

9 PANDEMIA COVID-19 E DIREITO À VIDA – RESPOSTAS DISTINTAS CONFORME O SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO: ESTUDO COMPARADO EM DIFERENTES REALIDADES

Cláudia Toledo¹

Ian Botelho de Abreu²

Palavras-Chave: Pandemia COVID-19; Direito à Vida; Sistema de Saúde.

APRESENTAÇÃO

Este resumo apresenta os resultados do projeto de iniciação científica BIC, desenvolvido na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a coordenação da Prof^a Cláudia Toledo e participação do graduando Ian Botelho de Abreu.

No final de 2019, casos de pneumonia de origem desconhecida foram identificados na cidade de Wuhan, China. Em poucos dias, foi isolado um novo tipo de coronavírus, causador da doença. O alastramento dessa doença para outros países ocorreu em contexto que simultaneamente reúne os esforços do governo chinês para conter a transmissão virótica e as controvérsias acerca das medidas desse governo no início da epidemia, em especial relativas ao ocultamento de casos e da origem da doença no país (ZHU *et al.*, 2020, p. 727-728; O GLOBO, 2020, *online*).

No dia 11 de março de 2020, com o vírus tendo se disseminado em mais de 114 países, com mais de 118.000 casos e 4.291 mortes, a OMS classificou como *pandemia* a situação mundialmente vivenciada (WHO, 2020).

Diante desse panorama, diversas formas de resposta para a crise sanitária têm sido adotadas por diferentes nações, proporcionando distintos níveis de proteção aos *direitos à saúde* e *à vida* da população. Outro fator relevante para a averiguação do grau de proteção fornecido a esses direitos fundamentais é o *sistema de saúde* adotado por cada Estado. Por fim, os *índices de contaminação, letalidade e vacinação* populacional são primordiais para mensurar a

¹ Professora Associada da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Membro permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito e Inovação (UFJF); Doutorado em Teoria e Filosofia do Direito - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Estágio Pós-Doutoral - Christian-Albrechts Universität zu Kiel (CAU), Alemanha; Estágio Pós-Doutoral - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Contato: toledo.claudia@direito.ufjf.br

² Graduando em Direito pela Universidade Federal de Juiz de Fora e aluno participante do projeto de pesquisa. Contato: ianbotabreu@gmail.com

salvaguarda que cada Estado prestou à vida e à saúde de sua população. A identificação das atividades e recursos institucionais que melhores desempenhos tiveram no combate à pandemia são informações relevantes para a maior eficácia de planos e programas de governo, bem como para a maior eficiência de sistemas de saúde nacionalmente adotados na proteção dos direitos fundamentais à saúde e à vida da população.

Ao longo deste estudo, pretendeu-se averiguar a variação do impacto da pandemia, bem como das respostas oferecidas por diferentes países, segundo o modelo de Estado (liberal ou social) e seu estágio de desenvolvimento socioeconômico e industrial (centrais ou periféricos). No mesmo sentido, buscou-se diagnosticar qual forma de organização do sistema de saúde (público e/ou privado) se mostrou mais adequada para a proteção do direito fundamental à saúde e conseqüentemente garantia do direito fundamental à vida.

METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa *empírica*, de caráter *exploratório* e natureza *qualitativa*. O projeto explorou a temática relativa à pandemia e sua relação com os direitos fundamentais à vida e à saúde, visando a aprimorar o conhecimento da crise sanitária atualmente vivida, bem como das medidas tomadas por diferentes governos em reação à pandemia. Assim, destacaram-se os seguintes critérios comparativos entre os países analisados: (i) medidas governamentais tomadas no combate à pandemia; (ii) sistema de saúde nacionalmente adotado; (iii) índices de contaminação, letalidade e vacinação populacional. Esses critérios foram organizados como elementos de tabela utilizada para o fichamento e análise da realidade de cada Estado investigado.

Foram selecionados países de todos os continentes³, para a garantia de razoável margem de abrangência no estudo comparado realizado: do continente americano (Brasil, Estados Unidos e México), do continente europeu (Alemanha, Espanha, Itália e Reino Unido), do continente asiático (China) e do continente africano (África do Sul).

Os dados e resultados levantados foram obtidos em *websites oficiais de organizações internacionais* (como OMS, ONU e OCDE), *órgãos institucionais de cada país* (como ministérios ou secretarias de saúde) e *instituições públicas e privadas nacionais, ONGs* (como a Biblioteca Virtual em Saúde e o Health System Tracker).

Além disso, foi continuamente realizado *levantamento bibliográfico* em *sites* de acesso

³ À exceção da Oceania, que não apresentou nenhuma singularidade no enfrentamento da pandemia, não tendo sido representativa de nenhuma situação extremada de melhor ou pior condução da crise sanitária.

a artigos e livros com reconhecida qualidade científica, como Portal Capes, Vlex, Scielo, Scopus.

Ao final da pesquisa, após o levantamento dos dados de cada país, foi feita a *tabulação cruzada* desses dados, de modo a avaliá-los quantitativamente.

RESULTADOS

Serão aqui reproduzidas as tabulações cruzadas feitas em relação aos diferentes elementos da tabela empregada para o fichamento de cada realidade nacional. Dessa forma, seguindo a ordem de disposição dos elementos naquelas tabelas, tem-se a identificação das (a) *medidas governamentais tomadas em combate à pandemia*; (b) *sistemas de saúde nacionalmente adotados*; (c) *índices de contaminação, letalidade e vacinação*.

a) *Medidas governamentais tomadas em combate à pandemia*

Os países do continente americano, de forma generalizada, apresentaram lideranças negacionistas do impacto da pandemia e da ciência. Nesse contexto, os presidentes de Brasil, Estados Unidos e México atuaram de forma contrária às medidas de isolamento social, incentivando o funcionamento usual das atividades econômicas, enfatizando a proteção da economia nacional (ROUBICEK, 2021, *online*; LABS, 2020, *online*) e promovendo a teoria da imunidade de rebanho (EL PAÍS, 2020, *online*; MATOSO, GOMES, 2021, *online*; DÍAZ, 2021, *online*; O GLOBO, 2020, *online*).

Esses países apresentaram medidas restritivas esparsas, o que dificultou uma resposta nacionalmente coordenada. Assim, *medidas assistenciais* – como o Auxílio Emergencial no Brasil, a alocação de recursos para gastos sociais no México e os pacotes de estímulos promovidos nos EUA (IPEA, 2020, p. 21-38; CONEVAL, 2020, p. 72-76; BANCO MUNDIAL, 2020, p. 113-114) –, apesar das especificidades de cada realidade nacional, foram de grande importância para possibilitar adequadas condições de subsistência da população durante a crise sanitária. Inobstante, tais iniciativas isoladamente não se mostraram suficientes para promover boas respostas desses países no enfrentamento da pandemia, dados seus índices de contaminação e letalidade, ainda que tenham sido providências socialmente relevantes (GERBELLI, SALATI, 2020, *online*; BALTHAZAR, 2020, *online*; ROUBICEK, 2021, *online*; BBC, 2020, *online*).

De forma similar, os países europeus estudados inicialmente dimensionaram de modo

equivocado os possíveis impactos da pandemia. Esse prognóstico inicial levou a altos índices de contaminação e letalidade populacional no começo da crise sanitária (G1, 2020, *online*). Posteriormente, com o agravamento da crise, Alemanha, Espanha, Itália e Reino Unido passaram a adotar medidas restritivas, impondo *lockdowns* de acordo com a situação epidêmica, e fortalecendo a própria capacidade de resposta dos Estados, bem como reforçando as medidas assistenciais, promovendo os serviços públicos via aumento de seu financiamento (FMI, 2020). Finalmente, China e África do Sul, apesar de se apresentarem envoltas em polêmicas, tiveram alguns dos melhores resultados no que tange aos índices de contaminação e letalidade. Não obstante, a China adotou em diversas localidades, além de providências como a triagem e *lockdowns* temporários, medidas que restringiram direitos fundamentais da população em níveis alarmantes, como o trancamento forçado de pessoas em suas casas (FMI, 2020; XU *et al.*, 2020; ALTAKARLI, 2020, p. 46-47). De forma similar, a África do Sul criminalizou o descumprimento de medidas sanitárias e a disseminação de desinformação, tendo forçado moradores de rua a permanecerem em campos temporários, medidas essas evidentemente desproporcionais e incompatíveis tanto com direitos fundamentais, quanto com o Estado Democrático de Direito (STAUNTON, 2020).

b) Sistemas de saúde nacionalmente adotado

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona de forma descentralizada, com as responsabilidades repartidas entre as entidades federativas. Ademais, opera segundo os princípios da *universalidade*, *integralidade* e *equidade*, proporcionando o acesso *gratuito* de todos a serviços médicos *abrangentes*. Ele é financiado mediante recursos fiscais e contribuições das diferentes entidades administrativas. No entanto, enfrenta evidente subfinanciamento, que inviabiliza grande parte das melhorias efetivas na prestação de assistência médica à população (TIKKANEN *et al.*, 2020, p. 17; SOUZA, 2020, p. 1-5).

Já no México, o sistema de saúde abrange tanto o setor *público* quanto *privado*. O primeiro sistema destina-se à população com *trabalho formal* e, por conseguinte, àqueles que possuem seguridade social e os programas assistenciais oferecidos pelo governo. Já o sistema de saúde *privado* concentra seguradoras e prestadoras de serviços. Apesar de reformas como o Seguro Popular, uma parcela da população continua sem cobertura e outra parte tem poucos serviços assegurados. Isso se dá em consequência da estrutura fragmentária do sistema de saúde e do tratamento diferenciado da população por diferentes provedores de saúde (DANTÉS *et al.*, 2011, p. 224; KRASNIAK *et al.*, 2019, p. 277-283).

Nos EUA, o setor *privado* desempenha papel central, havendo apenas algumas ações específicas como o *Medicare* e o *Medicaid* para alguns grupos vulneráveis. Destaca-se que parcela expressiva da população (8,5%) não tem acesso a seguros de saúde. Nesse sentido, ao governo federal cabem apenas algumas funções, como o estabelecimento de legislações e estratégias nacionais, além da administração do mercado de seguros privados (NORONHA, UGÁ, 1995, p. 178; TIKKANEN *et al.*, 2020, p. 211-212).

Já na Europa, embora a Alemanha apresente uma estrutura de Estado Social muito mais destacada do que o Reino Unido – que, via de regra, aproxima-se notadamente do modelo de Estado Liberal –, no que tange ao direito à saúde, o Reino Unido possui sistema de saúde *público*, enquanto a Alemanha, diversamente não apenas do Reino Unido, mas dos demais países europeus estudados – Espanha e Itália –, possui sistema de saúde baseado em *seguros obrigatórios*. Grande parcela da população, cerca de 87%, é coberta por *seguro público*. O governo alemão estabelece políticas públicas, regulações e financiamento para o sistema, bem como serviços que devem ser prestados e define padrões de qualidade, mas não é envolvido diretamente na sua prestação (TIKKANEN *et al.*, 2020, p. 59-62, 117-118, 93-87; WHO, 2018, p. 16).

Na África do Sul, o setor *privado* atende uma pequena parcela da população (cerca de 15%). A maioria da população que não tem acesso aos serviços privados é atendida por *serviços públicos*. No entanto, cabe mencionar que o sistema público de saúde ainda se encontra em fase de implementação, devendo iniciar oficialmente no ano de 2026 (CONMY, 2018, p. 1-7).

Por fim, na China funcionam dois programas de *seguro* de forma simultânea. Um para *trabalhadores formais de áreas urbanas* e outro para *residentes urbanos e rurais sem trabalho formal*. Apesar de não serem seguros obrigatórios, o país atingiu cobertura próxima de universal por meio de seguros subsidiados parcialmente pelo setor público. O sistema, no entanto, apresenta disparidades, com o programa básico voluntário para pessoas sem trabalho formal oferecendo escassa gama de serviços (TIKKANEN *et al.*, 2020, p. 37-40; EGGLESTON, 2012, p. 7-13).

Após o estudo dos tópicos elencados, levantaram-se especificamente os números relativos aos *índices de contaminação, letalidade e vacinação* de cada país estudado, conforme se constata das tabelas abaixo.

Tabela 1: Índices de contaminação⁴

⁴ Dados extraídos do WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 10 out. 2021.

PAÍS	Nº de Pessoas Contaminadas	Nº de Pessoas Contaminadas por 100.000 habitantes
Brasil	21.516.967	10.122,8
EUA	43.792.254	13.230,18
México	3.699.621	2.869,42
Alemanha	4.293.807	5.162,89
Espanha	4.971.310	10.502,93
Itália	4.692.274	7.867,47
Reino Unido	8.046.394	11.852,8
África do Sul	2.909.757	148,56
China	124.954	8,49

Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 2: Índices de Letalidade⁵

PAÍS	Nº de Mortes	Nº de Mortes por 100.000 habitantes
Brasil	599.359	281,97
EUA	703.599	212,57
México	280.610	217,42
Alemanha	94.113	113,16
Espanha	86.701	183,17
Itália	131.198	219,98
Reino Unido	137.417	202,42
África do Sul	88.104	148,55
China	5.693	0,39

Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 3: Índices de Vacinação⁶

⁵ Dados extraídos do WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 10 out. 2021

⁶ Dados extraídos do WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 10 out. 2021

PAÍS	Nº de pessoas vacinadas com, pelo menos, uma dose por 100 habitantes	Nº de pessoas <i>totalmente</i> vacinadas por 100 habitantes
Brasil	68	40.36
EUA	67.8	55.86
México	49.42	35.12
Alemanha	68.16	64.66
Espanha	79.58	72.19
Itália	75.71	68.38
Reino Unido	71.93	66.11
África do Sul	14.81	15.23
China	78.49	68.94

Fonte: elaborado pelos autores

Dos números e resultados expostos acima, extraem-se algumas conclusões. Os países do continente americano tiveram respostas similares à pandemia: relativização da doença, negacionismo científico, ênfase em medidas protetivas da economia nacional. Não obstante, o Brasil apresentou os piores resultados nos índices de contaminação e letalidade não apenas entre os países do continente americano investigados, como entre todos os 9 países estudados (Brasil, México, EUA, Alemanha, Espanha, Itália, Reino Unido, África do Sul, China) de 4 diferentes continentes (América, Europa, África, Ásia). Esse desempenho pífio do Brasil no combate à pandemia e, conseqüentemente, na proteção dos direitos à saúde e à vida de sua população, ocorreu a despeito de o país possuir sistema de saúde *público, universal* e de *grande abrangência* nos serviços prestados. A justificativa de desempenho brasileiro marcadamente negativo decorre da *inoperância governamental* na tomada de medidas de enfrentamento à crise sanitária. Os demais países americanos investigados, EUA e México, também enfrentaram razoável grau de inoperância governamental – especialmente os EUA durante o governo Trump (GIRARDI, 2021, *online*) –, com a tomada de medidas negacionistas pelo governo, as quais indicavam, inclusive, a adoção de estratégia baseada em teorias da *imunidade de rebanho* – situação que configura *crime contra a humanidade*, pois resulta no alcance da imunização da população às custas de incentivo à contaminação (PRAZERES, 2021, *online*). Acrescente-se que os sistemas de saúde do México e dos EUA excluem considerável parcela da população e possuem menor abrangência que o SUS (apesar de seu subfinanciamento). Desse modo, se, nos demais países americanos, a despeito da dificuldade da população no acesso aos serviços de

saúde, o nível de descontrole sobre a pandemia ainda foi menos grave do que no Brasil, apenas se pode concluir que a relativização da crise pandêmica no cenário brasileiro foi comparativamente ainda mais intensa.

Por outro lado, os países europeus, depois de um primeiro momento de inação, apresentaram prognóstico político correto no sentido da proteção aos direitos à saúde e à vida de sua população. Após a avaliação da experiência de outros países, passaram a adotar medidas que se mostraram efetivas no combate à pandemia e proporcionais na restrição aos direitos fundamentais dos indivíduos. Em alguns momentos, deu-se precedência aos interesses da sociedade e ao direito à vida de cada um de seus membros, limitando-se parcialmente as liberdades individuais, e, em outros, devido ao abrandamento da situação epidêmica, aumentou-se a margem de abrangência das liberdades individuais sem a afetação dos interesses da sociedade. Salienta-se que, em conformidade ao modelo de Estado Social, esses países ofereceram as condições necessárias aos cidadãos por meio de medidas sociais e ancoraram suas respostas em seus robustos sistemas de saúde majoritariamente públicos.

Já China e África do Sul apresentaram medidas desproporcionalmente restritivas dos direitos fundamentais de seus habitantes e contrárias ao regime democrático de governo. Assim, apesar de terem alcançado resultados comparativamente razoáveis no que se refere aos índices de contaminação e letalidade, as atitudes draconianas adotadas pelos dois Estados inviabilizam a correlação desses resultados com o modelo de Estado adotado (se social ou liberal) ou o sistema de saúde nacionalmente instalado (se público ou privado). Destacam-se, enfim, a não divulgação de casos, o ocultamento inicial da doença, o trancamento forçado de pessoas em suas residências na China, e a criminalização do descumprimento de medidas sanitárias na África do Sul, como exemplos de medidas atentatórias aos direitos fundamentais adotadas por esses países.

REFERÊNCIAS

IMF. Policy Response to COVID-19. 2021. Disponível em: <<https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19> />. Acesso em: 26 out. 2021.

TIKKANEN et al. International Profiles of Health Care Systems. 2020. The Commonwealth Fund. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. World Health Organization. 2021. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 26 out. 2021.

WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. World Health Organization. Disponível em: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>>. Acesso em: 15 set. 2021.

ZHU, N. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 8, p. 727–733, 20 fev. 2020.