

A INFERÊNCIA DO COVID-19 NO REVÉS ECONÔMICO: A CRISE DA SAÚDE PÚBLICA

Marcelo Soares Mota¹

Djamiro Ferreira Acipreste Sobrinho²

RESUMO

As consequências do Covid-19 na configuração social estão atreladas as políticas sociais e, por conseguinte, as relações econômicas que inferem na saúde pública e no seu desenvolvimento para o atendimento adequado e completo para a população brasileira. Portanto, é primordial perfazer por uma análise do sistema de saúde brasileiro sob uma perspectiva das crises sanitárias e do limite e adequação do Estado para atender as demandas no cumprimento efetivo dos direitos fundamentais. Outrossim, os métodos utilizados serão o bibliográfico, histórico e dedutivo. Assim, os resultados indicam um fator preponderante da relação econômica sob a garantia da saúde como paradigma fundamental de estrutura governamental. Todavia, emerge em crises atuais, como a pandemia do Covid-19, quando as atitudes do governo destacam os setores econômicos como prioritário em contraposição a saúde e proteção coletiva.

Palavras-chave: Covid-19, Crise, Saúde brasileira.

COVID-19'S INFERENCE IN THE ECONOMIC REVÉS: A PUBLIC HEALTH CRISIS

ABSTRACT

The consequences of Covid-19 in the social configuration are linked to social policies and, consequently, to the economic relations that affect public health and its development for adequate and complete care for the Brazilian population. Therefore, it is essential to carry out an analysis of the Brazilian health system from a perspective of health crises and the limits and adequacy of the State to meet the demands for the effective fulfillment of fundamental rights. Also, the methods used will be bibliographic, historical and deductive. Thus, the results indicate a preponderant factor of the economic relationship under the guarantee of health as a fundamental paradigm of governmental structure. However, it emerges in current crises, such as the Covid-19 pandemic, when government attitudes highlight the economic sectors as a priority in contrast to health and collective protection.

Keywords: Covid-19, Crisis, Brazilian health.

¹ Especialista em Direito Constitucional.

² Orientador. Professor da Universidade Regional do Cariri – URCA.

1 INTRODUÇÃO

A primazia da garantia à saúde como bem jurídico internacional de direito subjetivo atrelado a prevenção, tratamento e readequação social, estrutura-se em três dimensões de âmbito social, individual, coletivo. Assim, sedimentado em várias Constituições, o direito eminentemente social que, por conseguinte, exigem um dever do Estado, é readequado na conjuntura contemporânea por diversos vetores, principalmente o econômico.

Uma política de Estado em prol de uma saúde de qualidade, efetiva e, sobretudo, pública, alicerça o meandro estatal na garantia das três dimensões supracitadas. Todavia, os obstáculos de uma política de governo não condizente com os postulados para efetivação de uma saúde ampla e adequada aos anseios sociais, poderá provocar uma ruptura mormente no aspecto basilar que é a precaução.

O processo de globalização excludente e predatório, evidenciado nas suas mazelas com maior relevo nos países periféricos, estão relacionados com a implementação das políticas de saúde e, consequentemente, no âmbito do Brasil, com a implementação dos princípios democráticos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, partindo-se da análise de uma possível crise do bem-estar social, atrelada as transformações do capitalismo e a consequente exigência da flexibilização das garantias sociais imposta aos Estados-nações.

O contexto de uma crise eminente ou já instaurada, seja no recinto interno ou em escala global, reproduzem as falhas dos inúmeros modelos de sistema de saúde. Dessa forma, surto, epidemia e pandemia, três conceitos utilizados em “tempos de crise” para significar o mesmo resultado prático: a falha do Estado na proteção preventiva de sua população, no tratamento adequado para todos os necessitados e, por fim, na readequação social e reestruturação da sociedade.

O estado de negação geral na realocação em segundo plano das políticas sociais de saúde pública evidencia as múltiplas correlações de força inerentes ao conflito entre trabalho e capital, encontrando sua finalística na política de implementação. Desse modo, partindo da premissa de bem-estar social e, por conseguinte, a sua inferência em um Estado dito periférico como o Brasil, o primeiro tópico trata-se dessa relação com o capitalismo.

Destarte, no segundo tópico do hodierno estudo é pormenorizado o Sistema Único de Saúde sob o revés contemporâneo que está diretamente relacionado ao tópico seguinte, em um ensaio dos corolários do Covid-19 no âmbito social e econômico. Por fim, fazendo uma correlação entre a crise atual e a análise da saúde pública.

Entre os métodos utilizados na pesquisa, a princípio será destacado o método bibliográfico como o de pesquisa, no de abordagem será o dedutivo e em uma descrição procedimental, utilizar-se-á o histórico. Dessa maneira, desenvolvendo o estudo da saúde pública brasileira sob os fatores econômicos e circunstancial.

2 BEM-ESTAR SOCIAL SOB A CONCEPÇÃO DE PAÍSES PERIFÉRICOS NA ÓRBITA DO CAPITALISMO

As políticas keynesianas atreladas a intervenção do Estado na reprodução das relações sociais capitalistas em prol da cidadania, operacionalizam no capitalismo monopolista do Estado. Ademais, nos seus contornos principais pós Segunda Guerra Mundial até a década de 70, com o esgotamento do estado de bem-estar social. Assim, realçando a nova configuração do capitalismo dito transnacionalizado em cotejo das garantias sócias e partindo para a sua desregulamentação.

As extensas crises do capital têm, por conseguinte, intensos corolários nas políticas sociais. A conformação das relações entre capital e trabalho está atrelada as políticas sociais no capitalismo, instituindo uma instabilidade do social e do capital, principalmente pela necessidade incessante de lucro e da sua reinvenção como paradigma essencial calcado na primazia e protagonismo no Estado.

O Estado é entendido como o mediador nas disputas entre as políticas sociais e o capitalismo contemporâneo. Na correlação de forças entre o bem comum e o mercado, o último ganha predominância nas ações do interesse público como Estado legitimador. No entanto, a hegemonia do coletivo em contraposição ao lucro, principalmente nos países centrais, atingiu seu vértice no *welfare state*, representando para Demo (2002), a face mais humana do capitalismo.

Segundo Andersen (1991), não é possível compreender o *welfare state* apenas em junção as garantias e direitos, devendo analisar como a proteção social está atrelada as atividades estatais em relação ao mercado e a família. O padrão periférico das políticas sociais

distingue-se do estado de bem-estar social dos países centrais, efetivamente sobre o meandro das problemáticas sociais que são divergentes.

O Brasil na contemporaneidade experimenta elementos que vão desde o processo escravagista colonial, partindo para a modernidade fordista do capital monopolista e findando na acumulação flexível, típico dos mercados financeiros. Nesse sentido, não é possível afirmar que capitalismo nos países periféricos atingiu a mesma propositura dos países centrais. Uma análise das políticas sociais no Brasil torna-se ainda algo complexo, na profundidade latente entre os setores sociais em uma desigualdade perceptível que enseja profusas consequências nas áreas como a saúde coletiva e individual.

Uma centralidade das formações políticas sociais sob a ótica do capitalismo nos países periféricos não deve ser um comparativo com as dos países centrais. O modelo de bem-estar social implementado pós Segunda Guerra Mundial e, posteriormente, dando-se primazia à acumulação flexível não pode ser um fator central de comparação com países que objetivam, em tese, rarear a pobreza extrema.

A consecução dos direitos sociais no período de transnacionalização do capital adentra no âmbito de uma disputa dos espaços da esfera pública. A política da saúde no Brasil está diretamente relacionada com o processo de redemocratização do país no início da década de 80, mobilizando parte da sociedade civil por conquistas. Destarte, o palco de disputas políticas e ideal de Estado possibilitou, em síntese, o êxito da saúde como direitos de todos e dever do Estado que, por ulterior, estendeu na Constituição de 1988.

3 A SAÚDE COMO SUPORTE PRIMORDIAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), encetou princípios do direito à saúde como a universalidade, a igualdade e a autonomia. Ademais, essa introdução salientada pela Constituição de 1988 e, posteriormente, pela Lei nº 8.080/90, configurou uma diretriz de pleno exercício na pontuação do dever do Estado na égide protetiva e reparatória de alcance amplo. No tocante a Carta Magna, os incisos I, II e III do artigo 198 enfatizam a descentralização na responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, resumidamente em cada esfera de governo.

Idem, Aith (2007) expõe que nos Estados Democráticos de Direito, o exercício do poder tem que estar de assenso a Constituição e as Leis, devendo o Direito Sanitário

determinar os vetores da saúde pública. Assim, essa autonomia concebida ao sistema de saúde parte dos fatores e anseios sociais que findaram no processo constituinte em um período de redemocratização. Ademais, elevando-se a formação de uma seguridade social universal e ampla no reconhecimento dos direitos sociais.

Os desafios do SUS parte do pressuposto de divisão de acordo com os três eixos principais das relações intraorganizacional e, por conseguinte, intergovernamentais. A divisão da gestão entre a União, os Estados e Municípios erguem-se em uma responsabilidade conjunta, aderente também nos Conselhos de Saúde que é constituído em 50% pelos representantes do Governo e a outra metade pelos representantes da sociedade civil.

A reforma sanitária não foi hábil na desvinculação em termos de dependência da saúde em relação ao mercado. Ademais, isso é evidenciado na estrutura dos insumos que é produzido fundamentalmente pelas empresas multinacionais e na contratação do setor privado de leitos hospitalares, correspondendo em aproximadamente 63%. Outrossim, essas necessidades para complementação do SUS implica em alguns agravamentos sob a nuance dos recursos concentrados nos maiores centros urbanos do país.

Os fatores socioeconômicos, segundo a teoria das causas fundamentais, englobam diversas circunstâncias que estão relacionadas aos recursos como o dinheiro, prestígio e poder que, portanto, tem relação direta com os cuidados e acesso à Saúde. Em uma perspectiva ampla os riscos de determinadas doenças proliferam-se em grupos mais vulneráveis, mesmo diante de sistemas de saúde que visem ser efetivos (PHELAN, LINK, TEHRANIFAR, 2010).

No entanto, mesmo sendo um avanço primordial em termos de equidade à saúde no Brasil, o SUS tem alguns entraves sob uma análise geográfica, não possibilitando o acesso amplo e de forma rápida para todos os indivíduos. Todavia, não deve ser considerado simplesmente como um problema da saúde pública, mas como um óbice da saúde no geral, considerando que a maioria da população brasileira não tem acesso aos serviços privados de saúde.

Em tópicos comparativos do sistema de saúde atrelado as desigualdades sociais, está na existência do setor privado de saúde como fator preponderante e, portanto, como ideal a ser obtido, enfatizando o SUS como aparato estatal de “baixa qualidade”. Portanto, é nessa desmaterialização do sistema público, propiciados por fatores econômicos e efetivamente de poder, que os setores privados se tornam anseios para alguns componentes sociais e utópico para outros.

Outro fator preponderante que demonstra uma desigualdade social latente é o número discrepante nos cuidados preventivos que ensejam, sobretudo, no saneamento básico da população. Com base nos dados da Comissão de Serviços de Infraestrutura (CI), 48% da população não possui coleta de esgoto e 35 (trinta e cinco) milhões de brasileiros não têm acesso a água tratada, conforme apontamentos de 2019. Nesse sentido, essa precariedade dos serviços básicos tem inferência direta na saúde da população.

O Sistema Único de Saúde tem suas falhas, mas emergem-se dúvidas de como estaria a população brasileira sem ele. Para mais, a desigualdade social no caso brasileiro, como no restante da América Latina, ficará latente quando essa pandemia atingir efetivamente as zonas periféricas. Hodiernamente, não há nenhum sistema público de saúde que consiga conter um problema que tem suas bases discrepantes no funcionamento social.

4 O COVID-19 E A CRISE NO CAPITALISMO

No artigo publicado na obra: *Sopa de Euhan*, Slavoj Žižek perpassa por possíveis consequências do coronavírus no capitalismo global, utilizando-se de um comparativo de uma arte marcial em referência ao Covid-19 para avultar o “sopapo” e, por conseguinte, a perturbação no funcionamento do mercado mundial.

Nesse diapasão, a crítica ao sistema capitalista deslinda na insuficiência de auferir uma recuperação social quando é necessário, outrora, ter uma formação de um sistema de saúde amplo, acessível e eficaz para solucionar as crises sanitárias. Todavia, até o hodierno momento, sobretudo com colapso da saúde nos Estados Unidos realçado pelos maiores números de casos e mortes na América em relação ao coronavírus, uma guerra por mantimentos e equipamentos hospitalares ganha seus contornos iniciais.

Ademais, essa guerra é provocada pelo terror coletivo e pelas barganhas que essa pandemia provoca nos setores comerciais, elevando os preços de produtos como os de cuidados básicos de higiene e realçando as desigualdades no acesso aos sistemas de saúde. Outrossim, Giorgio Agamben ressalta que com esse comportamento *“hay una tendencia creciente a utilizar el estado de excepción como paradigma normal de gobierno”* (2020, p.18).

Inúmeros países adentraram em uma busca frenética em 2020, principalmente os Estados Unidos, por equipamentos da área da saúde, refletindo bruscamente os limites de um capitalismo que não está preparado nem para resolver problemas de quem detêm o capital e, como um resultado problemático, os hipossuficientes. Assim, um sistema de saúde em termos de nível global não preparado para estagnar uma epidemia e atender os anseios básicos de suas populações, seja o objetivo dos seus representantes ou não.

O colapso do sistema de saúde público para atender os pacientes do Covid-19 já é contemporâneo no Brasil. Todavia, em outros países como os Estados Unidos e a Itália, essa realidade não é demonstrada pelo número de leitos ocupados, mas pelo total de mortes, países supracitados que deram primazia ao sistema privado de saúde que evidentemente não objetiva ser amplo e acessível para todos.

Em uma conjectura contemporânea, o colapso do sistema privado também será uma realidade. No fim, demonstrando em linhas superficiais uma equidade em termos de não tratamento ao coronavírus. Outrossim, diante de uma aplicabilidade de isolamento social e, por conseguinte, de uma diminuição do índice econômico, a falsa “escolha difícil” entre salvar vidas e em contrapartida à estagnação da econômica, evidencia-se nos Estados de exploração capitalista de cunho selvagem e com intuito exploratório.

Como salientado pela filósofa, os contornos iniciais dos Estados nas medidas de contenção também abarcam fatores que junto com o capitalismo exploratório tenta usurpar e esmagar ainda mais as populações marginalizadas. Destarte, utilizando-se da pandemia para alavancar os preços de produtos essenciais e, conseqüentemente, em uma busca desenfreada para a fabricação de uma vacina cujos anseios políticos e econômicos tornam-se prioridades em uma clara referência a corrida espacial durante a Guerra Fria.

Entre as finalidades políticas atreladas ao viés econômico, adentram Chefes de Estados e de Governo que minimizam os efeitos da pandemia com o intuito de não prejudicar a economia, realocando a primazia na saúde ou na economia como possível “escolha de sofia”. Idem, essa bipartição é examinada no Executivo Federal brasileiro hodiernamente, como já foi presenciada em alguns países europeus que atualmente enfrentam números exorbitantes de mortes pelo Covid-19.

A linha de observação do executivo federal em contraste ao executivo estadual, municipal e os demais poderes, realça essa evidente discordância entre os objetivos políticos e econômicos. Assim, quebra a estrutura base que é constituída de cooperação em relação as

atividades do SUS, fragmentando os objetivos com resultância finalística naqueles sujeitos que são estritamente dependentes da saúde pública, portanto, a maioria da população brasileira.

No âmbito brasileiro, segundo Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação, os tributos advêm em grande escala do consumo, correspondendo a 70% em média, da renda do contribuinte. Nesse sentido, o isolamento social adentra em vetores mais problemáticos, em um raciocínio simples: menos consumo equivale a menor arrecadação. Enfatizando as consequências ao longo prazo de um isolamento social em síntese necessário, mas que não corresponde aos objetivos de arrecadação do Estado e, principalmente, da massa populacional que sobrevive com a renda básica auferida do trabalho mensal.

Hodiernamente, países como a Argentina criaram mecanismos de contenção da crise econômica advinda pelo Covid-19, proibindo demissões e suspensões de trabalhadores. Ademais, no caso da Alemanha e dos Estados Unidos, o impulso fiscal principalmente nos auxílios emergenciais tenta conter os avanços da crise. Todavia, em termos comparativos, o Brasil dispõe de auxílio emergencial que é 15 (quinze) vezes menor em relação a maioria dos outros países que se utilizaram desse mecanismo.

As grandes crises virais possibilitam avivar a incapacidade dos hospitais de absorver um influxo de pacientes em situações de epidemia e de emergência médica. As sobrecargas sazonais já provocam um intenso fluxo e diminuição das condições de atendimento hospitalares que, outrossim, tornam-se inábil quando é exigido uma atividade de contenção contra epidemias. O descomunal colapso social atingirá as classes sociais que vivem em zonas periféricas e os povos mais desprotegidos como os indígenas em um feito de extermínio sob a inércia do Estado.

O Brasil, mesmo com o avanço que é o Sistema Único de Saúde, ainda não é capaz de conter uma epidemia que tem como foco principal os sujeitos marginalizados historicamente e usufruídos como indivíduos de mão de obra barata. Outrossim, vivendo em situações precárias que ajudam na transmissão de doenças, notabilizando-se a precaridade nas medidas preventivas de saúde que, por conseguinte, demonstra a disparidade da prevenção entre as classes sociais.

Os sistemas de saúde ao redor do mundo, especialmente nos países cuja Constituição se gerou ou foi reformada sobre o viés dos direitos sociais, isto é, de garantir aos

seus povos, um Estado de Bem-Estar Social, o que inclui garantia de saúde desde a profilaxias que evitassem doenças, epidemias e até pandemias e os cuidados pós-contágio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores que ensejam em crises sanitárias têm correlação direta com a atuação do Estado no aspecto protetivo da saúde pública que, todavia, há uma intercessão do sistema econômico. O Sistema Único de Saúde brasileiro é considerado um avanço em nível global em termos de proteção preventiva e reparatória da saúde populacional, mesmo diante das críticas inerentes, principalmente pelo não alcance de forma proporcional para todos os indivíduos.

Destarte, sem o SUS as consequências do Covid-19 seriam ainda mais fatal na população brasileira. Entretanto, o seu aprimoramento poderia dirimir os efeitos já hodiernamente presenciados, primordialmente no número de leitos ocupados e, por conseguinte, nas taxas de mortes. Outrossim, os vetores que “sucateiam” o sistema público partem de finalidades iminentemente econômicas para aferição do sistema privado.

A pandemia do novo coronavírus desvela não só uma crise sanitária, mas também uma crise do capitalismo, das políticas de governo em conduzir o Estado de Bem-Estar Social. É urgente o reclame de sistema de saúde públicos e universais que garantam a saúde da população e estejam os locais equipados e preparados para evitar que em situações como a vivida atualmente o sistema entre em colapso e gere um caos muito maior. É necessário repensar, especialmente na América Latina, que garantir o mínimo independe de posição ideológica ou partidária.

O Estado de Bem-Estar social está em ruptura e os velhos modos já não atendem o avanço sem precedentes de um mundo em constante alteração de suas relações econômicas e sociais, sobretudo na saúde que está intimamente ligada com a vida, que é um direito que antecede qualquer outro. A experiência do NHS britânico, mostra como garantir saúde pública e universal não é um modelo que está ultrapassado e que privatizar não deve ser o melhor caminho, visto que sempre haverá uma parcela considerável que não pode arcar com os custos e sua vida não vale menos por tal razão e merece está dentro das engrenagens estatais de saúde.

A realocação do sistema de saúde público e das pesquisas produzidas por entes públicos em um patamar de segundo plano tem fins eminentemente lucrativos de cunho privado. Nesse diapasão, uma crise sanitária como a presenciada atualmente poderá influenciar para diversos objetivos sociais, desde uma preocupação maior e, portanto, um investimento maior em saúde pública ou, em contrapartida, um fortalecimento do capitalismo que se modula para lucrar em qualquer circunstância.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário. A Proteção do Direito à Saúde no Brasil.** São Paulo: Quarer Lan, 2007.

AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. (1989). **A especificidade do Welfare State brasileiro. In: A política social em tempo de crise; articulação institucional e descentralização.** Brasília: MPAS/CEPAL, 1989.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BORGES, Fabiano Tonako. Et al. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde o Papel das Organizações Sociais de Saúde.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Saraiva, 2020.

DEMO, P. **Politicidade: razão humana.** Campinas: Papirus, 2002.

DEMO, P. **Solidariedade como efeito de poder.** Coleção Perspectiva, v.6. São Paulo: Cortez, 2002.

DEMO, P. **Introdução à sociologia: complexidade, interdisciplinariedade e desigualdade social.** São Paulo: Atlas, 2002.

FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. **Tendências e contratendências de mercantilização: as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico.** 298f. Tese (doutorado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PHELAN, Jo C.; LINK, Bruce G.; TEHRANIFAR, Parisa. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 2010; vol. 51, 1 suppl: pp. 28- 40.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; Oliveira, Vanessa Elias. **Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico**: Lições para o SUS. *Saude soc.*, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 7-17, Apr. 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Junho 2020.

ŽIŽEK, Slavoj. et al. **Sopa de Euhan**. Editorial: ASPO. 1ª edición: marzo 2020.