

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 - Unicuriitiba - 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 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 DDF. 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 DOUTRINA 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.

A ANÁLISE DA LETALIDADE DA COVID-19 NO ESTADO DO PARÁ COMO INDICATIVO DE EQUIDADE NA SAÚDE

ANALYSIS OF THE COVID-19 LETHALITY IN THE STATE OF PARÁ AS AN INDICATIVE OF HEALTH EQUITY

José Claudio Monteiro de Brito Filho ¹

Peterson Pedro Souza E Sousa ²

Laís de Castro Soeiro ³

Resumo

O trabalho tem como objetivo avaliar a equidade na saúde utilizando-se como métrica a letalidade provocada pela COVID-19 no Estado do Pará. O estudo tem como referencial teórico a noção de equidade na saúde elaborada por Amartya Sen e Bernardo Kliksberg em cotejo com o eixo normativo do ordenamento jurídico brasileiro para estabelecer parâmetros conceituais na avaliação das iniquidades. Como norte, optou-se por utilizar a letalidade do coronavírus como um coeficiente que aponta as falhas do poder público em assegurar o acesso universal e igualitário de saúde ao cidadão.

Palavras-chave: Direito à saúde, Covid-19, Equidade, Amartya sen, Bernardo kliksberg

Abstract/Resumen/Résumé

The work aims to evaluate equity in health using the lethality caused by COVID-19 in the State of Pará as a metric. The study has as theoretical framework the notion of equity in health elaborated by Amartya Sen and Bernardo Kliksberg in comparison with the normative axis of the Brazilian legal system to establish conceptual parameters in the evaluation of inequities. As the North, it was decided to use the lethality of the coronavirus as a coefficient that points out the failures of the public authorities in ensuring universal and equal access to health for the citizen.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Covid-19, Equity, Amartya sen, Bernardo kliksberg

¹ Doutor em Direito pela PUC/SP. Vice-coordenador do PPGD e Editor-chefe da Revista Jurídica do CESUPA. Titular da Cadeira nº 26 da ABDT. Líder do Grupo de Pesquisa (CNPQ) Trabalho Decente

² Mestrando em Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional, pelo Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Bacharel em Ciências Contábeis (FCAT). Advogado

³ Mestranda em Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional, pelo Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Integrante do Grupo de Pesquisa (CNPQ) Trabalho Decente. Advogada

1 INTRODUÇÃO

O direito fundamental à saúde ganhou destaque nos últimos meses. É fato notório e público que a pandemia em decorrência da Covid-19 (SARS-CoV-2) – coronavírus – alcançou os continentes dizimando centenas de vidas. É nesse contexto, muito se discute sobre a equidade na saúde, uma vez que o arranjo político – consubstanciado nas diversas formas de combate ao vírus – influencia diretamente na elaboração das políticas públicas para o enfrentamento da calamidade e proteção à saúde.

O acesso à saúde – como forma de respeito à dignidade da pessoa humana – expressamente positivado na Constituição Federal, como um direito fundamental de todos, sem quaisquer distinções, impõe ao Estado o dever assecuratório na promoção do acesso universal e igualitário.

No entanto, com o rápido avanço da Covid-19 e a crescente número de óbitos, verificou-se não apenas a incapacidade do Estado de garantir o acesso à saúde para todos, percebeu-se, também, a forte relação entre o fracasso do poder público e a equidade, principalmente, quando analisada sob um ângulo regional.

Com intuito de nortear os rumos da pesquisa, foi elaborado o seguinte problema: O direito fundamental à saúde, com base na letalidade da Covid-19, pode servir de avaliação de equidade?

O presente estudo se propôs a fornecer uma análise comparativa da equidade na saúde entre o Estado do Pará e as demais unidades federativas, tomando-se por base os índices de letalidade¹, para isso o estudo será dividido em dois eixos de discussão. Primeiramente, será apresentado o direito fundamental a saúde sob a ótica da equidade, para então, em um segundo momento, partir para a análise da letalidade da Covid-19 no estado do Pará, como indicativo de equidade.

O estudo tem como referencial teórico a noção de equidade na saúde elaborada por Amartya Sen e Bernardo Kliksberg em cotejo com o eixo normativo do ordenamento jurídico brasileiro para estabelecer parâmetros conceituais na avaliação das iniquidades.

O estudo terá caráter essencialmente quantitativo, com ênfase na observação e estudo documental, ao mesmo tempo em que será necessário o cruzamento dos levantamentos com toda a pesquisa bibliográfica já feita.

¹ Foram utilizados os óbitos causados pela Covid-19 disponibilizados pelas fontes oficiais considerando desde primeiras mortes registradas até as últimas informações lançadas no dia da coleta de dados (18/07/2020).

2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE SOB A ÓTICA DA EQUIDADE

Nos últimos anos muito tem se discutido sobre o direito fundamental à saúde e a (in) capacidade do Estado em garantir o mínimo existencial ao ser humano. Com a chegada da pandemia – provocada pela SARS-CoV-2 – dizimando milhares de vidas pelos continentes, o tema ganhou maior visibilidade, especialmente sobre a ótica política e jurídica. Nesse contexto, o presente item se propõe explorar o direito à saúde do ponto de vista da equidade.

Inicialmente, deve-se partir da premissa que a saúde é uma condicionante basilar para o ser humano ter uma vida boa. O direito do ser humano à saúde implica no direito da pessoa de viver – melhor seria dizer, sobreviver – em condições que lhe garanta exercitar suas potencialidades, dando curso às ações necessárias para o cumprimento de seu plano de vida. (BRITO FILHO, LAMARÃO NETO, DAOU, 2020, p.95)

Sen e Kliksberg (2010, p. 76) afirmam que “a saúde está entre as mais importantes condições da vida humana e é um constituinte criticamente significativo das capacidades humanas que temos razões para valorizar.” Em outro estudo, Sen (2010, p.32) esclarece que “capacidades” se refere à liberdade do indivíduo de levar o tipo de vida que valoriza.

Da definição já se depreende a forte relação entre saúde e vida. Isso ocorre por que a existência do primeiro influencia consideravelmente, na duração e qualidade do segundo, motivo pelo qual, antes de se explorar a saúde, algumas linhas gerais sobre o direito à vida se fazem necessária.

Em primeiro lugar, não é demais destacar que à vida, além de um direito fundamental, também constitui um pressuposto essencial à dignidade da pessoa humana. Com razão, Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2019, p.657) sustentam que “a dignidade atribuída ao ser humano é essencialmente da pessoa humana viva.” Os doutrinadores citados defendem que o direito à vida é uma pré-condição da própria dignidade da pessoa humana, um verdadeiro “direito a ter direitos”.

Em segundo lugar, a dignidade da pessoa humana é um fundamento da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988, Art. 1º, III) e, embora exista a saudável discussão jus filosófica sobre o conteúdo da dignidade, prefere-se tomar como norte para o estudo a concepção kantiana, a qual nos comentários de Barroso (2016, p. 72) traduz a ideia de que “todo homem é um fim em si mesmo, e não deve ser instrumentalizado por projetos alheio.”

Diante do exposto, vê-se com clareza a atenção diferenciada que se deve dar ao direito à vida, vez que se trata de uma verdadeira viga-mestra para a existência e exercício dos demais direitos. Em atenção à relevância, o legislador constitucional de 1988 tratou a vida

como um direito inviolável (BRASIL, 1988, Art.5º, *caput*). O enunciado deve ser compreendido no sentido amplo, isto é, desde um dever assecuratório do Estado até como um guia básico das condutas humanas.

A segunda premissa decorre de uma ligação muito íntima entre a inviolabilidade da vida como direito à saúde. Não se pode negar o fato de que o respeito à vida exige a garantia do direito à saúde. Infere-se, portanto, que assegurar a saúde do ser humano é uma condição indispensável à existência de uma vida digna.

A esse respeito, Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2019, p. 656) realizam um interessante apontamento lógico ao afirmarem que é no âmbito do direito à saúde que se percebe, de forma mais clara, a vinculação entre o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana. Sob esse prisma, nota-se a dimensão valorativa atribuída à saúde, vez que da rápida digressão feita, pode-se concluir que o respeito à dignidade depende, de sobremaneira, do direito à saúde.

Destacada a posição da saúde, passa-se a terceira premissa, o eixo normativo. O direito à saúde foi compilado no art. 6º da Constituição Federal, no rol de direitos sociais (BRASIL, 1988, Art. 6º). Todavia, não restam dúvidas que se trata de um direito fundamental, como bem é classificado no *caput* do Art. 2º da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990, Art. 2º).

Ao abordar especialmente do assunto, a Carta Magna estabelece a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado, garantindo 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 sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, Art. 196).

Da redação do dispositivo, deve-se ter atenção às características atribuídas ao direito para observar a forma, ao menos normativa, que a saúde deve ser tratada pelos poderes constituídos. Primeiramente, por ser um direito de todos, obviamente a norma veda qualquer tratamento discriminatório aos seus titulares. Demais disso, também impõe ao Estado a obrigação de assegurar o direito à saúde por meio de ações que diminuam os fatores que inviabilizem a sua concretização, como por exemplo, enfermidades.

A norma consagrou a universalidade e a igualdade no acesso à saúde como forma de garantir, *a priori*, a tutela do direito fundamental. Em outras palavras, é dever do poder público assegurar a toda a população, sem distinções e de maneira igualitária, o acesso às ações e serviços de saúde. Na ocasião política, também foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988, Art. 198). Nos comentários de Silva e Silva (2018, p. 322):

A criação do SUS trouxe propostas inovadoras e ousadas no âmbito da saúde e agregou alguns desafios, principalmente por defender o cuidado equânime, com ações descentralizadas, garantindo a participação direta da sociedade. A atenção à saúde no SUS deve operar com respostas coerentes à situação de saúde dos cidadãos e às suas necessidades específicas.

A abordagem do direito à saúde no ordenamento jurídico pátrio, com base nas normas até aqui elencadas, tem como finalidade atingir certa equidade na saúde. No entanto, precisa-se saber de qual equidade se está falando. Para elucidar a questão, toma-se como referência o conceito multidimensional de equidade na saúde elaborado por Sen e Kliksberg (2010). Os autores defendem uma definição abrangente que inclui questões de realização de saúde, capacidade de realizar, justiça processual e, sobretudo, justiça social.

Antes de tratar do conceito de equidade, deve-se ter como ponto de partida as premissas acima gizadas, sinteticamente; (i) a vida boa depende de saúde; (ii) o respeito à saúde é uma condicionante à dignidade da pessoa humana (iii) é dever do Estado tutelar o direito fundamental.

Não há dúvidas que uma vida saudável, duradoura sem sofrimentos e mortes evitáveis é o que se aproxima mais da noção de equidade na saúde. Afinal de contas, ninguém consegue fazer muito quando acometido de uma doença grave, muito menos se pode dizer que o indivíduo conseguiu realizar tudo que queria enquanto vivo, quando assolado por morte extemporânea.

A par disso, verifica-se que para avaliar a equidade na saúde se faz necessário considerar outras variáveis além da realização do direito fundamental. Isso porque, diversos fatores influenciam a equidade, como por exemplo, o arranjo político (justiça social e processual), os fatores externos (como ambiente epidemiológico) e até escolhas individuais (como fumar). Essas perspectivas estão entrelaçadas, de modo que uma pode depreciar a outra, provocando um resultado negativo e, às vezes, uma avaliação míope de equidade.

Nesse sentido, insta esclarecer a distinção entre capacidade de obter boa saúde e a sua efetiva realização. A primeira pressupõe uma situação em que a saúde pode ou não ser praticada (escolhas pessoais), enquanto a segunda exige condições necessárias (serviços públicos) à sua realização. Logo, é nesta última que se deve avaliar a equidade (SEN e KLIKSBURG, 2010, p. 77).

Levando à temática do trabalho, tome-se como exemplo ilustrativo a COVID-19 que ataca, primordialmente, o sistema respiratório, tornando imprescindível, em alguns casos, a utilização de respiradores pulmonares em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (doravante, UTI).

Ao lado, é cediço que as medidas de prevenção e proteção ao contágio do vírus consistem em distanciamento social, higienização constante das mãos com álcool em gel e o uso de máscaras de proteção. Para este caso, parte-se do princípio que todos possuem situações econômicas semelhantes, isto é, todos dependem do sistema público de saúde.

Agora imagine que numa determinada cidade um indivíduo não toma nenhuma dessas medidas de prevenção por escolha pessoal e acaba contraindo o vírus. Pior, disseminando para 20 (vinte) pessoas. Nos dias seguintes, o negligente transmissor ocupa um leito de UTI. Após uma semana, 5 (cinco) pessoas – entre aquelas contagiadas – também precisaram de leitos e, como contraíram o vírus depois, se depararam com a indisponibilidade de UTI. Por falta de leitos, as 5 (cinco) pessoas morrem prematuramente.

O caso hipotético serve para demonstrar o quanto uma escolha pessoal pode influenciar, negativamente, a equidade na saúde. É certo que podem existir outras variáveis, como comorbidades dos que faleceram, a má-gestão dos recursos públicos que inviabilizaram a disponibilidade de 5 (cinco) leitos de UTI, entre outras.

Desconsiderando essas variáveis, poder-se-ia sustentar que o poder público – entenda-se em *lato sensu* – deveria ter assegurado para todos os seus o acesso universal e igualitário à saúde conforme prevê a Constituição Brasileira? Se o direito fundamental à saúde for levado a sério como previsto, a resposta é sim. Como condicionante da dignidade da pessoa humana, a tutela da saúde não deveria se curvar à reserva do possível. Entretanto, também inadequado seria desconsiderar o fato de que garantir o direito envolve desde a quantidade de recursos necessários até os critérios de distribuição e aplicação da verba. Logo, o questionamento é levado à lente da justiça social, a quarta premissa.

Sen e Kliksberg (2010, p. 75) argumentam que para ter aceitabilidade, a base teórica de justiça deve valorizar a igualdade em algum espaço. No entanto, os autores advertem que não se deve tratar igualdade como ideia abstrata, pois a abordagem genérica não oferece resposta aos problemas. Com efeito, no exemplo ilustrativo alhures, busca-se a universalidade e a igualdade no acesso à saúde como valor de justiça. Porém, uma noção adequada de equidade não pode ser tratada como sinônimo de igualdade é uma proposição restritiva e pode promover injustiças.

Isso ocorre por que a igualdade pode ser interpretada sob vários prismas. No caso em análise, poderia se falar em igualdade no acesso à saúde como resultado. A abordagem permite afirmar que, negando o leito UTI ao negligente transmissor, todos seriam tratados de forma simétrica. Esse mecanismo processual elimina a desigualdade, contudo é, manifestamente, discriminatório e não melhora a saúde como um todo.

Outra proposta de igualdade pode ser defendida na hipótese de, ao invés de gastar com um único leito, o recurso deveria ser dividido simetricamente para reduzir o sofrimento dos seis contagiados pelo vírus – com medicamentos, por exemplo – e de alguma forma dilatar o tempo de todos. Entretanto, o arranjo não traduz, adequadamente, a equidade.²

Adeptos da corrente Rawlsiana de justiça, Sen e Kliksberg (2010, p.75) defendem que as pessoas merecem consideração como pessoa em si, portanto, jamais seria legítima proposta utilitária de maximizar a soma total, agindo com indiferença com o sofrimento de alguns. Pior ainda, seria violar a equidade por um mecanismo processual que busca igualdade. Embora se busque a igualdade como valor à equidade, deve-se tomar cuidado para não instrumentalizar alguns por “negociações políticas nem ao cálculo dos interesses sociais”, como adverte Rawls (2008, p.4).

Portanto, quando se fala em equidade na saúde, é peremptório enaltecer o elo indissociável com o princípio da dignidade da pessoa humana. O princípio deve ser entendido com base na concepção kantiana de que as pessoas devem ser tratadas como um fim em si mesmo, não podendo admitir-se a sua instrumentalização para projetos alheios.

Assim, afigura-se correta a proposta metodológica de conceito multidimensional de equidade na saúde, engendrado por Sen e Kliksberg (2010, p.90). A abordagem parece ser a mais adequada para trabalhar o tema na presente pesquisa. Para os autores, equidade na saúde deve considerar capacidade e realização da saúde, agregada a justiça processual (não discriminação) integrando questões mais amplas de justiça social e equidade como um todo, isto envolve desde a gestão de recursos até os arranjos sociais.

Cotejando o eixo normativo e o referencial teórico, pode-se concluir que equidade na saúde deve ser aquilatada no caso concreto considerando às mínimas três variáveis; (i) arranjo político justo; (ii) fatores externos e (iii) escolhas individuais. Para avaliação da equidade, propõe-se utilizar a letalidade do coronavírus como indicador, o qual será explorado no item seguinte.

3 A LETALIDADE DA COVID-19 NO PARÁ COMO INDICATIVO DE EQUIDADE

Como demonstrado no item anterior, à vida saudável constitui um pressuposto à dignidade da pessoa humana. Verificou-se, ainda, que a inviolabilidade à vida exige o adequado respeito ao direito à saúde, visto que uma vida longa, sem sofrimentos e mortes

² Exercício semelhante é feito por Sen e Kliksberg (2010, p.79).

evitáveis é uma aspiração que se aproxima da noção de equidade. Neste item, pretende-se examinar a letalidade provocada pela Covid-19 de equidade na saúde no Estado do Pará.

Como dados, utilizou-se as informações coletadas no portal de monitoramento do Ministério da Saúde, boletins informativos da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará, *site* do Painel da Covid-19, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o portal de notícias do Senado Federal e no núcleo de inteligência social do Instituto Votorantim.³

Antes de observar os números, algumas considerações sobre o vírus são necessárias. Em linhas gerais, a Covid-19 é uma doença que rapidamente se disseminou no mundo por possuir alto grau de transmissibilidade, seja pelo ar ou por superfícies de objetos. Segundo, as pessoas contagiadas pelo vírus podem apresentar um quadro clínico que varia entre infecções assintomáticas até problemas respiratórios graves.

Estudiosos estimam que cerca de 80% (oitenta por cento) dos pacientes podem ser assintomáticos, aproximadamente 20% (vinte por cento) dos casos precisam de atendimento, entre os quais, em torno de 5% (cinco por cento) podem precisar de leitos de UTI com aparelho respiratório (BRASIL, 2020).

Outra questão preliminar diz respeito o registro de mortes como indicador de equidade. É bem verdade que quantidade de óbitos e suas causas são dados demográficos de um determinado território. Entretanto, não se pode ignorar que tais números recebem influências econômicas, sociais e políticas. Portanto, justificam-se o uso dos registros de óbitos causados pela Covid-19 como referências importantes para análise da equidade na saúde. O benefício para pesquisa com base nesses dados é reconhecido por Sen e Kliksberg (2010, p. 126), *verbis*:

A informação sobre a mortalidade tem 1) uma importância intrínseca (porque uma vida longa é valorizada em si mesma), 2) significado capacitador (pois, estar vivo é uma condição necessária para nossas capacidades) e 3) relevância associativa (já que outras realizações valiosas relacionam-se – negativamente – às taxas de mortalidade).

Com efeito, Amartya Sen e Bernardo Kliksberg (2010) realizaram um profícuo ensaio demonstrando que os números de óbitos podem servir como indicador de desenvolvimento econômico. Para Sen e Kliksberg (2010, p. 126), os dados sobre a mortalidade “não são apenas ricos em termos de informação, eles podem mudar com velocidade suficiente para propiciar orientação em uma situação econômica e social que se altera rapidamente”.

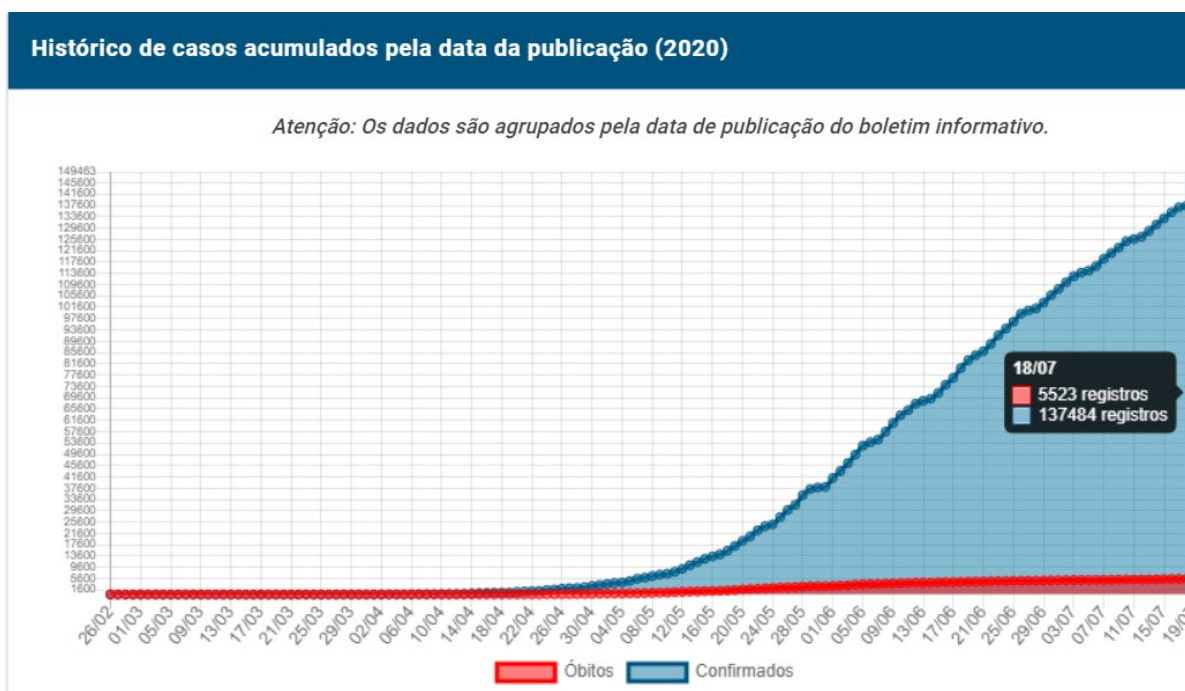
³ Todas as informações foram extraídas no dia 18.07.2020, entre 15:00 e 16:00.

É o que se observa no caso da Covid-19, as informações sobre os óbitos causados pelo vírus mudam diariamente e em alta velocidade. Além disso, tornou-se uma variável significativa, seja pela atenção destacada na grande mídia, seja pelo interesse do cidadão. Entretanto, o presente estudo se limitará a trabalhar com a letalidade do vírus, isto, é a taxa calculada com base nas mortes e casos confirmados. Parte-se do princípio que o percentual de fatalidade do vírus é uma informação pertinente para analisar a equidade na saúde sob diversos aspectos.

Feitos tais apontamentos, passa-se a observar, primeiramente, os registros de óbitos no Pará em decorrência da COVID-19, dados fornecidos pelo portal da SESPA até a data de coleta de dados, 18.07.2020. De acordo com o boletim informativo do respectivo dia, o Estado registrou 5.523 óbitos causados pelas complicações do coronavírus e 137.484 casos confirmados (PARÁ, 2020).

O histórico, mostrado no gráfico a seguir, demonstra a evolução dos casos confirmados e a mortalidade.

Gráfico 1 – Óbitos e casos confirmados de COVID-19 no Pará



Fonte: Pará (2020).

Nota: Histórico de casos acumulados pela data de publicação, até 18/07/2020.

A primeira análise diz respeito à letalidade do vírus na unidade federativa. De acordo com Souza et al (2020), a taxa de letalidade é definida como “a proporção de óbitos por determinada doença em relação ao número total de doentes”, podendo ser calculada da seguinte forma:

$$\text{Taxa de Letalidade} = \frac{\text{Número de óbitos por COVID-19}}{\text{Número de casos confirmados}} \times 100$$

Considerando o número de casos identificados no Pará como referencial e entre eles, o número oficial de óbitos, apresenta-se o seguinte cálculo a fim de apurar a taxa de letalidade (TL) do vírus no Estado até a coleta de dados, 18.07.2020.

$$\begin{aligned} \text{Taxa de Letalidade} \\ \text{Estado do Pará} &= \frac{5.523}{137.484} \times 100 \\ \text{Taxa de Letalidade} \\ \text{Estado do Pará} &= 4,02\% \end{aligned}$$

Fonte: Pará, 2020.

Nota: Conta realizada pelos autores.

Conforme o cálculo acima, a Covid-19 apresenta uma taxa de letalidade no Pará de 4,02%. Em síntese, isto significa que o referido percentual das pessoas que contraíram o vírus não resistiu e morreu. As causas dos óbitos podem variar e sofrer diversas influências como, por exemplo, a existência de comorbidades e a falta de acesso à saúde. Todavia, o presente estudo se preocupa com as mortes decorrentes do fracasso do poder público em atender o cidadão paraense de forma igualitária e universal.

Para aprimorar o exame dos dados se calculou o número de óbitos evitáveis. Trata-se de um exercício estimativo na análise comparativa, onde se toma por base a diferença da Taxa de Letalidade (TL) entre as Unidades Federativas (UF) e o Pará, sendo que o resultado desta operação, ainda em percentual, é levado à quantidade de casos confirmados no Estado até a data da coleta, isto é, 137.484 paraenses testaram positivo para Covid-19 até 18, jul. 2020. Assim, tem-se a seguinte equação:

$$\text{Mortes Evitáveis} = (TL_{UF} - TL_{PARÁ}) \times \text{Casos confirmados no Pará}$$

Fonte: os autores

O quadro a seguir, foi elaborado na intenção de mensurar a quantidade de mortes, possivelmente, evitáveis no Pará com base na equação acima. Assim, tomou-se como base a diferença do percentual de letalidade entre as unidades federativas em análise para, após, calcular em números reais quantos paraenses poderiam sobreviver ao vírus, se vivessem em outras localidades (Tabela 1).

Tabela 1. Letalidade e mortes evitáveis de COVID-19 no Pará, em comparação com as demais unidades da federação no Brasil

Sigla	Letalidade	Pará	Diferença	Mortes Evitáveis
DF	1,33	4,02	-2,69	-3.698
GO	2,68	4,02	-1,34	-1.842
MT	4	4,02	-0,02	-27
MS	1,35	4,02	-2,67	-3.671
Centro-Oeste	2,16	4,02	-1,86	-2.557
CE	4,88	4,02	0,86	1.182
BA	2,35	4,02	-1,67	-2.296
MA	2,52	4,02	-1,5	-2.062
PE	7,55	4,02	3,53	4.853
PB	2,21	4,02	-1,81	-2.488
AL	2,79	4,02	-1,23	-1.691
RN	3,63	4,02	-0,39	-536
SE	2,58	4,02	-1,44	-1.980
PI	2,8	4,02	-1,22	-1.677
Nordeste	3,64	4,02	-0,38	-522
PA	4,02	4,02	0	-
AM	3,46	4,02	-0,56	-770
AP	1,5	4,02	-2,52	-3.465
RO	2,36	4,02	-1,66	-2.282
RR	1,68	4,02	-2,34	-3.217
TO	1,65	4,02	-2,37	-3.258
AC	2,66	4,02	-1,36	-1.870
Norte	3,14	4,02	-0,88	-1.210
SP	4,77	4,02	0,75	1.031
RJ	8,81	4,02	4,79	6.585
MG	2,13	4,02	-1,89	-2.598
ES	3,14	4,02	-0,88	-1.210
Sudeste	5,03	4,02	1,01	1.389
PR	2,44	4,02	-1,58	-2.172
SC	1,26	4,02	-2,76	-3.795
RS	2,66	4,02	-1,36	-1.870
Sul	2,1	4,02	-1,92	-2.640
BRASIL	3,8	4,02	-0,22	-302

Fonte: Stephanou (2020) ⁴

⁴ Dados referentes à 18/07/2020. Em destaque de cor vermelha, os Estados e Regiões que não apresentaram percentual negativo.

Da análise dos resultados, percebe-se que, em termos de letalidade da COVID-19, o Pará só fica atrás de quatro Estados na seguinte ordem; Rio de Janeiro (8,81%); Pernambuco (7,55%); Ceará (4,88%) e São Paulo (4,77%). Logo, com base nos dados coletados, pode-se dizer que das 27 unidades federativas examinadas, o Pará é a 5ª onde vírus é mais letal, ficando acima até da média nacional de 3,8%.

Sob outro ângulo, o Norte é a terceira região onde o vírus é mais fatal (3,14%), a classificação se dá em decorrência do impulso provocado pelos avassaladores números do Pará. A propósito, em termos regionais, o Norte (3,14%) só perde para o Nordeste (3,64%) e para o Sudeste (5,03%). Importante consignar que ambas as regiões contam com no mínimo dois Estados (CE e PE; SP e RJ) para impulsionar o *ranking* de letalidade, enquanto o Norte é capitaneado, isoladamente, pela alta taxa de uma única unidade federativa, o Pará (4,02%).

O número de mortes evitáveis revela que os paraenses possuem maior chance de sobreviver ao vírus quando são colocados em realidades pandêmicas experimentadas por outras unidades federativas, com exceção dos quatro Estados mencionados. É preciso reconhecer que o coeficiente de letalidade do vírus não poderia ser igual em todas as localidades, porém, a intensa desproporção evidenciada na Tabela 1 indica, em linhas gerais, a incapacidade de o poder público lidar com o problema e, neste particular, exterioriza-se com nitidez a violação à equidade na saúde.

É claro, algumas ressalvas são necessárias. O número de mortes evitáveis, por ser uma estimativa, não permite concluir que o exato quantitativo de vidas – dependendo da comparação – seria salvo se o indivíduo estivesse em outra unidade ou região. É honesto deixar claro que, mesmo com acesso à saúde de forma universal e igualitária, algumas pessoas contidas no quadro de mortes evitáveis faleceriam. Isso porque as mortes causadas pelo vírus não são influenciadas só pelo acesso à saúde, outros fatores precisam ser considerados, como por exemplo, as comorbidades, faixa etária, escolhas pessoais, entre outros.

Entretanto, de forma geral, a notável assimetria exposta na análise comparativa de taxa de letalidade e mortes evitáveis – Tabela 1 – não pode ser ignorada. Os resultados servem como indicativo de falha do poder público, quer seja na elaboração e execução de políticas públicas tempestivas, como, por exemplo, distanciamento/isolamento social, imposição e fiscalização de medidas sanitárias, quer seja na garantia do direito à saúde (isto envolve desde do atendimento básico com o exame do vírus até disponibilidade de respiradores em leitos de UTI).

Analisando sob o prisma interno, tome-se como base os quatro Municípios paraenses onde o vírus se mostrou mais letal até a coleta de dados (18, jul. 2020), de acordo com o seguinte quadro.

Tabela 2. Os quatro Municípios do Pará com maior taxa de letalidade provocada pela COVID-19

Município	Confirmados	Óbitos	Letalidade
São João do Araguaia	21	3	14,29%
Maracanã	108	15	13,89%
São João da Ponta	27	3	11,11%
Colares	74	8	10,81%

Fonte: Pará, 2020. Quadro elaborado pelos autores

Nota: Dados referentes à 18/07/2020.

Os números se distanciam muito do coeficiente geral de letalidade do vírus no Estado (4,02%). No mínimo se pode dizer que, mesmo considerando outras influências, a acentuada discrepância revela que a saúde pública não é igualitária e universal para alguns municípios. Com efeito, tomando como referência os dados explanados na Tabela 2, constata-se que o vírus é demasiadamente fatal em alguns Municípios. Como já explicado, a letalidade pode ser afetada por outras variáveis, porém, não se pode desconsiderar a patente iniquidade na saúde.

Observando sob a lente econômica, tome-se como exemplo que a União destinou recursos para Estados e Municípios através do Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus, através da Lei Complementar nº 173/2020. De acordo com o portal do Senado Federal, R\$ 865.079.744,47 (oitocentos e sessenta e cinco milhões setenta e nove mil setecentos e quarenta e quarto reais e quarenta e sete centavos) foram partilhados entre os Municípios paraenses. O Art. 5º da referida Lei determina que o critério para rateio dos recursos deve ter com base os dados populacionais mais recentes publicados pelo IBGE de cada Município (BRASIL, 2020).

Tabela 3. População do Pará e dos Municípios mais afetados pelo vírus

População do Pará	8.602.865	100%
São João do Araguaia	13.966	0,16%
Maracanã	29.473	0,34%
São João da Ponta	6.139	0,07%
Colares	12.085	0,14%

Fonte: IBGE, 2019. Quadro elaborado pelos autores.

Nota: Dados referentes à estimativa de 2019.

Desse modo, com base nos dados populacionais da última estimativa feita pelo IBGE, houve um repasse de recursos direcionados, por parte da União Federal, aos Municípios com maiores percentuais de letalidade, para o enfrentamento da pandemia, conforme demonstra a tabela abaixo:

Tabela 4. Repasse da União aos Municípios mais afetados pelo vírus

Repasse da União	R\$ 865.079.744,47	100%
São João do Araguaia	R\$ 1.407.398,13	0,16%
Maracanã	R\$ 2.963.721,42	0,34%
São João da Ponta	R\$ 617.320,46	0,07%
Colares	R\$ 1.215.233,38	0,14%

Fonte: Brasil, 2020. Quadro elaborado pelos autores

Observe-se que o critério de distribuição dos recursos foi com norteadas por uma igualdade meramente formal, sem considerar a realidade pandêmica experimentada em cada local. Como apontado no item 2, esse arranjo político viola a equidade, pois, trata as pessoas com igual consideração de olhos vendados, utilizando-se de um método que despreza as diferenças e necessidades individuais e regionais.

De outra parte, é de se perceber que mesmo diante do esforço empenhado para combater a pandemia da COVID-19, o critério adotado para alocar verbas destinadas ao enfrentamento do vírus acaba promovendo iniquidades à saúde.

A violação à equidade na saúde ganha contornos na perspectiva econômica, especialmente quando se verifica que os Municípios com maiores índices de letalidade receberam o igual tratamento de outros com menor taxa.

Por último, ainda sobre os quatro Municípios em análise, cumpre avaliar a estrutura da saúde pública ofertada em cada localidade para dimensionar o quanto este fator pode influenciar na letalidade do coronavírus. É uma observação pertinente, pois, como foi preambularmente exposto, entre as peculiaridades da COVID-19, encontra-se a estimativa de 20% das pessoas contagiadas precisarem de atendimento médico, dentre as quais aproximadamente 5% podem depender de UTI com aparelho respiratório.

Portanto, no caso sob exame, de acordo com o Instituto Votorantim encontram-se na seguinte realidade.

Tabela 5. Estrutura da saúde dos Municípios mais afetados pela COVID-19 no Pará

Município	Proporção da população que depende do SUS	Leitos Hospitalares na Microrregião por 10 mil hab	Leitos de UTI na Microrregião por 100 mil hab	Ventilador e Respirador na Microrregião por 100 mil hab
São João do Araguaia	99,49%	11,86	5,99	21,86
Maracanã	99,72%	7,58	0	2,58
São João da Ponta	99,74%	7,58	0	2,58
Colares	99,63%	7,58	0	2,58

Fonte: Instituto Votorantim, 2020.

Nota: Dados referentes à 18/07/2020. Quadro elaborado pelos autores

Os números demonstram a intensa relação entre o alto nível de letalidade provocada pela COVID-19 e a falta de estrutura básica de atendimento às necessidades de saúde mais previsíveis provocadas pelo vírus. Deve-se sublinhar que a ausência de atendimento tempestivo é determinante à sobrevivência do indivíduo. *In casu*, percebe-se a situação de elevado risco que os munícipes estão submetidos. Logo, identifica-se a violação à equidade na saúde sob a ótica estrutural.

Em virtude do exposto, resta evidenciado que a taxa de letalidade pode servir como um bom indicador para avaliar a equidade na saúde. No entanto, é importante consignar que a informação deve ser conjugada com outros fatores que influenciam os números para uma abordagem mais adequada. O curto espaço não permite esgotar o assunto, todavia serve para apontar que, no caso do Pará, existem flagrantes violações à equidade na saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia sem precedentes provocada pela Covid-19 levou a lume as falhas do poder público em assegurar ao indivíduo o direito fundamental à saúde. Embora o texto constitucional preveja a obrigação do Estado assegurar o acesso universal e igualitário à saúde, ainda se percebe clareza a grande distância entre a letra da Lei e a realidade experimentada por alguns, especialmente no cenário da Covid-19.

O presente trabalho se dedicou estudar a saúde sob a ótica da equidade se utilizando da taxa de letalidade do coronavírus para nortear algumas considerações necessárias sobre as falhas do poder público em garantir o direito fundamental a todos. Alguns recortes metodológicos foram realizados, o tema é extenso e pode ser analisado de diversos pontos de

vista. Por essa razão, preferiu-se avaliar comparativamente as unidades federativas e, em seguida, de forma mais específica, os quatro Municípios mais afetados no Estado do Pará.

Os resultados evidenciaram que a letalidade serve de bom indicador para avaliar a equidade na saúde, porém, faz-se necessário a conjugação do percentual com outros fatores. No caso do Pará, se revelou a discrepância entre as demais unidades federativas, o que implica concluir, a princípio, na flagrante desigualdade regional que assola os paraenses promovendo iniquidades.

O coronavírus serviu para demonstrar que a saúde pública universal e igualitária, embora compilada na Constituição e amplamente admitida como direito humano fundamental, é um bem ao alcance somente de alguns, o que implica dizer que outros acabam tornando-se instrumento de projetos alheios.

Pode-se dizer que a iniquidade se torna mais evidente no momento em que outros valores são utilizados como justificativa para negar o direito fundamental à saúde. Para as políticas públicas, a saúde deve ser tratada como ponto de partida à concretização e não como um ponto de chegada representada em números que só representam a maioria. A propósito, boa parte dos dados trabalhados nesta pesquisa, são vidas que deveriam ser invioláveis, mas, por falta de equidade na saúde, foram interrompidas extemporaneamente.

A alta taxa de letalidade de quatro Municípios paraenses direcionou o estudo para uma análise mais detalhada do problema. Nela, constatou-se que o vírus é, no mínimo, duas vezes mais fatal aos munícipes que dependem quase que exclusivamente do SUS. Não obstante a isso, o critério de distribuição dos recursos destinados ao enfrentamento da Covid-19 socorre somente a estimativa de habitantes, isto é, desconsideram a realidade vivida nas demais regiões, bem como, as necessidades estruturais de cada localidade.

A equidade na saúde não pode ignorar as diferenças e necessidades individuais. O conceito adotado deve levar em consideração, antes de tudo, um arranjo político justo. No caso do Pará, pode-se concluir que existem violações à equidade na saúde no Estado, as quais podem decorrer de outras variáveis não abordadas no presente trabalho. Contudo, resta evidenciado que o uso da letalidade no estudo da equidade pode servir como bom guia para análise.

REFERÊNCIAS

BARROSO. Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Complementar nº 173 de 2020**. Brasília, DF. 27 de maio de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp173.htm. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.080 de 1990**. Brasília, DF. 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em 18 de jul.2020.

BRASIL. Senado Feral. **Veja quanto cada município receberá no Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/04/veja-quanto-cada-estado-e-municipio-recebera-no-programa-federativo-de-enfrentamento-ao-coronavirus> Acesso em: 18 jul. 2020.

BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de; LAMARÃO NETO, Homero; DAOU, Heloisa Sami. **Justiça liberal e direito à saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional do Brasil em 2019**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>. Acesso em: 15 jul. 2020.

PARÁ. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Histórico de casos acumulados de COVID-29**. Belém: SESPA, 2020. Disponível em: <https://www.covid-19.pa.gov.br/#/>. Acesso em: 18 jul. 2020.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Piseta e de Lenita Maria Rímoli Esteves. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes. 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. 8ª ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar**. A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Paulo Henrique Tavares da; SILVA, Suely Coelho Tavares da. **Judicialização da saúde no Brasil: um diálogo a partir da metódica estruturante de Friedrich Müller.** Revista Culturas Jurídicas, Vol. 5, Núm. 10, jan./abr., 2018. Disponível em: <http://www.culturasjuridicas.uff.br/index.php/rcj/article/view/342>. Acesso em 25 de jul. 2020.

STEPHANOU, Giscard. **Painel de COVID-19: Estatísticas do Coronavírus. 2020.** Disponível em: <http://www.giscard.com.br/coronavirus/index.php>. Acesso em: 19 Abr. 2020.

SOUZA, Carlos Dornels Freire de et al. **Evolução espaço temporal da letalidade por COVID-19 no Brasil, 2020.** Jornal brasileiro de pneumologia. São Paulo, v. 46, n. 4, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132020000401001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

VOTORANTIN, Instituto. **Índice de Vulnerabilidade Municipal – COVID-19.** Disponível em: <http://institutovotorantim.org.br/municipioscontraocorona/ivm/>. Acesso em: