



Vulnerabilidades sociais expostas pela Covid-19 no Brasil

Mylena de Aguiar Melo*
Mónica Montana Martínez Ribas**
Mateus Augusto Melo da Silva***

Resumo: O surgimento da Covid-19, responsável pelas mais severas e repentinas mudanças globais e individuais das últimas décadas, representa ameaças tangíveis à vida, ao equilíbrio emocional e psicológico da população e à estabilidade econômica, política e social das nações. De um lado, em virtude das dimensões de contágio e letalidade que alcançou essa doença, em termos globais e locais, e do outro lado, em função das medidas políticas e econômicas adotadas pelos representantes dos governos, considerados, em uns casos, oportunos e eficientes, e em outros casos, inapropriados. De certo, o ano 2020 trouxe à tona a grave crise preexistente na saúde, sendo agravada pela pandemia, evidenciando uma série de fragilidades estatais e humanas, relacionadas à emergência sanitária no Brasil. Situação essa que incita a reflexão e discussão de diversos questionamentos sociopolíticos, morais e constitucionais ao evidenciar profundas desigualdades sociais que vão em contradição com a Carta Magna de 1988. Nessa direção, o presente artigo se propõe discutir, no âmbito brasileiro, a ligação existente entre a composição da carta magna com a manutenção das desigualdades sociais, as quais ficaram em evidência, mediante a falta de infraestrutura física e humana para atender, com celeridade e assertividade, às exigências da pandemia atual, ocasionadas pela Covid-19.

Palavras-chave: Pandemia. Coronavírus. Desigualdade social.

Vulnerabilidades sociales expuestas por la Covid-19 en Brasil

Resumen: El surgimiento de la Covid-19 es responsable por los más severos y repentinos cambios globales e individuales de las últimas décadas, al representar amenazas tangibles a la vida, a el equilibrio emocional y psicológico de la población y a la estabilidad económica, política y social de las naciones. En virtud de una parte del amplio alcance y rapidez de contagio y por la letalidad que alcanzó tal enfermedad en ámbitos globales y locales y, adicionalmente, en función de las medidas políticas y económicas adoptadas por los representantes de los gobiernos, considerados en algunos casos, oportunos y eficientes, e en otros casos, inadecuados. Lo cierto es que el año 2020 trajo a flote la grave crisis preexistente en el sector de la salud, siendo agravada por la pandemia, dejando al descubierto una serie de fragilidades estatales y humanas, relacionadas a la emergencia sanitaria y hospitalaria en Brasil. Situación esa que incita a la reflexión y discusión de diversos cuestionamientos sociopolíticos, morales y constitucionales acerca del papel del Estado, al evidenciar profundas desigualdades sociales que van en contradicción con la Carta Magna de 1988. En esa dirección, el presente artículo se propone discutir en el ámbito brasileño la relación existente entre la composición de la constitución con la manutención de las desigualdades sociales, las cuales quedan en evidencia, mediante la falta de infraestructura física y humana para atender con celeridad y asertividad a las exigencias que impuso la pandemia actual ocasionada por la Covid-19.

Palabras clave: Pandemia, Coronavirus, Desigualdad Social.

** Pós-graduanda em Direito Público (UERR) E-mail: mylenaaguiar08@hotmail.com

** Doutora em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília; Professora Visitante da UFRR. E-mail: monicamontanabr@yahoo.com

*** Pós-graduando em Direito Constitucional com ênfase em Direitos Fundamentais (CERS).



Introdução

As doenças, sempre presentes na existência das espécies, têm ocasionado episódios trágicos na história da humanidade. Em virtude de vetores, tais como a rapidez de contágio e a letalidade, antigas e novas doenças se destacaram, ao acumular números elevados de contaminação e óbitos. Em 1918, a Gripe Espanhola, quando o mundo estava em guerra, provocou, em apenas um ano, a morte de 50 milhões de pessoas, em todo o mundo. (WESTIN, 2018). Um século depois, aparentemente com origem na Ásia, o mundo moderno conheceu os efeitos devastadores da Síndrome Respiratória Aguda SARS-Co-V-2 (Covid-19), que, em poucos meses mudou os padrões comportamentais mundiais, ao isolar as populações, devido ao contágio de 11 milhões de pessoas no mundo, e provocar a morte de 522 mil, em um período de 7 meses. (OMS, 2020).

As consequências da atual pandemia são claramente perceptíveis no âmbito social, econômico, político, ambiental e psicológico, mas poderão ser mais intensificadas, uma vez que ainda não existe uma forma eficaz de controle do contágio que não esteja relacionada às medidas de distanciamento social. Por outro lado, a pandemia afetou o mundo contemporâneo em um momento de paradoxais práticas econômicas neoliberais e de intensa pressão política, focada na redução do papel do Estado e no estímulo ao desmonte das máquinas estatais, prestadoras de serviços públicos, favorecendo as privatizações, inclusive, de setores da saúde, educação e saneamento básico.

Nessa perspectiva, destacam-se as práticas adotadas no início da pandemia na Itália, em fevereiro de 2020, em um primeiro momento, direcionadas a neutralizar os impactos na economia do país, oportunidade em que demonstrou resistência às medidas de isolamento social, subestimando a letalidade do novo vírus. Entretanto, a alta disseminação da Covid-19, associada às suas consequências graves, levaram a Itália a tornar-se o epicentro da pandemia, em março de 2020. Já no continente americano, Brasil e Estados Unidos, atualmente, são o epicentro da Covid-19.

Com o avanço da pandemia, problemas preexistentes nas mais diversas camadas sociais e, também, aqueles relacionados ao modo de liderança governamental e à precariedade no sistema de saúde foram escancarados, agindo como elementos potencializadores dos efeitos nefastos da Covid-19. Com esse pano de fundo, o Brasil registra, atualmente, mais de um milhão de casos e se aproxima a 64 mil mortes. Com essas cifras, converteu-se em um dos epicentros da expansão do Coronavírus, ao serem



minimizadas as dinâmicas desse vírus, seu alcance de contaminação e a letalidade, subsistindo uma política negacionista.

Em 30 de janeiro de 2020, foi declarado estado de emergência pela Organização Mundial de Saúde (OMS), alertando-se que a doença, originada pelo SARS-Co-V-2, provoca quadros clínicos, que variam de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. Na ocasião, o Brasil perdeu tempo fundamental para se organizar melhor, desde o momento que se deu aviso da pandemia até a decretação de estado de emergência nacional de saúde pública, em 3 de fevereiro, três dias depois, começou o processo de implementação das medidas de quarentena aos repatriados. Caso tivesse considerado esse tempo a favor, teria a oportunidade de ser exemplo mundial no combate à pandemia da Covid-19, já que conta com o SUS, de referência internacional, um sistema de acesso universal e gratuito, com uma grande extensão de capilaridade em todo o território nacional, o que não existe em outros países.

É devido à importância social e internacional do SUS, que se pretende, mediante o método dedutivo e descritivo, por meio de levantamento, revisão de pesquisa bibliográfica e normativa, responder à questão: em que medida o SUS corresponde às necessidades da população de escassos recursos. Discutir-se-á a ingerência governamental, no Brasil, com relação à efetividade de políticas públicas direcionadas aos mais pobres, tomando como referência as medidas adotadas desde 2002 até o primeiro semestre de 2020, objetivando constatar se, em tempos de pandemia, há negação do Estado Social.

Organizado em três sessões, além da introdução e das considerações finais, inicialmente, discute-se as violações ao direito à saúde, assegurado constitucionalmente, em razão da precariedade de medidas que visem diminuir as desigualdades sociais e alcançar a prestação eficaz de mecanismos que propiciem o amplo exercício desse direito. A segunda sessão trata da inércia do Poder Público em relação às ações afirmativas, aptas a garantir condições básicas à população hipossuficiente¹ e destaca a importância de implementação de cuidados à saúde, de maneira preventiva. A terceira sessão trata dos impactos da pandemia do novo Coronavírus no Brasil. Discorre-se sobre o porquê de os efeitos da pandemia revelarem uma preocupação acentuada aos mais pobres.

¹Entende-se por hipossuficiente as pessoas que vivem em situação de pobreza e sofrem com a escassez de recursos financeiros.



I - Estado Social e Direito à Saúde no Brasil

O Estado Social emerge das reações adversas ao modelo do Estado Liberal, predominante desde o começo do século XIX. Os princípios do liberalismo, voltados para a proteção da liberdade e da igualdade, tinham se mostrado insuficientes para debelar as profundas desigualdades que se geraram nos âmbitos econômicos e sociais², durante, aproximadamente, 50 anos.

Nesse período, pregava-se a liberdade irrestrita, com a ideia de que os particulares eram livres para negociarem suas pretensões, fito que acarretou mais desigualdades sociais e crises econômicas, que foram acentuadas após o fim da Primeira Guerra Mundial, em 1918. Os seus pilares constituíam-se sob a promoção do bem-estar mínimo aos indivíduos, voltando-se à observância dos denominados direitos fundamentais de segunda dimensão, que, por sua vez, estavam ligados à igualdade material, constituindo os denominados direitos sociais econômicos e culturais.

A dinâmica do Estado Social foi incorporada a diversos sistemas de organização política, alguns desses até de postura antagônica aos seus preceitos, conforme ocorreu na Alemanha, durante o período nazista, e, no Brasil, a partir de 1930, durante a Era Vargas. (NOVELINO, 2016). Logo após a Segunda Guerra Mundial, verificando-se as lacunas deixadas pelas experiências anteriores e um longo período de conquistas e derrotas, um novo modelo de Estado é pensado, assim nasce o Estado Democrático de Direito.

Com sua matriz embrionária, constituída a partir dos preceitos do Estado Social, o Estado Democrático de Direito enfatiza os mecanismos de soberania popular, efetivação de direitos fundamentais e garantia da supremacia da Constituição. Este modelo de Estado pode ser considerado como:

não seria somente de garantidor da igualdade de oportunidades, mas também de assegurar padrões mínimos de inclusão que tornem possível a cidadania, criar e avaliar o desempenho dos projetos de governo e proteção da comunidade. Tais padrões mínimos de inclusão tornam-se necessários para a transformação da instabilidade institucional em espaço de discussão democrática. (WEBER, 2008, p. 43)

Nessa perspectiva, entende-se que o papel do Estado se encontra voltado a assegurar o exercício pleno de direitos fundamentais dos cidadãos, a proteção de direitos

²Grandes empresas se transformaram em monopólios concentrando a riqueza e aniquilando as de pequeno porte; surgiu uma nova classe social -o proletariado- em condições de miséria, doença, ignorância que tendia a acentuar-se com a não intervenção do Estado (DI PIETRO, 2019).



coletivos e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à satisfação individual e coletiva, reconhecendo-se a importância da inclusão da comunidade em ações afirmativas.

É a partir desse ideário que foi elaborada a Constituição Federal de 1988, chamada de Constituição Cidadã, prevendo rol exemplificativo de direitos individuais, sociais, coletivos, nacionais e políticos. Dentre tais previsões, importa ao presente estudo àquelas voltadas a assegurar o acesso aos Serviços Públicos de Saúde e à consagração dos princípios da universalidade e assistencialidade. Essas características representaram o rompimento com a velha dicotomia, entre os segurados pela Previdência Social e os indigentes (FAHEL, 2007).

No ordenamento jurídico vigente, a saúde é um direito constitucional assegurado no teor do artigo 196, da Constituição Federal de 1988, que dispõe:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” BRASIL, 1998.

Essa previsão permitiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, nos termos do dispositivo constitucional, é dever do Estado garantir o acesso à saúde, de forma universal e igualitária. Além dessa disposição geral, a Constituição Federal de 1988 também assegurou que é de competência comum à União, Estados, Municípios e Distrito Federal “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”, de acordo com o artigo 23, inciso II, prezando pela coordenação entre os entes federados para que cada um, analisando as suas peculiaridades regionais, demográficas e geográficas, permita-se adotar um plano estratégico para a saúde pública que melhor corresponda às suas necessidades.

Por outro lado, no plano infraconstitucional, a Lei n. 8.080/90, responsável por dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dispõe, em seu artigo 3º, o seguinte:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990).

O modelo teórico, previsto no âmbito constitucional, com o reforço da Lei n.



8.080/90, pressupõe que as condições de acesso à saúde estão relacionadas, também, a outros fatores externos. Estes, por sua vez, estão ligados à adoção de medidas preventivas, que permitam que a população não apresente vulnerabilidades, em detrimento das suas condições econômicas. Tal premissa destina-se, especialmente, aos mais pobres, que passaram a ser o público alvo do SUS.

Com a implementação da Constituição de 1988, o Estado passou a ser o provedor de serviços de saúde, através do SUS, desde atendimentos básicos até procedimentos mais sofisticados. Além disso, atuou na execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica, saneamento básico, ordenação e formação de recursos humanos na área de saúde, vigilância nutricional e orientação alimentar, proteção do meio ambiente, incluindo o do trabalho, formação de política de medicamentos, fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico e formulação e execução da política de sangue e seus derivados, conforme dispõe o artigo 6º da Lei n. 8.080/90.

Por outro lado, entende-se que o SUS é composto por mecanismos contraditórios, por ser conformado, através de uma combinação entre Setor Público e Setor Privado. Com isso, o Sistema Nacional de Saúde passa a atuar em campos, diametralmente, opostos, considerando que:

Enquanto o Setor Público busca a equalização através da universalização da assistência, o Setor Suplementar Privado promove uma segmentação assistencial de acordo com a livre demanda de mercado. Assim, o que observa-se é uma assistência de melhor qualidade, alocada principalmente nos serviços privados, para os estratos sociais com melhores condições socioeconômicas e uma assistência de baixa qualidade alocada principalmente nos serviços públicos. (FAHEL, 2007, p. 07)

Com isso, o Setor Privado passa a contar com público de condições econômicas favoráveis, deixando o acesso à saúde pública através do SUS aos menos favorecidos, resultando em um processo denominado como universalização excludente (FAVARET; OLIVEIRA, 1990, *in* FAHEL). Desse modo, constata-se a disparidade entre as previsões legislativas e a efetividade de meios, que possibilitem a consolidação de uma boa estrutura da saúde pública.



Ressalta-se que a dimensão de direitos sociais consagrados, constitucionalmente, especialmente, o direito à saúde, face à grave desídia com a população mais pobre, representa o enfraquecimento da efetividade das poucas medidas prestacionais adotadas, tendo em vista que o paradigma teórico não encontra força atuando solitariamente.

As disposições da Constituição de 1988, associadas àquelas previstas na Lei n. 8.080/90, representam notórios avanços, no que diz respeito à estrutura formal do acesso integral e universal à saúde pública. Todavia, destaca-se que o Brasil, país que possui dimensões continentais, apresenta evidentes desigualdades sociais e econômicas de caráter inter-regional e intrarregional, circunstâncias que dificultam a prestação igualitária de serviços de saúde pública, uma vez que se tratam de pessoas com dificuldades de acesso a saneamento básico, água potável, coleta de lixo, informações de prevenção de contágio de doenças e educação alimentar. Nesse caso, ocorre latente violação ao princípio denominado pelos constitucionalistas, como vedação ao retrocesso. Este princípio, segundo a doutrina constitucional:

proíbe a redução injustificada do grau de concretização alcançado por um direito fundamental prestacional. [...] Nesse sentido, teria por finalidade impedir a extinção ou redução injustificada de medidas legislativas ou de políticas públicas adotadas para conferir efetividade às normas jus fundamentais (NOVELINO, 2016, p. 463-464).

Isso porque, conforme explanado na próxima sessão, os fatores secundários, que resultam em violações sistêmicas ao núcleo dos direitos mínimos, concedidos aos cidadãos, estão relacionados à manutenção da desigualdade social no Brasil, por um longo período. Como consequência, o acesso à saúde pública se torna precário, por falta de investimentos no setor e por haver uma acentuada falta de preocupação com a população mais pobre do país, usuária do SUS.

II- Panorama da desigualdade social, no Brasil, e acesso à saúde

De acordo com Reis, os principais fatores apontados por todas as camadas sociais como obstáculos à democracia, no Brasil, estão relacionados ao baixo nível educacional da população e aos altos índices de pobreza e desigualdade social. (REIS, 2000). Não obstante, as desigualdades sociais em saúde não são novidade, mas ganharam destaque a partir do século XIX, tendo como elemento propulsor as condições políticas e sociais advindas do capitalismo, em sua fase de produção industrial, tanto pelas más condições de



trabalho quanto pelo ideário político das revoluções burguesas. (BARATA, 2009). Considerando o atual panorama político, social e econômico, essas desigualdades subsistem e foram escancaradas, nesse momento de pandemia.

A notoriedade de tais problemas é capaz de refletir em todas as dimensões sociais. Entretanto, questiona-se até que ponto tais reflexos são capazes de dificultar a implementação de medidas para compelir o avanço das condições de miserabilidade, enfrentadas pela maioria da população brasileira.

Entre as dificuldades enfrentadas pela comunidade mais pobre, destaca-se a precariedade do acesso às condições básicas de saúde pública. Isso porque, existem determinantes sociais que implicam na qualidade e, até mesmo, na possibilidade de se ter acesso pleno e eficaz aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o uso de serviços de saúde é resultado de uma interação de fatores e salientam que as condições de oferta desses serviços associam-se, principalmente, à acessibilidade geográfica e aos fatores socioculturais e econômicos (STOPA, et. al., 2017).

A escassez de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), disponíveis na rede pública de saúde, noticiada após a disseminação da pandemia do Coronavírus no Brasil, é apenas um reflexo, de uma série de acontecimentos que evidenciam que a saúde pública, no país, já estava em situação crítica, bem antes da Covid-19. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, em 2018, o Brasil figurava com um dos piores indicadores relacionados ao fornecimento de leitos de internação, quando comparado a outros países que adotam o sistema universal de saúde. (CFM, 2018).

Nesse passo, os dados levantados pela Fundação Oswaldo Cruz demonstram que, de 2009 a 2017, houve uma redução de 5,5% dos hospitais públicos ou particulares disponíveis ao Sistema Único de Saúde. Essas informações são ilustradas na imagem a seguir, figura 1, e demonstram a relação de dados obtidos pela Fundação. (NERY, 2019).

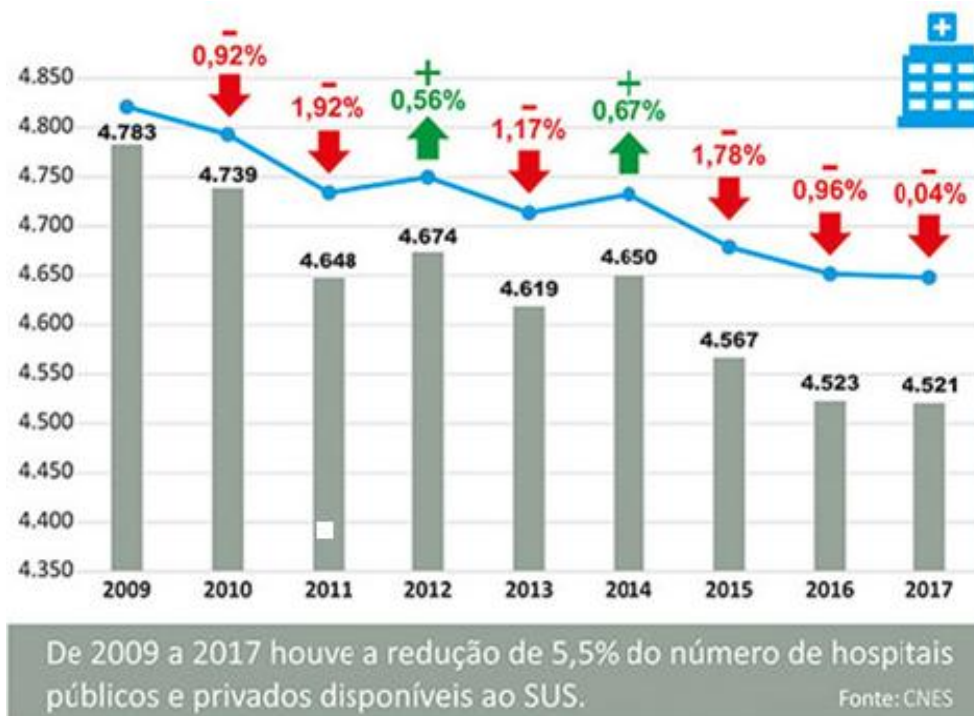
Sob o aspecto geográfico, é possível indicar onde, de fato, o SUS apresenta-se com acentuada ineficiência, considerando as demandas populacionais, o público alvo e as condições de acesso aos hospitais públicos. Nessa direção, a região Norte possui os menores índices de acesso ao SUS de forma efetiva, ou seja, não obtém atendimento satisfatório quando o procuram. (STOPA, et. al., 2017)³. Importante consignar que a região

³ A base de dados indicada no estudo citado utiliza-se das informações divulgadas pela Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, porém divulgada em 4 volumes durante os anos subsequentes. A edição mais recente da Pesquisa Nacional de Saúde começou a ser elaborada no segundo semestre de 2019, entretanto, até o momento da elaboração deste artigo, não foi divulgada. Essas informações podem ser acessadas no site do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas->



Norte apresenta questões peculiares, que incluem a dificuldade de acesso aos grandes centros, uma vez que possui comunidades situadas em regiões às margens de rios, áreas portuárias e comunidades indígenas.

FIGURA 1 – Evolução do número de hospitais públicos e privados, disponíveis ao SUS 2009 A 2017.



FONTE: Fundação Fio Cruz, 2019.

Além disso, a concentração de hospitais com maior capacidade de leitos e que abrange maior parte da equipe médica especializada encontra-se localizada nas capitais e nas grandes cidades. Este fato obsta o acesso às comunidades que estão distantes dos grandes centros na região Norte do Brasil, onde a carência de profissionais de saúde é mais acentuada. Com a pandemia da Covid-19, esses problemas preexistentes ficaram expostos de forma notória.

Entre 2010 e 2018, três dos sete estados, que compõem a região Norte, apresentaram quedas no número de leitos de internação, a saber: Acre, Amazonas e Pará. (CFM, 2019). Em contrapartida, esses estados tiveram um acréscimo de leitos de internação, na rede privada, assim como a maioria dos estados brasileiros, o que pode ser comparado na figura 2, a seguir.



FIGURA 2 – Leitos de internação por estado de 2010 a 2018.

Estado	LEITOS SUS			LEITOS "NÃO SUS"		
	Leitos de Internação			Leitos de Internação		
	2010	2018	Variação	2010	2018	Variação
Acre	1383	1304	-79	136	155	19
Alagoas	5417	4818	-599	838	1442	604
Amapá	882	985	103	159	170	11
Amazonas	5087	4961	-126	842	825	-17
Bahia	25132	23216	-1916	4761	6195	1434
Ceará	14775	13855	-920	3793	4346	553
Distrito Federal	4866	4202	-664	1982	2381	399
Espírito Santo	5484	5162	-322	2206	2548	342
Goiás	12640	10717	-1923	4923	7117	2194
Maranhão	13207	12404	-803	2002	1543	-459
Mato Grosso	4825	5298	473	1761	2048	287
Mato Grosso do Sul	3855	3550	-305	2106	2061	-45
Minas Gerais	31858	27614	-4244	11733	13566	1833
Pará	11508	10735	-773	3680	4529	849
Paraná	8106	6820	-1286	1427	1632	205
Paraná	20903	19282	-1621	8033	7968	-65
Pernambuco	17731	16505	-1226	3812	4684	872
Piauí	7317	6624	-693	939	976	37
Rio de Janeiro	32702	23133	-9569	16571	15399	-1172
Rio Grande do Norte	6568	6103	-465	1089	1344	255
Rio Grande do Sul	20975	20775	-200	9472	9640	168
Rondônia	2697	3326	629	974	1008	34
Roraima	771	970	199	13	82	69
Santa Catarina	11222	10953	-269	4033	4303	270
São Paulo	61095	53770	-7325	35450	38338	2888
Sergipe	2924	2363	-561	814	788	-26
Tocantins	2121	2352	231	316	470	154
Total	336051	301797	-34254	123869	135558	11689

FONTE: Conselho Federal de Medicina, 2019.

Ao relacionar esses dados com as cifras dos estados que demonstram a porcentagem da população que vive em extrema pobreza, de acordo com pesquisas realizadas pelo IBGE, tem-se que o Acre, o Amapá, o Amazonas e o Pará lideram os índices de população em situação de miserabilidade. Entre os estados da região Norte, o Amazonas aparece em primeiro lugar. Com cerca de 15% da sua população vivendo em situação de extrema pobreza, seguido do Acre, com aproximadamente 14%, Pará, com 12% e Amapá com 10% (NERY, 2019). Nessas condições econômicas, o acesso à saúde privada inexistente, fato que salienta a importância do SUS, no sentido de oferecer assistência às classes menos favorecidas.

No âmbito nacional, de acordo com os dados organizados pela Síntese de Indicadores Sociais, ao analisar a proporção de pessoas em condições de pobreza, no Brasil, por cor e raça, restou comprovado que 73% da população pobre do país é composta por pretos ou pardos. Além disso, o resultado da pesquisa apontou que o rendimento domiciliar *per capita* médio de pretos ou pardos é metade do recebido pelos brancos.



(NERY,2019).

Importante salientar que, em situações de pobreza, prevalecem questões relacionadas à subnutrição que, por sua vez, afetam o acesso à educação de qualidade entre as crianças e adolescentes. Logo, existem menos oportunidades de trabalho, sendo menores as chances de a população mais jovem prosseguir nos estudos e conseguir ingressar no ensino superior. Além disso, citam-se as dificuldades enfrentadas quanto à disponibilização de infraestrutura necessária para que tenham acesso, por exemplo, à água potável e a condições dignas de moradia, fato que potencializa a disseminação de doenças de veiculação hídrica (MONTANA MARTÍNEZ, 2012; MONTANA, et. al.,2018).

Nessa perspectiva, observa-se que os problemas estão interligados, e, nesse caso, é possível afirmar que, com o crescimento da população que vive em situação de pobreza a disseminação da Covid-19 será mais acentuada nas classes econômicas menos favorecidas, dadas as condições estruturais. Esse fato poderá incidir de forma notória num maior número de óbitos em regiões pobres do país. Em tal caso aplicam as palavras de Montana Martínez (2012, p.38) quando assinala que “a satisfação plena do direito de todas as pessoas a terem acesso à água de boa qualidade e em quantidade suficiente, em igualdade de condições”, é uma condição conjuntural que abrange dimensões tais como o bem-estar e a segurança humana.

As dificuldades relacionadas à garantia do exercício do direito à saúde, historicamente sedimentados, resultam em impactos frontais no sistema de saúde pública nacional, uma vez que a ausência de investimento suficiente, na área da saúde, intensifica a vulnerabilidade das classes menos favorecidas, aumentando não apenas a pobreza, mas também a desigualdade entre as classes sociais. Constatando essa situação, o Relatório Anual, realizado pelo Banco Mundial, em 2017, foi indicado que, até o final do referido ano, o Brasil sofreria um aumento de 2,5 milhões até 3,6 milhões no número de pessoas vivendo na miséria. (BANCO MUNDIAL, 2017).

Observando a situação, nota-se que, após a recessão enfrentada pelo Brasil, desde 2014, o país passou a registrar elevações no número de pessoas que passaram a viver em situação de pobreza. Esse fato restou evidente porque, durante o período de 2003 até o primeiro semestre de 2014, houve expressivo progresso econômico e social, com cerca de 29 milhões de pessoas deixando a pobreza. (BANCO MUNDIAL, 2019).

Para além disso, o IBGE indicou que, em 2019, houve aumento nos índices de extrema pobreza no Brasil, sendo a cifra de 13,5 milhões de brasileiros que vivem com valores de até R\$ 145,00. Este montante representa menos de 15% do salário mínimo



vigente no ano de 2019, estipulado em R\$ 998,00⁴ (IBGE in JIMENES, 2019).

Pobreza e extrema pobreza são condições que representam quantidades significativas de brasileiros que não possuem condições sequer de garantir insumos mínimos para a sobrevivência, e que são vítimas da deterioração distributiva, liderada por agentes políticos, responsáveis por tornar a população pobre, invisível aos olhos da sociedade. Dessa forma, a relação entre desigualdade social e saúde é capaz de produzir um subsistema caracterizado pelo sofrimento, dor, medo e morte, cada vez mais distante da realidade daqueles que governam.

Nesse norte, as desigualdades sociais, que importam ao presente estudo, estão relacionadas às condições de acesso à saúde, a partir dos grupos definidos em classes sociais, tais como distribuição de renda, acesso a saneamento básico, educação e condições de moradia. Logo, compreende-se que o exercício do direito à saúde está intrinsecamente ligado às questões de cunho social, sendo imprescindível o equilíbrio entre a implementação de políticas públicas eficazes e o fornecimento de condições básicas destinadas ao combate à fome, estruturação de saneamento básico, fomento de empregos e investimento nas condições de aprendizado.

A partir disso, é evidente que pautas sociais que incluem o combate à desigualdade passaram a ocupar menos espaço na agenda política desses governos, circunstância que atua como manutenção do *status quo* da situação de pobreza no Brasil. Essa afirmação, encontra sustento na próxima seção.

A previsão abstrata de desempenho estatal, voltada ao cuidado com a saúde pública, não foi suficiente para que o SUS parasse de dar sinais de sobrecarga e descuido por parte dos administradores públicos. A falta de cuidado constante com a saúde pública tornou-a evidente em praticamente todos os estados brasileiros. Essa situação ficou exposta com a saturação do sistema de saúde nos estados brasileiros, por conta da emergência provocada pela Covid-19.

A proteção do direito à saúde depende da adoção de medidas destinadas à proteção social econômica, de modo a garantir condições dignas de vida. Nesse sentido, destaca-se que o processo de globalização acabou formando o que pode ser chamado de “ciclo vicioso”, revelando o aumento da desigualdade social, com consequente impacto negativo em questões de condições de vida e saúde, fatores que comprometem, inclusive, o

⁴ Nesse sentido ver matéria de JIMÉNES, Carla. “Extrema pobreza sobe e Brasil já soma 13,5 milhões de miseráveis”. El País. São Paulo, 21 nov. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/11/06/politica/1573049315_913111.html. Acesso em 20/05/2020.



cumprimento das Metas de Desenvolvimento. (COTTA, et. al., 2011); (MONTANA et. al., 2018).

A existência de comunidades e indivíduos afetados ou fragilizados (econômica, social, política ou ambientalmente) constitui uma fonte de enfraquecimento dos níveis de segurança do Estado e da segurança humana. (MONTANA MARTÍNEZ, 2012; MONTANA, OLIVEIRA JÚNIOR, 2020). Seguindo nesse sentido, a compreensão liberal do processo saúde-doença indica que “os indivíduos na sociedade atual são livres para escolher a qualidade de sua moradia, suas condições de trabalho, seus comportamentos e as situações de maior ou menor risco para a saúde”. (BARATA, 2009, p. 15). Esta visão emana a partir de uma premissa de mundo particular, que desconsidera a realidade da população mais pobre, uma vez que é acobertada pelo véu do capital.

As pessoas, que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza, vivem em condições de risco iminente, em aglomerados humanos, ameaçados de contrair doenças. Além disso, encontram dificuldades em conseguir insumos que as permitam obter condições básicas de saúde. Isso porque, enfrentam problemas desde a infraestrutura básica, como saneamento, água potável e coleta de lixo, até o acesso aos hospitais públicos e qualidade de tratamento, afetando a segurança humana.

A esse respeito se tornam válidas as palavras de Revel e Peter (1976, p. 144) quando destacam que “a doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social”. Analisando o histórico da humanidade com graves epidemias, desde a estruturação da sociedade e adoção de teorias de cunho econômico, entende-se que há uma exclusão social no âmbito da saúde.

Assim, aqueles que vivem à margem do progresso capitalista sofrem as consequências da má qualidade do acesso à saúde e da falta de investimento no setor público, de fatores que representam ameaças latentes à segurança das pessoas, refletindo na vulnerabilização dos mais pobres.

Sobre o assunto, verifica-se que “os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade, são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença”. (BARATA, 2009, p. 23). Logo, observa-se um perfil social que, nitidamente, revela quais os grupos que são mais afetados por doenças, a saber: pobres, negros, pessoas que moram em locais conhecidos, como favelas⁵, também

⁵ Cabe ressaltar que, de acordo com Lúcia Xavier, coordenadora da ONG Criola, em entrevista concedida à organização Gênero e Número, as condições das comunidades periféricas são determinantes para o avanço do contágio da pandemia de Covid-19, e enfatiza que: “A população negra vai sair devastada neste processo.



comunidades indígenas isoladas, indígenas urbanizados, uma vez que a maioria não possui condições de moradia digna, acesso a saneamento básico e água potável (MONTANA, 2020). Ademais, inserem-se no grupo, pessoas em situação de rua, que juntas formam um público em situação de vulnerabilidade ou hipervulnerabilidade, que sofrem violações constantes aos seus direitos fundamentais.

A qualidade dos serviços de saúde está estreitamente relacionada à capacidade de investimento do Estado ou do setor privado. Enquanto a classe alta pode usufruir dos serviços do SUS, o inverso não é possível. Assim, as condições econômicas desfavoráveis presentes no cotidiano da classe média e baixa, são empecilhos para que o tratamento da Covid-19 possa ser realizado em instituições privadas, cerceando os direitos de uma classe que estão garantidos na constituição brasileira.

Em matéria de investimento no setor saúde, os resultados da pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) não são nada alentadores, uma vez que, evidenciam o encolhimento dos aportes estatais. Nesse estudo, é ratificado que, dos R\$546.1 bilhões gastos em 2015 em saúde, R\$314.6 bilhões saíram da iniciativa privada, o equivalente a 57,6% das despesas. Em 2010, esse percentual era de R\$54,8%. (IESS in SOBRINHO, 2018).

Do anterior, se deduz que, para que um Estado possa garantir segurança humana, o investimento no setor de saúde deveria ser prioritário ou equivalente a outros setores. Somente assim pode-se garantir o pleno exercício dos seus direitos, em igualdade de condições, prevalecendo os princípios do Estado de Bem-Estar Social.

O estudo do IESS também mostrou que entre 2010 e 2015 os gastos com saúde aumentaram, mas em maior proporção no setor privado 85% frente a 65,7% do público. Também foi constatado que o peso da saúde pública no Brasil é inferior aos de outros países, com sistemas universais similares⁶, por exemplo, enquanto França investe 79%, no Brasil registra-se apenas 42%. (IESS in SOBRINHO, 2018).

Os dados anteriores indicam que o Brasil adotou uma política que vai na contramão do que ocorre em países desenvolvidos, indicando que os gastos públicos vêm perdendo peso frente às despesas privadas e, que, esse comportamento tende a se agravar nos próximos anos com o congelamento dos gastos do governo por 20 anos. Isso explica a

Com muitos problemas de saúde, muitos problemas econômicos, muitos problemas de discriminação e violência, muito próximo a esse efeito de uma intempérie ambiental”. Disponível em: <http://www.generonumero.media/entrevista-o-coronavirus-nao-tem-nada-de-democratico-ele-tem-preferencias-e-os-negros-sao-um-dos-grupos-preferidos-dele/>. Acesso em 20/05/2020.

⁶ Quando comparada a Saúde pública com os gastos totais em saúde se constatou: França investe 79%; Itália 75%; Canadá 74%; Argentina 72%; Espanha 71%; já o Brasil apenas 42% (IESS in SOBRINHO, 2018).



situação crítica de algumas instituições públicas não conseguirem atenderem as demandas impostas pela Covid-19.

III - Impactos da pandemia de Covid-19 no Brasil

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a Covid-19 como pandemia. Ainda segundo a OMS, quase 4 meses após o alerta de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, foram registrados 5.304.772 casos de Covid-19 e 342.029 mortes até 25 de maio de 2020 no âmbito global e na atualidade, 03 de julho de 2020, foram confirmados, no mundo, 10.710.005 casos de Covid-19 e 517.877 mortes, demonstrando que o comportamento, em apenas um mês, é ascendente e não alcançou o seu ponto máximo.

A Covid-19 registrou seus primeiros casos em dezembro de 2019, levando a OMS a declarar, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional⁷. Os números foram considerados alarmantes, e, o pior, não há estimativa de quando serão descobertos métodos de prevenção, tratamento ou cura da doença. Em meio a todo o caos causado pela Covid-19, o Brasil enfrenta as consequências de ter negligenciado a sua população pobre durante décadas. De fato, é amplamente conhecido que o Brasil possui uma das mais altas e variadas cargas tributárias do mundo, o que, hipoteticamente, ofereceria possibilidades de investimento nos setores prioritários do Estado, como: saúde, educação, segurança, tecnologia, planejamento territorial, dentre outros. Não obstante, o país se defronta com grandes cortes nesses setores e, com níveis cada vez mais altos de pobreza, cerceando os direitos fundamentais, ora pela omissão destes, ora como consequência da diminuição dos investimentos.

Com efeito, a emergência sanitária, causada pela Covid-19, expôs não apenas as enormes fragilidades humanas e estatais, como também a vulnerabilidade da classe mais pobre do país. Tradicionalmente carente de boa infraestrutura nas moradias e no acesso à saúde, por falta de governantes comprometidos com a diminuição da pobreza, tem sido o grupo social mais afetado pela pandemia.

⁷ Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional constitui o mais alto nível de alerta da OMS, de acordo com as diretrizes estabelecidas no Regulamento Sanitário Internacional. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 23/05/2020.



Essa situação revela, por outro lado, falhas estatais sérias para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁸, os quais estão focados em:

1) acabar com a pobreza em todas suas formas, em todos os lugares; 2) Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável; 3) Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; 4) Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos; [...] 6) Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos; 7) Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos; 8) Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos; 9) Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação; 10) Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre os países; 11) Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis; 12) Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis; [...] 16) Promover sociedades pacifistas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis; [...] (ONU, 2017).

O encolhimento dos investimentos, a corrupção e diversos erros na gestão pública, passaram a ter especial incidência na população mais pobre e marginalizada, a título de exemplo, nas favelas, nas comunidades indígenas e comunidades ribeirinhas, onde a precariedade das moradias é maior e a qualidade de atendimento à saúde é deficiente. Por outro lado, a atual emergência sanitária brasileira alavancou o papel do SUS e a forçosa necessidade de exigir vigilância e transparência nos gastos públicos. Além de diversas falhas na gestão da crise, a politização da pandemia e o desconhecimento da doença resultam tão nocivos quanto a Covid-19, a isso, soma-se a disseminação de informações sem as devidas comprovações científicas sobre a efetividade de medicamentos como a cloroquina. Esses eventos tiveram fortes repercussões, causando crises no Ministério da Saúde, justamente, no momento de pandemia, sem que fosse elaborado qualquer programa para evitar o aumento das cifras de propagação e óbitos, que vem em aumento, como se indica na tabela a seguir.

⁸ Organização das Nações Unidas (ONU, 2017). **Transformando nosso mundo**: A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Disponível em; <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: maio 18 jun. 2017.



TABELA 1 – Comparação dos números alcançados com o avanço da Covid-19 no Brasil entre 30/05/2020 e 04/07/2020.

Evento	30/05/2020	04/07/2020	Valor Absoluto	Percentual
Contágios	498.440,00	1.577.004	1.078.564,00	31,61 %
Cura	22.892,00	876.359,00	675.465,00	22,92 %
Óbitos	27.878,00	64.265,00	36.387,00	43,38 %

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do Painel Coronavírus - Brasil.

Observa-se que o aumento, conforme os dados disponibilizados no Painel Coronavírus, elaborado pelo Ministério da Saúde durante a pandemia, aponta que o maior índice de mortalidade é apresentado na região Norte, seguido da região Sudeste e Nordeste, respectivamente. Essas informações consideram o número total da população, tendo em vista que, embora a região Norte apresente o menor índice populacional, esta concentra o maior número de óbitos acumulados por 100 mil habitantes. (BRASIL,2020).

Deve ser lembrado que na região Norte, coexistem outros graves problemas relacionados à explosão populacional, o crescimento desordenado das cidades, a marginalização social, e a precariedade de infraestruturas, moradias, estradas, acesso aos postos de saúde e aglomerados humanos. Essas condições contribuem para a disseminação das doenças, inclusive, da Covid-19. Esses problemas, que se apresentam há décadas, se diluem em intenções políticas. Assim, entende-se que a má gestão do Poder Público e a corrupção dos agentes políticos, com alto índice de desvio de dinheiro, por sua vez, incidem no agravamento dos problemas sanitários e contribuem no aumento da pobreza e das desigualdades sociais, avolumando a crise sanitária e fazendo do Brasil um dos países como menos justiça social na prática. De modo geral, essas condições provocam críticas nefastas quanto ao manejo da pandemia no Brasil, com isso, perdendo, progressivamente credibilidade e capacidade econômica, imagem nada favorável para um país que se projetava emergente na arena internacional. Desse modo, afirmamos que, a letalidade dessa doença está relacionada à infraestrutura inadequada ou inexistente para atender a saúde da população e ratificamos que o sucateamento do setor se tomou mais evidente diante da emergência provocada pela pandemia que provocou a Covid-19, resultado dos baixos índices de investimento no país.

O governo Bolsonaro assumiu uma postura negacionista, que consiste em pronunciamentos reiterados minimizando as consequências da Covid-19 para a saúde da



população, e, consoante declaração da alta comissária de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), Michelle Bachelet, esse pode ter sido um fator relevante à alta disseminação do vírus no país, conforme relata a matéria veiculada ao jornal O Globo em 14 de maio de 2020. Adicionalmente, a postura presidencial brasileira tem provocado diversas críticas internacionais, no sentido de que, cada vez mais posiciona-se de forma contrária às orientações das entidades de saúde internacional e até mesmo internamente, como ocorre com os reiterados desentendimentos entre o Presidente da República e a equipe profissional que integra o Ministério da Saúde, provocando a saída de dois ministros, sob forte polêmica.

A crise sanitária e social sem precedentes que acompanha a pandemia é utilizada pelos líderes governamentais pelo mundo para mostrarem, de fato, o quanto se importam com a população do seu país. Nesse sentido, veja-se o exemplo da França, que, em fevereiro de 2020, passou a adotar a quarentena para os que retornaram ao país da Itália, e, em 16 de março do mesmo ano o governo passou a adotar medidas de confinamento pelo período mínimo de 15 dias junto com medidas de cunho sancionatório àqueles que as descumprissem, já o Brasil, optou por medidas intermediárias incapazes de conter o avanço da pandemia.

Os problemas econômicos e sociais foram escancarados de tal maneira que, atualmente, os menos favorecidos encontram-se no dilema entre ter que optar entre sofrer e morrer pela miséria ou sofrer e morrer pela doença Covid-19. A mídia nacional noticia diariamente que os pobres são os mais afetados pelos impactos secundários da pandemia no Brasil. Os danos incluem desemprego, abarrotamento do SUS e impossibilidade de seguir as orientações de prevenção do contágio redigidas pela OMS. Exemplo disso é que em estudos realizados pelo Instituto Locomotiva e divulgados pelo site UOL, foram indicados que no Brasil, até o início de maio de 2020, cerca de 89% das pessoas que moram em favelas apresentaram queda na sua renda mensal desde o começo da pandemia, e 39% das famílias brasileiras demitiram secretárias dos lares e diaristas, sem prestar nenhum suporte remuneratório⁹.

Há um detalhe que merece atenção. Evidentemente, a classe alta e média da sociedade pode se isolar, trabalhar em estilo *home office* ou adiar seus compromissos para

⁹ Ver matéria veiculada ao site UOL sob o título “Desempregados da periferia: Sem especialização nem direito, trabalhadores pobres sofrem mais e contam como é viver na crise da COVID-19”. A matéria revela casos reais de pessoas em situação de pobreza que foram demitidas em meio a pandemia. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/reportagens-especiais/desempregados-periferia-coronavirus/#desempregados-da-periferia> Acesso em 25/05/2020.



após a pandemia, contudo, a maior parte da população pobre não pode assim prosseguir, em virtude da sua vulnerabilidade e carência de recursos básicos. Diante dessa situação, como medida paliativa, o Congresso Nacional aprovou a concessão de auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00 a ser disponibilizado, inicialmente, por 3 meses aos hipossuficientes para que sobrevivam. Com isso, fica em evidência a desarmonia na condução política do Brasil. Enquanto o Presidente da República reverbera discursos negacionistas e atitudes contrárias às orientações da OMS, o Congresso Nacional chegou a aprovar o auxílio emergencial, considerando que a disponibilidade de renda mínima é indispensável aos vulneráveis, mas que, dias depois, a busca pelo auxílio serviu como um dos principais fatores de propagação da Covid-19, uma vez que as pessoas tiveram que passar horas em filas para retirar os valores.

A proposta do auxílio emergencial liberado junto à Caixa Econômica Federal (CEF) permitia o acesso e movimentação dos valores por aplicativo para telefones móveis, exceto para aqueles que já fossem beneficiários do Programa Bolsa Família, que, de qualquer forma, teriam que se dirigir a uma das unidades da CEF para realizar o saque. Essa questão, mais uma vez, esbarrou nos problemas advindos com a desigualdade social alarmante do país. Isso porque, um em cada quatro brasileiros não possuem acesso à internet e, entre as classes sociais, vê-se que possuem acesso à internet 95% da classe A, 93% da classe B, 78% da classe C, e 57% nas classes D e E (consideradas as mais pobres), segundo dados da pesquisa TIC Domicílios, de 2019, pesquisa realizada pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação. Na região Norte, essa situação se acentua ainda mais, já que o acesso à internet é caro e deficiente.

Não bastasse a insuficiência de acesso à internet pelos mais pobres, o Brasil conta com mais de 100 mil pessoas em situação de rua, de acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de 2015. Esse montante, hodiernamente, integram os denominados “invisíveis” pela mídia, uma vez que, sequer possuem nenhum tipo de informações registradas em plataformas de cadastro oficial, ou seja, simplesmente, não existem formalmente. Sendo a única forma de requerer o auxílio através de meios tecnológicos, grande parte dos “invisíveis” apareceram e levaram o próprio governo a se surpreender com o contingencial de pedidos do auxílio emergencial, essa situação grave, também mostrou a falta de acesso à internet e a incapacidade econômica de adquirir aparelhos tecnológicos pelas classes mais baixas, sendo uma triste, porém real radiografia do Brasil atual.

Dada a falta de informação e de adoção de medidas de caráter protetivo e



assistencial, essas pessoas foram levadas a assumir o risco de contágio do novo vírus. Isso, por exemplo, ao enfrentar aglomerações em bancos, chegando até a dormirem na fila, para conseguirem retirar os valores destinados à subsistência da maioria das famílias que passaram a ter renda “0” após a pandemia.

Além dos problemas sociais e econômicos descritos, o risco de contágio é potencialmente maior em comunidades mais pobres, uma vez que, essas famílias contam com moradias com poucos cômodos – ou até mesmo um só cômodo – e não têm o privilégio de adotar medidas de prevenção, tampouco isolar-se dos demais integrantes do grupo familiar. Não há isolamento, não há quarentena e não há distanciamento. Os que ainda possuem emprego, agradecem a oportunidade de ganhar o pão de cada dia, mesmo que isso represente um risco diário e não sejam bem remunerados para tanto.

O discurso que protege empresários e empregadores do alto escalão é destinado à proteção da economia. Manifestações nas ruas contra a quarentena, adotada em alguns estados do Brasil, são protagonizadas por empresários em seus carros de luxo, que defendem a volta do comércio e que os seus empregados voltem a trabalhar, mesmo que enfrentando aglomerações nos meios de transporte, expondo-se aos riscos de contaminação da Covid-19. “O Brasil não pode parar”, diz o governo federal em campanha divulgada em março de 2020, início da pandemia no Brasil, com orçamento de contratação de campanha publicitária no valor de R\$ 4.897.855,00, que foi interrompida por concessão de Medida Liminar pelo Ministro Relator Luís Roberto Barroso na Arguição de Preceito Fundamenta (ADPF) n. 669, ajuizada pelo partido político Rede Sustentabilidade¹⁰.

A questão é: o Brasil não pode parar para quem? Para aqueles que sofrem com todos os tipos de mazelas possíveis? Justamente para esses? A resposta parece ser cada vez mais afirmativa a essas questões. O vírus não é classista, em regra, seus impactos são os mesmos independente de questões sociais. (ARIAS,2020). Porém as desigualdades sociais incrementadas à sociedade fizeram com que a pior face da Covid-19 ficasse voltada aos humildes, que estão à margem dos privilégios, daqueles que podem contar com a possibilidade de manter-se em isolamento, com leitos de hospitais vagos, acesso a saneamento básico de qualidades dentre outras benesses. Por outro lado, a realidade social

¹⁰ Dentre os argumentos aduzidos na concessão da liminar merece destaque o seguinte: A supressão das medidas de distanciamento social, como informa a ciência, não produzirá resultado favorável à proteção da vida e da saúde da população. Não se trata de questão ideológica. Trata-se de questão técnica. [...] A atual situação sanitária e o convencimento de que a população se mantenha em casa já demandava esforços consideráveis. A disseminação da campanha em sentido contrário pode comprometer a capacidade das instituições de explicar à população os desafios enfrentados e de promover seu engajamento com relação às duras medidas que precisam ser adotadas. <https://www.conjur.com.br/dl/liminar-barroso-proibe-campanha-brasil.pdf>. Acesso em 20/05/2020.



do Brasil fez com que houvesse uma baixa adesão às medidas quarentenárias, o que serviu de elemento propulsor ao contágio comunitário da doença, e, conseqüentemente, o colapso do SUS, o qual poderia ser evitado se não fosse adotada a política negacionista, como já foi explanado.

As tragédias humanas que vêm sendo acompanhadas nos hospitais dos estados do Amazonas e do Amapá, respectivamente, são exemplos no norte do país. (PIRES, 2020) (ROXO, 2020). A grave situação, em São Paulo e no Rio de Janeiro, também impõe reflexão. Por ter que suplicar por uma vaga nos hospitais, ficar na espera de um leito, de um respirador, são condições indignantes que nenhuma pessoa deveria passar. Assistir a seus familiares morrerem asfixiados porque há falta de equipamentos, medicamentos ou de pessoal médico é inconcebível em um estado de direito. Portanto, compreende-se que as falhas que culminaram nos efeitos nefastos da pandemia aconteceram de forma sistêmica no Brasil. Houve notória negligência do governo atual, com a implementação de medidas ineficientes, associadas ao negacionismo propagado, mas, para além disso, o país passa por uma deficiência gerencial de longo prazo, o que permitiu que pessoas chegassem à miséria e assim permanecessem por gerações e gerações. Assim, o perfil social determinante para o contágio da Covid-19 na atualidade é o hipossuficiente, já que integra um grupo que se expõe aos riscos sem ter acesso aos tratamentos de saúde por conta da saturação do sistema.

Dessa forma, fica evidente a correlação de fatores vinculados à má gestão pública do país e ao desatendimento dos direitos dos vulneráveis. Isso indica, *per se*, que uma grande proporção da população brasileira está mais exposta a ser contagiada pelas condições de pobreza e de infraestrutura, já que, pela situação atual de muitos hospitais brasileiros, é possível que venham a óbito por falta de vaga, carência de medicamentos ou pela sobrelotação nos hospitais. Essas circunstâncias se convertem em ameaças tangíveis, que afetam a toda a sociedade, mas que se torna letal para alguns setores majoritariamente vulneráveis à propagação do vírus, devido aos aglomerados humanos e à carência de serviços básicos e condições favoráveis de atendimento na saúde, sendo resultado da dissimulada segregação social.

Considerações Finais

Pelo conjunto de dados apresentados se deduz que as vulnerabilidades sociais expostas durante a pandemia, são um retrato da desigualdade socioeconômica que é



perpetuada no Brasil. Nesse momento, a situação mostrou-se grave entre a população mais pobre, revelando a correlação de constantes deficiências no papel do Estado. A falta de infraestrutura básica, dessa classe, resulta na violação sistêmica do direito à saúde de qualidade.

Derivado disso, em que pese a elaboração de um modelo teórico repleto de garantias e de perspectivas de acesso universal aos meios de saúde, o Brasil demonstra-se, cada vez mais incapaz de garantir a implementação eficaz dessas garantias fundamentais a todos, e de forma igualitária. Isso indica que o SUS não corresponde, satisfatoriamente, às necessidades da população de escassos recursos, mostrando contradição entre a realidade e os princípios inclusivos do SUS. As condições econômicas desfavoráveis, em muitos casos, traduzem as dificuldades em manter uma alimentação saudável, o acesso à água de qualidade, ou até mesmo a possibilidade de usufruir de redes de saneamento básico, fatores que são imprescindíveis para a manutenção da saúde e da qualidade de vida da população. Nesse sentido, as implicações econômicas e de saúde estão associadas.

Sabe-se que uma das condições favoráveis ao contágio da Covid-19 e seu agravamento se relacionam com a deficiência imunológica que apresentam os pacientes com subnutrição. E, entre os grupos de risco, estão as pessoas com baixa imunidade ou imunossuprimidos, tal como notificado pela OMS. Todavia, as pessoas hipossuficientes passaram a integrar um novo grupo de risco, o que foi denominado pelo SUS como “vítima-padrão”, revelando que a letalidade da doença é maior entre aqueles que possuem características comuns entre si. São pessoas pobres, negras, e que tiveram menos oportunidades de educação, e, conseqüentemente, de emprego.

Pessoas em situação de rua, comunidades ribeirinhas, algumas comunidades indígenas, ou padecem de subnutrição ou não possuem condições para realizar as práticas de higiene necessárias para prevenir o contato com o vírus, tal como se prevê nos protocolos sugeridos pela OMS. Isso ocorre, em alguns casos, devido à falta de água tratada e, em outros, pelas condições de carência de moradia ou falta de acesso a moradias dignas. Conforme deduzimos, essas são causas estruturais das constantes falhas do Estado, resultado da ausência ou ineficiência de políticas sociais dirigidas a promover a igualdade da sociedade e a diminuir a pobreza no país, compromissos esses de cunho internacional, no qual o Brasil, conforme dados apresentados, está aquém das expectativas de superar a pobreza e melhorar o atendimento à saúde.

As menores possibilidades de resguardo, da população pobre, que é a maioria, também são causas estruturais que não apenas evidenciam as desigualdades entre as classes



sociais do Brasil, mas que contribuem fortemente à disseminação da Covid-19. Isto pois, mesmo doentes ou em condições menos favorecidas, devem dirigir-se a trabalhar em transportes públicos coletivos, onde o distanciamento é baixo ou inexistente, ou vivem em moradias que são aglomerados humanos, sem qualquer estrutura física previamente planejada, de modo a evitar o contágio e a disseminação de doenças, neste caso específico, a Covid-19.

Nosso estudo mostrou, também, que, entre as classes mais pobres, são baixas as possibilidades de se resguardar e, se o fazem, é com menos comodidades que as classes média e alta, além de ser menos possível se alimentar bem, sobretudo, ter um plano de saúde diferente do SUS. Nessas condições, dentre outros grupos de maior risco estão as pessoas em situação de rua.

Assim, a falta de alternativas efetivas de tratamento e de prevenção e as condições de pobreza, se convertem em aliados para o aumento da disseminação da doença e do incremento da curva de óbitos no país, notoriamente estimulado pelo negacionismo presidencial. Evidencia-se, desse modo, a prática da necropolítica, que se vive, atualmente, no Brasil, vulnerabilizando toda a sociedade, mas com maior impacto, nos menos favorecidos, economicamente falando, que representam a maioria.

A realidade brasileira está mostrando que estamos muito longe das condições ideais de um Estado Social de Direito e, muito distantes de uma resposta apropriada à pandemia. Isso ocorre, pelas condições de infraestrutura e devido ao sucateamento da saúde e aos baixos investimentos, nesse setor, circunstâncias que evidenciam a dissonância entre o modelo teórico de garantias e os direitos fundamentais, esculpidos na Constituição Federal de 1988 e os acontecimentos atuais.

O atual momento indica que estamos diante de uma das mais perversas e inaceitáveis violações de direitos constitucionalmente garantidos, constituindo-se uma grave ameaça à segurança humana. Associando-se às condições desfavoráveis da população mais pobre, ainda é possível apontar como fator relevante para a manutenção da situação de desigualdade no país a prática constante de corrupção pelos agentes políticos, que também foi evidenciada nesse momento de pandemia, conforme foi relatado em denúncias e investigações que retratam a prática de superfaturamento na compra de equipamentos hospitalares para o enfrentamento da Covid-19, oportunidade que alguns dos gestores de estados e municípios brasileiros apropriaram-se de verbas públicas, através de compras de aparelhos respiratórios com preços exorbitantes.

Nota-se que há uma correlação entre as variáveis que resultaram no colapso da rede



pública de saúde. Primeiro, destaca-se a falta de investimento na saúde pública, fator em que o Brasil apresenta índices de investimentos baixos, dando indícios de enfraquecimento do SUS. Em segundo lugar, tem-se os problemas desencadeados pela manutenção da desigualdade socioeconômica, que vitimam a população mais pobre, ressaltando-se aqueles que afetam, diretamente, a qualidade de vida e a saúde dessas pessoas, tais como: escassez de alimentos, saneamento básico, condições dignas de moradia e emprego.

Esses problemas já estavam enraizados no país antes da pandemia. Com o avanço da disseminação da Covid-19, a crítica situação ganhou maior visibilidade e incorporou-se aos discursos dos agentes políticos, em virtude do notório sucateamento da rede pública de saúde e do aumento exponencial do número de óbitos, causados pela Covid-19, no país. Outra pauta relevante surgiu com a necessidade de adoção do protocolo de isolamento social, medida que se tornou inócua, com o passar do tempo, uma vez que a população mais pobre, por necessidades básicas, teve que retomar a sua rotina de trabalho.

Portanto, a tese defendida tem como base a ideia de que o grau de letalidade do vírus é maior em pessoas que vivem em situação de pobreza, por não terem condições de acesso à infraestrutura necessária que as permitam adotar as medidas de prevenção. Assim, estas não conseguem evitar o contágio da Covid-19, em razão de determinantes socioeconômicos agravados pelo descaso da Administração Pública em prover o aporte necessário ao SUS. Em todo esse contexto, é evidente a privação ou perda dos direitos econômicos e sociais, por esses grupos de vulneráveis e hipervulneráveis.

Referências

ARIAS, Juan. **O coronavírus dos ricos e o coronavírus dos pobres**. Instituto HumanitasUnisinos. 22 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/598242-o-coronavirus-dos-ricos-e-ocoronavirus-dos-pobres-artigo-de-juan-arias>. Acesso em 20/05/2020.

Auxílio emergencial de R\$ 600 revela 46 milhões de brasileiros invisíveis aos olhos do governo. G1, 26 de maio de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2020/04/26/auxilio-emergencial-de-r-600-revela-42-milhoes-de-brasileiros-invisiveis-aos-olhos-do-governo.ghtml>. Acesso em 29/05/2020

BANCO MUNDIAL. Relatório Anual 2017. **Erradicar a Pobreza Extrema Promover a Prosperidade Compartilhada**. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/27986/211119PT.pdf>. Acesso em 20/05/2020.

_____. **O Banco Mundial no Brasil: Entre 2003 e 2013, o Brasil viveu uma década de progresso econômico e social em que mais de 26 milhões de pessoas saíram da pobreza. Restaurar a sustentabilidade fiscal é o desafio econômico mais urgente para o Brasil**. Disponível em:



<https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/overview>. Acesso em 20/05/2020.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2009 Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=iOzmAgAAQBAJ&lpg=PP1&hl=ptBR&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 15/05/2020.

BERTOLDO, Sanny. Entrevista: O Coronavírus não tem nada de democrático. Ele tem ‘preferências’, e os negros são um dos grupos preferidos dele. **Gênero e Número**, Brasil, 16/04/2020. Disponível em: <http://www.generonumero.media/entrevista-o-coronavirus-nao-tem-nada-dedemocratico-ele-tem-preferencias-e-os-negros-sao-um-dos-grupos-preferidosdele>. Acesso em 20/05/2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Seção II: Da Saúde, artigo 196. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 22/05/2020.

_____. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Capítulo II: Da União, Artigo 23. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 22/05/2020.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22/05/2020.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 669**, Brasília, DF, 31 de março de 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/liminar-barroso-proibecampanha-brasil.pdf>. Acesso em 20/05/2020.

_____. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://susanalitico.saude.gov.br/#/dashboard/>. Acesso em 29/05/2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Redução de leitos afeta 22 estados e 18 capitais**. 12 de junho de 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27722:2018-07-12-14-14-20&catid=3. Acesso em 30/06/2020.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDONÇA, Érica Toledo de. COSTA, Glauce Dias da. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2011, 415 a 421.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Saiba o que é o Estado Social de Direito**. GEN JURÍDICO, 19 de junho de 2019. Disponível em: <http://genjuridico.com.br/2019/06/19/estado-social-de-direito/#:~:text=Atribui%2Dse%20ent%C3%A3o%20ao%20Estado,da%20liberdade%20para%20a%20igualdade>. Acesso em 30/06/2020.



FAHEL, Murilo. **Desigualdades em Saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais.** In: XII Congresso Brasileiro de Sociologia Grupo De Trabalho “GT 19: Saúde e Sociedade”, São Paulo, 2007.

PORTELA, Graça. **Relatório aponta redução no número de leitos no Brasil.** Fundação Fio Cruz, 25 de abril de 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-aponta-reducao-no-numero-de-leitos-no-brasil>. Acesso em 30/06/2020.

JIMÉNES, Carla. **Extrema pobreza sobe e Brasil já soma 13,5 milhões de miseráveis.** El País. São Paulo, 21 nov. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/11/06/politica/1573049315_913111.html. Acesso em 20/05/2020.

LENCIONI, Caio. **Brasil tem mais de 100 mil pessoas em situação de rua, aponta IPEA.** Observatório do Terceiro Setor, Brasil, 28 de maio 2018. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/carrossel/brasil-100-milpessoas-em-situacao-de-rua/>. Acesso em 28/05/2020.

MONTANA MARTÍNEZ, Mónica. **Bacia Amazônica e hidropolítica: interdependência hidrológica, incipiente regime regional e baixo conflito.** Tese Doutorado em Relações Internacionais, Universidade de Brasília, 2012 Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11422>. Acesso em 28/05/2020.

MONTANA MARTÍNEZ, Mónica. **Segurança Hidroambiental e Humana no Contexto das Alterações Climáticas.** In Veras, Antonio; Galdino, Lúcio; Seabra Giovanni. (Org) Coletânea a Conferência da Terra: línguas, ritos e protagonismos nos territórios indígenas: planejamento ambiental, recursos hídricos e patrimônio cultural (Tomo III). Boa Vista: Editora da UFRR, 2020. Disponível em: <https://www.aconferenciadaterre.com/publicacoes>

MONTANA, Mónica; TSAMAREN, Lino Max Santa; CALDAS. Ingrid Cardoso. **Desenvolvimento econômico humano: Da unidimensionalidade à multidimensionalidade.** In Administração e Desenvolvimento: Um contributo teórico e empírico. Appris Editora, Curitiba/PR, 2018.

MONTANA MARTÍNEZ, Mónica; OLIVEIRA JUNIOR, Zedequias. **Segurança Hídrica do Ambiente urbano brasileiro: Análise do PL Nº 368/2012 De Senado Federal Que Propõe Alterações Sobre App** In: Albuquerque, Carlos; Barista Ieda. (Org.). Workshop Internacional Sobre Planejamento e Desenvolvimento Sustentável em Bacias Hidrográficas. 1ed. Boa Vista, 2020, v. p. 1303-1316.

Negacionismo de líderes pode ter levado à disseminação de Covid-19 no Brasil, diz chefe de Direitos Humanos da ONU. O Globo, Brasil, 14 de maio de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/negacionismo-de-lideres-podeter-levado-disseminacao-de-covid-19-no-brasil-diz-chefe-de-direitos-humanosda-onu-24426896>. Acesso em 20/05/2020.

NERY, Carmen. **Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos.** Agência IBGE notícias, 06 de novembro de 2019. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos#:~:text=Quase%20metade%20\(47%25\)%20dos,o%20menor%20percentual%20de%2](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos#:~:text=Quase%20metade%20(47%25)%20dos,o%20menor%20percentual%20de%2)



Opobres. Acesso em 30/06/2020.

NOVELINO, MARCELO. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador/BA: Editora Juspodvm, 11ª Edição, 2016. 888 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) E ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa – COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus).

Disponível

em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 23/05/2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: maio 18 jun. 2017.

PIRES, Breiller. **À beira do colapso, Manaus duplica número de mortes com escalada de coronavírus**. El País, São Paulo, 08 de maio de 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-08/a-beira-do-colapso-manausduplica-numero-de-mortes-com-escalada-de-coronavirus.html>. Acesso em 25/05/2020.

PREITE SOBRINHO, Wanderley. **Peso do SUS cai, e saúde privada tem fatia maior do que em países ricos**. UOL, 17 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/12/17/sus-30-anos-gasto-publico-cai-ao-menor-nivel-em-relacao-ao-setor-privado.htm#>. Acesso em 30/06/2020.

REIS, Elisa P. Percepções da Elite sobre Pobreza e Desigualdade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** - Vol. 15 n. 42, 2000.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. **O corpo: o homem doente e sua história**. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. (Orgs.). História: novos objetos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

ROXO, Sérgio. **Amapá vê explosão de casos de Covid-19 e risco de colapso do sistema de saúde**. O Globo, 12 de abril de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/amapa-ve-explosao-de-casos-de-covid-19-risco-de-colapso-do-sistema-de-saude-24366512>. Acesso em 25/05/2020.

SANTIAGO, Henrique. **Desempregados da periferia: Sem especialização nem direito, trabalhadores pobres sofrem mais e contam como é viver na crise da COVID-19**. UOL, Brasil, 24 de maio de 2020. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/reportagens-especiais/desempregados-periferiacoronavirus/#desempregados-da-periferia>. Acesso em 25/05/2020.

SILVA, Leny Pereira. **Direito à Saúde e o Princípio Da Reserva Do Possível**. Monografia (especialização em Direito Público). Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP. Brasília, DF, sem data.

STOPA, Sheila Rizzato; MALTA, Deborah Carvalho; MONTEIRO, Camila Nascimento; SZWARCOWALD, Célia Landmann; GOLDBAUM, Moisés; CÉSAR GALVÃO, Chester Luiz. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, 51 Supl 1:3s, 2017.

Três em cada quatro brasileiros já utilizam a Internet. Pesquisa TIC Domicílios 2019. Brasil, 26 de maio 2020. Disponível em: <https://cetic.br/pt/noticia/tres-em-cada-quatro-brasileiros-ja-utilizam-a-internetaponta-pesquisa-tic-domicilios-2019/>. Acesso em 28/05/2020.



VIANA, Ana Cristina Aguilar. **Combate à Covid-19: as sanções estabelecidas pelo governo francês.** CONJUR, Brasil, 14 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-14/ana-cristina-viana-combate-covid-19-franca>. Acesso em 25/05/2020.

WEBER, Roberto Oliveira. **A teoria política do reconhecimento e o Estado Democrático de Direito: uma abordagem a partir do pensamento de Charles Taylor.** Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, 2008.

WESTIN, Ricardo. **Gripe espanhola: a catastrófica epidemia que varreu o Brasil em 1918.** Rádio Senado, 12 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/series-especiais/gripe-espanhola-a-catastrofica-epidemia-que-varreu-o-brasil-em-1918>. Acesso em 30/06/2020.