avião do governo, embora nenhum dos mexicanos isolados apresentasse qualquer sintoma viral⁴⁶. O incidente provocou problema diplomático entre as duas nações. O estudo genômico das “origens suínas” do H1N1 realizado por Gibbs, et al⁴⁷ descartou

a origem mexicana, pois os resultados foram inconclusos “quanto ao conhecimento das origens genéticas do vírus”.

As medidas de quarentena podem justificar relações comerciais não diferentes dos dispendiosos lazaretos do século XIX, os quais favoreciam as grandes corporações navais²², ou atos discriminatórios contra grupos étnicos, culturais ou religiosos fora dos padrões europeus²⁶. Atualmente, podem justificar a ostensiva proteção militar de fronteiras, como no caso do H1N1 e os combates a uma possível ação bioterrorista⁹.

Giorgio Agamben¹⁴, a partir do totalitarismo nazista, nos deu a noção da materialização do poder do mundo moderno na supressão ideológica e econômica de outras culturas, na manipulação da racionalidade humana e na possibilidade de se ofertar os meios que possibilitam esta (sobre)vida vinculante ao social, bem como as questões de manter-se ou não manter-se vivo, desvinculado como uma exceção soberana na realidade da biopolítica. Ora, do ponto de vista jurídico, o poder do Estado é exercido por meio de leis e do direito, mas as disciplinas se exercem por meio de regulamentos, tornando-o mais minucioso e indulgente, e que naturalizam as leis, aos quais definem um espaço de liberdade e estabelece a universalidade da igualdade³⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se pode banalizar a internação ou o impedimento do livre trânsito de um paciente apenas usando o argumento da gravidade da situação de uma epidemia. Segundo o livro *Viagens internacionais e Saúde da OMS*⁴⁸, a proteção do indivíduo é dada por meio de vacinação prévia e obrigatória com base na avaliação de risco de exposição da doença em diferentes regiões do planeta onde é endêmica. No caso da febre amarela, em que a vacinação é obrigatória, a justificativa é a de proteger o indivíduo do vírus e ao mesmo tempo evitar a disseminação em países vulneráveis à doença⁴⁹. As doenças que representam risco epidêmico cadastradas pela OMS geograficamente se concentram na Ásia, África, América Latina, exceto o sul da América do Sul, e, em casos pontuais, no leste europeu. Em caso de doenças pandêmicas, como a raiva, o mapeamento demonstra baixa incidência nos Estados

Unidos, Canadá, Austrália, Europa e Japão, os quais também não entram na lista de risco de doenças como a hepatite A e B, comuns em países com condições sanitárias precárias^{48,49}. A distribuição geográfica das doenças pelo parâmetro estatístico do risco reforça o ideário de colonização e domínio o qual justifica ações interventivas em países pobres ou em desenvolvimento grandes responsáveis pela disseminação de doenças ao redor do mundo. Em outras palavras, a vulnerabilidade a riscos epidêmicos se sobrepõe à vulnerabilidade das nações a intervenções militares quarentenáveis provenientes de países dominantes sob a justificativa da proteção e da saúde.

O tratamento obrigatório é uma situação-limite em saúde pública; os Códigos de Ética Médica só autorizam um tratamento imposto contra a vontade do paciente em situações de iminente risco de vida, portanto, como medida heroica. O Estado não dispõe de autorização ilimitada para impor um tratamento e privar de liberdade pacientes sob doença, manifesta muito menos sobre aqueles que tiveram “contato” com portadores. Os limites são de duas naturezas: a) jurídica, pois o Estado Democrático de Direito tem a liberdade como um bem inalienável, e a democracia consiste, entre outros aspectos, em estabelecer os limites do Estado; b) científica, já que os estudos sobre o complexo problema da quarentena humana demonstram baixa efetividade dos métodos coercitivos e também deterioração das condições gerais de vida dos pacientes quarentenados.

Certamente essa é uma grande polêmica ética e científica e temos que avançar muito mais se estudarmos com profundidade as limitações das medidas de quarentena: quais têm sido os resultados clínicos para as pessoas quarentenadas? Qual tem sido o impacto epidemiológico dessas medidas? Como têm funcionado os hospitais e clínicas para onde são encaminhados os doentes?

A internação de um paciente é o último recurso dentro de uma rede de atenção a doenças infecciosas em geral. Recursos informativos, como no caso da emporiatria⁵⁰, seriam muito úteis para se evitar ações extremas. Quando necessária, o doente não pode ser recluso no domicílio a revelia, mas internado em local adequado, com supervisão profissional e com resolutividade, ou seja, com aumento de chances de cura e recuperação.

A internação involuntária se justifica somente como medida de segurança, ou seja, quando ocorrem delitos cometidos por uma pessoa doente. Ainda assim, esse tipo de medida, na ótica de Delgado e Silva^{50,51}, precisa ser submetida a um órgão de revisão, para assegurar ao paciente o direito ao contraditório e verificar a real necessidade da medida. Com uma estrutura revisional, deseja-se garantir ao paciente o direito de revisão e acompanhamento.

Entretanto, o que se observa é uma extensa adoção de medidas de quarentena por profissionais não-médicos, ocupantes de cargos civis do Estado, sob a pressão da possível gravidade de uma epidemia. Nesse ponto, a Saúde Pública não deve se omitir nem se mostrar ambígua diante dessa questão nociva, coercitiva e judicializante do complexo problema que é o enfrentamento e prevenção de epidemias.

Da forma como se encontra, a quarentena humana persiste nos ordenamentos jurídicos como um dos muitos embriões para o restabelecimento de um Estado de Exceção, o qual, não raro, historicamente, descambou para Estados de Terror. Representa o lado do biopoder que dá suporte a práticas inespecíficas de Estado de Exceção; é um meio de o Estado implementar situações de Exceção com a máxima permeabilidade possível, inerente ao poder-fazer dos Estados no que tange à saúde dos indivíduos e populações¹⁴.

Em conclusão, são notórias as inconsistências de efetividade pública da quarentena humana e também dada a natureza comprovadamente nociva que essa medida traz aos quarentenados, principalmente se pensada na realidade dos países do Sul, em maior condição de vulnerabilidade comparada à estrutura presente nos países do Norte. Essa medida, por dispendir parcelas significativas de recursos em saúde, além de implicar outras situações de fronteira que perpassam principalmente por questões jurídicas e éticas, devem ser mais bem analisadas, ainda em caráter de urgência, por comitê bioético, tendo em vista a complexidade das ações e suas consequências na vida dos indivíduos que sofrem a ação por meio de medidas como a prisão domiciliar, a internação compulsória, a proibição de entrada em territórios nacionais, e na coletividade, pelas relações mercantilistas da indústria farmacêutica impactantes nos escassos recursos de saúde dispendidos para este fim.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Current WHO phase of pandemic alert for Pandemic (H1N1) 2009 [cited 2013 Dec 2]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/>.
2. De Lavor A. H1N1. Especialistas atestam eficácia e segurança da vacina contra a gripe suína e desfazem boatos e especulações. Rio de Janeiro: Fiocruz/Radis, Comunicação em Saúde; 2010.
3. Andrade J. ANVISA inspeciona transatlântico que está sob suspeita de surto de gripe tipo B. Brasília: Empresa Brasil de Comunicação, EBC; 2012 [acesso 28 Nov 2013]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-02-27/anvisa-inspeciona-transatlantico-que-esta-sob-suspeita-de-surto-de-gripe-tipo-b>.
4. Brasil. Constituição de 1998. Brasília: Edições Câmara; 2012.
5. Cetron M, Landwirth J. Public Health and ethical considerations in planning for quarantine. *Yale J Biol Med.* 2005;78(5):329-34.
6. Jewell W. *Historical Sketches of Quarantine*. 2nd ed. Philadelphia: T.K. and P.G. Collins; 1985.
7. Bueno FS. *Dicionário de Língua Portuguesa*. FENAME; 1983.
8. Costa MF. *Dicionário de Termos Médicos da Porto Editora*. [s. d.] [acesso 30 Nov 2013]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/termos-medicos/>.
9. Barbera J, Macintyre A, Gostin L, Inglesby T, O'Toole T, DeAtley C, Tonat K, Layton M. Large Scale-Quarantine Following Biological Terrorism in the United States: scientific examination, logistic and legal limits, and possible consequences. *JAMA.* 2001;286(21):2711-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.21.2711>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 69/MS/SNVS/1996. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisaegis/portarias/69_96.htm.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
12. Garrafa V. Bioética, saúde e cidadania. *Rev Humanidades.* 1994;9(4):342-51.
13. Garrafa V, Costa SBF. *A bioética do século XXI*. Brasília: Editora UnB; 2000.
14. Agamben G. *Estado de Exceção*. São Paulo: Biotempo; 2004.
15. Ries NM. Public Health Law and Ethics: lessons from SARS and quarantine. *Health Law Rev.* 2005;13(1):1-6.
16. Lorenzo C. Teoria crítica e bioética: um exercício de fundamentação. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN, coordenadores. *Bioéticas, poderes e injustiças*. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB; 2012.
17. Roberts J. Quarantine or isolation in diphtheria? *J Am Public Health Assoc.* 1911 [cited 2013 Oct 30];1(5):353-8. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.1.5.353>. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.1.5.353>.
18. Pôrto A, Ponte CF. Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos.* 2003;10(Supl 2):725-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000500013>.
19. Kilwein JH. Some historical comments on quarantine: part one. *J Clin Pharm Ther.* 1995 [cited 2013 Nov 29];20(4):185-7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2710.1995.tb00647.x/abstract;jsessionid=A962BB0C569E2456DB91AB3B874955A9.f04t01>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2710.1995.tb00647.x>.
20. Kilwein JH. Some historical comments on quarantine: part two. *J Clin Pharm Ther.* 1995 [cited 2013 Nov 29];20(5):249-252. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2710.1995.tb00658.x/abstract>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2710.1995.tb00658.x>.
21. Sehdev OS. The origin of quarantine. *Arcanum.* 2002;35:1071-2.
22. Maglen K. "The first line of defense": British quarantine and the port sanitary authorities in the nineteenth century. *Soc Hist Med.* 2002;15(3):413-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/shm/15.3.413>.
23. McDonald JC. The history of quarantine in Britain during the 19th century. *Bull Hist Med.* 1951;25(1):22-4.
24. Rebelo F, Chor Maio M, Hochman G. O princípio do fim: o "torna viagem", a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tempos de cólera. *Est Hist.* 2011 [acesso 30 Nov 2013];24(47):69-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21862011000100004&script=sci_arttext. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21862011000100004>.
25. Ersoy N, Gungor Y, Akpınar A. International Sanitary Conferences from the Ottoman perspective (1851-1938). *Hygiea Int.* 2011 [cited 2013 Nov 28];10(1):53-79. Available from: http://www.ep.liu.se/ej/hygiea/hygiea_article.asp?doi=10.3384/hygiea.1403-8668.1110153. DOI: <http://dx.doi.org/10.3384/hygiea.1403-8668.1110153>.
26. Chiffolleau S. Les pèlerins de La Mecque, les germes et al communauté internationale. *Méd Sci.* 2011 [accès 27 Nov 2013];27(12):1121-5. Disponible: <http://www.medecinesciences.org/articles/medsci/abs/2011/10/medsci20112712p1121/medsci20112712p1121.html>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/20112712019>.

27. OMS. Organização Mundial de Saúde. Assembleia Mundial de Higiene e Saúde. Leis Epidemiológicas, Artigos 21/22. 1946-1948.
28. Berwanger O, Guimarães H, Avezum A. Medicina Baseada em Evidências. *Rev Clín Ter.* 2005 [acesso 30 Nov 2013];31(3):120-6. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3051&fase=imprime.
29. Duncan BB, Schmidt MI. Medicina baseada em evidências. *Rev Assoc Méd Bras.* 1999 [acesso 30 Nov 2013];45(3):247-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301999000300010>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Nível de Evidência por Tipo de Estudo – Oxford Centre for Evidence-based Medicine. [s. d.] [acesso 3 Dez 2013] Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/rebrats/visao/estudo/recomendacao.pdf>.
31. Coutinho ESF, Cunha GM. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005 [acesso 10 Nov 2013];27(2):146-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000200015>.
32. Tracy CS, Rea E, Upshur REG. Public perceptions of quarantine: community-based telephone survey following an infectious disease outbreak. *BMC Public Health.* 2009 [cited 2013 Nov 5];9(470):1-8. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/470>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-470>.
33. Santos MS. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). *Hist Ciênc Saúde Manguinhos.* 2007 [acesso 17 Nov 2013];14(4):1191-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000400005>.
34. Jones EW. "Co-operation in All Human Endeavour": quarantine and immigrant disease vectors in the 1918-1919 influenza pandemic in Winnipeg. *Can Bull Med Hist.* 2005;22(1):57-82.
35. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
36. Foucault M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France*. São Paulo: Loyola; 2004.
37. Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
38. Foucault M. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
39. Foucault M. *História da Sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
40. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
41. Foucault M. *Segurança, território e população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
42. Castiel LD, Sanz-Valero J, Vasconcellos-Silva PR. *Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
43. Bertolli Filho C. *Epidemia e Sociedade: a gripe espanhola no município de São Paulo [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1986.
44. Forster MM. Quarantine at Grosse Ile. *Can Fam Physician.* 1995;41:841-8.
45. Rebelo F. Entre o Carlo R. e o Orleanais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos.* 2013 [acesso 13 Nov 2013];20(3):765-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-597020130003000765&script=sci_arttext. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-597020130003000003>.
46. UOL Notícias. Governo chinês leva mexicanos em quarentena a um hotel. Disponível em: <http://tvuol.uol.com.br/video/governo-chines-leva-mexicanos-em-quarentena-a-hotel-04023268C0991346>.
47. Gibbs AJ, Armstrong JS, Downie JC. From where did the 2009 'swine-origin' influenza A virus (H1N1) emerge? *Virology.* 2009 [cited 2013 Nov 16];6(1):207. Available from: <http://www.virologyj.com/content/6/1/207>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1743-422x-6-207>.
48. WHO. World Health Organization. Vaccine-preventable diseases and vaccine. In: *International Travel and Health 2012* [cited 2013 Nov 7]. Available from: http://www.who.int/ith/chapters/ith2012en_chap6.pdf.
49. CFM. Conselho Federal de Medicina. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. *Doutor, posso viajar de avião?* Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011.
50. Delgado PG. Internação involuntária: implicações éticas, clínicas e legais. *Ciênc Hoje.* 2012;50(295):78-9.
51. Silva A. Internação involuntária: prioridade é direito integral à saúde. *Ciênc Hoje.* 2012;50(295):79-80.