

# **II ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI**

## **DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I**

**ANTONIO CELSO BAETA MINHOTO**

**FERNANDO DE BRITO ALVES**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

**Vice-presidente Sudeste** - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG - Minas Gerais

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

**Secretário Executivo** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove - São Paulo

#### **Representante Discente - FEPODI**

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

#### **Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF - Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP - São Paulo (suplente)

#### **Secretarias:**

##### **Relações Institucionais**

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM - Distrito Federal

##### **Relações Internacionais para o Continente Americano**

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG - Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

##### **Relações Internacionais para os demais Continentes**

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB - Paraíba

#### **Eventos:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Unifor - Ceará

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

#### **Comunicação:**

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

**Membro Nato** - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

---

D597

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Antonio Celso Baeta Minhoto; Fernando de Brito Alves – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-223-1

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Direito, pandemia e transformação digital: novos tempos, novos desafios?

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. II Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



## II ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

### DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

---

#### Apresentação

1. A ANÁLISE DA LETALIDADE DA COVID-19 NO ESTADO DO PARÁ COMO INDICATIVO DE EQUIDADE NA SAÚDE - José Claudio Monteiro de Brito Filho, Peterson Pedro Souza E Sousa, Laís de Castro Soeiro. Comparou dados da COVID/PA com outros estados. Taxa de letalidade do PA está em 4,2%, considerada alta. Concluiu-se que mortes poderiam ter sido evitadas se houvesse uma gestão melhor e uma estrutura melhor.
2. A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA PANDEMIA DA COVID-19 - Caroline Fockink Ritt, Luiza Eisenhardt Braun. O SUS é fundamental para a população mais pobre. Resultados: taxa de letalidade da COVID no Brasil, para pretos /pardos, é mais alta do que para brancos.
3. DIREITO À SAÚDE VERSUS ECONOMIA: REFLEXOS DA EC N° 95 APÓS A INSTALAÇÃO DA PANDEMIA OCACIONADA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO BRASIL - Rogério de Miranda Ciqueira. Visualizou a questão da aplicação de valores mínimos na saúde (EC 29/2000). Há mais demanda que oferta no SUS, e os estados estão limitados pela LRF.
4. A INCOMPATIBILIDADE DO INSTITUTO DA DESVINCULAÇÃO DAS RECEITAS DA UNIÃO (DRU) COM A EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA COVID-19 NO BRASIL - Álvaro Russomano Goñi. NÃO HOUVE APRESENTAÇÃO
5. A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM FACE DA OMISSÃO DO PODER EXECUTIVO - Davi Pereira Remédio, Tiago Pereira Remédio, José Antonio Remédio. Análise da efetivação dos DDFF. Direito à saúde é DF, assegurado pelo Estado (196, CF). Poder Judiciário deve atuar de acordo com a CF, protegendo a dignidade da pessoa humana.
6. A JUSTICIABILIDADE DE MEDICAMENTOS EXPERIMENTAIS NAS JURISCLTURAS DO BRASIL, COLÔMBIA E ÁFRICA DO SUL - Edinilson Donisete

Machado, Alessandra Brustolin. Verificar experiências destes países com a judicialização. O próprio STF estimula a judicialização. Na África do Sul, a Suprema Corte adotou uma visão mais utilitarista e restrita do direito à saúde.

7. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL DE TERCEIRA DIMENSÃO - Adriano Fernandes Ferreira, Ana Raquel Martins Grangeiro. O recurso público à saúde é escasso e mal empregado. O SUS é fundamental na pandemia. AM tem 62 municípios, com 40 por acesso exclusivamente por barco. O atendimento é precário. Não há UTI no interior do AM. O direito à saúde é transnacional.

8. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO COMBATE AO COVID-19 NO MUNICÍPIO DE BELÉM NO QUE TANGE A TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÃO E O SEU MONITORAMENTO - Patricia Lima Bahia Farias Fernandes, Ricardo Santiago Teixeira. O fluxo de recursos geridos na COVID 19 é colossal. É necessário avaliar e fiscalizar esses gastos, o fluxo de informações é falho. Belém foi a pior cidade em transparência nas informações.

9. A CLÁUSULA DA RESERVA DO POSSÍVEL FRENTE A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À EDUCAÇÃO BÁSICA NO BRASIL - Yasmin Sales Silva Cardoso, Arianne Brito Cal Athias. A cláusula da reserva do possível não pode impedir a efetividade de políticas públicas. O direito à educação não é viabilizado pelo poder público e a cláusula da reserva do possível é sempre arguida pelo estado.

10. A EDUCAÇÃO NA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO: QUE INDIVÍDUOS QUEREMOS FORMAR? - Ivan Dias da Motta, Yasmine De Resende Abagge. Tecnologia na educação. Falta treinamento aos professores. A educação se manifesta em várias dimensões, tecnologia é apenas uma ferramenta. O foco deve ser formar cidadãos.

11. DA DOR NO CORPO À DOR NA ALMA: AS MARCAS DEIXADAS PELA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA - Eduardo Ritt, Aline Kurz. A violência doméstica é silenciosa. O Brasil foi punido internacionalmente, o que estimulou a criação da Lei Maria da Penha. A violência física é normalmente precedida de xingamentos.

12. A ATUAÇÃO DOS CONSELHOS GESTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL INFANTO ADOLESCENTE - Cleide Aparecida Gomes Rodrigues Fermentão, Karyta Muniz de Paiva Lessa. Gestão das políticas públicas são fundamentais, mas demandam participação da sociedade em prol das crianças e adolescentes.

13. DIREITO À MORADIA E AS POLÍTICAS HABITACIONAIS BRASILEIRAS - Frederico Leão Abrão, Andrea Abrahao Costa. Direito à moradia não é sinônimo de casa própria. Há outros caminhos. O déficit habitacional tem um viés muito econômico, muito voltado ao empreendedor. O tema é multidisciplinar, envolve várias áreas.

14. A JUDICIALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O CUSTO POLÍTICO PARA O SISTEMA DE JUSTIÇA - Joaquim Carvalho Filho. A judicialização é circunstancial e o ativismo também. A politização é algo mais permanente. O STF influencia todo o sistema jurídico, disseminando posturas pouco técnicas.

15. O ESTADO DE NECESSIDADE ADMINISTRATIVA DECORRENTE DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS E AS MEDIDAS DE RESTRIÇÃO DE INGRESSO DE ESTRANGEIROS NO TERRITÓRIO NACIONAL - Valmirio Alexandre Gadelha Junior, Hannah Torres Danciger. O interesse público deve sobrepujar o privado. O Estado de Necessidade Administrativo exige tratamento diferenciado para situações anormais, como a pandemia COVID 19. No caso da pandemia, não houve tratamento xenófobo com relação aos estrangeiros.

16. PANDEMIA E TRABALHO ESCRAVO CONTEMPORÂNEO: REPENSANDO A REINSERÇÃO DO TRABALHADOR RESGATADO A PARTIR DE UMA POLÍTICA EMANCIPATÓRIA - Vitor Hugo Souza Moraes, Cassius Guimaraes Chai. O trabalhador escravo precisa ser reinserido no mercado de trabalho. Prevenção: conversar sobre o trabalho escravo. Combate: identificar e agir em relação ao trabalho escravo. A reincidência das vítimas no trabalho escravo é alta, cerca de 50%.

17. EMPOBRECIMENTO SEM CAUSA DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS - Rian Carlos Santanna. O regime de previdência dos servidores públicos deveria ser diferenciado e tratado em lei específica. Esse vácuo está empobrecendo o servidor aposentado.

18. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E IMPACTOS NO DIREITO DE APOSENTADORIA: UMA CRÍTICA AO ETARISMO - Vinícius Almada Mozetic, Mariana Carolina Lemes, Daniel Roxo de Paula Chiesse. O aumento da expectativa de vida está influenciando a concessão de aposentadorias. Os idosos não podem ser vistos como custos. Etarismo é a discriminação etária, tal como racismo ou sexismo.

Prof. Dr. Antonio Celso Baeta Minhoto

Prof. Dr. Fernando De Brito Alves

Nota técnica: Os artigos do Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I apresentados no II Encontro Virtual do CONPEDI e que não constam nestes Anais, foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals (<https://www.indexlaw.org/>), conforme previsto no item 7.1 do edital do Evento, e podem ser encontrados na Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas. Equipe Editorial Index Law Journal - [publicacao@conpedi.org.br](mailto:publicacao@conpedi.org.br).

# **A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA PANDEMIA DA COVID-19**

## **THE IMPORTANCE OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) TO ENSURE THE RIGHT TO HEALTH AND THE DIGNITY OF THE HUMAN PERSON IN THE COVID-19 PANDEMIC**

**Caroline Fockink Ritt <sup>1</sup>**  
**Luiza Eisenhardt Braun <sup>2</sup>**

### **Resumo**

O trabalho apresenta o seguinte problema de pesquisa: qual é a importância do Sistema único de Saúde na prestação do direito fundamental à saúde durante a pandemia de COVID-19? O método de pesquisa utilizado é o dedutivo. Faz-se, também, uso da técnica de pesquisa bibliográfica. Os resultados apontam que o SUS desempenha papel fundamental no que diz respeito à concretização do direito fundamental à saúde e também à dignidade da pessoa humana dos indivíduos que estão em posição de vulnerabilidade, principalmente no período de pandemia vivenciado.

**Palavras-chave:** Covid-19, Dignidade da pessoa humana, Direito fundamental à saúde, Sistema único de saúde, Vulnerabilidade

### **Abstract/Resumen/Résumé**

The paper presents the following research problem: what is the importance of the Unified Health System in providing the fundamental right to health during the COVID-19 pandemic? The research method used is the deductive. Bibliographic research is also used. The results show that SUS plays a fundamental role regarding to the realization of the fundamental right to health and also to the dignity of the human person of individuals who are in a position of vulnerability, especially in the period of the pandemic experienced.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Covid-19, Dignity of the human person, Fundamental right to health, Unified health system, Vulnerability

---

<sup>1</sup> Pós-doutoranda em Direitos Fundamentais na PUC – RS. Professora de Direito Penal no Curso de Direito da UNISC. Coordenadora de Projeto de Pesquisa e de Extensão.

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Direito UNISC, Bolsista de Iniciação Científica PUIC e bolsista do DAAD no Hochschulwinterkurs 2020.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, desde sua criação, diversas críticas que apontam pontos negativos com relação a sua estrutura e a sua organização. Entre elas, uma das mais frequentemente críticas por cidadãos são as de que não há qualidade dos serviços prestados ou de que o SUS está repleto de irregularidades e práticas de corrupção. Ou seja, no sentido de existirem muitas falhas na gestão das unidades e programas de saúde. Da mesma forma há quem defenda que o SUS não deveria ser público, mas passar a fazer parte da iniciativa privada.

O presente trabalho de pesquisa tem como temática a imprescindibilidade do SUS no âmbito da saúde pública brasileira, em especial no momento de pandemia vivenciado atualmente, no qual indivíduos em maior vulnerabilidade social e econômica, ou seja, os mais pobres dependem direta e exclusivamente dos serviços de saúde oferecidos gratuitamente. O problema de pesquisa que se apresenta é a seguinte questão: qual a importância do Sistema Único de Saúde na prestação do direito fundamental à saúde durante a pandemia da COVID-19?

Para responder o problema de pesquisa, o trabalho está dividido em três tópicos, procurando alcançar os seguintes objetivos específicos: a) analisar os aspectos históricos das políticas de saúde no país até à configuração atual do Sistema Único da saúde – SUS, da mesma forma, apresentar o conteúdo e prestação do direito fundamental à saúde; b) demonstrar quais a parcela da população mais vulnerável, conseqüentemente mais atingida pela pandemia de COVID-19; e, finalmente: c) demonstrar a importância do Sistema Único de Saúde – que garante o direito fundamental à saúde dos cidadãos, que está ligado diretamente à dignidade humana.

O método de pesquisa utilizado é o dedutivo, e faz-se uso, também, da técnica de pesquisa por documentação indireta, por meio de revisão bibliográfica em obras, artigos científicos e *sites* de órgãos oficiais.

A importância do Sistema de Saúde – SUS – tornou-se evidente a partir da propagação do novo Coronavírus, cuja pandemia foi decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em meados do mês de março. A necessidade de testes, medicamentos, tratamentos e grande número de internações de pacientes infectados com COVID-19 confirmam a sua imprescindibilidade. Em que pese as críticas que recebe, muitas vezes mais ligadas à má gestão e às práticas de corrupção do que ao conhecimento de sua importância em si, e às ideias de quem defende a sua privatização, o que confirma-se neste período de pandemia é a sua necessidade e fundamental importância, principalmente para as pessoas mais pobres, as mais atingidas pela pandemia, justamente, o que será demonstrado no presente.

## **2 O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO: ASPECTOS HISTÓRICOS ATÉ A CONFIGURAÇÃO ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A fim de demonstrar a função exercida pelo Sistema Único de saúde – SUS tanto em momento anterior quanto durante a pandemia de COVID-19, é fundamental analisar o histórico brasileiro das políticas de saúde, para que se visualize a evolução que aconteceu na área da saúde até chegarmos à configuração atual da prestação do direito à saúde.

Partindo dos ensinamentos de Sousa (2015, p. 27), com relação aos aspectos históricos, que, no Brasil, não se desenvolveram políticas públicas de saúde que primassem pela universalidade do acesso e também pela integridade do atendimento. Ou seja, a lógica predominante sempre foi no sentido de que, para as pessoas que têm dinheiro a atenção e aos demais, a caridade. Aguiar (2011, p. 20) lembra que a virada para o século XX foi marcada pelas campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz, as quais tinham como objetivo o de combater as epidemias rurais e urbanas por meio de uma intervenção médica repressiva nos meios sociais.

Essa política de saúde pública era conhecida como *modelo campanhista*. Uma vez que os serviços de saúde se restringiam àqueles que privilegiavam somente o combate a um contágio incontrolável de doenças sobre a população, inexistia uma concepção de saúde que se relacionasse com qualidade de vida ou também com a proteção da dignidade da pessoa humana (PINTO; FLÉURY, 2012, p. 76).

Eram inexistentes, também, as ações por parte do Estado, que possuíam um aspecto promocional da saúde. O poder público tampouco promovia ações curativas, ligadas ao aspecto patrimonial da saúde, que acabavam por ser prestadas por entidades particulares e hospitais de caridade. Todas as condutas expostas até aqui eram condizentes com a Constituição vigente na época: a Constituição da República de 1891 não destinava qualquer tratamento ao direito à saúde. Foi somente na década de 1930 que alterações foram percebidas no âmbito de estruturas públicas de saúde, que passaram a desenvolver algumas ações curativas. Ademais, o Departamento Nacional de Saúde Pública passou a ser o Ministério da Educação e Saúde Pública – o Ministério da Saúde seria pasta autônoma somente em 1953; foram criados também os Institutos de Aposentadoria e Pensão (os IAPs), responsáveis por prestar serviços curativos. Importa ressaltar que, apesar dos avanços aqui trazidos, a saúde pública ainda era restringida a uma parcela dos indivíduos; no caso dos IAPs, só poderiam utilizar dos seus serviços os trabalhadores que eram contribuintes dos institutos de previdência (PIVETTA, 2014, p. 118-120).

Outro serviço que também passou a ser oferecido nesse período, conforme elenca Oliveira (2015, p. 65-66), porém de forma dispersa, era o atendimento de habitantes das zonas rurais, o que era feito por algumas instituições de caridade ou por serviços oficiais. Posteriormente, aponta-se a formação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), que universalizou a assistência médica em casos emergenciais. A política de saúde no Brasil seguiu, até os anos 80, com tendências neoliberais que excluía parte da população e reduziam verbas públicas, mesmo com a concepção aparentemente universalizante (SOUSA, 2015, p. 45-48).

No período de Ditadura Militar, os serviços de saúde continuaram a ser disponibilizados quase que exclusivamente aos trabalhadores urbanos com carteira assinada. Desse modo, grande parcela da população permanecia à margem do acesso à saúde, permanecendo dependente de ações de caridade. Fora do âmbito da saúde, na década de 70, o Brasil viu-se marcado pela repressão política e pelo aumento da pobreza (PIVETTA, 2014, p. 120).

Todavia, esses contextos acabaram por influenciar as políticas públicas de saúde. De acordo com dados obtidos pela Organização Pan-Americana de Saúde o governo Médici (1969-1974) destinou à saúde pública o equivalente a 1,33 dólar por habitante por ano, o que concedeu ao Brasil um dos últimos lugares entre países americanos no que diz respeito a investimentos em políticas sanitárias. Na mesma época, mostrou-se que 40 milhões de brasileiros não tinham acesso aos serviços de saúde por carência de médicos e de leitos hospitalares (BRASIL, 2017, p. 33).

A partir desse contexto, departamentos de medicina preventiva de algumas universidades iniciaram discussões acerca da organização sanitária do país, o que passou a ser denominado *Movimento Sanitário Brasileiro*. Com uma perspectiva crítica e ampla, debates entre pesquisadores e comunidades foram estabelecidos, com a finalidade de mobilização em torno dos problemas sanitários enfrentados (BRASIL, 2017, p. 33-34).

Houve, portanto, questionamentos sobre os paradigmas da saúde da época, por meio de estudos acerca das questões desse segmento no país. Tais pesquisas tinham como ponto em comum a valorização da cidadania, e, conforme Cohn et al (2010, p. 23), tinham também a estatização de serviços de saúde, a formação de um Sistema Único de Saúde, a descentralização, a universalidade e equidade do direito à saúde como princípios articuladores de uma nova política nessa área.

Após a estruturação do Movimento Sanitário Brasileiro, e também por meio da integração entre o saber da Academia e as demandas das comunidades, foi possibilitada uma

articulação de atores sociais no debate sobre uma saúde pública fundada em bases democráticas. Isso ensejou, por sua vez, um projeto ainda mais amplo, o *Movimento pela Reforma Sanitária*, composto por diversos movimentos populares. Nessa esfera, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, teve suma importância na história das políticas públicas de saúde no país: nela foram delineados os princípios que futuramente norteariam o Sistema Único de Saúde – SUS. O lema da Conferência era: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” que foi incluído no texto da Constituição Federal de 1988, conforme será visualizado posteriormente (BRASIL, 2017, p. 54).

Influências para a mudança de paradigma que seria proporcionada pela Constituição Federal de 1988 não possuíam somente origem nacional. Já em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), concebeu importante conceito de saúde, que viria a ser adotado pelo Brasil na Lei Fundamental: “*a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*”.

Utilizando as novas propostas de política de saúde advindas do Movimento pela Reforma Sanitária da década de 80, que atribuiu considerável importância à cidadania, e o conceito trazido pela OMS, tem-se um conceito multidimensional da saúde, no qual diversas esferas contribuem para a realização do fenômeno. Nas palavras de Almeida Filho (2011, p. 49) “os estados, situações ou condições de saúde ou de doença resultam, portanto, da interação de uma multiplicidade de determinantes econômicos, políticos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos”.

Possuir um conceito abrangente e democrático de saúde, especialmente em documentos vinculantes como a Constituição Federal, é um dos passos iniciais a ser tomado para que haja uma efetiva mudança com relação ao efetivo acesso à saúde. Isso porque é a partir dele que um sistema de saúde que atenda às necessidades diversas da população será estruturado. Assim, depreende-se que o histórico brasileiro de falta de políticas universais de saúde e a conseqüente falta de amparo sanitário para grande parte da população, os movimentos sanitários das décadas de 70 e 80 e também o conceito de saúde da OMS foram todos acontecimentos de muita importância para chegar às determinações legais que atualmente regem o direito fundamental à saúde, previstas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Na Carta Magna, o direito à saúde está disposto no art. 6º, *caput*, no Capítulo II, que trata “Dos Direitos Sociais”. Nele, está disposto que o direito à saúde é um direito fundamental. De forma mais específica, em capítulo que versa sobre a seguridade social, tem-se a Seção II, Da Saúde, composta pelos art. 196 a 200. Segundo Leite (2014, p. 133), há uma maior

densificação constitucional do direito à saúde, pois nessa norma há uma série de diretrizes e objetivos a serem seguidos, o que, por sua vez, determinam direitos advindos diretamente da Constituição.

Na análise dos artigos referidos, vê-se que o lema da VIII Conferência Nacional de Saúde foi diretamente transcrito para o art. 196. Isto é, restou determinado que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. O meio pelo qual isso será atingido são as políticas sociais e econômicas, cuja tarefa de regulamentação pertence ao legislador. Ademais, é dito que o objetivo dessas políticas é garantir o acesso universal e também igualitário aos serviços de saúde (LEITE, 2014, p. 115).

Já os demais artigos referentes ao direito à saúde determinam que as ações e serviços de saúde possuem relevância pública (artigo 197); constituem o sistema único de saúde formalmente (artigo 198); mantêm a assistência à saúde livre à iniciativa privada (artigo 199) e apresentam as competências do SUS (artigo 200), detalhando suas atribuições (AGUIAR, 2011, p. 45).

Apresentados todos os artigos que fazem menção ao direito à saúde e à concretização deste, demonstra-se que a criação do SUS aconteceu com a Constituição Federal de 1988. Ela estabeleceu os principais aspectos desse sistema de políticas de saúde, elencando também os princípios gerais que devem ser observados quais sejam: a universalidade, a igualdade de atendimento, também coloca a saúde em seu sentido amplo, abrangendo sua promoção, proteção e recuperação. Para efetiva concretização deste direito fundamental foi necessário, por meio de leis específicas, estabelecer atribuições e competências de cada órgão de federação, com relação ao direito fundamental à saúde.

Assim, em 1990, foi promulgada a Lei 8.090/90, conhecida como Lei do Sistema Único de Saúde – SUS. Possui como objetivo delimitar o papel de cada âmbito do Governo na prestação do direito fundamental à saúde, atribuindo competências comuns aos três entes federativos, apesar de existirem competências exclusivas a cada um deles. Também traz princípios que coadunam com as determinações da Constituição, como o da universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência das ações e serviços públicos de saúde (LEITE, 2014, p. 120).

Mesmo com todo um sistema legal construído para prestar o direito à saúde de forma regular e universal, muitos são os problemas enfrentados pelo SUS, o que será abordado com maior especificidade no último item deste trabalho. Apesar de suas deficiências, os serviços de saúde pública disponibilizados ainda são de suma importância para inúmeros cidadãos, que, devido à sua vulnerabilidade econômica e/ou social, já enfrentam desafios nas mais diversas

áreas e que dificultam a obtenção de uma vida com dignidade. Assim, no próximo item, explorar-se-á quem são esses indivíduos, e porque eles acabam por ser mais atingidos pela pandemia do que outras pessoas.

### **3 A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: QUEM SÃO AS PESSOAS EM POSIÇÃO DE MAIOR VULNERABILIDADE?**

Conforme apontado no item anterior, passar-se-á a demonstrar quais são os indivíduos e grupos que se encontram em posição de maior vulnerabilidade social no que diz respeito à pandemia de COVID-19, devido a aspectos sociais e econômicos. Assim, parte-se de algumas considerações acerca da pandemia propriamente dita, conceituação de COVID-19, efeitos e finalmente, apontando quem são os mais vulneráveis à doença.

A pandemia diz respeito à propagação de um novo vírus da família Coronavírus: o SARS-CoV-2, que causa a doença denominada COVID-19. O nome da doença foi atribuído devido à data de sua primeira detecção, em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. A OMS confirmou a circulação do novo Coronavírus em 09 de janeiro; em 16 de janeiro, notificou-se a primeira importação em território japonês; em 21 de janeiro, foi a vez dos Estados Unidos reportar seu primeiro caso da doença; em 30 de janeiro, a OMS declarou a epidemia uma emergência de cunho internacional (LANA et al, 2020, p. 01).

De acordo com a própria organização, o nível de alerta acima declarado é o mais alto previsto. Porém, em 11 de março de 2020, o diretor-geral da OMS anunciou que a COVID-19 passaria a ser caracterizada como uma pandemia. Na data referida, havia mais de 118 mil casos da doença confirmados em 114 países e 4,2 mil óbitos causados pela mesma doença (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020).

Com relação aos aspectos que dizem respeito ao desenvolvimento da doença no ser humano, o Ministério da Saúde (2020) assevera que a família de vírus Coronavírus é comumente encontrada em muitas espécies de animais, como morcegos, gatos e gado; ainda, há uma variação no espectro clínico, podendo variar entre infecções assintomáticas a quadros graves. Assim também ocorre com a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, uma vez que cerca de 80% dos pacientes infectados com a COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), enquanto 20% dos casos requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória. Desses, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

O órgão ministerial aponta, também, que os sintomas da doença variam entre um resfriado, uma Síndrome Gripal-SG e uma pneumonia severa. Os sintomas mais comuns são

tosse, febre, coriza, dor de garganta, dificuldade para respirar; perda de olfato, alteração do paladar, distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos/diarreia), cansaço, diminuição do apetite e ispnéia (falta de ar). Tratando-se da transmissão, ocorre de uma pessoa doente para outra ou por contato próximo por meio de toque do aperto de mão contaminadas, gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro e objetos ou superfícies contaminadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

No Brasil, o primeiro caso confirmado de COVID-19 se deu em 26 de fevereiro. Em 26 de agosto, 06 meses após a confirmação mencionada, havia 3.717.156 casos de pessoas infectadas com COVID-19 no país; destas, 2.908.848 estavam recuperadas, enquanto o número de óbitos chegou a 117.665 indivíduos (BRASIL, 2020).

Os números globais informados na mesma data pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2020) demonstraram a existência de 23.752.965 casos confirmados e de 815.038 mortes. Dos casos reportados, cerca de 12,6 milhões eram advindos da Região das Américas (incluindo, portanto, o Brasil), assim como 446.716 mortes.

Com os dados apresentados acerca da pandemia de COVID-19, observa-se que o mundo enfrenta um grande desafio cujas consequências ainda não estão claramente delineadas. Tudo é muito incerto, principalmente com a possibilidade de contarmos, nos próximos meses com uma vacina eficiente. Além da doença em si, que por si só já possui efeitos devastadores, inclusive no funcionamento regular do Sistema Único de Saúde – SUS, outros problemas que vão além das questões sanitárias, estão atingindo diversos países. Cita-se aqui a crise econômica gerada pelo isolamento social (medida para reduzir o contágio), visto que há uma diminuição de circulação de pessoas, mercadorias e consumo. Também houve mudanças nas relações de mercado, na prestação de serviços, de trabalho, assim como no padrão de consumo dos cidadãos, que trouxeram muitas mudanças e prejuízos.

Para aquelas pessoas que já enfrentavam dificuldades no seu cotidiano, sejam elas sociais ou econômicas, como aqueles que já se encontravam em estado de pobreza, ou até, abaixo da considerada linha de pobreza, pessoas com deficiência de educação para se inserir no mercado de trabalho, enfrentam maiores dificuldades durante o período de pandemia do que a parcela da população que se encontra econômica e socialmente estável. Pode-se citar, por exemplo, o fato de que muitos desses indivíduos não conseguem realizar o isolamento social, pois o trabalho informal, que exercem na maioria das vezes, exige saídas às ruas e exposição, o que facilita o contágio. Ou seja, a pandemia também vitimiza os mais pobres.

Com objetivo de construir um conceito que explique a condição na qual tais pessoas se encontram, apresenta-se o termo *vulnerabilidade* que mesmo podendo ser explicitado de

diversas formas, “refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas” (JANCZURA, 2012, p. 302).

Segundo Janczura (2012, p. 303), podem ser considerados grupos sociais vulneráveis os conjuntos da população brasileira situados na linha de pobreza. Ainda, existem indivíduos vulneráveis entre os índios, os negros, as mulheres, os nordestinos, os trabalhadores rurais, as crianças em situação de rua, a maioria dos deficientes físicos, entre outros. A autora traz também que existe dificuldade na definição econômica da vulnerabilidade, uma vez que não são especificadas as condições pelas quais grupos sociais ingressam no conjunto de segmentos vulneráveis.

Existe, também, a possibilidade de analisar a vulnerabilidade a partir de um ponto de vista sanitário, isto é, relacionado a questões de saúde pública. Sánchez e Bertolozzi (2007, p. 321) colocam o significado de vulnerabilidade como a chance de exposição de sujeitos ao adoecimento. De acordo com as autoras, isso seria “resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo” (SANCHÉZ; BERTOLOZZI, 2007, p. 321).

Assim, neste trabalho, os indivíduos e grupos considerados vulneráveis são tomados pela perspectiva acima referida, ou seja, aqueles que possuem chances maiores de contrair uma doença, que, neste caso, é a COVID-19.

Antes mesmo de estudos específicos que versem sobre grupos mais atingidos pela pandemia, algumas situações brasileiras já eram indicativas desta realidade. Inicialmente, os altos níveis de pobreza e a desigualdade no país poderiam significar uma aceleração de contaminação, frente justamente à vulnerabilidade dos cidadãos nessas condições. Sobre a mesma temática, atentava-se ao fato de que metade da população vive com renda média de cerca de R\$ 400 (quatrocentos reais), além de habitarem em moradias precárias, e muitas vezes sem saneamento básico. A capacidade do SUS de atender todos os infectados também foi questionada: ele atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% desse número depende exclusivamente do sistema para qualquer tipo de atendimento de saúde (OXFAM, 2020).

Após a propagação efetiva do novo Coronavírus no país, foi possível colher dados concretos para posterior análise, com o objetivo de demonstrar qual é a parcela da população que se encontra em posição de maior vulnerabilidade com relação à pandemia.

O estudo feito pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), pertencente à PUC do Rio de Janeiro e publicado na Nota Técnica 11 na data de 27/05/2020, é imprescindível para a demonstração concreta da existência de grupos vulneráveis frente à pandemia. A pesquisa possui como nome “*Análise socioeconômica da taxa de letalidade da*

*COVID-19 no Brasil*”, e tem como escopo a variação da taxa de letalidade do SARS-CoV-2 utilizando-se de variáveis demográficas e socioeconômicas dos brasileiros.

Para integrar o estudo, foi realizada a análise de cerca de 30 mil casos de notificações de COVID-19 disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Desses, 45,2% vieram a óbito. Partindo-se para a análise de variantes demográficas, quando a análise a partir da cor/raça dos pacientes foi tomada em conta, restou comprovado que cerca de 55% dos infectados pretos e pardos vieram a óbito, enquanto os infectados brancos tiveram taxa de letalidade de apenas 38%. Cabe ressaltar que a porcentagem se manteve maior entre pessoas negras em todas as faixas etárias (BATISTA et al, 2020, p. 04-05).

Outro dado trazido pelo estudo é a taxa de letalidade analisada a partir do nível de escolaridade dos pacientes. Concluiu-se que, quanto maior a escolaridade do indivíduo, menor foi a letalidade de COVID-19. Assim, pessoas com nível de escolaridade superior com casos graves de COVID-19 tiveram uma taxa de letalidade de 22,5%; já entre aquelas pessoas sem escolaridade, a taxa de letalidade subiu para 71,3%. A própria nota esclarece que isso ocorre devido à diferença de renda, que causa também disparidades no acesso a serviços básicos de saúde (BATISTA et al, 2020, p. 05).

Por fim, a pesquisa também realizou a análise da proporção de óbitos e recuperados em relação ao nível de escolaridade combinado com a raça/cor. Os resultados não diferiram daqueles apresentados anteriormente: pretos e pardos, em todos os níveis de escolaridade, apresentaram maior porcentagem de óbitos em relação aos brancos. Assim, pretos e pardos sem escolaridade tiveram uma proporção quatro vezes maior de morte (80,35%) do que pacientes brancos com nível superior (19,65%). Ademais, a taxa de letalidade de pretos e pardos foi, em média 37% maior do que brancos, quando todos estavam na mesma faixa de escolaridade (BATISTA et al, 2020, p. 05).

Compreende-se, com o que foi exposto ao longo do item, que, apesar de no momento inicial da pandemia, ter sido afirmado que a COVID-19 era uma doença que poderia atingir qualquer pessoa, independente de cor, raça, renda, escolaridade, profissão, após poucos meses de pandemia, esse entendimento mostrou-se equivocado. Existem diversas condições, que vão muito além de aspectos biológicos, que fazem com que certos grupos tenham maior suscetibilidade à doença, conforme foi trazido.

Desse modo, pretende-se, no próximo item, demonstrar quais são as implicações da vulnerabilidade frente à pandemia no que tange à dignidade da pessoa humana, que engloba também o direito à saúde. Analisar-se-á, conjuntamente, qual o papel exercido pelo SUS nesse

meio, a fim de mitigar os efeitos de tal vulnerabilidade, garantindo aos cidadãos um direito à saúde de acordo com o que foi previsto no art. 196 da Constituição Federal.

#### **4. A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: ATENDIMENTO AOS MAIS VULNERÁVEIS E A RELAÇÃO INTRÍNSECA DO DIREITO À SAÚDE COM A DIGNIDADE HUMANA**

Após apontarmos, no item anterior quais são as pessoas com maior vulnerabilidade social diante de COVID-19, e que sofrem as maiores consequências e restrições sanitárias pretende-se, neste item, encaminhando-se para as considerações finais, demonstrar a importância do Sistema Único de Saúde no enfrentamento da pandemia, justamente para as pessoas mais vulneráveis. Como também demonstrar a intrínseca relação que existe entre o direito fundamental à saúde e a dignidade humana.

Partindo da definição e compreensão do que vem a ser o conteúdo referente à dignidade humana: Sarlet (2001, p. 40) traz conceituação ampla desse princípio constitucional, colocando que a dignidade é uma qualidade intrínseca da pessoa humana, além de ser também irrenunciável e inalienável. Assevera, também, que a dignidade é elemento que qualifica o ser humano como tal.

É possível relacionar, ainda, a dignidade da pessoa humana com a prestação do direito fundamental à saúde. De forma a corroborar tal assertiva, tem-se a afirmação de Leite (2014, p. 49), que coloca que o fundamento axiológico, princípio estruturador do sistema de direitos fundamentais, estando em maior ou menor medida em cada um deles, é a dignidade da pessoa humana. Tal interligação iniciou após a aparição do Estado Social de Direito, especificamente no momento após a Segunda Guerra Mundial, em que novas Constituições e cartas internacionais foram criadas garantindo a livre e igual existência do ser humano.

Diante disso, tem-se como exemplo a própria Constituição Federal de 1988, que prevê a dignidade da pessoa humana em seu primeiro artigo. Ainda, entre os direitos fundamentais que são estruturados por esse princípio, está o direito fundamental à saúde. Rocha (2011, p. 121-123) afirma que a dignidade humana é preservada quando o Estado se abstém de praticar algum ato que cause prejuízos à saúde dos indivíduos, e esta dignidade é promovida também quando há uma atuação por parte do Estado, seja na forma de elaboração de leis, como também na forma de prestações materiais que envolvam o direito fundamental à saúde.

O direito social à saúde, quando regularmente garantido aos cidadãos, acaba por concretizar também a dignidade da pessoa humana. O SUS, sendo o órgão responsável pelo oferecimento de serviços de saúde pública, e, conseqüentemente, concesso do direito à saúde

aos indivíduos, desempenha importante papel nas vidas daqueles que estão em posição de vulnerabilidade, aqui, incluindo-se, também, aqueles com maior suscetibilidade social de contrair o vírus SARS-CoV-2.

Isso se dá porque, apesar das dificuldades enfrentadas por essa parcela da população em diversas áreas, no segmento da saúde (via SUS) há, ainda que mínimo, um acesso aos serviços básicos, como atendimentos médicos e oferecimento de medicamentos. Firmada essa premissa, serão explicitados alguns dados e ações que comprovam a imprescindibilidade da existência do SUS no país, tanto para a população em geral quanto para grupos em condição de vulnerabilidade social e sanitária. Importa frisar que, ao trazer tais informações, não se pretende declarar que as políticas de saúde, do modo que são formuladas e executadas atualmente, são completamente satisfatórias. Visa-se, não obstante, demonstrar que existem aspectos positivos no sistema de saúde brasileiro, que atuam no sentido de concretizar o direito à saúde e, conseqüentemente, a dignidade da sua população.

Inicialmente, mostra-se a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina, no ano de 2018, com o escopo de avaliar o acesso à saúde no Brasil por meio de entrevistas a cidadãos. Os resultados demonstraram que 97% dos entrevistados buscaram alguma unidade de saúde pertencente ao SUS no período de até dois anos antes da entrevista, tendo como finalidade a realização de consultas, exames, internações, entre outros procedimentos ofertados pela rede pública (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 24-26).

Diante dos resultados da pesquisa, possibilita-se a compreensão de que as políticas de saúde oferecidas pelo SUS são amplamente utilizadas pela população como um todo, o que, por sua vez, comprova a importância desse sistema, como verdadeiro instrumento de acesso universal à saúde. Todavia, os serviços ofertados não existem somente em um âmbito geral: há diferentes ações promovidas, que, apesar de disponibilizados para todos (visto que qualquer caráter excludente seria violador dos princípios do SUS), possuem como principais destinatários indivíduos que possuem mais dificuldades de adquirir essas prestações de forma paga.

Alguns desses programas merecem destaque: traz-se, em primeiro lugar, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Formada por uma equipe multiprofissional (em regra, contém médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde), que está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local, e busca promover a qualidade de vida da população brasileira via uma proximidade da equipe de saúde com o usuário, para que conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Desse modo, todo o contexto que envolve a vida do paciente é levado em conta durante os atendimentos. Importa ressaltar que, seguindo parâmetros da

Política Nacional de Atenção Básica, cada equipe de Saúde de Família deveria ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, com média recomendada de 3.000 pessoas. Porém, o número estabelecido de pessoas atendidas deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Parte importante desse programa, mas que também assume atribuições próprias, é a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) cuja atuação é imprescindível para estabelecer uma interlocução entre o poder público e a comunidade, possibilitando-se o trânsito por ambos os espaços. Uma vez que está inserido na comunidade, a identificação de riscos e de vulnerabilidade nessa esfera é facilitada, podendo então criar-se ações a fim de mitigar tais situações (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2020c).

Por fim, expõe-se o Programa Farmácia Popular. Seu surgimento, em 2004, está atrelado a uma demanda do Governo Federal em ampliar o acesso a medicamentos, após constatado que existia parcela da população com dificuldade de obtenção desse serviço de forma pública. Para implementação das unidades, requisitos foram seguidos, que se baseavam no fato de que os municípios atendidos deveriam ser aqueles em que o perfil socioeconômico da população fosse compatível com os objetivos do Programa (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011, p. 2966).

E, em recente reportagem, de 04 de setembro de 2020 o Instituto Brasileiro de Estatística – IBGE, publicizou que, em 2019, ou seja, antes da pandemia, uma pesquisa que mostrou que, no ano passado, 59,7 milhões de pessoas, o correspondente a 28,5% da população do Brasil, possuía algum plano de saúde, seja ele médico ou odontológico. Ou seja, sete em cada dez brasileiros, ou mais de 150 milhões de pessoas, dependem exclusivamente do SUS (Sistema Único de Saúde) para tratamento. Dessa forma, 71,5% dos brasileiros não figuram como contratante de qualquer plano privado de saúde, e têm no sistema público de saúde sua única possibilidade para tratamentos, atendimento hospitalar, e outros serviços de saúde (TAJRA. 2020).

Os técnicos do IBGE que desenvolveram o estudo afirmam que os números mostram a forte dependência da população brasileira em relação aos serviços de saúde pública, uma vez que 71,5% das pessoas não têm acesso à saúde suplementar. Dentro das regiões, as desigualdades são ainda mais patentes. Enquanto São Paulo e o Distrito Federal apresentam proporções de pessoas com planos médicos particulares muito acima da média nacional, com 38,4% e 37,4% dos moradores com planos de saúde, respectivamente, os estados do Maranhão

(5,0%), Roraima (7,4%), Acre (8,3%) e Amapá (8,7%) têm as menores proporções (TAJRA, 2020).

A partir dos aspectos práticos do SUS que aqui foram expostos, visualiza-se que há compromisso do SUS em prestar o direito à saúde de forma regular para os indivíduos mais vulneráveis. Todavia, indagação que surge é se houveram alterações nessa verdadeira rede de proteção e promoção da saúde básica após o surgimento da pandemia de COVID-19. Algumas iniciativas do poder público, que serão brevemente abordadas a seguir, comprovam a existência de alterações que objetivam manter os grupos mais vulneráveis ainda sobre a proteção do SUS.

Já em março, ocorreu a adoção de medidas excepcionais e temporárias no que diz respeito aos prazos e quantidades autorizadas dos medicamentos pertencentes ao Programa Farmácia Popular, de modo a reduzir a circulação de pessoas e evitar a exposição da população ao vírus. Anteriormente à pandemia, era autorizada a dispensação de medicamento para tratamento mensal; após março de 2020, o quantitativo autorizado poderia ser suficiente para 90 dias de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020d).

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2020), em consonância com os programas do SUS explicitados, criou nova estratégia para o enfrentamento do coronavírus nas áreas de comunidades e favelas dos municípios brasileiros: a implementação de Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19. Até o mês de julho, 57 desses centros foram credenciados, com incentivo total de R\$ 32 milhões. Ainda, o órgão possibilitou a solicitação de credenciamento online de novos centros, para que recursos possam ser destinados para o combate à pandemia.

O serviço deve funcionar em locais de fácil acesso para os cidadãos, podendo ser estabelecido em unidades de saúde de Atenção Primária de Saúde (APS) ou em espaços da comunidade. O incentivo per capita recebido pelas equipes que atuam nesses centros (equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária) é também um incentivo para ampliar o número de usuários cadastrados e também para haver a atualização do registro daqueles já acompanhados pelos serviços (SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2020).

As ações aqui mencionadas são exemplificativas, não esgotando todas as ações governamentais relacionadas a serviços de saúde destinados a quem possui maior vulnerabilidade durante a pandemia. Conclui-se que mesmo durante o período pandêmico no qual toda a população mundial se encontra no ano de 2020, o SUS, com seus programas de cunho social e serviços de saúde em geral, desempenha papel fundamental no que tange à prestação do direito fundamental à saúde, especialmente àqueles indivíduos em posições sociais e sanitárias mais vulneráveis, garantindo, desse modo, a dignidade da pessoa humana.

Ressalta-se, mais uma vez a importância do Sistema Único de Saúde – SUS – no enfrentamento da pandemia de COVID-19, porque, conforme demonstrado, por meio de estudo publicizado pelo IBGE, a maioria da população brasileira conta somente com ele para tratamento, internação, exames relacionados à pandemia, ou seja, de aspectos gerais relacionados à saúde, pois, a maioria não possui acesso aos planos de saúde de iniciativa privada.

E, nas palavras do professor Claudio Claudino da Silva Filho, da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campus Chapecó – SC, o principal aprendizado mundial e nacional, além da necessidade de transparência do poder público, governos e profissionais de saúde com a população acerca do real panorama enfrentado, foi e é o fato de que precisamos sempre lutar para fortalecer um sistema de saúde público e que este seja cada vez mais inclusivo. Tanto é, que países na atual pandemia do novo Coronavírus, que não possuem sistema público como o nosso, têm sofrido muito mais impactos letais, e têm repensado a partir de pressão social para garantir saúde como direito (humano fundamental) de todos/as e dever do Estado, a exemplo de nossa constituição (UFFS, 2020).

Destaca o referido, que, com relação aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos citar como fundamentais para enfrentamento desta pandemia o da *Universalidade* que significa que todos/as têm acesso igualitário, sem qualquer discriminação de raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, região/procedência (inclusive estrangeiros/as, que possuem o mesmo direito de acesso que brasileiros/as natos/as). Em um país com dimensões continentais, diferenças culturais e desigualdades sociais substanciais, certamente é um dos maiores desafios. Em qualquer lugar que você more, o SUS deve chegar até você, inclusive nesse momento pandêmico.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No primeiro item deste trabalho, visou-se apresentar o histórico da saúde pública brasileira, até chegarmos à proposta de estruturação e realidade estabelecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Fácil compreender que, até o SUS, da forma como está legalmente estruturado, não existiu no decorrer da história sanitária do país a previsão de políticas públicas de saúde que fossem de caráter universal. As maiores mudanças puderam ser percebidas a partir do século XX, que percorreram a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, a concessão de serviços de saúde para aqueles que contribuam para a seguridade social, e também o Movimento Sanitário Brasileiro, que teve função vital para a alteração de paradigma trazida na Constituição Federal de 1988: a partir dessa norma, a saúde passou a ser um direito

de todos e dever do Estado. Foi baseado nisso que se criou o Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçando-se nos princípios da universalidade e igualdade de atendimento.

Abordaram-se, sem a possibilidade de esgotar esta temática, os principais aspectos que dizem respeito à pandemia de COVID-19 que se iniciou nos primeiros meses do ano de 2020. Mostraram-se os números de casos mundiais e brasileiros, além dos respectivos óbitos causados pela doença e, também, foram expostos estudos que demonstram que a parcela da população que possui maior suscetibilidade de contagiar-se com a COVID-19 é aquela que, além da maior vulnerabilidade sanitária já estavam em um contexto social de maior dificuldade, ou seja, a pandemia acabou penalizando mais pobres, principalmente as pessoas com menos educação, pardos e negros.

Finalmente, no terceiro item buscou-se demonstrar que o Sistema Único de Saúde, na forma como é estabelecido, garantindo a universalidade de atendimentos, possui papel fundamental na vida das pessoas vulneráveis, pois conforme pesquisa do IBGE, a maioria dos brasileiros somente conta com o SUS para o enfrentamento da pandemia, não tendo condições de pagar um plano de saúde particular.

Por meio dos serviços de saúde garantidos pelo SUS, de forma universal, é que o direito à saúde no país acaba sendo concretizado. Como consequência da prestação ao direito fundamental à saúde, estar-se-á promovendo o da dignidade da pessoa humana, que está intrinsecamente ligada a este direito fundamental, conforme demonstrado no presente.

A realização desse direito é feita a partir de serviços e ações ofertadas à toda a população; entretanto, existem programas que possuem foco nas populações anteriormente mencionadas, que se encontram em posição de vulnerabilidade, como a Estratégia Saúde de Família e a Farmácia Popular. Durante a pandemia, novas ações voltadas a esses grupos, a fim de ter seu direito à saúde regularmente prestado, foram criadas pelo Ministério da Saúde e suas secretarias, como mudanças na política da Farmácia Popular, visando à redução da circulação de pessoas, e também a criação de Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento de COVID-19, que se dá em municípios com comunidades ou favelas.

Apesar do SUS possuir problemas, principalmente relacionados às práticas de corrupção, publicadas quase que diariamente pelos meios de comunicação, ou enfrentar consequências negativas relacionadas à sua má-gestão, pela falta de, muitas vezes, não contar com gestores com formação técnica, mas simples cargos políticos, geralmente, pessoas despreparadas e sem formação administrativa e sanitária suficiente, ele possui papel, fundamental, imprescindível, como realizador do direito fundamental à saúde, garantindo,

consequentemente, a dignidade humana. Onde se cuida da saúde, cuida-se também da dignidade! Existe uma relação intrínseca entre ambos, conforme demonstrado.

Sem as políticas de saúde do SUS muitos estariam completamente desamparados em relação aos serviços nesse segmento, pois não possuem condições econômicas de buscar planos privados. Assim, não é possível defender o fim do SUS somente baseando-se no fato de que ele possui problemas para um funcionamento dito como “ideal”. O que deve ser feito é buscar melhorias, aprimoramento e políticas de controle e boa gestão, não esquecendo da sua importância histórica e atual, especificamente no momento que o país em virtude do enfrentamento da pandemia.

E nas palavras do já citado professor Claudio Claudino da Silva Filho, os países na atual pandemia do novo Coronavírus, que não possuem sistema público como o nosso, têm sofrido muito mais impactos letais. Da mesma forma, estes países têm repensado a partir de pressão social para garantir saúde como direito humano e fundamental de todos e dever do Estado, a exemplo de nossa Constituição Federal de 1988.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil. In.: AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011. p. 15-40.
- \_\_\_\_\_. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas de Saúde. In.: AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011. p. 41-68.
- ALMEIDA FILHO, Naomar da. *O que é saúde?* 1. ed. 2. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- BATISTA, A. et al. Nota Técnica 11 – 27/05/2020. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. In: *Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS)*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPnLRFMMY47JIXZgzkklvkydO/view>> Acesso em 27 ago. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios – memórias*. 1 ed. Brasília: Conasems, 2017.
- \_\_\_\_\_. *Painel Coronavírus*. 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>> Acesso em 27 ago. 2020. Não paginado.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde*. Brasília, 2018. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha\\_sus\\_cfm2018.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf)> Acesso em 28 ago. 2020.
- COHN, A. et al. *A saúde como direito e como serviço*. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? In: **Textos & Contextos**, vol. 11, núm. 2, agosto-dezembro 2012, Porto Alegre, p. 301-308. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527332009>> Acesso em 27 ago. 2020.
- OLIVEIRA, Heletícia Leão de. *Direito fundamental à saúde, ativismo judicial e os impactos no orçamento público*. Curitiba, Juruá, 2015.
- LANA, R. M., et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. In: *Cad. Saúde Pública*, 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000300301](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000300301)>. Acesso em: 19 mai. 2020.
- LEITE, Carlos Alexandre Amorim. *Direito fundamental à saúde: efetividade, reserva do possível e o mínimo existencial*. Curitiba: Juruá, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O que é Covid 19*. Brasília, 2020a. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>> Acesso em: 27 ago. 2020. Não paginado.

\_\_\_\_\_. *Estratégia Saúde da Família (ESF) – Implantação da Estratégia*. Brasília, 2020b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>> Acesso em 02 set. 2020. Não paginado.

\_\_\_\_\_. *Estratégia Saúde da Família (ESF) – Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 2020c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/agente-comunitario-de-saude>> Acesso em 02 set. 2020. Não paginado.

\_\_\_\_\_. *Alterações no Programa Farmácia Popular devido à situação de emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID19)*. Brasília, 2020d. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/farmacia-popular/46566>> Acesso em 02 set. 2020. Não paginado.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 26 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia*. 2020. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812)> Acesso em 27 ago. 2020. Não paginado.

\_\_\_\_\_. *Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil*. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>> Acesso em 27 ago. 2020. Não paginado.

OXFAM Brasil. *Coronavírus e a desigualdade na saúde*. No Dia Mundial da Saúde, Oxfam alerta para os grandes impactos que o coronavírus pode ter entre os mais pobres do país. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/noticias/coronavirus-e-a-desigualdade-na-saude/>> Acesso em: 27 ago. 2020. Não paginado.

PINTO, Élide G.; FLEURY, Sonia. Custeio do Direito à Saúde: Em busca da Mesma Proteção Constitucional Conquistada pelo Direito à Educação. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo, n. 3, v.12. Mar/jun. 2012.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

ROCHA, Eduardo Braga. *A justiciabilidade do direito fundamental à saúde no Brasil*. São Paulo: Letras Jurídicas, 2011.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. *Ministério da Saúde credencia Centros Comunitários para Enfrentamento da Covid-19*. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/9156>> Acesso em 02 set. 2020. Não paginado.

SANCHÉZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar

a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2007.v12n2/319-324/>> Acesso em 27 ago. 2020.

SANTOS-PINTO, C. D. B., COSTA N. R., OSORIO-DE-CASTRO C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2963-2973/pt>> Acesso em 02 set. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

\_\_\_\_\_. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 13 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SOUSA, Simone Letícia Severo e. *Direito à saúde e políticas públicas: do ressarcimento entre os gestores públicos e privados da saúde*. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

TAJRA, Alex. 7 em cada 10 brasileiros dependem do SUS para tratamento, diz IBGE. In: UOL, São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/09/04/7-em-cada-10-brasileiros-dependem-do-sus-para-tratamento-diz-ibge.htm>> Acesso em 05 set. 2020. Não paginado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. *Professor explica sobre o SUS no contexto da pandemia: A importância do Sistema Único de Saúde para os brasileiros ante à situação do novo Coronavírus é o principal tema da entrevista*. Chapecó, 2020. Disponível em: <<https://www.uffs.edu.br/campi/chapeco/noticias/professor-explica-sobre-o-sus-no-contexto-da-pandemia>> Acesso em 05 set. 2020. Não paginado.