

I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

JOSÉ RICARDO CAETANO COSTA

SIMONE MARIA PALHETA PIRES

VALTER MOURA DO CARMO

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, seguridade e previdência social [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: José Ricardo Caetano Costa; Simone Maria Palheta Pires; Valter Moura do Carmo – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-073-2

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, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Apresentação

A atual pandemia gerou o cancelamento do Encontro Nacional do CONPEDI, que seria realizado no Rio de Janeiro. Em acertada decisão da diretoria da nossa Sociedade Científica do Direito, foi realizado o Encontro Virtual do CONPEDI nos dias 23 a 30 de junho. A presente publicação é resultado do Grupo de Trabalho denominado DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL, que esteve reunido virtualmente no dia 26 de junho, das 13hs às 17h30.

As reflexões foram enriquecidas com a apresentação de vinte e cinco artigos científicos, seguidos de debates por meio dos quais foram construídas contribuições importantes para o desenvolvimento de uma visão crítica sobre a seguridade social e a efetividade dos direitos sociais constitucionais no Brasil.

Os temas dos trabalhos apresentados versaram desde a complexidade da análise da questão da saúde no Brasil, como direito fundamental, em meio a pandemia, às possíveis violações do direito fundamental à seguridade social integral e a judicialização da saúde. Tais debates possuem imenso interesse teórico e prático para conjuntura social que o país enfrenta.

Sobre a Previdência Social, temas como o fim da aposentadoria compulsória da magistratura no Brasil; a possibilidade do não recolhimento de contribuições previdenciárias dos contribuintes individuais que recebem auxílio emergencial; a reverberação dos danos das relações de trabalho na Previdência Social; a lentidão dos processos junto ao INSS, com pedido de benefícios previdenciários, o que gera violação ao direito fundamental à seguridade social; o Mandado de Injunção como instrumento efetivo para a concretização da aposentadoria especial, entre outros, foram refletidos, enriquecendo os debates.

Em relação a Educação, temas relevantes como os impactos da crise econômica de 2008 na Educação no Brasil e críticas ao ingresso precoce de crianças no Ensino fundamental foram apresentados.

Outros temas importantes academicamente, como: os avanços e retrocessos de medidas para redução das desigualdades sociais na Constituição Federal de 1988; sobre a aposentadoria por idade do trabalhador rural, também sobre o estado do “mal estar social”, análise da pobreza e aporofobia no Brasil; a alteração legislativa para concessão do benefício às

crianças com microcefalia; nutrição e alimentação para idosos, como direito humano e proteção social ao profissional denominado de “motoboy”, foram brilhantemente apresentados.

Ressaltamos a diversidade entre os participantes do Grupo de Trabalho, pois fazem parte de diversas regiões do país, com suas especificidades locais, que torna o diálogo muito mais frutífero.

Por fim, frisamos a densidade de cada pesquisa, o que demonstra o excelente nível das produções que ora apresentamos.

#ContinuePesquisando

Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa – Universidade Federal do Rio Grande (UFRG)

Profa Dra Simone Maria Palheta Pires – Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

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

Nota técnica: Os artigos do Grupo de Trabalho Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social 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 Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

DIREITO À SAÚDE EM XEQUE: O IMPACTO DA COVID-19 NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

RIGHT TO HEALTH IN CHECK: THE IMPACT OF COVID-19 ON THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH

Beatriz Casagrande Fortunato ¹

Resumo

No fim de 2019, noticiou-se um surto de doenças respiratórias numa província chinesa, a partir disso, descobriu-se uma nova espécie do coronavírus, o qual não demorou a se alastrar pelo mundo, transformando-se numa pandemia. O combate a Covid-19 exige a tomada de providências, sobretudo no tocante à saúde pública, demandando preparação, organização e administração governamental nos três níveis. Logo, o trabalho busca analisar o direito à saúde, direito fundamental social, a necessidade de medidas de saúde pública na pandemia, diante do embate entre o mínimo existencial e a reserva do possível, utilizando a pesquisa bibliográfica e o método dedutivo.

Palavras-chave: Direito à saúde, Pandemia, Covid-19, Mínimo existencial, Reserva do possível

Abstract/Resumen/Résumé

At the end of 2019, an outbreak of respiratory disease was reported in a Chinese province. From there, a new species of coronavirus was discovered, which soon spread throughout the world, turning into a pandemic. The fight against Covid-19 requires action, especially with regard to public health, requiring preparation, organization and government administration at the three levels. Therefore, the work seeks to analyze the right to health, a fundamental social right, the need for public health measures in the pandemic, given the clash between the existential minimum and the reserve of the possible, using bibliographic research and the deductive method.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Pandemic, Covid-19, Existential minimum, Reserve for contingencies

¹ Mestre em Ciência Jurídica pelo PPG da UENP. Graduada em Direito pela Univem. Membro do GP AJUDPRO (Univem) e do GP Eficácia dos Direitos Fundamentais no Brasil (UENP). E-mail: bia_fortunato@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 começou com um desafio mundial: a disseminação de uma doença viral respiratória originada da China, que rapidamente se disseminou para e pela Itália, Espanha, Inglaterra e Estados Unidos, os quais foram muito afetados pelo novo coronavírus, além do seu epicentro, e de outros países. Após o carnaval, a pandemia da Covid-19 chegou ao Brasil importada e, ligeiramente, foi transmitida de forma comunitária.

O sistema de saúde pública teve certo tempo para se estruturar com base nas ocorrências internacionais, apesar de não ser possível mensurar exatamente a gravidade do contágio, os efeitos do vírus no organismo dos brasileiros, e a possibilidade de haver vítimas fatais. Diante disso, foi necessário investir em equipamentos, leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e recursos humanos na área da saúde.

Em sendo assim, o direito à saúde, direito fundamental e social constitucionalmente garantido, de atribuição do Estado, mediante políticas públicas para sua promoção, proteção e recuperação se torna objeto de foco e zelo ainda maior por parte dos governos dos entes federativos, especialmente no tocante aos seus limites e possibilidades no combate ao novo coronavírus.

Nesta esteira, o embate entre o mínimo existencial e a reserva do possível em termos de garantia da saúde, num contexto de pandemia da Covid-19, desafia os governos devido à magnitude mundial do problema e seus reflexos sociais e econômicos. Destarte, esta pesquisa demonstra a necessidade de tomada de providência para lutar contra essa crise, especialmente na economia e na saúde, a fim de que os gestores tenham parcimônia, assegurando mais que mínimo, mas sim o necessário, de acordo com suas possibilidades. Na realização deste trabalho foi utilizada a pesquisa bibliográfica e de dados on-line, a partir do método dedutivo.

1 O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

A saúde foi erigida como direito pela Constituição da República de 1988 no Brasil, sendo tratada como um direito social e fundamental, cujo dever do Estado é garanti-la a partir de políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doenças e outros agravos, tal qual proporcionar o acesso universal e igualitário, as ações e serviços de saúde em prol de sua promoção, recuperação e proteção (BRASIL, online).

Eis que, “sob o aspecto jurídico, devemos entender saúde como o bem fundamental que por meio da integração dinâmica de aspectos individuais, coletivos e de desenvolvimento

visa assegurar ao indivíduo o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”, de acordo com Sueli Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior (2010).

Com efeito, a saúde envolve o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo vez que tais aspectos implicam na melhoria de sua própria saúde, contudo, a caracterização de completo bem-estar ser subjetiva, visto que em razão das diferenças econômicas, culturais, sociais e políticas ao redor do mundo, e também mesmo no Brasil, além dessas distinções, esses aspectos são “conquistados” de forma desigual.

A promoção e a proteção da saúde abrangem os aspectos curativos, preventivos e promocionais. Bem assim, tratar de recuperação se associa a saúde curativa, a qual indica “a garantia de acesso dos indivíduos aos meios que lhes possam trazer, senão a cura da doença, pelo menos uma sensível melhora na qualidade de vida, o que, de modo geral, ocorre nas hipóteses de tratamento contínuo”. Por sua vez, a promoção da saúde compreende “à busca da qualidade de vida, por meio de ações que objetivem melhorar as condições de vida e saúde das pessoas” (SARLET; FIGUEIREDO, 2007).

Isso porque, o direito à saúde envolve:

Os valores de preservação da vida humana, a garantia de níveis progressivamente mais altos de saúde, a salvaguarda do patrimônio genético próprio, a proteção da integridade física, mental e emocional, entre outros conduzem a atuação dos particulares e dos Poderes Públicos na efetivação do direito à saúde. Com efeito, impõem a abstenção de comportamentos lesivos à saúde, no mais amplo sentido, assim como a promoção e a consecução de medidas tendentes a efetivar esse direito fundamental social, inclusive mediante prestações materiais específicas (FIGUEIREDO, 2007).

Destarte, o trato com saúde compreende o patrimônio genético, a integridade física, mental e corporal e seu aperfeiçoamento a partir de ações do Poder Público. Não obstante, a proteção da saúde implica em não realizar comportamentos que possam aviltá-la.

Nesta esteira, a promoção da saúde se relaciona a:

[...] qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2000).

Portanto, a proteção à saúde significa a junção de vários valores, como solidariedade, equidade, isonomia, cidadania, desenvolvimento e parceria, com as políticas públicas estatais em favor do indivíduo, da comunidade e do sistema de saúde, englobando a sua responsabilidade pelos problemas e soluções. Nota-se que ela abarca um ambiente democrático, uma vez que se destina a buscar promover o que seja melhor para todos, sem se olvidar das minorias; a equidade e a solidariedade demonstram a necessidade de uma proteção igual e que seja apta a satisfazer as necessidades e não os desejos dos indivíduos, a partir de práticas que envolvam a sociedade, as instituições e a economia pública e privada.

Saliente-se que a igualdade não significa que todos sejam tratados de forma igual o tempo todo, tampouco permite distinções sem justificativa, de forma que o objetivo é conseguir uma harmonia na qual os iguais sejam tratados igualmente, já os desiguais de acordo com as variações e complexidades de suas desigualdades (ALEXY, 1993).

Tendo em vista os valores carreados para a promoção da saúde, e a importância em promovê-la, cabe observar que, no que tange à saúde pública, é imprescindível que, tanto na promoção, como na sua recuperação e proteção, haja eficácia e efetividade, o que será averiguado pelos profissionais adequados, especializados e respeitados para tanto.

Posto isso,

A eficácia é uma estimativa da capacidade de tratamento para alterar a história natural da doença, questionando-se se o mesmo faz diferença em termos de morbidade, mortalidade e função. O benefício é um critério bastante subjetivo e centra-se na avaliação do paciente sobre o seu próprio bem – seus objetivos e valores no tratamento que está sendo aplicado. E a onerosidade se refere aos custos físicos, emocionais, econômicos ou sociais impostos ao paciente pelo tratamento (PESSOA, 2013).

Por conseguinte, a autora observa que um tratamento eficaz é o que atende e muda o curso da patologia considerando os aspectos de morbidade, mortalidade e função, enquanto o benefício se refere às escolhas do paciente, que estão ligadas aos seus valores e objetivos. E ainda, a onerosidade não se refere apenas aos custos econômicos, mas também aos sociais, físicos e emocionais causados por um tratamento de saúde.

Nesse sentido, quando se trata de saúde pública, o benefício não impera, pois os tratamentos são, em grande parte, padronizados e se destinam a atender o maior número de pessoas. Certamente, existem as pessoas para as quais determinados tratamentos não funcionam, de modo que para elas é preciso ser realizado outro, porém este outro não será o que ela escolher. Outrossim, não é só o poder público que se onera com prestações de saúde,

mas também o indivíduo, que sofre com os deslocamentos, com as imposições sociais e preconceitos, os quais lhe ocasionam um desgaste físico e emocional.

Desse modo, muito embora se afigure como um direito fundamental e essencial, o direito à saúde, dotado de integralidade e universalidade, não culmina no “fornecimento geral e irrestrito de prestações sanitárias a toda a população, sendo necessária, a partir do próprio texto constitucional, a criação de uma política pública racional e justificada”, na medida do que seja possível e necessário (CUNHA, 2019).

A seu turno, a saúde pública se diferencia do tratamento médico, porque, enquanto a saúde pública implica na identificação, tratamento, e medida da saúde da população, desenvolvendo políticas governamentais para tanto, e buscando assegurar saúde com seus serviços, o tratamento médico se relaciona ao indivíduo, no tocante a seu diagnóstico, alívio de sofrimento ou reabilitação, para Jonathan Mann (1997). Com isso, as medidas de saúde pública são ações voltadas para o bem da coletividade enquanto grupos de indivíduos, ou seja, possui maior amplitude que um mero tratamento médico, voltado à recuperação de um indivíduo acometido por certo problema de saúde.

Em suma, a realização da saúde depende de variados fatores que precisam atuar e estar presentes a fim de que se possa considerar sua existência, e conseqüentemente, dela como direito. Com isso,

Para resumir, três fatores principais compõem o que poderíamos chamar de contexto necessário do direito à saúde. Em primeiro lugar, deve-se compreender que a saúde não se resume à mera ausência de doença, mas se trata de um conceito multidimensional que engloba determinantes de natureza ambiental, social, econômica e cultural importantes. Em segundo lugar, essa multidimensionalidade do conceito de saúde implica necessariamente complexidades na elaboração e na implementação das medidas que visam à sua proteção, promoção e recuperação, isto é, na chamada política de saúde, ou, mais propriamente, nas chamadas políticas de saúde. Por fim, deve-se lembrar que as necessidades de saúde da população vão sempre muito além dos recursos disponíveis para atendê-las, obrigando-nos a realizar escolhas difíceis sobre como e onde aplicar esses recursos (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Logo, o trato com saúde envolve outros aspectos como igualdade, integridade, vida, meio ambiente, dignidade humana, condições econômicas, culturais e sociais, dentre outras, o que caracteriza esse conceito como multidimensional e complexo, de tal maneira que são necessárias políticas que abranjam vários âmbitos para sua implementação, e, não obstante, nem sempre a saúde será o que se espera ou o que se deseja com ela, mas sim, o que se pode realizar dentro das possibilidades, especialmente econômicas, implicando em análises de

viabilidades econômicas, eficácia, e as vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas, pois a saúde, enquanto direito, deve alcançar o maior número de ofertas e demandas, isto é, atingir, destinar-se a toda a população, de maneira igual.

Consigne-se que enquanto direito fundamental social, o direito à saúde:

[...] os direitos fundamentais sociais almejam uma igualdade real para todos, atingível apenas por intermédio de uma eliminação das desigualdades, e não por meio de uma igualdade sem liberdade, podendo afirmar-se, nesse contexto, que, em certa medida, a liberdade e a igualdade são efetivadas por meio dos direitos fundamentais sociais (SARLET, 2018).

Posto isso, considerando a importância histórica e basilar dos direitos fundamentais sociais, verifica-se a extrema necessidade de se minorar desigualdades e promover a igualdade de acesso e tratamento dos atributos mais essenciais para o exercício da vida humana com dignidade, o que só acontece quando se materializam ações concretas destinadas à vida, a educação, à saúde, à alimentação, dentre outros.

Via reflexa, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o órgão constitucionalmente designado para a gestão e organização da saúde. Bem assim, a Lei 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), desenvolve os anseios constitucionais acerca da institucionalização do SUS, traçando objetivos, competências, princípios, dentre outros aspectos para seu funcionamento.

Assim, no Brasil, as medidas em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde, isto é, as ações governamentais tomadas para assegurar o direito à saúde, são de atribuição constitucional do Sistema Único de Saúde, instituição pautada pelo princípio da universalidade, consistindo em um sistema público e nacional que oferecerá e atenderá toda a população no que tange à assistência à saúde. Suas diretrizes são: a descentralização, a integridade no atendimento e a participação da comunidade (FIGUEIREDO, 2007).

No SUS, os protocolos médicos de atendimento são padronizados, até mesmo quanto à assistência farmacêutica, pois o objetivo é alcançar o maior resultado, no menor tempo e com custos reduzidos. Foram criados Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, a fim de uniformizar os critérios a serem seguidos pelos gestores, bem assim como a listagem dos serviços de saúde (RENASES) e dos medicamentos concedidos pelo SUS (a RENAME), acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (SERRANO, 2012).

Desta feita, “os protocolos têm por finalidade a padronização no atendimento ao usuário, com base em estudos científicos que possam justificar as medidas adotadas” (SERRANO, 2012).

Então, tendo em vista que o direito à saúde deve ser prestado pelo poder público a partir de políticas públicas de acesso universal e igualitário, a melhor maneira de fazê-lo, e a mais igualitária, é a partir de medidas padronizadas, que atendam o maior contingente possível de pessoas, sejam eficazes e não muito onerosas, para poder se investir em outras áreas. Nesta esteira, o SUS, como órgão gestor da saúde pública, é o responsável por elaborar esses protocolos, dispondo sobre os medicamentos, diretrizes terapêuticas e serviços de saúde a serem prestados, em âmbito nacional, estadual e municipal.

À vista disso, as políticas públicas delineadas pelo Estado, no âmbito do SUS, contêm uma lista de medicamentos denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a qual serve de base para o tratamento das principais enfermidades que acometem a população, enquanto no tocante as doenças mais raras a lista de medicamentos é relacionada ao Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (VIEIRA, 2008).

Pois bem, as políticas públicas de padronização são importantes na uniformização do atendimento e na prestação dos serviços, e possuem critérios de avaliação para serem incorporadas pelo SUS, sendo, então, avaliados, no caso dos medicamentos, sua segurança, eficácia, efetividade e custo-benefício. Portanto, um medicamento será incorporado pelo SUS quando ele for seguro, isto é, não apresentar riscos ou danos, e cumprir com o que ele se propõe, tanto para as pessoas que o testam, quanto para as demais, no menor custo.

Por isso que Mônica Serrano (2012) alerta que o sucesso da padronização se relaciona a uma elaboração competente e eficaz dos protocolos, diretrizes e listas de serviços e medicamentos disponibilizados, ea sua atualização constante, inclusive com a participação da comunidade.

A seu turno, os usuários dos serviços de saúde pública, isto é, toda a população nacional, deve ter em mente que os serviços são de acesso universal e igualitário, havendo medidas padronizadas a serem aplicadas, não lhes incumbindo escolher o tratamento, medicamento, hospital, ou tipo de serviço que lhes será prestado.

Bem por isso, são princípios do Sistema Único de Saúde:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e,

por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, online).

Por conseguinte, a universalização da saúde significa que ela é destinada a todas as pessoas na forma de serviços públicos, já a equidade pretende minorar as desigualdades, atendendo as pessoas segundo as suas necessidades, isto é, os iguais na medida de sua igualdade e os desiguais na medida de sua desigualdade, considerando-se que existem casos mais graves e que exigem mais atenção do que outros. Por fim, a integridade busca atender todas as necessidades do indivíduo, todas as condições e o que precisa ser feito para garantir, melhorar e manter sua saúde, o que envolve políticas públicas em vários âmbitos e níveis de atuação.

Cumprir observar que: “A universalização da saúde foi acompanhada de sua institucionalização normativa, o que possibilitou a cristalização de princípios, normas e diretrizes que seriam desenvolvidos nos anos seguintes, cuja expressão mais significativa foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (MARQUES *et al*, 2019).

Nesse sentido, a universalidade que o direito à saúde carrega envolve:

A universalidade da cobertura, também conhecida como universalidade objetiva, é aquela que visa a uma total cobertura das ações e dos serviços de saúde. Ela é relacionada, desta forma, com a proteção de todos os riscos sociais relativos à saúde da população.

Por sua vez, a universalidade do atendimento, ou universalidade subjetiva, tem relação direta com os destinatários do direito à saúde, ou seja, quais pessoas serão atendidas quando tiverem qualquer contingência sanitária. A universalidade do atendimento visa a estabelecer um sistema de saúde igualitário, sem qualquer discriminação quanto aos sujeitos detentores do direito à saúde (CUNHA, 2019).

Portanto, a cobertura de saúde deve ser para todos de forma ampla e irrestrita no que tange a ações e serviços, inclusive eventuais riscos, bem como a sua destinação, uma vez que toda pessoa é detentora do direito à saúde, porém, o seu atendimento dar-se-á nos casos de prevenção, proteção e recuperação, como nas vacinações, medicamentos, cirurgias, e os variados tipos de tratamento.

Cabe elucidar que a Constituição garante a todos os seres humanos as mesmas condições de acesso ao sistema público de saúde, o que não culmina em qualquer pessoa, em

qualquer da situação, ter um direito subjetivo definitivo a qualquer prestação oferecida pelo Estado ou que se relacione à proteção de sua saúde (SARLET, 2018). Isto é, o lado coletivo do direito à saúde deve ser abordado com a devida relevância a ponto das pessoas terem consciência de que seu direito à saúde não é ilimitado.

Além disso, para Octávio Ferraz e Fabíola Vieira (2009), além das falhas nas políticas públicas, os recursos públicos são escassos, de tal maneira que:

É, sem dúvida, difícil ter de reconhecer que mesmo a saúde, um dos bens mais importante na vida das pessoas, tem preço e, portanto, limites. Por isso mesmo, é imprescindível adotar critérios para determinar de forma eficiente e justa a alocação dos recursos escassos em saúde. Duas questões importantes, relacionadas aos conceitos de escassez relativa e absoluta, explicitados anteriormente, devem ser diferenciadas neste ponto. Em primeiro lugar, deve-se determinar quanto deve ser alocado à saúde em relação às outras áreas em que o Estado deve investir (escassez relativa). Tomada essa decisão, deve-se determinar como os recursos destinados exclusivamente à saúde devem ser alocados para atender às diversas necessidades de saúde da população (escassez absoluta). A primeira questão implica a valoração da saúde em relação a outros interesses que uma sociedade geralmente também valoriza, como educação, esporte, lazer, meio ambiente, cultura, segurança interna e externa etc. A segunda requer a identificação de prioridades dentro da área da saúde entre diversas necessidades de saúde e distintas possibilidades de ação (políticas de saúde). Ambas as decisões envolvem complexos argumentos de justiça distributiva e importantes dificuldades políticas.

Por conseguinte, o direito à saúde, enquanto direito fundamental, individual e coletivo, significa mais do que não estar doente, inclusive no tocante ao bem-estar do ser interna e externamente. Nesta toada, a sua garantia depende de ações governamentais, as quais ocorrem mediante o Sistema Único de Saúde, especialmente e essencialmente a partir do fornecimento de medicamentos e insumos padronizados, realização de procedimentos também protocolares e padronizados. A intenção é demonstra que o direito à saúde, universal integral e igualitário, deve ser para todos igualmente na medida de suas desigualdades, o que também implica em gastos e investimentos públicos, sobretudo ao lidar e preparar os hospitais e o sistema de saúde pública para pandemia.

2 A PANDEMIA DA COVID-19

A Covid-19 é o nome da doença gerada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), tendo sido notificada pela primeira vez no final de dezembro de 2019, na província de Wuhan, na China, em decorrência de um surto de casos de doenças respiratórias, de tal maneira que a

emergência do novo coronavírus como agente causador dessa patologia foi reportada à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019.

Assim, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde caracterizou o evento como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em 11 de março de 2020, a OMS o qualificou como uma pandemia e, em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 454, foi declarado, em todo o território brasileiro, o estado de transmissão comunitária da Covid-19.

Vale ressaltar que: “Uma pandemia é um surto global de uma doença. Elas ocorrem quando um novo vírus passa a infectar pessoas, podendo se espalhar de maneira sustentável. Como não há imunidade pré-existente contra o coronavírus, ele se espalha por todo o mundo” (BRASIL, online).

Especificamente, no tocante a pandemia da Covid-19, tem-se que: “A tragédia é que neste caso a melhor maneira de sermos solidários uns com os outros é isolarmo-nos uns dos outros e nem sequer nos tocarmos. É uma estranha comunhão de destinos.” (SANTOS, 2020). Dessa maneira, uma das reflexões e medidas mais eficazes em face do novo coronavírus é a necessidade de que todos se separem, convivendo em grupos exíguos, limitados pelos familiares ou aqueles que dividem moradia.

Conforme os casos foram se alastrando pelo Brasil, os governos dos estados decretaram medidas de isolamento social e quarentena, posto que elas impedem que o vírus de dissemine rapidamente, a fim de que o sistema público de saúde (especialmente), esteja preparado para lidar com a grande demanda.

Ou seja, o distanciamento social faz com que somente pequenos grupos de pessoas contraíam a doença e a transmitam, tal qual objetiva que o sistema de saúde reforce sua estrutura física com respiradores, UTIs, EPIs e testes laboratoriais, e os recursos humanos (médicos, enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, bioquímicos, biomédicos, epidemiologistas e outros), (BRASIL, online).

Como não existem vacinas que curem ou impossibilitem a transmissão do novo coronavírus, foram adotadas como medidas não farmacológicas: a higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel; em casos de tosse ou espirro, que se cubra a boca e o nariz; que sejam evitadas aglomerações, inclusive se estiver com os sintomas; permanecer em ambientes bem ventilados; não compartilhar objetos pessoais, e ficar em casa (BRASIL, online).

Nesta esteira, a Nota Técnica nº 30 do DIEST (Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia) do IPEA elenca as seguintes recomendações:

- A Covid-19 é uma doença de contágio rápido e potencialmente desestabilizadora do sistema de saúde. Lidar com essa crise exigirá grande esforço de coordenação dos gestores governamentais, em particular do governo federal, para possibilitar a mobilização e a realocação de recursos (profissionais de saúde, equipamentos e outros insumos médico-hospitalares) entre estados e regiões de saúde.
- O sistema público de saúde atende todos os brasileiros, sendo que somente um quarto da população possui também a cobertura de planos de saúde. Assim, o SUS tem proporcionalmente menos recursos, menos profissionais e mais precária estrutura médico-hospitalar para lidar com a crise, o que demandará uma atenção especial dos governos e um compartilhamento de recursos com a iniciativa privada e sem fins lucrativos.
- De modo geral, os estados das regiões Norte e Nordeste – em particular, os estados de Alagoas, do Amapá, do Maranhão, de Roraima e de Rondônia – possuem a menor disponibilidade de profissionais de saúde em relação à população, inclusive de médicos, requerendo maior nível de atenção quando a pandemia avançar em seus territórios.
- O estado de São Paulo – até o momento o mais atingido pela pandemia, concentrando o maior caso de contaminações e de mortes – ocupa o oitavo lugar em relação ao total de médicos vinculados ao setor público, podendo necessitar de medidas especiais de combate à doença quando houver o pico de contaminação (LOPEZ *et al*, 2020).

Portanto, é preciso que o governo federal e os governos dos estados estejam atentos quanto às disponibilidades dos sistemas de saúde pública e direcionem recursos ao tratamento da pandemia, tanto a nível federal, quanto estadual e municipal, sobretudo ao SUS. Ademais, a região norte do país possui uma assimetria, quando comparada às demais, no tocante aos recursos humanos necessários, requerendo, então, especial atenção e planejamento nesse sentido. A seu turno, o estado de São Paulo, o qual possui o maior número de contaminados e a maior população do país, precisa estar preparado no sentido de serem tomadas medidas específicas para lidar com o pico da doença.

A OMS também adverte que os países devem balancear os benefícios e consequências negativas de cada intervenção, com a finalidade de traçar estratégias para incentivar o desenvolvimento da comunidade, adquirir confiança da população e limitar os danos sociais e econômicos, no que tange a resiliência da comunidade e a saúde mental, proteger o acesso a bens e serviços essenciais e limitar o impacto econômico das medidas de permanência em casa, quando consideradas necessárias (WHO, online).

A Covid-19 fez com que a implantação de medidas de isolamento e distanciamento social ocasionassem problemas de saúde mental, problemas econômicos, uma vez que o ser humano é ser social, e muitos dependem, por questões empregatícias, do comércio, sendo que são poucos os serviços ativos (apenas os essenciais). Consequentemente, surgem alguns danos

sociais relacionados ao convívio social e à saúde mental, em contrapartida, a diminuição de circulação de pessoas nos grandes centros trouxe benefícios para o meio ambiente.

O Ministério da Saúde elaborou um Plano de Contingência ao novo coronavírus, de modo que as ações de políticas de saúde fossem implantadas de acordo com alguns níveis, a partir das avaliações de risco e do impacto a ser causado no Brasil. Dessa maneira, os três níveis são: alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública (BRASIL, online).

O nível de resposta alerta consiste numa situação de risco quanto à chegada do vírus no Brasil, conquanto não existam casos suspeitos. O objetivo é que tanto o Ministério da Saúde, como os hospitais públicos, secretarias estaduais e municipais já se preparem no sentido a detecção, investigação, manejo e notificação de potenciais casos suspeitos, uma vez que outras doenças respiratórias também podem causar confusão (BRASIL, online).

Já no nível de perigo iminente, há casos suspeitos confirmados para Covid-19, o que demanda atenção e cuidados não só de órgãos de saúde, e sim abranja todos que tenham relação com a resposta planejada para o evento (BRASIL, online).

Finalmente, o nível de resposta Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) se trata da situação na qual há a transmissão local da Covid-19 no território brasileiro, ou então, do “reconhecimento de declaração de emergência de saúde Pública de importância internacional (ESPII) pela organização Mundial de saúde (OMS)”. Esse nível se divide em duas fases: a fase de contenção e a fase de mitigação (BRASIL, online).

Não tardou para que o Brasil atingisse o nível de emergência em saúde pública de importância nacional, visto que os primeiros casos surgiram logo após o carnaval e tamanha a circulação de pessoas pelo território nacional, houve a grande disseminação da doença. Sendo assim, foi necessário já implantar as medidas não farmacológicas e de isolamento social, para efetivamente preparar o sistema público de saúde acerca dos equipamentos e recursos humanos.

Saliente-se que, no o nível de resposta Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), há a fase de contenção, cujo escopo é “identificar e evitar a dispersão do vírus”, isto é sua transmissão de pessoa para pessoa. Nela,

a atenção à saúde possui mais ações do que a vigilância, compra e abastecimento de EPIs e definições para a rede de urgência e emergência. Quarentena domiciliar para casos leves e Estratégia de monitoramento domiciliar para evitar a ocupação de leitos desnecessariamente (BRASIL, online).

A seu turno, a fase de mitigação começa a partir do registro de 100 casos positivos da Covid-19 no país, quando se passa a testar apenas os casos suspeitos de pacientes internados. Desse modo, devem ser tomadas providências a fim de se impedir casos graves e óbitos. Para tanto, além das medidas da fase de contenção, é preciso especial atenção à rede de atenção primária ao paciente, a qual acontece em âmbito local, mediante a adoção de medidas protocolares de combate a doenças respiratórias, bem como a adaptação de leitos hospitalares e UTIs (BRASIL, online).

Portanto, o novo coronavírus já atingiu situações alarmantes no país no que tange as transmissões comunitárias e a taxa de lesividade, via reflexa, é preciso que os governantes e gestores públicos responsáveis por saúde estejam alinhados com os setores de comércio, economia, indústria e serviços a fim de que se evite ao máximo as aglomerações, sejam mantidos o isolamento e o distanciamento sociais, bem assim, seja evitado o fluxo de pessoas entre regiões endêmicas.

De igual maneira, é preciso que os serviços sanitários e as prefeituras realizem a higienização dos ambientes e localidades públicas, tal qual nos setores privados de meios de transporte, como os ônibus, os metrô, os aviões e aeroportos, os carros de táxi e uber, dentre outros.

Não obstante, Boaventura de Souza Santos (2020) reflete que a pandemia nada mais é do que uma alegoria, que demonstra a necessidade de desapego ao capital e ao sistema capitalista e a importância de olhar e se preocupar com a natureza e o meio ambiente que cerca a todos:

A pandemia é uma alegoria. O sentido literal da pandemia do coronavírus é o medo caótico generalizado e a morte sem fronteiras causados por um inimigo invisível. Mas o que ela exprime está muito além disso. Eis alguns dos sentidos que nela se exprimem. O invisível todo-poderoso tanto pode ser o infinitamente grande (o deus das religiões do livro) como o infinitamente pequeno (o vírus). Em tempos recentes, emergiu um outro ser invisível todo-poderoso, nem grande nem pequeno porque disforme: os mercados. Tal como o vírus, é insidioso e imprevisível nas suas mutações, e, tal como deus (Santíssima Trindade, encarnações), é uno e múltiplo.

Destarte, a pandemia faz com que o homem tema e lute com um inimigo invisível, que é o novo coronavírus, por outro lado, ela revela que é preciso que as pessoas ultrapassem as barreiras religiosas que as prendem, tal qual os mercados, tratados como verdadeiros templos, sem fronteiras, conduzindo a todos a cegueira de sempre querer mais e fazer tudo por dinheiro, e a dançar conforme a sua música (instável e imprevisível).

Saliente-se que a letalidade das pandemias não é indiscriminada, embora sejam menos discriminatórias que outras violências que dizimam a sociedade, ela acaba recaindo principalmente contra trabalhadores empobrecidos, mulheres, trabalhadores precários, negros, indígenas, refugiados desabrigados, imigrantes, idosos, camponeses e outros, seja no tocante a sua prevenção, como quanto a sua expansão e mitigação (SANTOS, 2020).

Logo,

Quando o surto ocorre, a vulnerabilidade aumenta, porque estão mais expostos à propagação do vírus e se encontram onde os cuidados de saúde nunca chegam: favelas e periferias pobres da cidade, aldeias remotas, campos de internamento de refugiados, prisões, etc. Realizam tarefas que envolvem mais riscos, quer porque trabalham em condições que não lhes permitem proteger-se, quer porque são cuidadoras da vida de outros que têm condições para se proteger. Por último, em situações de emergência as políticas de prevenção ou de contenção nunca são de aplicação universal. São, pelo contrário, selectivas. Por vezes, são abertas e intencionalmente adeptas do darwinismo social: propõem-se garantir a sobrevivência dos corpos socialmente mais valorizados, os mais aptos e os mais necessários para a economia. Outras vezes, limitam-se a esquecer ou negligenciar os corpos desvalorizados (SANTOS, 2020).

Com efeito, a pandemia da Covid-19 escancara a imprescindibilidade de cuidar de grupos sociais vulneráveis, principalmente aqueles que não têm acesso fácil ao sistema de saúde pública e ao saneamento básico. Em consequência disso, tais grupos tem maiores dificuldades de se proteger e de adotar as medidas preventivas ao vírus, bem assim, dada o obstáculo de proximidade do sistema público, as chances de disseminação, contágio e lesividade do vírus acabam sendo maiores nessas regiões.

Bem por isso, a pandemia exige enfrentamento dos órgãos públicos, preparação e cuidado, envolvendo e cuidando da população, inclusive os grupos vulneráveis econômica e socialmente, somente dessa forma será possível efetivamente combatê-lo.

3 MÍNIMO EXISTENCIAL X RESERVA DO POSSÍVEL EM TEMPOS DE PANDEMIA

O direito à saúde, igual os demais direitos fundamentais sociais, ao ser concretizado gera gastos públicos e orçamentários, que sempre esbarram em discussões acerca de limitações e parâmetros de qual seria o mínimo necessário para um ser humano sobreviver dignamente, o que é conhecido como mínimo existencial, bem como o limite entre os gastos atuais do poder público e a salvaguarda de dinheiro para se investir futuramente, considerando

que as gerações futuras e o caráter programático de algumas normas de direitos fundamentais, o qual consiste no objeto de defesa da reserva do possível. Nestes tempos de pandemia, ainda é válido refletir acerca desses gastos e suas limitações.

Nesse sentido, o mínimo existencial pode ser concebido como: “todo o conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma vida condigna, no sentido de uma vida saudável” (SARLET; FIGUEIREDO, 2007). Ou seja, não obstante a indispensabilidade de uma sobrevivência de forma digna e acima dos padrões de pobreza absoluta, o mínimo existencial, de maneira conceitual, abrange uma vida saudável, a qual se relaciona não só à saúde, mas também ao equilíbrio entre as condições econômicas e sociais do indivíduo, de tal maneira que existam condições econômicas que lhe permitam assegurar sua sobrevivência, bem como condições sociais, isto é, viver em um ambiente salubre, ter o que comer, ter acesso à educação, e cuidar de sua saúde para não contrair patologias ou desenvolvê-las.

Vidal Serrano Nunes Júnior (2009) entende como mínimo vital “o dever do Estado caudatariamente ao princípio da dignidade humana, garantir a todos um *standard* social mínimo incondicional”. Isso porque, o autor considera que, diante do fato do ser humano possuir um valor absoluto, e não relativo, devem ser-lhe garantidas condições para sua vida seja preservada, e para sua integração na sociedade.

Ademais, na acepção do autor, o mínimo vital se trata dos parâmetros indispensáveis para se continuar vivendo, com o objetivo de preservar o ser humano, dada a sua singularidade, a fim de salvaguardar sua vida e sua integração social. O “prejuízo”, com a sua adoção, é do Estado, o qual deverá elaborar e executar políticas públicas que estejam de acordo, pelo menos, com esses padrões mínimos.

Nesta esteira,

O sistema social deve ser estruturado de modo que a distribuição resultante seja justa, independentemente do que venha a acontecer. Para se atingir esse objetivo, é necessário situar o processo econômico e social dentro de um contexto de instituições políticas e jurídicas adequadas. Sem uma organização apropriada dessas instituições básicas, o resultado do processo distributivo não será justo (RAWLS, 1997).

Em outras palavras, o equilíbrio na garantia do mínimo pelo poder público, depende de seu entendimento acerca do contexto sócio-político e econômico local, para que as instituições especializadas em assistência consigam bem desempenhar suas funções, isto é, o SUS, ao fornecer medicamentos básicos, precisa saber e conhecer as patologias que mais

afligem os brasileiros, os melhores em termos de qualidade e eficácia de medicamentos, fornecer vacinas e sempre estar alerta com a disseminação e eliminação de certas epidemias e pandemias, não obstante a imprescindibilidade do cuidado com o saneamento básico, com os níveis de poluição, os quais estão cada vez mais evidentes.

Saliente-se que alguns autores diferem o mínimo existencial do mínimo vital, enquanto outros consideram que são expressões semelhantes:

Em outros termos, o mínimo existencial refere-se a uma série de prestações sociais capazes de assegurar os pressupostos a uma existência humanamente digna, e não apenas um mínimo vital, ou o suficiente à sobrevivência pessoal. Dentre essas, certamente estão incluídas prestações mínimas em saúde (FIGUEIREDO, 2007).

Pois bem, a autora considera que o mínimo existencial não se refere apenas à sobrevivência do indivíduo, o que, na verdade, relaciona-se ao mínimo vital, mas sim, ao mínimo de direitos garantidos, em especial, os direitos sociais, inclusive sendo as prestações básicas de saúde, como saneamento básico, vacinas, postos de saúde ou UPAs, capazes de atender, a qualquer hora, eventuais problemas que possam acometer um indivíduo.

No tocante à reserva do possível, o STF, no julgamento da ADPF 45, consignou que:

Cumprir advertir, desse modo, que a cláusula da "reserva do possível" - ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível - não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (BRASIL, online).

Logo, o poder público não pode justificar sua omissão ou inação pela reserva do possível, bem como não pode deixar de cumprir os mandamentos constitucionais com base nela, principalmente quando, a partir da alegação de reserva do possível forem tolhidos direitos ou aspectos fundamentais dos direitos.

Ademais, somente se deve tratar de reserva do possível quando o mínimo existencial é assegurado, ou seja, o poder público não pode contingenciar ou economizar gastos, alegando que seu orçamento está comprometido se o que se pleiteia é a garantia do mínimo a partir de prestações que concretizam os direitos sociais¹.

¹ “Além do mais, tem-se visto, recorrentemente, a invocação da teoria da reserva do possível, importada do Direito alemão, como escudo para o Estado se escusar do cumprimento de suas obrigações prioritárias. Não se pode deixar de reconhecer que as limitações orçamentárias são um entrave para a efetivação dos direitos sociais.

Canotilho (2003) defende que o fato dos direitos econômicos, sociais e culturais serem entendidos como direitos originários, modifica a função dos direitos fundamentais acerca de sua efetivação, a qual depende da discussão quanto à reserva do possível, uma vez que a concretização de tais direitos depende de recursos econômicos, embora não simbolize um apelo ao legislador, pois, na Constituição Portuguesa há uma imposição legitimadora das transformações econômicas e sociais, na medida em que elas sejam necessárias para efetivar esses direitos.

Com efeito, nota-se que a importância da gestão orçamentária na concepção e organização estrutural de um direito social, econômico e cultural, como o direito à saúde, posto que a reserva do possível também impacta na maneira como se concebe a estrutura organizacional de organização desse direito. Disso, denota-se que o direito à saúde no caso brasileiro está delimitado por limites orçamentários, assim como limites constitucionais, no tocante a necessidade de concretização do núcleo básico e essencial desse direito (para todos).

Dessa forma, a reserva do possível funciona como um limite jurídico e fático aos direitos fundamentais, e pode também ser utilizada para assegurá-los, a exemplo dos casos de conflitos de direitos acerca da indisponibilidade de recursos a fim de proteger o núcleo essencial de um direito fundamental, desde que respeitadas a proporcionalidade e a garantia do mínimo existencial no tocante a todos os demais direitos (SARLET, 2018).

Portanto, a aplicação da teoria da reserva do possível depende de três condições: a garantia ou satisfação do mínimo vital, como acesso à educação básica e saúde, e outras; que o Estado comprove que vem atuando de maneira significativa na efetivação do direito social pleiteado; e, a avaliação da razoabilidade do caso (NUNES JÚNIOR, 2009).

No entanto, é preciso ter em mente que o princípio da reserva do possível não pode ser utilizado de forma indiscriminada. Na verdade, o direito alemão construiu essa teoria no sentido de que o indivíduo só pode requerer do Estado uma prestação que se dê nos limites do razoável, ou seja, na qual o peticionante atenda aos requisitos objetivos para sua fruição. Informa a doutrina especializada que, de acordo com a jurisprudência da Corte Constitucional alemã, os direitos sociais prestacionais estão sujeitos à reserva do possível no sentido daquilo que o indivíduo, de maneira racional, pode esperar da sociedade. Ocorre que não se podem importar preceitos do direito comparado sem atentar para Estado brasileiro. Na Alemanha, os cidadãos já dispõem de um mínimo de prestações materiais capazes de assegurar existência digna. Por esse motivo, o indivíduo não pode exigir do Estado prestações supérfluas, pois isso escaparia do limite do razoável, não sendo exigível que a sociedade arque com esse ônus. Eis a correta compreensão do princípio da reserva do possível, tal como foi formulado pela jurisprudência germânica. Todavia, situação completamente diversa é a que se observa nos países periféricos, como é o caso do Brasil, país no qual ainda não foram asseguradas, para a maioria dos cidadãos, condições mínimas para uma vida digna. Nesse caso, qualquer pleito que vise a fomentar uma existência minimamente decente não pode ser encarado como sem razão, pois garantir a dignidade humana é um dos objetivos principais do Estado brasileiro. É por isso que o princípio da reserva do possível não pode ser oposto a um outro princípio, conhecido como princípio do mínimo existencial. Desse modo, somente depois de atingido esse mínimo existencial é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em quais outros projetos se deve investir” (REsp 1.389.952-MT, Rel. Min. Herman Benjamin, julgado em 3/6/2014), (BRASIL, online).

Considerando que as políticas públicas nacionais não funcionam, existem pessoas que vivem à margem da miserabilidade e em péssimas condições de vida, e a necessidade de, cada vez mais, avaliar as demandas judiciais segundo critérios de razoabilidade e proporcionalidade, pois enquanto essas contingências não forem sanadas, simplesmente não cabe alegar contingenciamento de recursos ou crise orçamentária, o mesmo vale para o presente momento, de pandemia, em que é preciso investir em saúde e na economia, devido às medidas de isolamento e distanciamento social. É necessário ainda, analisar os gastos, os excessos e donde podem ser economizados recursos, tendo em vista que a manutenção de caixa da União, estados e municípios.

A avaliação de razoabilidade que o poder público deve fazer é a necessidades possibilidades, considerando que os níveis de alerta da pandemia no país, foi possível catalogar as necessidades do sistema público para combatê-la, bem como as possibilidades que o ente federativo ou gestor público enquanto ordenador de despesa tem para arcar com elas, e também maneiras de realocar alguns recursos e economizar em outros âmbitos.

Logo, o embate entre o mínimo existencial e a reserva do possível demonstra que não se tratam de institutos opostos, mas sim, que exigem humanidade e boa gestão administrativa. Todo ser humano, como tal, deve ter respeitadas suas características ínsitas, quais sejam sua dignidade e os direitos que o compõe, sendo necessários padrões razoáveis que os assegurem e lhes sejam prestados. Igualmente, a gestão pública precisa ser organizada e equilibrada, a fim de que as políticas públicas sejam efetivas, em harmonia com as necessidades e as possibilidades orçamentárias de um Estado, que não atua apenas efetivando direitos, entretanto, necessita que eles sejam concretizados para se desenvolver, inclusive diante de situações de pandemia mundial e calamidade pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São tempos excepcionais, de pandemia, que vem justamente demonstrar que a humanidade está cometendo excessos visando tão somente o lucro, os mercados e o capital, não se trata de uma vingança da natureza, mas sim dos problemas decorrentes justamente dos excessos das ações e atitudes humanas.

A Covid-19 e o novo coronavírus atacam o sistema respiratório humano e a convivência social com o escopo de evidenciar a importância de respirar, de trabalhar e de conviver socialmente fora do ambiente familiar ou da casa, bem por isso, restam claras a

importância da higiene pessoal e dos ambientes, do saneamento básico, do equilíbrio entre o homem internamente e externamente e do risco que a proximidade com o outro pode trazer.

Tudo isso, envolve a saúde, o bem-estar de um indivíduo e ainda de todos considerados como coletividade, envolve doação, envolvimento e empatia com o outro. Outrossim, depende muito da ação governamental das três esferas (federal, estadual e municipal) em aparelhar o sistema público de saúde, conscientizar a população e fornecer apoio econômico. Apenas a união, embora à distância, possibilitará o combate a pandemia.

Portanto, nesta época de pandemia da Covid-19, tendo em vista sua magnitude, o objetivo é que sejam equilibrados os gastos e realizados investimentos ferrenhos em saúde pública com a finalidade de combatê-la. Eis que, no momento e para tanto, é imprescindível a manutenção do isolamento e distanciamento sociais, os quais não culminam em gastos orçamentários, investimentos em centros de UTI e centros de tratamento de média complexidade para tratamento dos doentes, e políticas sanitárias de limpeza das localidades públicas, com o intuito de exterminar o risco de contaminação e preservar a saúde da população, sem se olvidar dos grupos vulneráveis mais propensos a sofrer os efeitos da doença e também inseridos em localidades com deficiências no sistema de saúde (em recursos humanos, hospitais, enfermarias e centros de tratamento).

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria de los derechos fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993. (Colección: 'El Derecho y la justicia', Dirigida por Elías Díaz).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 14 maio 2019.

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 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 07**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/2020-04-06---BE7---Boletim-Especial-do-COE---Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 18 abr. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Jurisprudência. REsp 1.389.952-MT**. Disponível em:
https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=201301926710&dt_publicacao=07/11/2016. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Informativo 345 STF. ADPF 45**. Disponível em:
<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em 10 mai. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 02 mai. 2019.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CUNHA, Alexandre Luna da. A integralidade do direito à saúde na visão do Supremo Tribunal Federal. **Revista De Direito Sanitário**, v. 20, n. 1, p. 167-184, 18 nov. 2019. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164214>. Acesso em: 27 mar. 2020.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, 2009, vol. 52, n.1, p.223-251. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582009000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 mai. 2019.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

LOPEZ, Felix Garcia *et al.* Nota Técnica - 2020 - Abril - Número 30 – Diest. **Mapeamento dos Profissionais de Saúde no Brasil: Alguns Apontamentos em Vista da Crise Sanitária da Covid-19**. 2020. Disponível em:
http://desafios2.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35426:nota-tecnica-2020-marco-numero-30-diest-mapeamento-dos-profissionais-de-saude-no-brasil-alguns-apontamentos-em-vista-da-crise-sanitaria-da-covid-19&catid=189:diest&directory=1. Acesso em: 20 abr. 2020.

MANN, Jonathan M. Medicine and public health, ethics and human rights. **Hastings Center Report**, v. 27, n. 3, p. 6-13, 1997. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2307/3528660>. Acesso em: 28 abr. 2019.

MARQUES, Aline *et al.* Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Estud. av.**, São Paulo, v. 33, n. 95, p. 217-234, Jan. 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142019000100217&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2020.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **A cidadania social na Constituição de 1988**: estratégias de positivação e exigibilidade judicial de direitos sociais. São Paulo: Editora Verbatim, 2009.

PESSOA, Laura Scaldaferrri. **Pensar o final e honrar a vida**: o direito à morte digna. São Paulo: Saraiva, 2013.

RAWLS, John. **Uma teoria de justiça**. Trad. Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Almedina, 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 1, n. 1, p. 171-213, 2007. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>. Acesso em: 06 jun. 2019.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O sistema único de saúde e suas diretrizes constitucionais**. 2. ed. São Paulo: Editora Verbatim, 2012.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-369, abr., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200025&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 de abr. de 2019.

WHO, online. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 72**. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2. Acesso em: 18 abr. 2020.