

I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

SÉBASTIEN KIWONGHI BIZAWU

VALTER MOURA DO CARMO

JULIA MAURMANN XIMENES

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 Napolini - 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 – Santa Catarina

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)

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 II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Valter Moura do Carmo; Julia Maurmann Ximenes; Sébastien Kiwonghi Bizawu – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-047-3

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, cidades e crise

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. I Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

O ano de 2020 tem sido um marco na utilização de tecnologias da comunicação e informação. Neste sentido, o Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito – CONPEDI adaptou o formato de seu evento presencial no meio do ano para o primeiro Evento Virtual do CONPEDI. Os painéis e grupos de trabalhos foram transmitidos pela plataforma virtual, com participação de alunos e professores do Brasil e do exterior.

No Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas II, a apresentação e debates dos trabalhos ocorreu tranquilamente no dia 29 de julho, sob a coordenação dos professores Julia Maurmann Ximenes, Valter Moura do Carmo e Sébastien Kiwonghi Bizawu.

A problemática recorrente foi a pandemia e os impactos na efetivação dos direitos sociais, assim com o papel do campo jurídico na proteção dos cidadãos mais vulneráveis no momento de incerteza que vivemos.

Na linha de proteção dos vulneráveis, pesquisas sobre Bolsa Família, políticas habitacionais, Benefício de Prestação Continuada ações afirmativas, desigualdade racial, saúde mental e catadores de resíduos sólidos foram apresentadas e discutidas.

Assim, os “invisíveis”, ou seja, cidadãos que não tem voz e que precisam de uma proteção mais assertiva do Estado foram apresentados por intermédio de pesquisas que buscam diferentes estratégias de transformação social.

O desafio do primeiro evento virtual foi alcançado com êxito e vamos continuar pesquisando!

Boa leitura!

#continuepesquisando

Profa Dra Julia Maurmann Ximenes - Escola Nacional de Administração Pública (Enap)

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – Universidade de Marília (UNIMAR)

Prof. Dr. Sébastien Kiwonghi Bizawu - Escola Superior Dom Helder Câmara (ESDH)

Os artigos do Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas II apresentados no I 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 8.1 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.

O PAPEL DO ESTADO PARA ASSEGURAR O DIREITO À SAÚDE NOS TEMPOS DE PANDEMIA: CASO COVID-19 NO RIO DE JANEIRO

THE ROLE OF THE STATE TO ENSURE THE RIGHT TO HEALTH IN PANDEMIC TIMES: CASE COVID-19 IN RIO DE JANEIRO

Camila Rabelo de Matos Silva Arruda

Resumo

A presente pesquisa trouxe o papel do Estado no combate a pandemia causada pelo coronavírus. O Brasil tem um sistema universal e compartilhado de atendimento a saúde, o SUS, que neste momento integra todas as esferas da federação num objetivo comum que é a manutenção da vida do cidadão assegurando o direito a saúde para todos. Os impactos causados pela pandemia foram desde as questões econômicas até as questões sociais e de saúde. O desafio é grande para o combate a doença, mas o planejamento integrado possibilita o atendimento das necessidades imediatas e relevantes de todos.

Palavras-chave: Direito à saúde, Covid-19, Requisição administrativa

Abstract/Resumen/Résumé

This research brought the role of the State in combating the pandemic caused by the coronavirus. Brazil has a universal and shared health care system, SUS, which currently integrates all spheres of the federation in a common objective, which is the maintenance of citizens' lives, ensuring the right to health for all. The impacts caused by the pandemic ranged from economic issues to social and health issues. The challenge is great for fighting the disease, but integrated planning makes it possible to meet the immediate and relevant needs of everyone.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Covid-19, Administrative requisition

INTRODUÇÃO:

A epidemia do COVID 19 chegou ao Brasil e tornou necessária que todos os entes federativos tomassem medidas para combater o contágio descontrolado do vírus. Os primeiros registros da chegada do vírus no Brasil, surgiram durante o carnaval e vieram através de um brasileiro que estava em viagem na Itália, sendo a porta de entrada o Estado de São Paulo, no dia 25 de fevereiro de 2020. Logo que o vírus chegou ao Brasil, no a Organização Mundial de Saúde – OMS declarou o COVID- 19 como pandemia, no dia 11 de março de 2020, ou seja, o vírus foi disseminado mundialmente. Esse termo é utilizado frequentemente em referência a uma doença nova que se espalhou para dois ou mais continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

Experiências de países como China (primeiro país a ser atingido), Itália, Espanha e Estados Unidos fizeram com que o Brasil iniciasse medidas preventivas de contágio. O distanciamento social, o fechamento das escolas, do comércio, diminuição da circulação dos meios de transporte foram algumas das medidas tomadas pelo Estado do Rio de Janeiro para evitar o pico da doença a curto prazo. Os países atingidos pelo vírus antes do COVID chegar ao Brasil não conseguiram absorver todos os pacientes graves da doença e o número de óbitos foi crescendo em progressão geométrica.

A presente pesquisa pretende responder a seguinte pergunta: De que forma o Estado pode intervir nos tempos de epidemia de forma a assegurar os direitos sociais do cidadão? Para responder a essa pergunta a pesquisa pretende analisar de que forma o Estado do Rio de Janeiro pode intervir no particular para minimizar os impactos sociais. A fim de alcançar o objetivo geral foram elaborados os objetivos específicos, sendo eles: verificar os impactos causados pelo COVID 19 no cenário mundial; analisar a chegada do vírus no Brasil e as medidas preventivas; avaliar a questão compartilhada do SUS e a importância das medidas em conjunto e verificar as formas de intervenções estabelecidas no Estado do Rio de Janeiro para o combate e controle da epidemia. A metodologia aplicada na presente pesquisa foi a Revisão Bibliográfica em artigos científicos e literatura concernente a matéria.

1. O IMPACTO DO COVID 19 NO CENÁRIO MUNDIAL

Os primeiros casos de COVID 19 surgiram na cidade de Wuhan, na China no final de dezembro de 2019. Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na

República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. (Organização Panamericana de Saúde, 2020)

No início ainda não se conhecia o vírus e suas características, a única informação era a alta forma de contágio e o agravamento da doença para uma pneumonia que poderia levar o doente ao óbito. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus, os cientistas chineses mapearam o sequenciamento do vírus e descobriu que o contágio era mais intenso que outros vírus que causam influenza como o H1N1. Os coronavírus estão por toda parte, já existiam e eram o a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum.

Ao todo, sete coronavírus humanos já foram identificados porém somente o SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o, mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2). Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença COVID-19. (Organização Panamericana de Saúde, 2020)

A partir da descoberta do sequenciamento do SARS-COV-2 a OMS tem trabalhado com autoridades chinesas e especialistas dos países, desde o dia em que foi informada, para conhecer os impactos do vírus, como ele afeta as pessoas que estão doentes, como podem ser tratadas e o que os países podem fazer para responder. A grande questão é que o vírus, por ser novo, não tem vacina e não apresenta trabalhos de pesquisa de medicamentos para o tratamento da doença, impossibilitando a intervenção de meios médicos para a cura do paciente, o tratamento disponível trata os sintomas, o suporte respiratório até que o sistema imunológico do paciente reaja ao vírus e produza os anticorpos para combater a doença.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), é o órgão da OMS com escritório no Brasil, tem prestado apoio técnico aos países das Américas e recomendado manter o sistema de vigilância alerta, preparado para detectar, isolar e cuidar precocemente de pacientes infectados com o novo coronavírus.

A ausência de tratamento para o COVID -19 ligou o alerta das lideranças dos países que o distanciamento social seria a única forma de proteger a população do contágio, uma vez que muitas pessoas são assintomáticas, mas transmitem o vírus para as pessoas do entorno.

1.1. A Declaração de Pandemia da OMS e seus Impactos Globais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. (Organização Panamericana de Saúde, 2020)

A expansão do vírus deu-se rapidamente, por ser um período de férias, onde uma circulação grande de pessoas pelo mundo, a Itália foi o país fora do continente asiático que foi primeiramente afetado. Os primeiros registros do vírus na Itália foram no dia 19 de fevereiro de 2020.

Segundo a matéria publica pela revista Veja no dia 9 de março de 2020, intitulada “Como a Itália se tornou o segundo país mais afetado do mundo”, enfatizou o grande tráfego aéreo entre a China e a Itália, inclusive tendo sido feito um memorando de entendimento para o incremento do tráfego aéreo entre os dois países.

O grande número de casos de infecções pelo novo coronavírus na Itália pode ser explicado pelo intenso tráfego aéreo que o país mantém com a China. O país se tornou a nação europeia que mais recebe e envia voos para território chinês depois que um memorando de entendimento entre os dois países foi assinado em janeiro de 2020 para expandir o turismo. (VEJA, 2020)

O primeiro paciente da Itália foi na cidade de Codogno, no norte da Itália, e de acordo com o primeiro Ministro Italiano o hospital que atendeu o paciente não cumpriu o estabelecido no protocolo internacional para o tratamento da doença, esse primeiro paciente chegou a ter contato com diversas pessoas da família e da comunidade chegando a contaminar 13 pessoas. Embora a OMS já estivesse monitorando e informando globalmente os impactos causados pelo corona vírus, os governantes de cidades do norte da Itália, principalmente Milão e Veneza demoraram a dar respostas práticas ao combate ao contágio, tendo inclusive criado a campanha “Milão não para” no dia 27 de fevereiro, quando já haviam sido registradas 17 mortes, posteriormente, o Prefeito de Milão pediu desculpas pela atitude, que foi fatal para disseminação da doença dentro e fora do país (G1, 2020).

Outros países da Europa foram impactados pelo vírus, a Espanha, a França e a Inglaterra. Ao contrário da Itália, os demais países optaram por adotar a forma de distanciamento social como forma de prevenção da doença. Depois da Itália, a Espanha foi a país mais impactado. Autoridades e artistas famosos se engajaram na campanha do “Fiquem em casa”, de acordo com recomendações da OMS, as medidas de proteção são as mesmas utilizadas para prevenir

doenças respiratórias, como: em caso de febre, tosse e dificuldade de respirar, deve procurar atendimento médico assim que possível e compartilhar o histórico de viagens com o profissional de saúde; lavar as mãos com água e sabão ou com desinfetantes para mãos à base de álcool; ao tossir ou espirrar, cobrir a boca e o nariz com o cotovelo flexionado ou com um lenço – em seguida, jogar fora o lenço e higienizar as mãos. O protocolo foi alterado quando a transmissão passou a ser comunitária, onde o isolamento nos casos leves foi indicado e em casos de alterações respiratórias o paciente deve buscar atendimento emergencial.

A entrada do vírus no continente americano foi registrada inicialmente pelos no dia 26 de fevereiro nos Estados Unidos e no Brasil, a contaminação se deu em pessoas que estiveram na China ou na Itália.

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, essa declaração deu-se pela confirmação de casos em 3 continentes no mundo e que a contaminação se deu de forma disseminada em vários países.

Esse alerta de pandemia acendeu a luz amarela, alguns chefes de Estado subestimaram o poder de contaminação do vírus e demoraram a agir, essa inércia ocasionou sérios impactos na sociedade, o registro de óbitos crescendo em progressão geométrica, colapsando os sistemas de saúde de países desenvolvidos, sendo, inclusive insuficientes as vagas de sepultamento dos casos de óbitos, causando também um caos na ordem pública.

A experiência traumática desses países, fez com que a OMS orientasse os países a uma medida radical e impactante socialmente e economicamente, a adoção do distanciamento social horizontal, ou seja, a orientação é que todos ficassem em casa, desta forma evitando o alcance do pico da doença antes que os países estruturassem seus sistemas de saúde com a aquisição de insumos, testes de confirmação, respiradores para suporte dos pacientes graves e EPI's para os profissionais de saúde.

2. A CHEGADA DO VÍRUS NO BRASIL

A partir do cenário internacional, uma série de ações foram adotadas no Brasil, culminando com a ativação no dia 22 de janeiro de 2020 do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19), do Ministério da Saúde (MS) coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com o objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à possível emergência de saúde pública, buscando uma atuação coordenada no âmbito do SUS.(BRASIL, 2020)

No dia 6 de fevereiro de 2020, através da Lei nº 13979, dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 a nível nacional. A referida lei declara situação de emergência em saúde pública no Brasil, que não durará mais que o período declarado pela OMS. O artigo 3º da referida lei estabelece que caberá as autoridades a competência de estabelecer medidas de contenção da transmissão. (BRASIL, 2020)

A partir da implantação do Centro de Operações de Emergência em saúde, o Brasil passou a adotar a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, seguindo a mesma linha utilizada globalmente na preparação e resposta em todo o mundo. Deste modo, recomenda-se que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências, empresas tomem nota deste plano na elaboração de seus planos de contingência e medidas de resposta. Toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos vigentes. Este plano é composto por três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível é baseado na avaliação do risco do novo Coronavírus afetar o Brasil e seu impacto para a saúde pública. (BRASIL, 2020)

A primeira confirmação da entrada do COVID 19 no Brasil deu-se no dia 26 de fevereiro de 2020 e veio através de contaminação de brasileiro em viagem ao norte da Itália, em menos de uma semana já havia registros de contaminação comunitária do vírus, o que chamou a atenção das autoridades de saúde pública do país.

O Ministério da Saúde iniciou um monitoramento dos casos e o desenvolvimento de protocolos para profissionais de saúde e para a população em geral.

Após a declaração da pandemia da OMS, as autoridades estaduais reunidas com o Ministério do Saúde resolveram adotar as medidas de distanciamento horizontal, a fim de evitar o contágio dos grupos de risco (idosos e pacientes com doenças crônicas). No entanto, por ser um vírus desconhecido, ao longo do período de desenvolvimento da doença no país, verificou-se altos índices de contaminação de pacientes jovens e sem doenças preexistentes, apresentando quadros de agravamento, o que fez com que os governantes de Estados e Municípios estabelecessem medidas mais concretas para a manutenção do distanciamento horizontal.

A primeira morte por COVID 19 deu-se em São Paulo, em hospital particular de atendimento a idosos, no dia 17 de março de 2020, de acordo com o boletim acumulado do COVID-19 (BRASIL, 2020). Esse hospital, alcançou no dia 2 de abril metade das mortes ocorridas no Brasil.

A grande preocupação dos governos é a incapacidade do sistema de saúde público e privado de atender a toda a demanda gerada pela alta contaminação do vírus. Nenhum sistema

de saúde comportaria a demanda no pico desta doença, que embora no Brasil esteja com a letalidade em torno de 5%, a subnotificação é uma grande preocupação, como não existem testes para atender a todos, apenas os casos graves, que necessitam de isolamento hospitalar estão sendo testados, Os que tem sintomas leves ou os que são assintomáticos não são testados, porém transmitem o vírus.

Até 10 de abril de 2020 o Ministério da Saúde mantinha o nível da fase de mitigação, que segundo o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus - COVID-19. A fase de mitigação tem início a partir do registro de 100 casos positivos do novo coronavírus. A partir deste momento, não se realiza o teste de todos os casos, apenas de casos graves em UTI. (BRASIL, 2020)

Toda as ações e medidas devem ser adotadas para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos. Assim, medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento e quarentena domiciliar para os casos leves. Esse fortalecimento da atenção primária ao paciente deve ocorrer no nível local, com a adoção das medidas já estabelecidas nos protocolos de doenças respiratórias. Caso seja superada a capacidade de resposta hospitalar para atendimento dos casos graves, deve ser feita a adaptação e ampliação de leitos e áreas hospitalares e a contratação emergencial de leitos de UTI pode ser necessária, com o objetivo de evitar óbitos (BRASIL, 2020).

Muitos Estados estão construindo hospitais de campanha para atendimento a casos graves, que necessitem de suporte respiratório. Nos termos da Lei nº 13979/2020 artigo 3º inciso VII poderão os Estados e Municípios requisitar bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, sendo garantido o pagamento posterior de indenização justa.

O Estado do Rio de Janeiro é o segundo mais impactado pelos casos de COVID 19 tendo, por isso, estabelecido medidas de prevenção, controle e mitigação que veremos a seguir.

2.1. A declaração de situação de emergência no Estado do Rio de Janeiro e as medidas de prevenção, controle e mitigação

Primeiramente, na fase de planejamento das medidas de combate ao coronavírus, o Estado do Rio de Janeiro criou um gabinete de crise elaborou um plano de resposta de emergência ao coronavírus no Estado do Rio de Janeiro, com a última atualização no dia 2 de março de 2020. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE RJ, 2020).

O Estado do Rio de Janeiro registrou o primeiro caso de contaminação importada no dia 5 de março de 2020 e no dia 12 de março foi registrada a primeira contaminação local.

O sinal amarelo foi aceso e o governo do Estado do Rio de Janeiro e o governo do Estado do Rio de Janeiro publicou o Decreto Nº 46966 DE 11/03/2020 (RIO DE JANEIRO, 2020) para regulamentar a Lei Federal nº 13979/2020 (BRASIL, 2020), esse decreto estabeleceu medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, e dá outras providências. Essa medida buscou proteger a saúde que é um direito de todo conforme estabelecido no artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

O referido decreto também estabeleceu a possibilidade de requisição administrativa de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa.

Os artigos 196 e 197 da CRFB estabelece que as políticas públicas de saúde. Incluindo políticas de prevenção de contágio e de tratamento da doença a todos os cidadãos. O acesso a saúde deve se dar de forma igualitária e universal e as ações planejadas a fim de manter a vida assegurada no artigo 5º da CRFB/88.(BRASIL, 1988):

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do **direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos (grifo nosso)

.....

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.(BRASIL, 1988)

O Decreto Estadual nº 46973/20 pautou-se na supremacia do interesse público e no exercício do poder regulamentar conferido ao administrador público para estabelecer novas medidas de enfrentamento do COVID-19 aumentando as medidas de distanciamento social, com a suspensão das atividades presenciais em escolas e universidades, públicas e privadas localizadas no Estado do Rio de Janeiro. Também foram proibidas atividades públicas, aglomerações, o funcionamento de repartições públicas, atividades coletivas, visitas de unidades prisionais, reduziu a circulação dos meios de transporte em 50% da frota, a suspensão do atendimento de lojas e restaurantes (limitados a 30%), frequência em rios, lagoas e praias, qualquer atividade externa e presencial foi suspensa por um período de 15 dias.(RIO DE JANEIRO, 2020).

No dia 27 de março de 2020 em virtude do aumento dos infectados e da necessidade de manter as medidas de distanciamento social, o Decreto nº 47006/20, renovou as medidas previstas no Decreto nº46793/20, considerando o estado de exceção em decorrência da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (2019-nCoV) e que atos editados pelos Poderes Executivos Municipais, em decorrência da pandemia do Coronavírus, tratando do mesmo tema, vem provocando perplexidade e insegurança à população; estabeleceu através do artigo 1º novas medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional, decorrente do novo Coronavírus, vetor da COVID-19, bem como, reconhece a necessidade de manutenção da situação de emergência no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

As medidas do Estado tornaram-se mais austeras devido ao aumento progressivo de contágios e de mortos e da insuficiência do sistema de saúde do atender a demanda de leitos e principalmente de respiradores fundamentais para a manutenção dos pacientes graves acometidos pela doença.

3. O DIREITO A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

Os direitos sociais foram estabelecidos no artigo 6º da CRFB, sendo o direito a saúde um dos estabelecidos neste artigo:

Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015) (grifo nosso)

Na visão de Caldas e Arruda (2019):

O papel da busca de uma sociedade justa, através da prestação dos serviços públicos, trouxe uma responsabilidade para o Estado de gerir os recursos públicos visando o bem estar comum. Com essa visão, assegura-se que o mínimo existencial deve ser cumprido, ou seja, a importante visão de que cabe ao Estado estabelecer as condições mínimas de sobrevivência através da atividade prestacional e da aplicação dos direitos econômicos, sociais e culturais.

O Estado através de sua prestação positiva, assegura o cumprimento do direito social assegura nos termos do princípio democrático e do conceito de tratamento igualitário entre os cidadãos.

O Estado no uso de suas atribuições, deve estar a serviço da coletividade, ou seja, buscando garantir na execução de atos administrativos são verificadas prestações positivas e prestacionais do Estado. Em qualquer um dos casos acima vê-se o uso de recursos públicos para o cumprimento e satisfação adequada dos direitos sociais.

Na ordem constitucional brasileira há um rol de proteção aos direitos fundamentais, prevendo os direitos de primeira, segunda e terceira gerações, exemplificando-se. Os direitos de primeira e segunda gerações ou dimensões estão descritos no Título II, da Constituição Federal de 1988, tutelando os direitos e garantias fundamentais, representando os direitos e deveres individuais e coletivos, previstos no Capítulo I, os artigos 5º, da CF/88.(MEDEIROS E LIMA, 2015)

A atuação do ente público deve ter o intuito de prover as mínimas condições de vida aos mais necessitados, e isso dar-se-á por meio de um Estado Desenvolvedor, como indica Amartya Sen:

“A *segurança protetora* é necessária para propiciar uma rede de segurança social, impedindo que a população afetada seja reduzida à miséria abjeta e, em alguns casos, até mesmo a fome e a morte. A esfera da segurança protetora inclui disposições institucionais fixas, como benefícios aos desempregados e suplementos de renda regulamentares para os indigentes, bem como medidas ad hoc, como distribuição de alimentos em crises de fome coletiva ou empregos públicos de emergência para gerar renda para os necessitados”.(SEN, 2010, p. 57) (grifo nosso)

Na visão de Caldas e Arruda (2019):

Quando se fala da garantia do mínimo social para o exercício dos direitos fundamentais previstos pela constituição podemos tratar de um dever revestido de obrigação essencial que o Administrador Público deve respeitar, atuando de modo encontrar a eficácia e a garantia de uma prestação de serviço que proteja a vida humana. As proteções trazidas pelo Estado democrático de direito são essenciais para garantir os Direitos Humanos, sendo necessário assegurar a dignidade da pessoa humana para ter um Estado minimamente justo.

A situação emergencial causada pela pandemia trouxe, além das questões de saúde, a necessidade de atendimento de outros direitos sociais, que, por conta da obrigatoriedade do distanciamento social, tanto a indústria quanto o comércio foram fechados dificultando a obtenção de recursos para a manutenção das obrigações trabalhistas e a informalidade que absorve a maioria dos trabalhadores também foi muito afetada o que ocasionou um problema social enorme e uma campanha nas redes sociais para que as pessoas retornassem as ruas para trabalhar, mesmo com a concessão de auxílio emergencial para os informais, está sendo observada uma progressiva quebra nas medidas de distanciamento. Isso tem gerado um alerta vermelho para o governo porque as consequências virão no final do mês de abril.

3.1. A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde e o planejamento conjunto das ações governamentais

A saúde pública no Brasil surgiu após a epidemia da gripe espanhola em 1918, até então não havia a preocupação de construir hospitais que atendessem a população. No período que antecedeu a Constituição de 1988, o sistema público prestava assistência somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, e era chamado INAMPS, os demais cidadãos eram atendidos por instituições de assistência social.

O SUS é um dos mais complexos e de maior abrangência a nível mundial. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. A criação do SUS buscou universalizar a assistência médica de atenção primária, de média e da alta complexidade.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O SUS atende aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Os serviços são organizados de forma regionalizada, buscando atender as necessidades locais e regionais. Essa descentralização nos três níveis do governo busca oferecer melhores condições de assistência, cada um com a competência de planejar, organizar e gerir as atividades de saúde dentro dos seus territórios, no entanto, o SUS garante o atendimento também aos cidadãos de outros municípios quando não houver recursos e leitos nos seus municípios de origem.

De acordo com o estabelecido no manual publicado pela Fundação Osvaldo Cruz (Mata e Pontes, 2007):

A Lei Orgânica da Saúde foi regulamentada pela Lei Federal n. 8.080, de 1990 (Brasil, 1990) define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo e estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde o Ministério da Saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal. (Mata e Pontes, 2007)

A criação do SUS deu-se através da regulamentação dos artigos 196 a 199, ênfase a relevância do artigo 198 da CRFB.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

A gestão compartilhada do SUS foi estruturada com responsabilidades compartilhadas entre os entes federativos, cada um exercendo a sua responsabilidade dentro do sistema. Orçamentariamente a gestão de cada ente passou a ser plena, ou seja, o Fundo de Saúde é gerido pelo ordenador de despesas da saúde, cabendo a ele elaborar as políticas públicas de saúde que devem ser aprovadas pelo Conselho de Saúde, que é paritário e tem participação da comunidade. As prestações de contas do Fundo de Saúde devem ser aprovadas pelo conselho de saúde e objeto de audiência pública para garantir a transparência no uso dos recursos do SUS.

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O Estado do Rio de Janeiro trouxe em sua Constituição a previsão do atendimento a saúde, direito social previsto na Constituição Federal. Através dos artigos 287 da Constituição Estadual do Rio de Janeiro houve a previsão do direito a assistência universal a saúde:

Art. 287 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem a prevenção de doenças físicas e mentais, e outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações de saúde e a soberana liberdade de escolha dos serviços, quando esses constituírem ou complementarem o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, guardada a regionalização para sua promoção, proteção e recuperação.

O papel do Estado na gestão compartilhada das ações inclui o atendimento de alta complexidade, ou seja, atendem aos casos mais complexos e de maior complexidade, a gestão compartilhada com os municípios, essa gestão envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que

compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”. O artigo 289 da Constituição Estadual traz a previsão da organização e hierarquia dentro do sistema:

Art. 289. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes:

I - integração das ações e serviços de saúde dos Municípios ao Sistema Único de Saúde;

II - descentralização político-administrativa, com direção única em cada nível, respeitada a autonomia municipal, garantindo-se os recursos necessários;

III - atendimento integral, universal e igualitário, com acesso a todos os níveis dos serviços de saúde da população urbana e rural, contemplando as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde individual e coletiva, com prioridade para as atividades preventivas e de atendimento de emergência e urgência, sem prejuízo dos demais serviços assistenciais;

IV - participação na elaboração e controle das políticas e ações de saúde de membros de entidades representativas de usuários e de profissionais de saúde, através de conselho estadual de saúde, deliberativo e paritário, estruturado por **lei complementar**; (RIO DE JANEIRO, 1990)

A regulamentação do inciso IV do artigo 289 da Constituição Estadual deu-se pela Lei Complementar nº 71/91, que criou o Conselho Estadual de Saúde e organizou suas funções.

A Constituição Estadual trouxe a previsão do financiamento do Sistema único de saúde e como esses recursos são geridos, trazendo a necessidade de criação dos fundos de saúde para a gestão dos recursos da saúde.

Art. 292. O sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento do Estado, da seguridade social, da União e dos Municípios, além de outras fontes.

Parágrafo único - Os recursos financeiros do sistema de saúde serão administrados, em cada esfera, por fundos de natureza contábil, criados na forma da lei. (RIO DE JANEIRO, 1989)

A gestão compartilhada dos recursos da saúde requer, num momento de pandemia, o planejamento conjunto e estratégico das ações. A OMS estabeleceu protocolos de ações e cabe ao Ministério da Saúde dirigir as ações conjuntas para a prevenção e o combate ao vírus.

As ações abrangem estratégias a médio e curto prazo, ficando a cargo dos Estados e Municípios estabelecer as ações regionais e locais respectivamente. Cabe salientar que na gestão compartilhada e integradas existe a responsabilidade de atender as demandas coletivas, isso se dá pela regulação de leitos e o atendimento universal, independentemente de serem moradores locais.

4. AS FORMAS DE INTERVENÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E A MANUTENÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS

O Estado do Rio de Janeiro, antes mesmo da chegada do vírus no Brasil, já estava em fase de planejamento para contingenciamento da pandemia quando chegasse ao Rio de Janeiro. No aspecto temporal, estava previsto que o vírus chegaria no período pós carnaval, e o mais preocupante é que no carnaval existiam grandes aglomerados de pessoas nos blocos e nas ruas. No entanto, o vírus chegou através de brasileiros que retornaram da viagem na Itália e nos Estados Unidos, em questão de uma semana a transmissão se tornou comunitária obrigando o Estado a atuar de forma pró ativa para evitar a curva de contágio muito ascendente logo no início.

O Estado não dispunha de suprimentos, EPI's e leitos para atender a uma demanda epidêmica de contágio rápido e universal. A decisão do governador, logo nos primeiros dias foi a suspensão das aulas nas instituições públicas e privadas afim de diminuir a circulação de pessoas e principalmente para manter os idosos blindados dentro de casa. A orientação foi que as famílias mantivessem contato somente com as pessoas que convivam no mesmo núcleo familiar, abdicando contato com os idosos e parentes próximos que não residam na mesma casa.

Campanhas públicas ensinando a higienizar as mãos e incentivando o uso do álcool gel foram os primeiros passos. Aos poucos foram surgindo problemas de abastecimento de álcool em gel e de materiais de limpeza. A busca aos supermercados, gerado pelo pânico, levaram ao desabastecimento.

Uma das primeiras medidas tomadas pelo governador veio com o Decreto nº 46966 de 11 de março de 2020, surpreendendo pelas medidas tomadas, autorizando inclusive, a administração a intervir nos particulares para a requisição de bens e serviços para atender as demandas da coletividade. Através desse ato, havendo a necessidade de insumos, respiradores, leitos hospitalares e de UTI, poderá a administração através de ato de requisição administrativa, utilizar os bens sem prejuízo de indenização posterior.

O Direito Administrativo possibilita que haja a intervenção do Estado na propriedade para atender ao interesse coletivo, essa modalidade admite duas possibilidades as restritivas e supressivas. No caso da epidemia, a intervenção do Estado será a restritiva, pois ocorrerá somente no período em que perdurar a emergência declarada pela administração.

O Decreto nº 46966/2020 trata das medidas de enfrentamento de emergência pública pelos Coronavírus, destacando-se os artigos 2º e 3º a seguir:

Art. 2º Para o enfrentamento da emergência de saúde decorrente do coronavírus, poderão ser adotadas as seguintes medidas:

.....

X - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa.

.....

§ 2º A requisição administrativa, como hipótese de intervenção do Estado na propriedade, sempre fundamentada, deverá garantir ao particular o pagamento posterior de indenização com base na chamada "tabela SUS", quando for o caso, e terá suas condições e requisitos definidos em atos infralegais emanados pela Secretaria de Estado de Saúde.

§ 3º A requisição de que trata o parágrafo anterior não poderá exceder a duração da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus e envolverá, em especial:

- a) hospitais privados, independentemente da celebração de contratos administrativos;
- b) profissionais da saúde, hipótese que não acarretará na formação de vínculo estatutário ou empregatício com a Administração Pública.

Art. 3º A adoção das medidas de que trata o artigo anterior deverá ser proporcional e na exata extensão necessária para viabilizar o tratamento, evitar a contaminação e a propagação do coronavírus, mediante motivação, na forma do caput do artigo 37 da Constituição da República e artigos 1º e 2º da Lei Estadual nº 5.427 , de 01.04.2009.

No artigo 2º o §3º estabelece que as requisições administrativas não poderão exceder o período da emergência e os cálculos das indenizações serão feitos com base na tabela do SUS conforme descrito no §2º do artigo 2º, ou seja, as medidas aplicadas são excepcionalmente para período em que houver a emergência.

A Constituição Estadual no artigo 291 já havia a previsão da participação de instituições privadas podem participar de forma complementar ao Sistema único de saúde, porém, a modalidade aplicada no caso da situação de emergência pelo coronavírus, atendem a discricionariedade do administrador, devendo o ato ser motivado.

Art. 291. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, mediante o contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 1º - A decisão sobre a contratação de serviços privados deverá ser precedida de audiência dos conselhos municipais de saúde, quando de abrangência municipal, e do conselho estadual de saúde, quando de abrangência estadual.

§ 2º - Aos serviços de saúde de natureza privada, que descumpram as diretrizes do sistema único de saúde, ou os termos previstos nos contratos firmados com o Poder Público, aplicar-se-ão as sanções previstas em lei.

Na visão de Rafael Oliveira (2019: 610), a requisição administrativa é conceituada da seguinte forma:

A requisição administrativa é a intervenção autoexecutória na qual o Estado utiliza-se de bens imóveis, móveis e de serviços particulares no caso de iminente perigo público. Ex.: requisição de hospitais privados, serviços médicos e de ambulâncias em razão de epidemia para tratamento dos doentes; requisição de barcos e de ginásios privados na hipótese de inundação para salvamento e alojamento dos desabrigados.

O artigo 15, III, da Lei 8.080/1990 (Lei do SUS) estabelece a possibilidade de requisição administrativa, possibilitando a administração pública a intervir quando há a necessidade pública ou perigo eminente.

Rafael Oliveira (2019: 610) trouxe a base legal da requisição administrativa através do entendimento do STF:

O STF, ao analisar a requisição federal de hospitais públicos municipais, entendeu que a requisição administrativa tem por objeto, em regra, os bens e os serviços privados (art. 5.º, XXV, da CRFB) e que a requisição de bens e serviços públicos possui caráter excepcional e somente pode ser efetivada após a observância do procedimento constitucional para declaração formal do Estado de Defesa e do Estado de Sítio.

A atuação do Estado sobre o particular dar-se-á de acordo com a demanda do sistema de saúde, não podendo o particular escusar-se do cumprimento da requisição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O COVID 19 foi mapeado no final de 2019 após o surgimento de casos graves de pneumonia. O vírus era desconhecido e os impactos causados por ele também. Rapidamente o vírus espalhou-se pelos continentes afetando mais de 1.500.000 de pessoas, levando a óbito mais de 100.000 pessoas. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2020)

O Estado tem a possibilidade preconizada na Constituição Federal que em situações excepcionais faça intervenções tanto na economia quanto na propriedade.

Na situação emergencial causada pelo COVID 19, o Estado através do Decreto nº 46966/2020 estabeleceu a possibilidade de requisição administrativa de bens e serviços afim de atender a necessidade da coletividade. Essa previsão deu-se pela iminente necessidade de carência de leitos e insumos hospitalares.

Outras medidas foram tomadas para evitar o aglomerado de pessoas. A suspensão das aulas, a possibilidade de teletrabalho para os servidores públicos e por final a suspensão de atividades de comércio. Para diminuir o fluxo de pessoas entre os municípios, para diminuir o contágio nos municípios de fora da região metropolitana, fez-se necessária a interrupção de ônibus intermunicipais de origem e destino na capital.

O Ministério da Saúde em conjunto com os demais integrantes vem adotando medidas preventivas e emergenciais para o combate e tratamento dos pacientes que apresentam agravamento da doença. No estágio atual de contágio tornou-se necessário o planejamento em conjunto das ações. O SUS trouxe a universalização da saúde para atender o direito social a saúde. Através da organização do SUS nas várias esferas, a saúde passou a ser gerida de acordo com a complexidade dos procedimentos. Nesse momento, o SUS possibilitará ações conjuntas, e norteará as demais políticas públicas que serão impactadas pelas medidas sanitárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde
Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 10 de abril de 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19.
Disponível em:
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2020

BRASIL. Lei Federal n. 8.080, de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 11 de abril de 2020.

BRASIL. Lei nº 13979/2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. 6 de fevereiro de 2020.
Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#legislacao> Acesso em: 10 de abril de 2020.

CALDAS, Diogo; ARRUDA, Camila. O Direito Fundamental à Vida: O Dever do Estado no Cumprimento do Mínimo Existencial. Direitos Sociais e Políticas Públicas. XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BELÉM – PA. 2019. Páginas 25 a 41.

G1. Prefeito de Milão admite erro por ter apoiado campanha para cidade não parar no início da pandemia de coronavírus na Itália
Disponível em:
<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/27/prefeito-de-milao-admite-erro-por-ter-apoiado-campanha-para-cidade-nao-parar-no-inicio-da-pandemia-de-coronavirus-na-italia.ghtml>
Acesso em: 9 de abril de 2020

MEDEIROS, Robson; LIMA, Gilvânklm. DIREITOS FUNDAMENTAIS: QUESTÕES DE PRINCÍPIOS ENTRE O VIVER E MORRER. CONPEDI. XXIV Encontro Nacional. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. 2013. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 11 de abril de 2020.

MATA, Gustavo; PONTES, Ana Lucia. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Osvaldo Cruz. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 2007. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2020

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. Curso de Direito Administrativo. 7ª edição. Editora Gen. Rio de Janeiro. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). PAHO. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 11 de abril de 2020.

RIO DE JANEIRO. Decreto Nº 46966 DE 11/03/2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, e dá outras providências. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/decreto-46966-2020-rj_390644.html. Acesso em: 10 de abril de 2020

RIO DE JANEIRO. Decreto Estadual nº 46973 de 16 de março de 2020. Reconhece a situação de emergência na saúde pública do estado do rio de janeiro em razão do contágio e adota medidas enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (covid-19), e dá outras providências. Disponível em: http://estaticog1.globo.com/2020/03/17/17decreto.pdf?_ga=2.224670111.48558458.1586371890-656120713.1568563647. Acesso em: 10 de abril de 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Plano de resposta de emergência ao coronavírus no Estado do Rio de Janeiro, 2 de março de 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mjk1OTg%2C>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

SEN, Amartya. Desenvolvimento Como Liberdade. São Paulo: Companhia das Letras. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). 2006. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_funcionamento_sistema_planejamento_sus.pdf. Acesso em: 11 de abril de 2020.

RIO DE JANEIRO. Constituição Estadual. 1989. Disponível em:
<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/constest.nsf/PageConsEst?OpenPage>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

VEJA. Como a Itália se tornou o segundo país mais afetado pelo coronavírus.
Disponível em:
<https://veja.abril.com.br/mundo/como-a-italia-se-tornou-o-segundo-pais-mais-afetado-pelo-coronavirus/>
Acesso em: 9 de abril de 2020