

## INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como proposta analisar a relação entre a Bioética e saúde a partir do pensamento de Peter Singer, considerando o direito à saúde como direito humano fundamental e que deve ser garantido frente à pandemia provocada pelo coronavírus. Para tanto, parte-se, inicialmente, da concepção da Bioética, sua evolução e sua relação com a saúde e no segundo momento pretende-se apresentar breves considerações sobre o sistema de saúde brasileiro e o combate ao COVID-19.

Torna-se desnecessário dizer que o fundamento para o valor da vida de um ser humano, está diretamente ligado a capacidade de consciência para desenvolver todos os aspectos necessários para a preservação da condição humana. Sendo assim, nos dias atuais, os debates necessários são aqueles voltados para ações universalizáveis do ponto de vista ético, tratando por igual as infinitas possibilidades humanas no intrincado campo de valoração das relações humanas. Desta forma, as escolhas feitas em relação aos outros, devem levar em consideração os interesses dos envolvidos e suas especificidades.

A Bioética analisa em conjunto com as outras áreas sobre a importância de se pensar e repensar no modelo de sociedade individualista e socialmente atomizada que temos nos dias de hoje. O que provoca uma série de debates sobre a vida, a morte e, conseqüentemente, as escolhas na saúde. A partir daí, torna-se fundamental promover o direito à saúde como direito humano fundamental. A saúde é algo que está para além da assistência médica e das ações para a promoção e manutenção de um estado saudável. Ela está relacionada com os desenvolvimentos sociais e com as próprias condições de vida das pessoas: meio ambiente, saneamento básico, moradia, alimentação, educação, trabalho, entre outros.

Na contramão desses valores humanos necessários encontra-se um contexto social e econômico bastante problemático. Um quadro que apresenta além da pobreza, da fome e da violência, uma epidemia que assola não apenas o Brasil, mas todo o mundo. A pandemia pelo coronavírus surge como um novo marco para a política sanitária no mundo. Tudo que foi pensado em política de saúde internacional e nacional não foi suficiente para o combate à COVID-19.

Por essa razão, o presente estudo utiliza o método explicativo, buscando não apenas registrar os fenômenos e fatos relativos à Bioética, mas também a sua influência no direito

saúde. Propõe-se a analisar, interpretar e identificar as problemáticas inerentes a esta relação. Assim a pesquisa exigiu um grande investimento em síntese e reflexão do objeto estudado, com a identificação dos fatores que contribuíram para o aprofundamento crítico da temática. Como procedimentos técnicos metodológicos utilizou-se levantamento bibliográfico e documental.

## **1 BIOÉTICA E SAÚDE: uma análise do pensamento de Peter Singer**

Peter Singer, professor na universidade americana de Princeton e autor de *Ética Prática* (1994), *Vida Ética* (2002), *Libertação Animal* (2004) e *A Vida Que Podemos Salvar: Agir Agora Para Pôr Fim à Pobreza no Mundo* (2011) afirma que a Bioética surgiu em contexto histórico e social específico que corresponde ao momento da crise da ética médica tradicional, restrita à normatização do exercício profissional da medicina (1984). A contestação dos padrões empregados pela corporação médica nas suas relações com os pacientes, surgiu, entretanto, no bojo de um movimento social mais abrangente, em que o questionamento da autoridade médica refletiu a contestação ao *status quo* do Estado liberal-democrático e do Estado do Bem-Estar Social. Essas reivindicações sociais, que caracterizam o movimento social nos anos de 1960, foram expressas em algumas bandeiras: questionou-se a legitimidade das instituições, do Estado, da religião, o que provocou mudanças na vida privada dos indivíduos e na vida pública (fecundação *in vitro*, descriminalização do suicídio, do aborto, do homossexualismo, do emprego generalizado de métodos anticoncepcionais, desinstitucionalização das instituições psiquiátricas etc.) As relações médico-paciente foram denunciadas como expressando mais uma forma, entre as muitas encobertas pela sociedade liberal, de paternalismo, a ser substituída por uma relação mais transparente e responsável.

Autores como Singer (1984) e Engelhardt (1996) argumentam que a catástrofe fundamental da cultura contemporânea é esse fracasso em encontrar uma moralidade secular canônica dotada de conteúdo. A questão epistemológica central da Bioética reside na constatação de que não se trata de uma moralidade canônica, estabelecida por uma autoridade religiosa ou política que impõe a sua concepção moral própria. Isso porque a sociedade pluralista em que vivemos não comporta uma mesma resposta para os problemas morais, mas múltiplas interpretações de diferentes códigos morais pertencentes a diversas comunidades. Desta forma, parte-se da ideia de que dificilmente existiria um tribunal universalmente válido voltado a decidir sobre as diferenças morais.

Nesse sentido, Diniz e Guilhem (2002) afirma que não existe uma possibilidade de determinar que princípios universais legítimos possam comportar o pluralismo característico entre as pessoas portadoras de moralidades distintas. Assim, a autora, em específico, reconhece o surgimento de diferentes bioéticas que pretendem reconhecer as diferenças e promover a tolerância como requisito fundamental à mediação das situações conflituosas envolvendo a Bioética e a saúde. Afirma Diniz e Guilhem (2002, p. 5)

a bioética não é um projeto moral que se arroga a missão de resolver conflitos - o que é diferente de dizer que possa intermediá-los. É possível dizer que a bioética tem o papel de assimilar o horizonte moral no campo dos conflitos morais em saúde, assumindo um papel educativo de sensibilização moral. Com o reconhecimento da pluralidade moral de humanidade, Diniz acredita que a tolerância é a primeira virtude fundamental na moralidade do respeito mútuo, e que talvez a melhor solução seja encontrar mecanismos para garantir uma coexistência pacífica entre os estranhos morais diante de suas diferenças.

Singer (1984) afirma que “... a aplicação da ética ou da moralidade à abordagem de questões práticas torna-se fundamental...” uma vez que a Bioética tem uma relação direta e imediata com as políticas públicas de saúde e com a prática da medicina, constituindo, assim, uma ética prática. Os seus problemas referem-se às condições de conservação e melhoria da própria condição humana, que se expressam no estado de saúde da cada pessoa, reflexo não somente de condições físicas ou psíquicas do indivíduo, mas, também de políticas públicas e da prática da medicina (GADAMER, 1996).

A análise feita por Peter Singer busca os interesses dos envolvidos e/ou afetados por determinado tipo de ação, questão presente no desenvolvimento das ideias utilitaristas. Veja-se, então, que “cada um vai valer por um e apenas por um, e que esse interesse de cada indivíduo possa ter o mesmo tratamento de todos os interesses afetados”. A Ética reside também na busca de uma ação universalizável que busca as “melhores consequências”, considerando “todas as alternativas que favoreçam os interesses dos que são afetados, e não algo que simplesmente aumenta o prazer e diminui o sofrimento (SINGER, 1984). Segundo Singer,

como o princípio da igual consideração de interesses se configura como um padrão mínimo de igualdade, há casos em que a busca da consecução do tratamento igualitário se dá por via de um tratamento desigual dos interesses envolvidos, como forma de se chegar a um efetivo resultado igualitário dos interesses afetados, no qual lança-se mão do conceito do princípio da diminuição da utilidade marginal decorrente da economia. É por esse motivo que esse princípio é um princípio mínimo de igualdade, e não um princípio igualitário perfeito e consumado. O princípio da igualdade dos seres humanos não é a descrição de uma suposta igualdade de fato existente entre seres humanos: é a prescrição de como devemos tratar os seres humanos. (SINGER, 1984, p. 10)

Torna-se desnecessário dizer que o fundamento para o valor da vida de um ser humano, está diretamente ligado a capacidade de consciência para desenvolver todos os aspectos necessários para a preservação da condição humana. Sendo assim, nos dias atuais, os debates necessários são aqueles voltados para ações universalizáveis do ponto de vista ético, tratando por igual as infinitas possibilidades humanas no intrincado campo de valoração das relações humanas. Desta forma, as escolhas feitas em relação aos outros, devem levar em consideração os interesses dos envolvidos e suas especificidades.

A imprescindibilidade da Bioética na contemporaneidade – como, aliás, da Filosofia Moral de um modo geral – prende-se ao fato de que o modelo de sociedade individualista e socialmente atomizada dos tempos atuais encontra-se questionada em seus fundamentos próprios relativismo moral, que dela tomou conta. A fome pela ética no nosso tempo, principalmente no âmbito das ciências biológicas e das tecnologias médicas, expressa o entendimento essencial ao ser humano de que, para além das convicções individuais, encontra-se a necessidade de se estabelecer um balanceamento entre os custos e os benefícios do mais ambicioso projeto da Pós-Modernidade adiar a morte (ENGELHARDT, 1996). Fala-se de uma perplexidade que tomou conta da sociedade civil, face aos progressos conhecidos e o futuro desconhecido da pesquisa científica, de um modo geral.

Os parâmetros exigem para uma materialização uma contextualização temática, que delimite o universo próprio definidor da Bioética. Parizeau (1996) sistematizou a temática do discurso da Bioética nos seguintes itens: a) relação médico- paciente, em grande parte regulada pelas normas de um Código de Ética médica; b) o problema da regulamentação das experiências e pesquisas com os seres humanos; c) análise do ponto de vista ético das técnicas concernentes à procriação e à morte tranquila ou eutanásia; d) análise ética das intervenções sobre o corpo humano (transplante de órgãos e tecidos, medicina esportiva e transexualismo; e) a análise ética das intervenções sobre o patrimônio genético da pessoa humana; f) a análise ética das repercussões do emprego das técnicas de manipulação da personalidade e intervenção sobre o cérebro; g) a avaliação ética das técnicas genéticas e suas repercussões no mundo animal.

No entanto, este rol apresentado por Parizeau (1996) é meramente exemplificativo, uma vez que as problemáticas envolvendo a ética são muitas. Entende-se que a questão maior diz respeito a utilização de critérios utilitaristas como justificativa para se definir quem terá acesso à saúde pública e, que de certa forma, vai na contramão da universalização dos direitos sociais. No entanto, direitos que demandam prestações estatais, frequentemente entram em

colisão, por ser inevitável uma opção trágica, no sentido de que algum direito não será atendido ao menos em alguma medida.

Para Peter Singer (1984) o objeto de conhecimento da Bioética, sendo essencialmente a vida e a morte do ser humano, faz com que as soluções encontradas pela sociedade para as suas interrogações morais reflitam-se no Biodireito e nas políticas de saúde. A análise da transição dos princípios da Bioética para o Biodireito deve, portanto, realizar-se não no quadro da abstração teórica, mas no contexto da diversidade moral e do pluralismo, característico da sociedade contemporânea.

Discute-se, nesse contexto, uma racionalidade que possa guiar o cidadão de uma sociedade plural e democrática em questões relativas à esfera da dignidade humana e da sua natureza peculiar. Vale esclarecer que não se trata, portanto, da definição de normas que regulem a atividade profissional do médico – para isso existe o Código de Ética Médica -, mas da assunção pela sociedade da responsabilidade de definir procedimentos que preservem, em face das descobertas científicas e suas aplicações médicas e tecnológicas, a dignidade da pessoa humana. Afirma ainda Peter Singer (1984) que nossas decisões sobre como tratar os pacientes devem depender não de uma retórica soberba, que preconiza o valor igual de toda vida humana, mas sim do ponto de vista das famílias e dos parceiros, que merecem consideração num momento de perda trágica. Se um paciente em estado vegetativo permanente havia anteriormente expressado um desejo quanto ao que lhe deveria acontecer em semelhantes circunstâncias, esse desejo deve ser levado em consideração. Alerta o autor que “repensar nossa ética de vida e morte pode nos levar a ver com mais seriedade nosso fracasso em fazer o necessário por aqueles cujas vidas poderíamos salvar sem grandes sacrifícios de nossa parte...sejam quais forem as razões existentes para se preservar, pelos menos em parte, a tradicional distinção entre o ato de matar e o ato de deixar viver” (SINGER, 1984, p. 56)

Diante disso, no próximo item pretende-se aproximar essas questões relacionadas à Ética e à saúde, considerando que no contexto atual, existe uma necessidade premente em reconhecer o direito à saúde como um direito humano fundamental e que a sua efetivação repousa nas principais políticas nacionais e internacionais de saúde. Nesse momento, em que o mundo é “posto em xeque” em relação às organizações sanitárias para os atendimentos relacionados à pandemias, torna-se relevante que os Estados e os organismos internacionais debatam sobre as escolhas e diretrizes relacionadas as ações universalizáveis e necessárias ao enfrentamento do coronavírus. Diante desse contexto, é esperado que mudanças ocorram nos

sistemas de saúde do mundo todo, baseadas numa necessidade de se repensar nas velhas estruturas existentes que carecem de instrumentos para a efetivação do direito à saúde.

## **2 DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL: considerações iniciais sobre o Sistema de Saúde brasileiro e o enfrentamento ao novo coronavírus.**

O direito à saúde deve ser entendido como direito humano fundamental, pois a saúde é algo que está para além da assistência médica e das ações para a promoção e manutenção de um estado saudável. Ela está relacionada com o desenvolvimento social e com as próprias condições de vida das pessoas: meio ambiente, saneamento básico, moradia, alimentação, educação, trabalho, entre outros.

Assim, o direito à saúde “parece não ser suscetível de uma consideração simplista, apresentando-se mais como um direito complexo, isso porque agrupa uma série de direitos diversos, ou porque se desdobra em uma série de elementos de diferente alcance” (AÑÓN, 2009, p. 41).

Nesse desiderato, o direito à saúde não pode ser compreendido na dimensão puramente individual, no sentido de que ser saudável depende tão somente do indivíduo. Ao contrário, envolve uma série de fatores individuais e coletivos, mostrando-se a um só tempo direito individual e social. É individual porque envolve o direito de não sofrer violações por parte de terceiros e do Estado e social por exigir do governo a prestação de serviços públicos para a prevenção de doenças e para a promoção, proteção e recuperação da saúde (RAMOS; DINIZ, 2017).

O direito à saúde é também um bem coletivo, exigindo a participação da sociedade e do Estado na sua promoção, conforme bem realçado na Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946, p. 2):

A saúde de todos os povos é fundamental para se alcançar a paz e a segurança e depende da mais ampla cooperação de indivíduos e Estados. Os resultados alcançados por qualquer Estado na promoção e proteção da saúde são valiosos para todos. A desigualdade dos diferentes países na promoção da saúde e no controle das doenças, especialmente as transmissíveis, constitui um perigo comum.[...] Os governos têm responsabilidade na saúde de seus povos, a qual só pode ser integralmente cumprida mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Assim sendo, no texto normativo da OMS, ao Estado e à sociedade é conferido o dever de criar condições econômicas, políticas e sociais para a promoção e proteção da saúde

dos indivíduos. Esse aspecto é importante, na medida em que a saúde depende não apenas de aspectos pessoais (predisposição genética, características físicas, hábitos, etc.), mas também das condições de vida que a sociedade e, em especial, o poder público, proporcionam ao indivíduo (RAMOS; DINIZ, 2017).

A Constituição da OMS ressalta, também, a necessidade da comunhão de esforços dos Estados para efetivação do direito à saúde. Isso deve-se ao fato de que, no mundo globalizado, o intenso fluxo de pessoas e mercadorias também favorece a difusão e propagação de doenças, de forma que o combate só será eficaz se todos empreenderem esforços para o alcance de um nível de desenvolvimento semelhante na proteção da saúde e no combate às doenças, isso porque “a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para a mais ampla realização da saúde” (ORGANIZAÇÃO..., 1946).

Como se vê, a Constituição da OMS, além de conceituar a saúde, apresenta muitos aspectos a ela relacionados, constituindo um marco normativo muito importante para o estudo do tema, apesar das críticas que são feitas em virtude da suposta amplitude do texto. Añón (2009, p. 49-50) observa que:

Apesar de todos os inconvenientes, o conceito de saúde da OMS tem, frente às concepções anteriores de saúde, a vantagem de enfatizar determinados aspectos que não devem ser esquecidos, apresentando a novidade do abandono da visão puramente medicamentada: a proteção e promoção da saúde não é unicamente uma questão médica e tampouco limitada à assistência sanitária, uma vez que há outros esforços e políticas públicas que podem contribuir em grande medida com este objetivo. Assim, essa concepção integra a proteção da saúde em um marco geral, reconhecendo o seu duplo caráter individual e social (isto é, ainda que em última instância a saúde se refira à saúde dos indivíduos, existem fatores que são sociais – e o que talvez seja o mais importante, modificáveis – que incidem na mesma). Com isso, entende-se que a saúde implica também a existência de condições para o desenvolvimento das pessoas, sendo inseparável da paz, da eliminação da pobreza, da redução do desemprego, da preservação do meio ambiente, etc. Significa a existência de uma correlação entre saúde das pessoas e o desenvolvimento socioeconômico. Esta concepção se opõe à que se baseia na oposição saúde/enfermidade. E, além disso, neste sentido, parece frisar a possibilidade de ser guiada por estratégias não meramente curativas, mas também por estratégias amplas de promoção da saúde.

Destaca-se que a proteção e a promoção da saúde não podem ser reduzidas a uma questão exclusivamente médica, assim como não podem ser limitadas à assistência à saúde, pois exigem do Estado outros esforços e políticas públicas que contribuam para a real efetivação do direito à saúde. Assim, a concepção da OMS integra a ideia de proteção da saúde num contexto geral, reconhecendo seu duplo caráter: individual e social (RAMOS, 2014).

A partir da análise desse conceito entende-se que a saúde implica também a existência de condições para o desenvolvimento das pessoas, bem como torna-se imprescindível a redução da violência, a eliminação da pobreza, a redução de desemprego, a conservação de meio ambiente, entre outras questões socioeconômicas (RAMOS, 2014).

O texto normativo da OMS é, portanto, referência obrigatória para a compreensão dos principais aspectos relacionados à saúde: conceito e complexidade; indissociabilidade das condições de vida das pessoas; caráter individual, social e coletivo e a necessidade da participação da sociedade e do Estado na sua garantia. Como reflexo disso, o direito à saúde passou a ser também regulado pela Constituição Federal de 1988. Está previsto na Constituição como direito fundamental social no artigo 6º e, em específico, no Capítulo da Ordem Social – art. 196 a 200. Pode ser visto como uma tentativa de superar uma concepção jusnaturalista (direito humano) e reconhecê-lo como um benefício decorrente de reivindicações sociais.

Por outro lado, se levarmos em consideração o conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde, será definida como estado de completo bem-estar (físico, mental e social). Daí, há uma necessidade de determinar as condições essenciais que possibilitarão o desenvolvimento e a manutenção da própria vida. Valores considerados indispensáveis para uma vida humana digna. Andreas Krell (2009) reconhece a saúde como direito humano fundamental, permitindo-se compreendê-la a partir de características nobres e fundamentais para a valorização da condição humana, como exemplo: essencialidade, superioridade normativa, reciprocidade e universalidade.

A essencialidade implica que o direito à saúde apresenta valores indispensáveis e que deve ser protegido. É um direito superior em relação a outras normas, não admitindo o sacrifício de um direito essencial para atender as vontades do Estado (superioridade normativa). Tem-se a reciprocidade resulta da relação entre os diversos direitos que une a comunidade humana.

Universalidade é uma característica que marca o direito à saúde ao anunciar que a saúde é um direito de todos, possibilitando um enfrentamento a uma visão estamental de privilégios destinados às classes economicamente superiores (RAMOS, 2017). Veja-se que se os direitos humanos são universais e que seu valor não depende do contexto social, então é lógico que não se pode imaginar que alguém deixe de ser titular de direitos humanos por estar em um determinado contexto social ou cultural. Ou seja, a universalidade dos direitos humanos em relação aos seus titulares tem um sentido que independe da solução que se dá ao problema da universalidade ou relatividade moral dos direitos humanos.

Segundo Ramos (2017) a característica da universalidade é uma condição necessária do ponto de vista formal, contudo, isto não resulta ser uma condição suficiente do ponto de vista material, posto que uma formulação equivalente as precedentes sobre direitos

humanos específicos pode apresentar-se inaceitável, quando a categoria eleita seja discriminatória, como, por exemplo, quando se afirmar que *todo homem branco tem direito à habitação*. Esta limitação é semelhante ao que ocorre em âmbito dos juízos morais em Kant. Considera-se, em regra, que a universalização é um requisito de todo juízo moral, ou seja, para que um juízo seja considerado moral precisa ser universalizável. A universalidade do juízo moral é uma condição necessária, mas não suficiente para configuração. Não se pode aceitar um juízo como moral sem que passe no teste da universalização.

Por este motivo, a quantificação universal da classe dos sujeitos titulares dos direitos fundamentais é uma característica que permite fazer uma definição formal dos direitos humanos, mas também possui significado moral. A universalidade dos direitos humanos em relação a titularidade é uma característica formal da definição de direitos humanos, mas é também uma exigência do princípio da universalidade moral, posto que não seria justificável que uma pessoa fosse titular de um direito humano e outra pessoa pertencente a mesma classe não fosse considerada também titular. Por fim, entende-se que os direitos sociais são universais, também em relação a seus titulares. Em certos casos, talvez na maior parte, a universalidade em relação à titularidade se estende sem maiores restrições a todos os seres humanos. Em outros, a universalidade em relação à titularidade se estende a um grupo específico, mas independente destas considerações os direitos sociais são sempre universais em relação aos seus titulares, mesmo no conceito mais comum de universalidade.

Desse modo, seguindo na mesma seara de Peter Singer, a saúde está conectada, inevitavelmente, à própria existência humana e ao desenvolvimento social de uma forma geral. Assim, devido a sua relevância ética, social e jurídica foi inserida em diversas declarações e documentos internacionais. Em 1946, o direito fundamental de todo homem “gozar do grau máximo de saúde” aparece no texto da Constituição da Organização Mundial da Saúde. No ano de 1948 a Declaração de Direitos Humanos também reconhece a saúde como um direito, influenciando as constituições dos Estados. Outros documentos surgem em razão da necessidade de reconhecer o direito à saúde como valor universal, exemplificando, temos: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) Conferências Internacionais de Promoção a Saúde: Declaração de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (1988); Declaração de Sundsvall (1991); Declaração de Jacarta (1997), Declaração do México (2000), Declaração de Bangkok (2005) e Declaração de Nairobi (2009).

Registra-se que o conteúdo do grupo dos direitos sociais possui caráter heterogêneo, representando diversos anseios e desejos da sociedade num ambiente econômico diferenciado.

Diante desse contexto, a afirmativa de Krell (2009) torna-se pertinente quando diz que “não se pode igualar densidade normativa dos direitos sociais, que se define por condições e pressupostos econômicos bem diferenciados, restando evidente que certos direitos sociais possuem uma maior ‘carga utópica’ e estão mais distantes das possibilidades reais de sua efetivação.”

Assim sendo, eles devem ter como conteúdo apenas aquilo que o indivíduo pode razoavelmente requerer da sociedade em que vive. A razão disso está na base de um sistema econômico, o que impossibilita o Estado garantir todos os direitos sociais, ao mesmo tempo e o tempo todo. Merece destaque, em razão da temática aqui proposta, a prestação da assistência à saúde que, assim, como os outros direitos sociais, está condicionada a uma realidade econômica de uma determinada população. Situação esta, que impacta no funcionamento do próprio sistema de saúde.

Torna-se desnecessário afirmar que o Estado, de fato, não cria as mesmas condições de assistência à saúde a todos, por outro lado não podem existir direitos à saúde individualmente fruíveis, visto que as falhas de prestação parecem ter muito mais ligação com a falta de e com uma deficiente organização administrativa (KRELL, 2009). Afirma ainda, o autor que

Vale constatar que nenhum texto constitucional deve normatizar o inalcançável para que não haja frustração e descrença generalizada no seu valor normativo; ele sempre deve guardar uma relação com elementos colhidos na realidade que precisam de ressonância no sentimento social. Assim, a relevância das normas sobre direitos sociais também está na sua função apelativa e conscientizadora, de modo que eles apontam para fins futuros e servem de pausa de valores e de reivindicações para movimentos que as queiram ver aplicados e cumpridos pelo sistema político administrativo

É cediço que o Poder Executivo não possui políticas públicas capazes de garantir a todos o acesso a esse direito fundamental, o que enseja ativismo judicial, bem como judicialização da política, institutos diferenciados, mas não trataremos desta dissonância conceitual, caracterizados pela interferência do Poder Judiciário com o escopo de efetivar este direito social, conflitos que deverão ser solucionados por meio da judicialização que terá como fundamento os princípios fundamentais – dignidade da pessoa humana, cidadania, igualdade material e solidariedade. E, no Estado em que no qual um grupo significativo de pessoas se encontra impossibilitado de realizar necessidades básicas demonstra a fragilidade dos direitos naquele espaço. Não interessa que o responsável possa ser identificado ou se a fragilidade se configura como estrutural; o que ocorre é a demonstração da incapacidade do Estado em

cumprir suas obrigações básicas, seja pela opção pelo modo de produção, seja pela existência de desigualdades socioeconômicas, seja pelo alto grau de exclusão social, em outras palavras, depende das prioridades que o Estado tenha eleito (RAMOS, 2016).

Assim, parece inequívoco que, se apenas determinados bens e serviços objetos dos direitos sociais não estão ao alcance de todas as pessoas, então os direitos sociais são direitos de algumas pessoas e não direitos universais. Desta forma, frequentemente, se refere a que o valor dos direitos humanos não é relativo a uma cultura determinada. Assim, diante de tudo que foi falado, percebe-se que o direito à saúde como universalizável remonta a constituição de um mínimo ético aceitável por toda a humanidade. Com base no exposto, é inquestionável que os direitos sociais encontram-se assegurados. Contudo, ao se vislumbrar a ótica da realidade a situação é completamente desfavorável à sociedade. Convive-se com um acentuado quadro de atendimento e de assistência à saúde precário, pois faltam: medicamentos, leitos, médicos, etc.

O quadro caótico delineado demonstra o desprezo do Poder Público com os pacientes em não praticar as Políticas Públicas cabíveis e a ausência de consciência da sociedade que apenas fica perplexa diante de tal situação, sem abandonar a sua conduta de tolerar o tratamento indigno do homem pelo próprio homem. Por isso, no surgimento do Estado Social, não nos restam dúvidas, que o propósito era no sentido de garantir a igualdade de direitos na sociedade, bem como a necessária prestação positiva por parte do próprio Estado. No entanto, deve-se reconhecer que os objetivos não foram alcançados e, de fato, os propósitos passaram longe da realidade.

Para Krell (2009) realizar o direito à saúde o Estado deve definir, executar e implementar, conforme as circunstâncias, as chamadas “políticas públicas” que viabilizem o gozo efetivo do direito à saúde. Vale esclarecer que as normas que regulam a assistência à saúde não representam apenas recomendações ou preceitos morais com eficácia meramente política, mas constituem Direito diretamente aplicável, porém de densidade meramente variável. Desta forma, escolhas serão realizadas baseadas nas necessidades sanitárias da população em determinado momento ou época. No entanto, em um país onde as ações do poder público são centralizadas, pouco transparentes e muitas vezes interpretadas como paliativas, é fundamental que se compreenda a formulação das políticas públicas para promoverem efetivamente o direito à saúde.

Segundo Lucchese (2004, p.6) “as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público.”

Desde de 1988 que as políticas públicas de saúde estão dispostas na Constituição Federal de 1988, visando melhorias na condição de vida da população no ambiente natural, social e de trabalho.

As políticas públicas de saúde são regidas pelos princípios da universalidade e da equidade, buscando promover o acesso às ações e serviços. Contam ainda, nesse processo, com as diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional. São consideradas ações de governo oriundas de produção de serviços pelo próprio Estado e de atividades de regulação realizadas por outros agentes econômicos (LUCCHESE, 2004). Afirma a autora, que a tarefa das políticas públicas de saúde “é organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.” (LUCCHESE, 2004, p.6)

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. As políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes. Em específico, o artigo 196 da CF consagra a saúde como direito de todos, portanto o direito à saúde antes de ser coletivo é individual. Desta forma, o direito à saúde deve ser ofertado a todos em igualdade individual de condição.

As políticas públicas de saúde correspondem a todas as ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial. Referem-se tanto a atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal quanto àquelas relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Configuram uma agenda bastante vasta de temas, que expressam não apenas o leque e a abrangência dos problemas que exigem solução política, mas principalmente os anseios da sociedade e o contexto e os resultados da disputa entre os diferentes atores sociais.

A partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que instituiu a Seguridade Social como o padrão de proteção social a ser institucionalizado no país, e, neste âmbito, a saúde como direito de todos e dever do Estado, as políticas de saúde vêm sendo amplamente discutidas e definidas com vistas ao reordenamento setorial necessário ao cumprimento dos preceitos constitucionais. Vale lembrar, ainda, que a concepção ampliada de saúde adotada na Constituição e o entendimento de que a garantia desse

direito exige do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, não apenas ampliam o espectro das políticas públicas relacionadas à saúde como exigem dos formuladores das políticas de saúde a interlocução com outros setores.

Na análise da política de saúde verifica-se que há muitas contradições relacionadas à saúde e ao desenvolvimento social, decorrentes de aspectos relacionados à pobreza, tais como: falta de saneamento e de moradia, analfabetismo, desnutrição, fome, ausência de trabalho e renda, entre outros, e que atualmente correspondem a um conjunto de fatores que inviabilizam uma política eficaz de enfrentamento da Pandemia causada pelo novo coronavírus. Segundo Machado (2017) “no que tange à relação entre saúde e desenvolvimento social, cabe ressaltar que o projeto da Seguridade Social consolidado na Constituição de 1988 pressupunha forte articulação entre políticas econômicas e sociais”. A articulação entre essas políticas fundamenta-se em um modelo de desenvolvimento que promovesse, simultaneamente, crescimento econômico sustentado e geração de renda e emprego, com redução das desigualdades e ampliação dos direitos sociais em todos os seus aspectos.

A grande questão é que na assistência à saúde observa-se diferentes institucionalidades da política que provocam menor ou maior centralidade da área social e do papel do Estado nas estratégias de desenvolvimento. Na saúde as articulações entre organismos nacionais públicos e privados e também organismos internacionais buscam alcançar metas que promovam a diminuição de doenças no mundo ao mesmo tempo que procuram uma forma de reduzir as desigualdades sociais. Assim, conforme Machado (2017, p. 10) “o Brasil deve buscar uma diminuição da pobreza e das desigualdades, medida, que irá impactar no tratamento sanitário ao mesmo tempo que se torna necessário o aumento do PIB, da renda média municipal, da renda individual, do poder de consumo das famílias e do nível de escolaridade da população”.

A Constituição estabelece que compete ao poder público organizar sua atuação nas áreas de saúde, previdência e assistência social no âmbito da Seguridade Social, com base nos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração. Essa organização surge a partir de um sistema representado por uma rede de ações e serviços regionalizada e hierarquizada no território nacional deve constituir um sistema único – o Sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se que o SUS seja o grande protagonista nessa guerra contra o novo coronavírus.

O texto constitucional prevê que as ações e os serviços do Sistema Único de Saúde podem ser executados diretamente por instituições públicas ou, complementarmente, por instituições privadas através de pessoa física ou jurídica de direito privado, conveniadas ou contratadas mediante contrato de direito público, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle. A operacionalização destes princípios e diretrizes no processo de implantação do Sistema Único de Saúde, particularmente no que diz respeito à implementação da gestão descentralizada das ações e serviços de saúde, vem se realizando por meio de normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde. Essa mesma linha de raciocínio foi adotada como referência para as ações no combate à COVID-19.

A pandemia pelo coronavírus surge como um novo marco para a política sanitária no mundo. Tudo que foi pensado em política de saúde internacional e nacional não foi suficiente para o combate à COVID-19.

O histórico dessa pandemia demonstra que os sistemas de saúde de todo o mundo não estavam preparados para enfrentar um vírus de potencialidade extrema. Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada em dezembro de 2019 sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, até o dia 30 de abril de 2020, foram confirmados no mundo 3.090.445 casos de COVID-19 e 217.769 mortes. (OPAS, 2020).

O Brasil é um dos países com transmissão comunitária da COVID-19 e confirmou 85.380 casos e 5.901 mortes pela doença até a tarde do dia 30 de abril de 2020. Em janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. Essa decisão aprimora a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus (OPAS, 2020).

A ESPII é considerada, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata” (OPAS, 2020).

O controle de doenças dessa natureza trata-se de uma atividade essencialmente política, que oscila entre períodos de maior visibilidade como é o caso do COVID-19, mas também está relacionada no cotidiano das pessoas quando da vacinação, atendimento nas

emergências, fiscalização sanitária nos estabelecimentos e o funcionamento de laboratórios clínicos.

Para Baldwin (2007) e Greer & Mätzke (2012) o centro dessas atividades está a coordenação entre governos e profissionais de saúde, bem como a memória institucional de atuação em situações de crise de saúde pública. A coordenação das atividades entre os três níveis de governo é fundamental, em especial no Brasil, em que os chefes do Executivo possuem interesses partidários diversos. Deve-se observar, de acordo com os artigos 23, II e 24, XII da Constituição Federal de 1988, que os entes federados possuem responsabilidades em comum no que se refere às questões de vigilância em saúde.

## **CONCLUSÃO**

Diante do exposto, parece inequívoco que, se apenas determinados bens e serviços objetos dos direitos sociais não estão ao alcance de todas as pessoas, então os direitos sociais são direitos de algumas pessoas e não direitos universais. Desta forma, frequentemente, se refere a que o valor dos direitos humanos não é relativo a uma cultura determinada. Assim, diante de tudo que foi falado, percebe-se que o direito à saúde como universalizável remonta a constituição de um mínimo ético aceitável por toda a humanidade. Com base no exposto, é inquestionável que os direitos sociais encontram-se assegurados. Contudo, ao se vislumbrar a ótica da realidade a situação é completamente desfavorável à sociedade. Convive-se com um acentuado quadro de atendimento e de assistência à saúde precário, pois faltam: medicamentos, leitos, médicos, etc.

O quadro caótico delineado demonstra o desprezo do Poder Público com os pacientes em não praticar as Políticas Públicas cabíveis e a ausência de consciência da sociedade que apenas fica perplexa diante de tal situação, sem abandonar a sua conduta de tolerar o tratamento indigno do homem pelo próprio homem. Por isso, no surgimento do Estado Social, não nos restam dúvidas, que o propósito era no sentido de garantir a igualdade de direitos na sociedade, bem como a necessária prestação positiva por parte do próprio Estado. No entanto, deve-se reconhecer que os objetivos não foram alcançados e, de fato, os propósitos passaram longe da realidade.

No entanto, a emergência do novo coronavírus tem exigido de governos de todo o mundo a adoção de medidas urgentes e eficazes, fundamentadas em evidências científicas e protocolos aprovados por autoridades sanitárias, bem como em políticas públicas da área da

saúde e economia, objetivando assegurar o direito à saúde, alimentação e demais direitos sociais e econômicos.

No Brasil, embora haja um grande esforço no sentido de garantir acesso a população ao sistema de saúde, verifica-se que as estruturas materiais e humanas são insuficientes e precárias para dar conta da gravidade da pandemia, optando como principal estratégia de enfrentamento o distanciamento social como protocolo de prevenção e contenção da escala de contágio, especialmente no estágio de transmissão comunitária, em que se encontra o Brasil desde 20 de março de 2020 (Portaria 454/2020 do Ministério da Saúde). Na verdade, inicialmente, o modelo estratégico de distanciamento social teria a finalidade de acatar a curva de contágio da doença, preservando a capacidade operacional do sistema de saúde, com o escopo de evitar que a estrutura de saúde fique sobrecarregada, com o aumento abrupto do número de infectados.

Nota-se que ao criar um sistema universal de saúde, que reconhece a responsabilidade do Estado em prover as mais diversas ações, o Brasil, ainda sim, enfrenta um desafio único no mundo: oferecer saúde pública e gratuita, reconhecida como direito fundamental para uma população de aproximadamente de 210 milhões de habitantes. Essa situação não é tão promissora quando nos deparamos com um quadro precário de atendimento às vítimas de COVID-19 (falta de leitos e de medicamentos), apesar do Brasil ser reconhecido internacionalmente pela sua capacidade de enfrentamento às epidemias, como Zika, Dengue e Hepatites.

## REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. Teoría de los Derechos Fundamentales. Trad. Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993.

AMARAL, Gustavo. Direito, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

AÑÓN, Lema Carlos. Salud, justicia, derechos: el derecho a la salud como derecho social. Madrid: DYKINSON, 2009.

BALDWIN, P.. Disease and Democracy: The Industrialized World Faces AIDS. Los Angeles: University of California Press, 2007.

DANIELS, N. Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? In: KHUSE,

- DINIZ, Débora, GUILHEM, Dirce. O que é Bioética. Editora Braziliense, São Paulo. 2002.
- H.; SINGER, P. (Ed.). A companion to bioethics. Oxford: Blackwells, 1999.
- ENGELHARDT, H. Tristan. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós, 1996.
- FERRAJOLI, Luigi. Derechos fundamentales. In: Derechos y garantías: la ley del más débil. Madrid: Trotta, 1999.
- GADAMER, Hans-Georg. El Estado oculto de la salud, Barcelona, Gedisa Editorial, 1996.
- GRACIA, Diego. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1988.
- GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. (Re)pensando a pesquisa jurídica, Belo Horizonte: Del Rey, 2013
- LUCCHESI, Patrícia. Políticas Públicas de Saúde. São Paulo, 2004.
- MACHADO, Cristiani Vieira, BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; e LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp.829-839. ISSN 1413-8123.
- OMS. Constituição da Organização Mundial de Saúde. 1946. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2010.
- PARIZEAU, Marie- Héléne. Bioéthique, Paris, PUF, 1996.
- RAMOS, Edith Maria Barbosa, DINIZ, Isadora Moraes. O direito à saúde e a ideia de proteção social na Constituição Federal de 1988, 2017.
- RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Trad. Vamireh Chacon. Brasília, DF: Unb, 1981. (Coleção Pensamento Político, 50).
- SEN, Amartya. Desenvolvimento como liberdade. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000a.
- SINGER, Peter. Ética Prática, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- REALE, Miguel. Filosofia do Direito. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1991.
- HOLMES, Stephen; SUSTEIN, Cass. The cost of rights: why liberty depends on taxes. New York: W. W. Norton & Co., 1999, p. 255.

