

# Desigualdades em saúde no contexto da pandemia do novo coronavírus - COVID-19

HEALTH INEQUALITIES IN THE NEW CORONAVIRUS  
- COVID 19 PANDEMIC CONTEXT

Beatriz de Santana Prates\*  
Marina Barrera Simionato\*\*

**RESUMO** A equidade é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e relaciona-se diretamente com a ideia de igualdade social. Seu objetivo fim é o de reduzir o impacto de determinantes sociais na garantia do acesso à saúde, considerando-se, para tanto, as necessidades específicas dos diversos grupos que compõem a população na construção das políticas públicas sanitárias. Todavia, a despeito da avançadíssima e indispensável concepção principiológica do SUS, a pandemia do novo Coronavírus (COVID-19) expôs de maneira paradigmática os efeitos de nossa desigualdade e tem atingido de maneiras diferenciadas os brasileiros, demonstrando-se mais letal justamente aos setores mais vulneráveis. As causas para essa desproporcionalidade relacionam-se tanto com uma maior dificuldade em praticar o isolamento social (dada a fragilidade das políticas de garantia do emprego e da renda) quanto com os obstáculos impostos aos mais vulneráveis no que diz respeito ao acesso à saúde. Assim, pensar a garantia do direito constitucional à saúde é, indispensavelmente, pensar políticas de redução de desigualdades sociais, o que faz da Defensoria Pública, expressão e instrumento do regime democrático, um dos principais atores nesse processo. A metodologia utilizada no presente artigo é a análise qualitativa por meio da técnica de revisão bibliográfica e análise documental das disposições constitucionais e legais relativas à cidadania, ao direito à saúde e as desigualdades em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desigualdade em saúde; Covid-19; Vulnerabilidades.

**ABSTRACT** Equity is one of the guiding principles of the Sistema Único de Saúde (SUS) and is directly related to the idea of social equality. Its ultimate objective is to reduce the impact of social determinants in guaranteeing access to health, considering, for this purpose, the specific needs of different population groups in the construction of public

---

\* Oficiala de Defensoria Pública (DPE/SP), possui graduação em Direito (2016) e mestrado em andamento no Programa de Direito Político e Econômico da Universidade Presbiteriana Mackenzie - bprates@defensoria.sp.def.br

\*\* Oficiala de Defensoria Pública (DPE/SP), possui graduação em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2016) - msimionato@defensoria.sp.def.br

health policies. However, despite the extremely advanced and indispensable principled conception of SUS, the pandemic of the new Coronavirus (COVID-19) exposed in a paradigmatic way the effects of our inequality and has affected Brazilians in different ways, proving to be more lethal to the most vulnerable sectors. The causes for this disproportionality are related both to a greater difficulty in practicing social isolation (given the fragility of employment and income guarantee policies) and to the obstacles and the obstacles imposed on the most vulnerable with regard to access to health. Thus, thinking about the guarantee of the constitutional right to health is, necessarily, thinking about policies to reduce social inequalities, themes that we will seek to explore in this article. Thus, thinking about the guarantee of the constitutional right to health is, necessarily, thinking about policies to reduce social inequalities, which makes the Public Defender's Office, expression and instrument of the democratic regime, one of the main actors in this process. The methodology used in this article is qualitative analysis through the technique of bibliographic review and documentary analysis of the constitutional and legal provisions related to citizenship, the right to health and health inequalities.

**KEYWORDS:** Inequality in health; Covid-19; Vulnerability.

---

## INTRODUÇÃO

O Projeto Acesso a Oportunidades<sup>1</sup>, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em parceria com o Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento (ITDP) e apoio do Instituto Clima e Sociedade (ICS), buscou mapear as condições de acessibilidade urbana nas cidades mais populosas do país.

O estudo estabeleceu um cálculo de tempo para acesso à serviços de saúde, educação e oportunidades de trabalho, constatando diferenças abissais entre o centro e a periferia das vinte maiores cidades do Brasil.

Como veremos, a pandemia declarada em razão do novo Coronavírus (COVID-19) acentuou essas desigualdades de acessibilidade e alterou a retórica de não intervenção estatal na economia, tanto nos países centrais quanto nos países periféricos, vigente desde os anos 80 quando a nova dinâmica de acumulação capitalista deteriorou as políticas keynesianas resultantes do pós-guerra, dando lugar à adoção de políticas restritivas de gasto e de ajuste fiscal.

Essa mudança de parâmetro impacta na construção de políticas públicas (que voltam a um lugar de destaque nas agendas políticas), tendo em vista esse cenário que requer ações governamentais estratégicas para redução dos déficits de acesso à saúde e problemas econômicos decorrentes da crise.

Nesse momento histórico, a Defensoria Pública ganha ainda mais destaque, devendo agir (como tem feito) nas mais diversas frentes para garantir e salvaguardar os direitos fundamentais da população brasileira.

## **1. Os Direitos de Cidadania no contexto do Estado Democrático de Direito**

A República Federativa do Brasil constitui-se em Estado Democrático de Direito, o que significa dizer que o modelo de Estado por nós adotado propõe-se a, mediante participação popular e respeito à legalidade, garantir a igualdade e ser protagonista das transformações sociais.

E dentre os fundamentos que alicerçam a República está a cidadania, princípio fundamental do Estado Democrático de Direito juntamente com a soberania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político.

No contexto do Estado liberal, a cidadania era concebida enquanto status, garantido tão somente a parcelas diminutas da população e vinculava-se à ideia de individualidade e ao exercício de direitos políticos.

No âmbito do Estado Democrático de Direito, por sua vez, a cidadania é dinamizada pelo vetor da solidariedade, adquirindo sentido amplo, de garantia universal de direitos fundamentais e significativa participação política.

Assim, são considerados direitos de cidadania:

[...] aqueles estabelecidos pela ordem jurídica de determinado Estado e, juntamente com os deveres, restringem-se aos seus membros; os direitos do cidadão englobam direitos individuais, políticos e sociais, econômicos e culturais e, quando são efetivamente reconhecidos e garantidos podemos falar em “cidadania democrática”, a qual pressupõe também a participação ativa dos cidadãos nos processos decisórios da esfera pública<sup>2</sup>.

Todavia, a despeito dessa avançada conceituação formalizada no texto constitucional, a aquisição destes direitos em dimensão universal persiste como um dos grandes desafios de nossa democracia.

Em razão da transformação ocorrida na ordem jurídica constitucional ao longo do século XX – qual seja, a superação do paradigma do Estado liberal pelo intervencionista – a implementação igualitária dos direitos de cidadania se dá, primordialmente, mediante prestações positivas do Estado.

E nossa Constituição Federal, com sua política econômica definida e objetivos claros, não se limitou a descrever um projeto de país, mas indicou também os caminhos para alcançá-lo, tendo nos direitos fundamentais um eixo elementar.

Nesse sentido, o direito à saúde, ao qual conferiu-se o status de direito fundamental juntamente com os demais direitos sociais arrolados no caput do art. 6º, é, sobretudo, um dever do Estado.

Esse direito, como veremos, ultrapassa a noção de ausência de doenças, traduzindo-se em um estado completo de bem-estar físico, social e mental<sup>3</sup>. Sua inadequada execução, portanto, inviabiliza o exercício integral da cidadania, devendo o Estado brasileiro ocupar-se, prioritariamente, de sua garantia.

## **2. O direito fundamental à saúde**

O desenho institucional do Sistema Único de Saúde – SUS, rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, foi formulado em 1986, pela denominada 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Esse encontro, que reuniu agentes de saúde, políticos e intelectuais, debateu três temas principais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”; “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”<sup>4</sup>.

Em seu relatório final, a Conferência definiu um conceito abrangente de saúde, qual seja:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida<sup>5</sup>.

O direito à saúde, por sua vez, restou descrito como a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida, bem como de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde a todos os habitantes do território nacional.

Em 1988, a Constituição Federal incorporou ao seu texto os resultados da 8ª Conferência concedendo à saúde, como vimos, o status de direito fundamental e qualificando, ainda, em seu artigo 197, as ações e serviços de saúde como “de relevância pública”.

O sistema único, uma das maiores redes de saúde pública do mundo, é o responsável pela universalização da saúde no Brasil e põe fim ao sistema contributivo-assistencial

anterior à Constituição Federal de 1988, em que apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social possuíam acesso à saúde pública.

Dessa forma, podemos afirmar que a saúde tem caráter vinculativo, devendo ser garantida (segundo previsão constitucional) mediante a execução de políticas públicas. E embora existam diversas limitações à efetiva aplicação desse direito, como a questão da disponibilidade dos meios (frequentemente utilizada como argumento contrário à efetivação dos direitos sociais)<sup>6</sup>, as políticas públicas apresentam-se como um instrumento adequado para tanto, já que visam exatamente coordenar os meios à disposição do Estado para realização dos objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados<sup>7</sup>.

Vale ressaltar que:

É diferenciado o tratamento constitucional acerca do grau de realização exigível, do ponto de vista jurídico, de cada direito social. No entanto, não se deve deixar de lado a noção (óbvia) de que os direitos sociais são dignos de tutela, conforme o Estado foi adquirindo papéis positivos e prestacionais. [...] As políticas públicas são instrumentos de realização, sobretudo de direitos sociais. Compreendem ações, metas e planos que o Estado realiza para alcançar os seus objetivos, como a promoção do desenvolvimento nacional e o atendimento das necessidades públicas, com redução das desigualdades.

Portanto, as políticas públicas de acesso à saúde têm fundamento constitucional e legal, podendo ser consideradas políticas de Estado, com garantias, princípios e metas estabelecidos previamente no texto constitucional.

O acesso à saúde, nos moldes propostos pela norma constitucional, possui caráter universal; como consequência, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham a competência administrativa afeta à sua concretização.

A esse respeito:

O significado das competências comuns é o de que todos os entes da Federação devem colaborar para a execução das tarefas determinadas pela Constituição, ou seja, nem a União, nem qualquer ente federado podem atuar isoladamente, mas todos devem exercer sua competência conjuntamente com os demais. Isto significa também que as responsabilidades são comuns, não podendo nenhum dos entes da Federação se eximir de implementá-las, pois o custo político recai sobre todas as esferas de governo. A cooperação parte do pressuposto da estreita interdependência que existe em inúmeras matérias e programas de interesse comum, o que dificulta (quando não impede) a sua atribuição exclusiva ou preponderante a um determinado ente, como é o caso das ações e serviços de saúde<sup>8</sup>.

Ao pulverizar essa responsabilidade administrativa a todos os entes federativos, revelou-se a preocupação do legislador originário em assegurar a efetividade e plenitude da saúde pública por todo o território nacional e a todos os cidadãos e cidadãs.

Com o modelo de saúde universal introduzido pós-1988, toda a regulamentação, fiscalização e controle das políticas públicas a ele afetas são atribuídas ao Poder Público, restando à iniciativa privada apenas a complementação desse serviço (art. 199, §1º, CF/88).

A Lei 8.080/90 (Lei do Sistema Único de Saúde – SUS) reforça o entendimento, afirmando em seu art. 2º, § 1º, que as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação do direito à saúde possuem caráter universal e igualitário.

Ocorre que, em um contexto como o brasileiro, de acentuadas desigualdades, o caráter universal e igualitário do direito à saúde deve considerar a maneira como as realidades regionais ou sociais impactam sua efetivação. Afinal:

No processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, as desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam de maneira diferenciada. As pessoas que são mais vulneráveis e vivem menos são populações expostas a condições precárias de vida [...]º.

Devido à gravidade das diferenças dos indicadores sociais, o padrão de acesso à saúde também é marcadamente assimétrico e a correção dessas desigualdades não pode prescindir de uma transformação radical da sociedade que corrija diferenças estruturais. Entretanto, um adequado desenho institucional no campo das políticas públicas pode servir como fator atenuante.

Ao analisar o ciclo das políticas públicas, Clarice Seixas Duarte afirma que:

A formulação de uma política pública deve sempre objetivar imprimir racionalidade à ação estatal, de modo a permitir que se atinja o máximo de ganho social possível, ou seja, de modo a conferir a máxima eficácia possível aos direitos abstratamente previstos. Tudo isso a partir de um planejamento racional.

Para tanto, é necessário, em primeiro lugar, por meio da realização de estudos multidisciplinares, verificar os setores ou regiões que apresentem maiores carências, ou os grupos que apresentam maior grau de vulnerabilidade a justificar um tratamento diferenciado ou uma intervenção imediata<sup>10</sup>.

Isso indica, portanto, que o primeiro passo para a formulação de uma política pública seja a identificação do público alvo e o grau de vulnerabilidade em que se encontra, para então, somente a partir daí, construir políticas específicas, voltadas para grupos específicos.

### 3. O princípio da equidade e a gestão do SUS

Como grande referência em política pública que é, o Sistema Único de Saúde, ao delimitar seu público alvo, considerou a complexa e desigual formação social brasileira, elegendo, a partir daí, a equidade como um de seus princípios norteadores. Esse princípio assegura que cada indivíduo seja atendido de acordo com suas necessidades, reconhecidas as diferenças nas condições sociais e de saúde.

A equidade remete à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” e deve pautar todas as ações de saúde realizadas nacionalmente. Busca-se, com este princípio, garantir:

Igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. Implica implementar mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde (MS), pesquisadores e lideranças de movimentos sociais. Objetiva alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais<sup>11</sup>.

Reduzir desigualdades, portanto, é um objetivo declarado do SUS e a heterogeneidade verificada nas políticas de saúde demonstra um esforço contínuo de avançar rumo à materialização da equidade.

Todavia, a despeito destes esforços, as desigualdades em saúde são persistentes no Brasil, o que confirma a complexidade envolvida na garantia do acesso à saúde, já suscitada naquele contexto de realização da 8ª Conferência.

A esse respeito:

[...] as desigualdades em saúde têm múltiplas faces, sendo necessário conhecimento mais específico de suas características para que as medidas de intervenção possam ser mais eficazes. A moderna epidemiologia tem incorporado instrumentos metodológicos valiosos para medir as desigualdades, que possibilitam análises consistentes dos dados disponíveis, como os gerados por sistemas nacionais de informação, hoje amplamente acessíveis aos gestores e profissionais do sistema de saúde, em todos os níveis<sup>12</sup>.

Medir as desigualdades em saúde, portanto, é o primeiro grande desafio para a construção de políticas públicas verdadeiramente universais. Como parte desse esforço,

levantaremos a seguir algumas considerações a respeito da maneira como a desigualdade social atravessa a experiência da pandemia da COVID-19 no Brasil.

#### **4. Desigualdade como fator de vulnerabilidade ao COVID-19 no Brasil**

Embora não seja a primeira, a pandemia declarada em razão da COVID-19 é inequivocamente uma das piores crises de saúde pública da história recente. Os riscos infecciosos decorrentes da doença impõem a realização de isolamento social o que provoca impactos substanciais não apenas em saúde, mas também econômicos e sociais, com consequências mais severas para os países e pessoas mais pobres.

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) alertou<sup>13</sup> que os efeitos do COVID-19 gerarão a maior recessão que nossa região sofreu desde 1914 e 1930 e que se espera um forte aumento do desemprego, com efeitos severamente negativos sobre a pobreza e a desigualdade.

Além disso, o documento prevê que a ruptura das cadeias de valor produzidas pela crise terá maior impacto nas economias brasileira e mexicana, que possuem os maiores setores manufatureiros da região.

A despeito dessas preocupantes projeções de significativa deterioração econômica decorrentes do problema, a melhor solução para reduzir o contágio, ao menos em um primeiro momento, foi a adoção de medidas restritivas para o trânsito de pessoas.

Os países que adotaram estratégias agressivas de testagem massiva, isolamento e distanciamento social apresentam atualmente os melhores resultados em prevenção e redução da propagação abrupta do vírus<sup>14</sup>.

Contudo, essa rigorosa implementação de estratégias governamentais de isolamento social demanda, simultaneamente, a adoção de medidas fiscais para mitigação dos impactos econômicos dela decorrentes.

Sucintamente, como afirma Victor Marques no texto “Do keynesianismo de coronavírus à antiguerra permanente”:

Se o distanciamento social, para combater a epidemia, implica por um lado em “distanciamento econômico”, por outro requer segurança econômica. E a razão é muito simples: as pessoas não obedecerão a uma quarentena que as ameace matar de fome. Sem condições materiais para o isolamento social, não há isolamento social possível. Confinamento em massa sem uma rede pública de proteção social e abastecimento é cruel e, em última instância, inviável. [...] A pandemia do novo coronavírus não será o fim do mundo, mas pode bem ser o fim de uma época. Suas



consequências históricas permanecem em aberto, e dependerão da competência estratégica e capacidade organizacional dos atores coletivos em disputa<sup>15</sup>.

Importante frisar que referidas medidas fiscais estão sendo executadas mesmo em países com uma visão econômica substancialmente liberal, como é o caso dos Estados Unidos, por exemplo.

O Observatório de Política Fiscal do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV IBRE) divulgou relatórios<sup>16</sup> compilando algumas destas ações. Elencamos alguns dos dados para elucidar a relevância das medidas:

O Federal Reserve (Banco Central dos Estados Unidos) anunciou a injeção de bilhões de dólares na economia, aliada à uma significativa queda nas taxas de juros e facilidades nos empréstimos para pequenas empresas.

A Inglaterra criou um fundo de recursos para a saúde (£5bi); um fundo especial para ajudar empregados por conta própria e vulneráveis (£500mi); previsão de transferência de até £25 mil para empresas do ramo de varejo e mais £3 mil para micro e pequenas empresas além do adiamento da vigência das reformas no emprego informal.

A União Europeia previu a liberação dos compromissos fiscais de todos os seus membros (com a União Europeia) e disponibilizou recursos para a saúde, micro e pequenas empresas e mercado de trabalho com atenção aos mais pobres. Além disso, o Banco de Investimentos Europeu (BIE) disponibilizará linhas de capital de giro (8 bi), podendo ser elevada (até 20 bi).

A Alemanha, dentre outras medidas, estabeleceu o adiamento de impostos e a flexibilização das regras e condições de pagamento e previu compensação financeira aos trabalhadores que tiverem redução da jornada de trabalho.

A França também ampliou o prazo para pagamento de impostos; possibilitou o parcelamento no pagamento de aluguéis, água, gás e eletricidade; criou auxílio de € 1.500 para micro e pequenas empresas de setores mais afetados.

Na Espanha as medidas governamentais de combate ao novo Coronavírus chegam a 17% do PIB e envolvem garantias nas operações de crédito para empresas; suspensão de pagamentos das hipotecas imobiliárias; garantia por parte do governado de fornecimento de serviços públicos de fornecimento de água, eletricidade e internet aos mais vulneráveis além de suporte financeiro para os trabalhadores informais que perderem renda.

O Brasil, todavia, em comparação com outros países, adotou medidas de baixo impacto. Nas palavras dos pesquisadores:

O total é de R\$ 844 bilhões (11,6% do PIB) o que parece expressivo. No entanto, a medida com maior impacto é a redução do requerimento de capital dos bancos que

liberou R\$ 672 bilhões para ampliar a capacidade de crédito. Como essa medida não tem natureza fiscal e o governo só deve participar dela na medida em que os bancos públicos forem mais arrojadados, é importante avaliar o total das medidas excluindo essa ação. Ao fazer isso, percebe-se que o total anunciado é absolutamente insuficiente e atinge 2,86% do PIB. Ainda se considerarmos que muitas ações se referem a antecipações de despesa que terão impacto muito pequeno, pois a crise será mais duradoura, o total anunciado é ainda mais inexpressivo atingindo apenas 2,05% do PIB. Comparado com o que outros países estão fazendo que está se aproximando de 20% do PIB, o pacote brasileiro ainda está deixando muito a desejar<sup>17</sup>.

Outro indício de que a condução do estado de emergência pública foi negligenciada pelas autoridades públicas é uma auditoria do TCU (Tribunal de Contas da União), obtida pelo jornal Folha de S. Paulo<sup>18</sup>, que revelou que dentre os R\$ 38,9 bilhões destinados pelo orçamento específico federal de combate da COVID-19, até 25 de junho de 2020, apenas R\$ 11,4 bilhões, cerca de 29% do valor total, havia sido efetivamente gastos.

A despeito desse diminuto investimento brasileiro, o que esses dados implicam dizer é que o cenário de crise sanitária mundial ampliou enormemente as demandas por direitos sociais, especialmente no que diz respeito à saúde, preservação de empregos e garantia de salários, reacendendo o histórico debate a respeito do papel do Estado na economia de mercado.

A velocidade com que os efeitos da doença chegam à população, causando inúmeras mortes diárias e superlotação de hospitais, somada à gravíssima crise econômica, tornou evidente e inescapável o reforço e manutenção de um sistema público gratuito e universal de saúde para tratar os infectados.

Além disso, tendo em vista o já mencionado conceito amplo de saúde (concebido, em síntese, como produto das formas de organização social da produção), verifica-se indispensável a adoção de uma política fiscal expansionista para conter os danos econômicos sofridos pela população.

As escolhas de gestão pública para contenção dos avanços da COVID-19 no Brasil (com foco no já destacado baixo investimento), entretanto, levaram o país a figurar na terceira posição em quantidade de casos confirmados e número de mortes, segundo dados oficiais da Organização Mundial da Saúde<sup>19</sup>.

Em que pese o alto grau de contagiosidade do Coronavírus, que atinge a população como um todo, os dados oficiais revelam que a progressão de transmissão da doença é influenciada por fatores socioeconômicos, indício extremamente delicado considerando ser o Brasil um dos líderes mundiais em desigualdade social.

A análise do perfil dos infectados e vítimas fatais do vírus da COVID-19 torna pública a desigualdade em saúde do país. Fatores sociocomportamentais são decisivos para identificar quem contrai e, principalmente, sobrevive ao contágio.

Um estudo publicado pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)<sup>20</sup> analisou 29.933 casos de infectados por COVID-19 que já tiveram desfecho: recuperação ou óbito. Segundo os dados, o percentual de pacientes pretos e pardos que vieram à óbito (54,78%) foi maior do que os brancos (37,93%).

Quando o recorte é a escolaridade do paciente, aqueles que possuem curso superior apresentam uma menor chance de óbito (22,5%), confrontado com aqueles sem escolaridade (71,3%). Ainda, ao cruzar esses dois dados, revelou-se que “as chances de mortes de um paciente preto ou pardo analfabeto (76%) são 3,8 vezes maiores que um paciente branco com nível superior (19,6%), confirmando as enormes disparidades no acesso e qualidade do tratamento no Brasil”.

Necessário destacar que a população negra é também a população mais pobre do Brasil. Segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgada em 2019, para cada R\$1.000 que brancos recebem de salário, pretos e pardos ganham de R\$550 a R\$560. E, ainda, os trabalhadores brancos possuem em média renda 74% superior aos pretos e pardos<sup>21</sup>.

Outro fator de comparação utilizado foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) do Município no qual ocorreu a notificação. A conclusão que o estudo chegou foi que a “chance de morte num município com baixo ou médio IDH é quase o dobro num município com IDHM muito alto”.

O baixo desenvolvimento humano revela que aqueles que vivem naquela localidade estão em condições de maior vulnerabilidade social. Isso porque a estatística é calculada pela expectativa de vida ao nascer, educação e PIB per capita da localidade, indicadores que estão intimamente relacionados com o direito à saúde e qualidade de vida dos cidadãos e cidadãs.

É possível, portanto, observar o impacto que o padrão de vida produz na letalidade daqueles que contraem COVID-19 no Brasil. Soma-se a isso, a maior exposição ao contágio que pessoas de baixa renda estão submetidas em uma crise sanitária, aliado ao baixo investimento governamental para contornar esses fatores.

Há empecilho em cumprir restrições da quarentena: dificuldade de migrar para o trabalho remoto (sinal de internet fraco, equipamentos ultrapassados), sujeição a subempregos que não oferecem a segurança da renda fixa, maior utilização de transporte público, sistema de saneamento básico deficitário, alta densidade demográfica de bairros periféricos, dentre outros.

Outra pesquisa relevante publicada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)<sup>22</sup>, com base na análise feita pela Agência Pública, apontou a diferente

letalidade em bairros da Cidade de São Paulo, reforçando que população negra tem sido afetada de forma desproporcional. Segundo dados baseados em boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, “para cada morte em Moema, quatro morrem na Brasilândia”.

O estudo comparou bairros paulistas e cariocas e concluiu que “os bairros onde a população negra está mais concentrada” terão “maior quantidade de óbitos pela doença”. Observando as estatísticas oficiais até o dia 26 de abril de 2020, a Brasilândia, bairro da cuja população é em média 50%<sup>23</sup> negra, reunia o maior número absoluto de mortes. Em contrapartida, o bairro com a menor porcentagem de negros da cidade (6%), Moema, até a citada data contava apenas como 26 mortes.

E os dados epidemiológicos oficiais, também confirmam a relação entre fatores econômicos e mortalidade dos infectados por COVID-19. Segundo uma notícia veiculada pelo portal Uol<sup>24</sup>, analisando dados entre 01 de março e 15 de maio, a taxa de mortalidade de hospitais privados foi de 19,5%; em contrapartida, nas unidades públicas foi de 38,5%.

Uma explicação levantada pela notícia reside na dificuldade no acesso e a demora de atendimento nos serviços públicos, o que agrava a situação do paciente e eventualmente resulta em óbito.

Em suma, a despeito da garantia constitucional de universalização do acesso aos serviços de saúde e do já ressaltado sucesso atribuído ao desenho institucional do SUS, fatores de vulnerabilidade (agravados pela crise sanitária decorrente da COVID-19) segmentam o acesso à saúde, devendo ser combatidos mediante esforços do poder público para viabilizar a equidade na gestão do SUS e o igualitário acesso a esses serviços.

## **CONCLUSÃO**

A adoção de um modelo de Estado Democrático de Direito pressupõe que sejam garantidas à população, de maneira igualitária, as condições necessárias à sua existência digna, por meio de prestações positivas do poder público.

Como vimos, a saúde está no centro dessa incumbência, na medida em somente sua garantia plena possibilita o livre e integral exercício dos direitos e deveres da cidadania.

Ocorre que a pandemia da Covid-19 escancarou o caráter díspare e injusto do acesso à saúde no Brasil, contagiando e vitimando de maneiras absolutamente desiguais os diversos grupos sociais. Por isso, os esforços de planejamento e estímulo fiscal de combate à crise e a execução de políticas públicas de saúde não podem prescindir de considerar o prisma do combate às vulnerabilidades sociais.

A Defensoria Pública, encarregada constitucionalmente da função precípua de garantir assistência integral e gratuita, judicial ou extrajudicial, e em todos os graus, aos que se declararem economicamente carentes de recursos, tem um papel de destaque nessa legítima missão.

Antes e durante a pandemia da COVID-19, a Instituição atua em muitas frentes, para, quer amigável, quer judicialmente, buscar reduzir o pavoroso quadro de desigualdades nacionais (em especial aquelas que dizem respeito à garantia do acesso universal e igualitário à saúde).

Assim, enquanto mecanismo de acesso à cidadania que é, a Defensoria Pública deve ser permanentemente fortalecida, não sendo possível sem a sua atuação colocar-se em andamento o programa constitucional, especialmente em tempos de crise.

*Recebido: 31 de outubro de 2020.*

*Aprovado: 10 de dezembro de 2020.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- BENEVIDES, Maria Victoria. In: Carvalho, José Sérgio. *Educação, Cidadania, Direitos Humanos*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BERCOVICI, Gilberto. In: Walfrido WARDE & Rafael VALIM (coords.), *As Consequências da COVID-19 no Direito Brasileiro*, São Paulo, Contracorrente, 2020.
- BRASIL. FIOCRUZ. *Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no país*. 12.05.2020. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/48879>. Acesso em: 29.10.2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O SUS de A a Z – garantindo saúde nos municípios*. 3ª ed. Brasília, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) Acesso em: 29.10.2020.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. *Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013.
- CHAGAS, Juliana; TORRES, Raquel. *Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma*. EPSJV/Fiocruz. 01.09.2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma> Acesso em: 29.10.2020.
- DUARTE, Clarice Seixas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio.; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins (Orgs.). *O Direito e as Políticas Públicas no Brasil*. São Paulo: Atlas S.A, 2013.
- DUARTE, Elisabeth Carmen; SCHNEIDER, Maria Cristina; PAES-SOUZA, Rômulo; RAMALHO, Walter Massa; SARDINHA, Luciana M. Vasconcelos; JÚNIOR, Jarbas Barbosa da Silva Júnior; CASTILHO-SALGADO, Carlos. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
- FABRINI, Fábio; WIZIACK, Julio. *Ministério da Saúde gastou menos de 1/3 da verba para Covid, diz TCU*. Folha de São Paulo. Caderno Cotidiano. 21.07.2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/07/ministerio-da-saude-gastou-menos-de-13-da-verba-para-covid-diz-tcu.shtml> Acesso em: 29.10.2020.
- GARCIA, Diego. *Desemprego aumenta só entre negros no 3º trimestre, aponta IBGE*. Folha de São Paulo. Caderno Mercado. 20.11.2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/11/desemprego-aumenta-so-entre-os-negros-no-3o-trimestre-aponta-ibge.shtml?origin=folha>. Acesso em: 25/10/2020.
- IBGE. *Censo Demográfico, 2010*. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 29.10.2020.

- LIMA, Lioman. Coronavírus: 5 estratégias de países que estão conseguindo conter o contágio. BBC. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51937888>  
Acesso em: 26/04/2020.
- MADEIRO, Carlos. Mortalidade em UTIs públicas para covid-10 é o dobro de hospitais privados. UOL. 21.06.2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/21/mortalidade-em-utis-publicas-para-covid-19-e-o-dobro-de-hospitais-privados.htm> Acesso em: 29.10.2020.
- MAGALHAES, Rosana; BURLANDY, Luciene; SENNA, Mônica de Castro Maia. *Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, dez. 2007.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. *Pandemia del COVID-19 llevará a la mayor contracción de la actividad económica en la historia de la región: caerá -5,3% en 2020*. CEPAL. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/comunicados/pandemia-covid-19-llevara-la-mayor-contraccion-la-actividad-economica-la-historia-la> Acesso em: 30.10.2020.
- PEREIRA, Rafael H.M, Carlos Kauê Vieira Braga, Bernardo Serra, Vanessa Nadalin (2019). *Desigualdades socioespaciais de acesso a oportunidades nas cidades brasileiras*, 2019. Relatório Anual.
- RAMOS, Almir José de. *Saúde da mulher presa*. s/d. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2015/08/Anexo-Saude-da-Mulher-Presa.pdf> Acesso em: 29.10.2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Coronavirus disease (COVID-19)*. Dados computados até o dia 27 de setembro de 2020. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200928-weekly-epi-update.pdf?sfvrsn=9e354665\\_6](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200928-weekly-epi-update.pdf?sfvrsn=9e354665_6)  
Acesso em: 29.10.2020.

## NOTAS DE FIM

- 1 Rafael H. M. Pereira, Carlos Kauê Vieira Braga, Bernardo Serra, Vanessa Nadalin (2019). *Desigualdades socioespaciais de acesso a oportunidades nas cidades brasileiras*, 2019. Relatório Anual.
- 2 BENEVIDES, Maria Victoria. In: Carvalho, José Sérgio. *Educação, Cidadania, Direitos Humanos*. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 44
- 3 AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 394.
- 4 CHAGAS, Juliana; TORRES, Raquel. *Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma*. EPSJV/Fiocruz. 01.09.2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma> Acesso em: 29.10.2020.
- 5 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) Acesso em: 29.10.2020, p. 12.
- 6 No julgamento da ADPF nº 45, o voto do Ministro Celso de Mello reforça que esse argumento é vazio se não for acompanhado de justificativas reais.
- 7 BUCCI, Maria Paula Dallari. *Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013, p: 38-39.
- 8 BERCOVICI, Gilberto. In: Walfrido WARDE & Rafael VALIM (coords.), *As Consequências da COVID-19 no Direito Brasileiro*, São Paulo, Contracorrente, 2020, p. 18.
- 9 RAMOS, Almir José de. *Saúde da mulher presa*. s/d. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2015/08/Anexo-Saude-da-Mulher-Presa.pdf> Acesso em: 29.10.2020, p. 1.
- 10 DUARTE, Clarice Seixas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio.; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins (Orgs.). *O Direito e as Políticas Públicas no Brasil*. São Paulo: Atlas S.A, 2013, p. 27.
- 11 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O SUS de A a Z – garantindo saúde nos municípios*. 3ª ed. Brasília, 2009, p. 136.
- 12 DUARTE, Elisabeth Carmen; SCHNEIDER, Maria Cristina; PAES-SOUZA, Rômulo; RAMALHO, Walter Massa; SARDINHA, Luciana M. Vasconcelos; JÚNIOR, Jarbas Barbosa da Silva Júnior; CASTILHO-SALGADO, Carlos. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2002; p. 8.



- 13 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Pandemia del COVID-19 llevará a la mayor contracción de la atividade económica em la história de la región: caerá -5,3% en 2020. CEPAL. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/comunicados/pandemia-covid-19-llevara-la-mayor-contraccion-la-actividad-economica-la-historia-la> Acesso em: 30.10.2020.
- 14 LIMA, Lioman. Coronavírus: 5 estratégias de países que estão conseguindo conter o contágio. BBC. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51937888> Acesso em: 26/10/2020.
- 15 MARQUES, Victor. Do Keynesianismo de Coronavírus à Antiguerra Permanente. Autonomia Literária, 4 de abril de 2020 Disponível em: <https://autonomialiteraria.com.br/do-keynesianismo-de-coronavirus-a-antiguerra-permanente> Acesso em: 28/06/2020.
- 16 INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA. FGV. Observatório de Política Fiscal. Atualização das políticas de combate à crise. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/posts/atualizacao-das-politicas-de-combate-crise>. Acesso em: 30.10.2020.
- 17 PIRES, Manoel. As políticas que estão sendo adotadas para o combate ao Covid-19: Experiência internacional e o Brasil. FGV - IBRE. 23.03.2020. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal>
- 18 FABRINI, Fábio; WIZIACK, Julio. *Ministério da Saúde gastou menos de 1/3 da verba para Covid, diz TCU*. Folha de São Paulo. Caderno Cotidiano. 21.07.2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/07/ministerio-da-saude-gastou-menos-de-13-da-verba-para-covid-diz-tcu.shtml> Acesso em: 29.10.2020.
- 19 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Coronavirus disease (COVID-19)*. Dados computados até o dia 27 de setembro de 2020. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200928-weekly-epi-update.pdf?sfvrsn=9e354665\\_6](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200928-weekly-epi-update.pdf?sfvrsn=9e354665_6) Acesso em: 29.10.2020.
- 20 NÚCLEO DE OPERAÇÕES E INTELIGÊNCIA EM SAÚDE DA PUC-RIO. *Nota Técnica 11 - 27.05.2020 - Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil*. Disponível em: <https://sites.google.com/view/nois-pucrio/publica%C3%A7%C3%B5es> Acesso em: 29/10/2020.
- 21 GARCIA, Diego. *Desemprego aumenta só entre negros no 3º trimestre, aponta IBGE*. Folha de São Paulo. Caderno Mercado. 20.11.2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/11/desemprego-aumenta-so-entre-os-negros-no-3o-trimestre-aponta-ibge.shtml?origin=folha>. Acesso em: 25/10/2020.
- 22 BRASIL. FIOCRUZ. *Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no país*. 12.05.2020. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/48879>. Acesso em: 29.10.2020.

- 23 IBGE. *Censo Demográfico*, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 29.10.2020.
- 24 MADEIRO, Carlos. *Mortalidade em UTIs públicas para covid-10 é o dobro de hospitais privados*. UOL. 21.06.2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/21/mortalidade-em-utis-publicas-para-covid-19-e-o-dobro-de-hospitais-privados.htm> Acesso em: 29.10.2020.