

# O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE: COMO O CENÁRIO DE PANDEMIA COVID-19 IMPACTA SOBRE O DEBATE ACERCA DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE NO BRASIL

Briefing PET/TEPP do IRI (Junho/2020), *Luíza Ramalho Dos Santos Xavier*

## RESUMO

Mediante a pandemia do Coronavírus, o debate acerca do direito à saúde torna-se uma das principais ferramentas para se entender as dinâmicas sociais com relação ao garantimento da coisa pública. Desse modo, este briefing parte do pressuposto de que, para o combate eficaz do COVID-19, faz-se necessário analisar como a doença afeta a nação brasileira, tendo em vista à desigualdade econômica, racial e de gênero no que concerne ao direito supracitado.

## INTRODUÇÃO

O debate acerca do direito à saúde no Brasil, ao longo dos anos, contribuiu para a formação do aparato constituinte (Art. 6º da Constituição Federal de 1988) que assegura tal direito como um dever do Estado. Desse modo, o direito à saúde que, antes fazia parte somente do campo do Direito Social Fundamental<sup>1</sup> torna-se, também, um Direito Constitucional brasileiro: “A **Constituição Federal de 1988** foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro. A saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do **Estado** [...]” (MERELES, 2018).

Em meio a pandemia do Coronavírus, apresentada como uma emergência de saúde global, o debate acerca desse direito como coisa pública assume-se como algo de grande notoriedade. No Brasil, em decorrência do descaso com relação ao

<sup>1</sup> Os Direitos Sociais fundamentais são uma garantia constante na Constituição Federal de 1988 e são definidos em dois títulos: os direitos/garantias fundamentais (parte essencial daquilo que o Estado deve garantir) e a ordem social (uma necessidade para o estabelecimento de uma sociedade). Entre eles estão o direito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, a segurança, a previdência social, proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desempregados. (LURCONVITE, 2020, n.p).

### NÚCLEO DE PESQUISA EM REFÚGIO & DESENVOLVIMENTO

O Núcleo de Pesquisa em Refúgio & Desenvolvimento (NPR&D) convergiu as linhas de pesquisa do Programa Tutorial de Ensino (PET) do Instituto de Relações Internacionais (IRI) da PUC-Rio.

Financiado pelo Ministério da Educação (PET) e pela PUC/Rio (TEPP), o Programa de Educação Tutorial do IRI foi criado para promover a formação em pesquisa. Tem como foco a atuação do Brasil na ampla área de desenvolvimento internacional, com especial atenção para a interseção entre políticas públicas e Relações Internacionais nos amplos campos de mobilidade, desenvolvimento e direitos humanos.

Os briefings são fruto do valioso apoio das bolsas PET e TEPP.

Mais informações em [www.pet-iri.com](http://www.pet-iri.com).

Tel.: 3527-1557.

*O PET do IRI/PUC-Rio foi estabelecido em 2013.*



[Digite aqui]

fortalecimento e manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido na Constituição de 1988, o debate acerca do direito à saúde torna-se fundamental para analisar as dinâmicas atuais e, conseqüentemente, o efeito do Coronavírus na sociedade brasileira.

Sem dúvida, a medida mais eficaz para enfrentar a combater a epidemia é investir na Saúde Pública, é fortalecer o SUS, como agora reconhece o próprio ministro da Saúde, um dos responsáveis pelos cortes de verbas e programas que, no passado recente, ceifaram a área. **Hoje, a crise está ensinando que todas as medidas de combate ao problema estão amparadas em projetos, pesquisas e esforços da estrutura pública de saúde.** (OTONI, 2020, n.p, grifo meu).

Assim, este briefing tem o objetivo de examinar como o cenário da pandemia de COVID-19 impacta o debate acerca desse direito no Brasil, tendo em vista as desigualdades estruturais presentes. Desse modo, o briefing será dividido em quatro partes. A primeira trará um panorama histórico de formação do direito à saúde e, por conseguinte, o desmonte do mesmo. A segunda, terceira e quarta contarão com uma análise da conjuntura de classe, raça e gênero, respectivamente, considerando as iniquidades presentes no garantimento da saúde no período evidenciado.

---

***“Sem dúvida, a medida mais eficaz para enfrentar a combater a epidemia é investir na Saúde Pública, é fortalecer o SUS [...] Hoje, a crise está ensinando que todas as medidas de combate ao problema estão amparadas em projetos, pesquisas e esforços da estrutura pública de saúde.” (OTONI, 2020, n.p).***

---

## 1. DO DIREITO À MERCADORIA

A noção “saúde” é enquadrada como um direito social fundamental, logo, tal é vista formalmente como um dos primordiais direitos de manutenção da vida humana, podendo atribuir, assim, uma interligação direta entre a vida e a saúde.

**O direito à saúde, elevado à categoria dos direitos fundamentais, por estar interligado ao direito à vida e à existência digna, representa um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, sendo considerado pela doutrina e legislação uma obrigação do Estado e uma garantia de todo o cidadão.** (MALLMANN, 2012, n.p, grifo meu).

Segundo Robert Alexy, em sua obra “Teoria dos Direitos Fundamentais” (*Theorie der Grundrechte*) o caráter fundamental dos direitos econômicos, sociais e culturais é denotado tendo em vista exatamente o argumento de que são primordiais para a garantia da liberdade. Logo, em sua visão, sem a garantia dos direitos fundamentais sociais - direitos de segunda geração - é basicamente impossível assegurar os de primeira geração (civis e políticos).

[...] tem-se que para o jusfilósofo alemão os direitos fundamentais de segunda dimensão são necessários para a garantia da liberdade fática que é requisito para o exercício da liberdade jurídica, sem a qual não é possível alcançar a propugnada dignidade da pessoa humana, o que acaba por conferir ares de fundamentalidade aos direitos sociais. (VANONI, 2016, n.p).

No Brasil, por exemplo, a noção “saúde” como um direito foi considerada uma grande-conquista da sociedade, transformando no que antes era apenas um “direito social fundamental” para o “direito

constitucional”. O movimento sanitarista, nesse sentido, fora classificado como de suma importância para o entendimento do conceito de saúde como coisa pública e, conseqüentemente, para a evolução e implementação desse direito. Tal movimento, em suma, é referido a um conjunto de ideias que tinha como pilar a busca por transformações na área da saúde, no contexto da ditadura brasileira – no início da década de 70.

Ademais, por meio do processo do “movimento sanitarista” supracitado, foi possível a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde” no ano de 1986: o primeiro modelo de participação da sociedade civil com relação à construção de uma política de saúde pública brasileira. Desse modo, a notoriedade da oitava conferência, com o tema “saúde como direito de todos e dever do Estado”, proporcionou o esboço do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. O SUS, em suma, de acordo com a descrição do próprio site do Ministério da Saúde, é conceituado como “um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país” (BRASIL, 2020).

Como principal desdobramento da conferência e conquista fundamental dos movimentos sociais, a Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, do qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo SUS (BRASIL, 1988, art. 194).

Contudo é importante destacar que, ao longo dos anos, houve processos que contribuíram para o que, atualmente, chamam-se de “desmonte da saúde pública” e, conseqüentemente, para a acentuação das desigualdades no Brasil. Segundo Ana Luiza D’Ávila Viana e Paulo Eduardo M. Elias (2007) há uma dualidade no que tange à questão da saúde no país: “O fenômeno mais marcante na área da saúde, nos últimos sessenta anos, foi o processo que gerou, por um lado, a desmercantilização do acesso à saúde e, por outro, a mercantilização da oferta/provisão [...]” (ELIAS; VIANA, 2007, n.p).

Logo, ao mesmo tempo em que se decretou como dever do Estado o garantimento da saúde, a nação, contudo, proporcionou a instauração de políticas que priorizavam investimentos na rede privada. Diante disso, o gasto em saúde pública (3,8 por cento do PIB<sup>2</sup>) não tem sido capaz de manter a rede de serviços públicos e, tampouco, capaz de contribuir para a melhoria na sua qualidade. Ademais, segundo o relatório “Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil” (2018), tendo como base os dados do Banco Mundial, a despesa pública em saúde no país, mesmo estando no patamar mediano em comparação com a média internacional, é relativamente inferior ao volume de recursos empregados nos sistemas de saúde universais dos países europeus, por exemplo.

Na lista da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que reúne os seis países mais ricos do mundo além de outros 38 membros da organização, o Brasil

---

<sup>2</sup> Esse dado está disponível no documento “Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil” (2018) – divulgado pela Secretaria do Tesouro Nacional.

está no 37º lugar em gasto per capita em saúde. Além disso, enfrentamos o paradoxo de sermos o único país com um sistema universal de saúde no qual o gasto público per capita é superado pelo gasto privado, demonstrando claramente o desfinanciamento do SUS. (FLEURY, 2020: n.p).

Outrossim, é importante destacar que, após a aprovação, em dezembro de 2016, da Emenda Constitucional (EC) 95, que determina o congelamento dos investimentos públicos durante duas décadas, o orçamento para a área da Saúde tem diminuído progressivamente: “Somente em 2019, a perda de investimentos na área representou R\$ 20 bilhões, o que significa, na prática, a desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde” (FLEURY, 2020: n.p).

Desse modo, de acordo com a Sônia Fleury<sup>3</sup> a forma como o sistema fora montado, priorizando o privado e desmantelando o público, propiciou para que o direito à saúde não se tornasse algo da esfera da “universalidade”. Assim, como tal direito não chega a todos da mesma maneira, há a exclusão de uma grande parcela da população.

Diante do exposto, o processo de mercantilização neste setor, desmercantilizando o acesso e, ao mesmo tempo, mercantilizando a oferta, provocou uma divisão na sociedade entre aqueles que conseguem adquirir “o produto” versus aqueles que não conseguem. Ou seja, mercantilização, nesse sentido, é condicionada ao fato de tornar algo público uma mercadoria. Ao fato, então, de trazer a saúde como esfera de domínio privado, podendo ser adquirida somente por meio de bens monetários.

O problema central, portanto, relaciona-se à ausência de cidadania em direito à saúde, porquanto há uma verdadeira inversão de valores: **o cidadão passa a ser consumidor, e a saúde produto. Portanto, isso leva ao fortalecimento do Mercado e à consequente perda da capacidade de reivindicação.** (SANTOS, 2013, p.6, grifo meu).

## 2. . CLASSE E COVID-19 NO BRASIL: AS IMPLICAÇÕES DA MERCANTILIZAÇÃO NO DIREITO À SAÚDE

Tendo como base os demarcadores com relação a classe dos indivíduos, esta seção do briefing tem como objetivo analisar de que forma a posição socioeconômica, no período de crise do COVID-19, impacta no combate à doença visto que, como apresentado na seção acima, o direito à saúde não está sendo garantido plenamente.

A palavra pandemia, na sua etimologia, é classificada como a que incide em tudo e em “todo o povo”, exprimindo uma noção aparentemente democrática da natureza de uma doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, ao declarar, no dia 11 de março de 2020<sup>4</sup> o surto do novo Coronavírus como uma pandemia, propagou, em consonância, uma crença em torno da necessidade de derrotar esse “vilão” invisível - vilão que, dentro dessa perspectiva, não distinguiria classe, raça e gênero.

<sup>3</sup> Conversa sobre o direito à saúde. 9 de jun. 2020. WhatsApp. Entrevista realizada com Sônia Fleury.

<sup>4</sup> “Organização Mundial da Saúde declara a pandemia do novo Coronavírus”. 11 mar. 2020.

“<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>”. Accessed 29 May. 2020.

Desse modo, a batalha contra o vírus é admitida como se essa fosse comum a todos de forma igualitária, como se a pandemia atingisse, de forma semelhante, os indivíduos que detêm uma posição distinta na sociedade.

Contudo, no dia 4 de maio de 2020 é noticiado<sup>5</sup> que, desde o dia 19 de abril, fora verificado um crescimento médio de 94% no número de mortes, por COVID-19, nas periferias da cidade de São Paulo. Ao passo que, nos bairros mais ricos da capital, esse número situou-se em torno dos 69%. No total, por exemplo, nos vinte distritos mais pobres, registraram-se 920 mortes - até o dia 30 de abril. Já nos 20 bairros mais ricos, esse número não havia chegado nem a cinquenta. Tal máxima, em suma, pode ser encarada como um reflexo do problema da desigualdade ao acesso a hospitais, tratamentos, medicamentos e profissionais, reverberando, assim, para a forma como o país encara o debate acerca do direito à saúde.

A gente está vendo o número de mortos crescendo desproporcionalmente nos bairros mais pobres. Isso reflete uma iniquidade de acesso à saúde. Nas regiões periféricas tem um contingente de pessoas que dependem unicamente do Sistema Único de Saúde. (CHIORO, 2020, n.p).

Além disso, em paralelo, é importante destacar que, no dia 5 de maio de 2020, é noticiado que, dentre um total de 695 planos de saúde, apenas 9 operadoras aceitaram receber auxílio financeiro oferecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para atender “clientes inadimplentes” durante o período de crise do Coronavírus. A justificativa dos planos que recusaram o auxílio se baseava no fato de que isso poderia trazer algum tipo de prejuízo financeiro à empresa: “Elas são, na verdade, operadoras financeiras que veem a saúde como mercadoria para se obter lucro.” (RBA, 2020: n.p).

Outrossim, tendo em vista o estudo realizado pelo Serviço Nacional de Proteção ao Crédito (SPC Brasil), adjunto à Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (CNDL) e ao Ibope, cerca de 70 por cento da população brasileira não possui plano de saúde<sup>6</sup>. Desse modo, o estudo feito recentemente, no ano de 2018, pode ajudar na reflexão do cenário atual - no qual a classe mais pobre acaba possuindo um crescimento proporcional no índice de mortes maior, por Coronavírus, do que a classe mais rica da população: “É a efetiva ‘periferização’ das mortes de covid-19, revelando toda vulnerabilidade da nossa população e a gravidade do quadro.” (CHIORO, 2020: n.p). Dentro desse panorama, o vírus apenas potencializou a periferização das mortes, visto que ela já ocorria, antes mesmo do início da pandemia, como um resultado da mercantilização da saúde.

No Rio de Janeiro, por exemplo, na favela da Maré, muitos moradores destacaram estar preocupados com a doença, tendo em vista a situação da saúde pública na localidade - a Clínica da Família Augusto Boal, que atende à população do Bento Ribeiro Dantas, na Maré, ao longo dos últimos anos, vem sofrendo com a

<sup>5</sup> “Em 15 dias, mortes pela covid-19 crescem até 180% na periferia.” 4 May. 2020, “<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2020/05/mortes-covid-19-periferia-sp2/>”. Accessed 29 May. 2020.

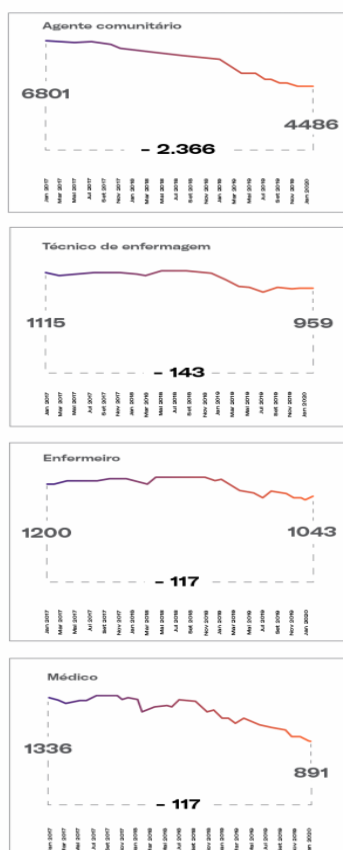
<sup>6</sup> “70% dos brasileiros não possuem plano de saúde particular, mostram SPC Brasil e CNDL” 21 fev. 2020, “<https://site.cndl.org.br/70-dos-brasileiros-nao-possuem-plano-de-saude-particular-mostram-spc-brasil-e-cndl/>” Accessed 29 May. 2020.

falta de aparelhos, profissionais, remédios e etc. Ademais, para além dos problemas que tange à esfera da infraestrutura médica, existe, também, a questão da expectativa de vida nesta região - bem menor do que nas áreas mais ricas do Rio de Janeiro.

Não é só a falta de remédios e o medo da covid-19 que marcam a vida dos idosos da Maré. Sua expectativa de vida é muito menor que a das áreas ricas do Rio de Janeiro. Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade em 2019, a idade média dos idosos mortos na Maré é de 77 anos, enquanto na Área de Planejamento (AP) 2.1, que concentra alguns dos bairros mais ricos da cidade, essa média é de 84 anos. **Uma diferença de 7 anos que evidencia a desigualdade na cidade do Rio de Janeiro.** (HENRIQUE, 2020, n.p, grifo meu).

O presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município do Rio de Janeiro, Ronaldo Moreira<sup>7</sup>, aponta, também, sobre o ambiente de desigualdade presente nas favelas e nos bairros do subúrbio do Rio de Janeiro. Segundo ele, para o combate ao Coronavírus nestas regiões faz-se necessário que o governo atue de forma a fortalecer a estrutura pública de saúde que, contudo, ao longo dos últimos anos, não tem sido feito - cerca de 2000 agentes comunitários de saúde foram demitidos. “Nós éramos 6500, no final da gestão do Eduardo Paes, hoje nós estamos com 4000 agentes mais ou menos.” (MOREIRA, 2020).

**QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (2017 - 2020)**



FONTE: DATASUS; PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATENDEM NO SUS EM ESTABELECIMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

<https://datalabe.org/as-clinicas-da-familia-estao-doentes/>

<sup>7</sup> "As Clínicas da Família estão doentes – Data Labe." 10 Apr. 2020, <https://datalabe.org/as-clinicas-da-familia-estao-doentes/>. Accessed 12 Jun. 2020.

A redução supracitada, sobre a diminuição da quantidade dos agentes comunitários, evidencia as más condições enfrentadas não somente pela população da região em si. Os ACS, por exemplo, que continuaram no posto, terão que trabalhar muito mais para cuidar daquela comunidade. E, no período de pandemia, tal questão se torna cada vez mais aparente.

A PINAB (práticas integrais de promoção da saúde e nutrição na atenção básica), que regula nosso trabalho, nos diz que um agente comunitário deve cuidar de até 750 pessoas. Hoje os agentes estão cuidando do dobro desse número. **Ronaldo, que trabalha na Clínica da Família Rosino Baccarini, em Bangu, bairro da Zona Oeste do Rio, diz que essa realidade afeta diretamente sua unidade [...]** (MOREIRA, 2020, n.p, grifo minha).

---

***“A PINAB (práticas integrais de promoção da saúde e nutrição na atenção básica), que regula nosso trabalho, nos diz que um agente comunitário deve cuidar de até 750 pessoas. Hoje os agentes estão cuidando do dobro desse número. ” (MOREIRA, 2020, n.p).***

---

### **3. RAÇA E COVID-19 NO BRASIL (AS IMPLICAÇÕES DA MERCANTILIZAÇÃO NO DIREITO À SAÚDE)**

Para além do recorte de classe social, é primordial analisar, também, os impactos da desigualdade ao acesso à saúde numa perspectiva segundo a raça/cor. Diante disso, essa seção, através da conceitualização do racismo, busca trazer as implicações deste preconceito na distribuição dos recursos compartilhados tanto para o público preto e quanto para os indígenas.

Na lógica de Foucault (1999) o biopoder aparece de forma a promover uma divisão entre aqueles que devem viver e aqueles que devem morrer: “São mortos legitimamente aqueles que constituem uma espécie de *perigo biológico* para os outros.” (FOUCAULT, 1999, p.130, grifo meu). Logo, dentro dessa perspectiva, o racismo – *perigo biológico* – se torna um importante objeto de análise do biopoder.

O racismo se forma nesse ponto (racismo em sua forma moderna, estatal, biologizante): toda uma política de povoamento, da família, do casamento, da educação, da hierarquização social, da propriedade, e uma longa série de intervenções permanentes ao nível do corpo, das condutas, da saúde, da vida cotidiana, receberam então cor e justificação em função da preocupação mítica de proteger a pureza do sangue e fazer triunfar a raça. (FOUCAULT, 2012, p. 140).

De acordo com a reportagem da Nações Unidas Brasil (ONU Brasil)<sup>8</sup>, na qual é retratado que cerca de 80% da população que é dependente do SUS se autodeclara como negra, a política de mercantilização e desvalorização da saúde, como coisa pública, só reforça uma ação do Estado de promoção de um apartheid racial, de um racismo institucionalizado - aqueles que tem acesso à saúde privada sobrevivem (maioria

---

<sup>8</sup> "Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra." 5 Dec. 2017, <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/>. Accessed 29 May. 2020.

branca) versus aqueles que são deixados à margem de um sistema de saúde, decomposto pelo próprio Estado, acabam por morrer (maioria negra).

No período de pandemia do Coronavírus, por exemplo, tal situação se torna cada vez mais evidente: “Os primeiros números divulgados pelo Ministério da Saúde apontam que o novo Coronavírus já é mais letal entre negros no Brasil: pretos e pardos representam 1 em cada 4 hospitalizados, mais 1 em cada 3 mortos.” (CARVALHO, 2020, n.p).

O vírus pode ser fatal para quem tem diabetes, asma ou hipertensão. Estas são doenças crônicas pelas quais a população negra está mais vulnerável. De acordo com o relatório de Política Nacional de Saúde da População Negra lançado em 2017 pelo Ministério da Saúde, por exemplo, a hipertensão é mais alta entre os homens e tende de ser mais complicada em negros, de ambos os sexos. (BORGES, 2020, n.p).

Segundo Grada Kilomba (2019) o processo de formação do racismo é acompanhado necessariamente pela combinação dos conceitos de poder e preconceito e, concomitante, formula uma estrutura na sociedade que dissemina uma desigualdade de acesso aos recursos compartilhados: “O racismo, por sua vez, inclui a dimensão do poder e é revelado através de diferenças globais na partilha e no acesso a recursos valorizados, tais como representação política, ações políticas, mídia, emprego, educação, habitação, saúde e etc.” (KILOMBA, 2019, p. 76).

Diante do exposto, a desigualdade no âmbito da saúde, principalmente no período de Coronavírus, deve ser analisada tendo em vista o conceito de racismo institucional e todas as implicações que isso gera na promoção da distribuição dos recursos. Desse modo, a partir do momento em que há um maior investimento no setor de saúde privada, desmantelando, em paralelo, o setor público, a lógica do biopoder, destacada por Foucault, se evidencia.

Assim, o direito à vida e o racismo, nesse sentido, passam a estar coligados, ao passo que o “poder soberano” detém do controle dos corpos. Detém, então, da prerrogativa de “fazer morrer” e “deixar viver”: a primeira correlacionada ao público negro que maior usufrui da rede pública de saúde e a segunda correlacionada aos brancos que é o maior público na rede privada.

Na formulação de Foucault, o biopoder parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer [...] **Esse controle** pressupõe a distribuição da espécie humana em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma **cesura biológica** entre uns e outros. Isso é o que Foucault rotula com o termo (aparentemente familiar) “**racismo**”. (MBEMBE, 2018, p. 128, grifo meu).

Diante disso, para entender o debate acerca do direito à saúde como coisa pública, no período atual de pandemia no Brasil, é preciso colocar em debate, comitantemente, o racismo e a análise de dados

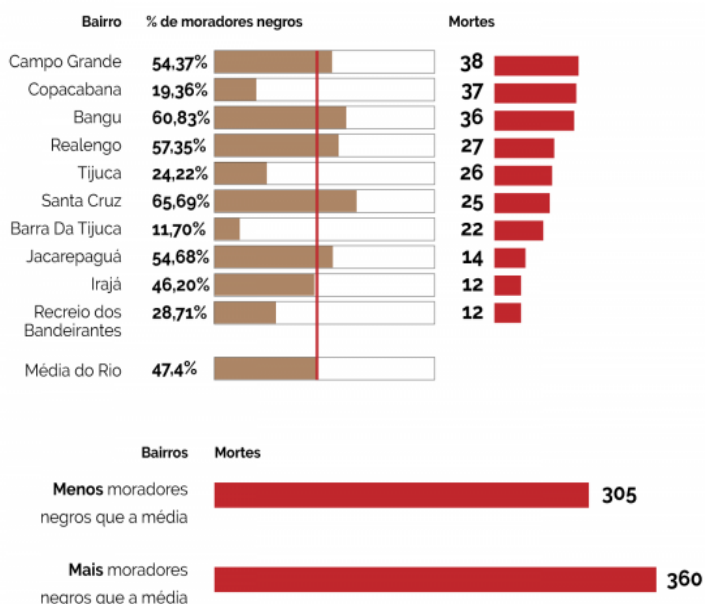


segundo a cor dos indivíduos: “A porcentagem de pacientes mortos por Covid-19 entre os pretos e pardos passou de 32,8% para 54,8% entre 10 de abril e 18 de maio, um período de quatro semanas.” (G1, 2020).<sup>9</sup>

Para uma análise adequada das condições sociais e da saúde da população negra, é preciso ainda considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira. (BRASIL, 2007, p.29).

Logo, mesmo considerando a pandemia COVID-19 como uma crise viral que, conseqüentemente, pode infectar a todos, sem a distinção de classe, raça e gênero, é preciso levar em conta, também, todo o processo de recuperação e tratamento após o estágio da contaminação. Assim, aqueles que possuem melhores condições financeiras (maioria de cor branca)<sup>10</sup> detêm mais chances e recursos para sobreviver nesta crise: “Na capital carioca, os bairros com mais negros, que a média da cidade já, têm mais mortes em número absoluto que os bairros com menos negros. ” (FONSECA, MUNIZ, PINA, 2020, n.p).

### Bairros com mais mortes por Covid-19 no Rio de Janeiro



Fonte: Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro/ Dados referentes a 5 de maio

Pública

<<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/05/18/em-4-semanas-mortes-de-pretos-e-pardos-por-covid-19-passam-de-328percent-para-548percent.ghtml>>

Ademais, para além da questão com relação à recuperação e ao tratamento, é preciso denotar, também, sobre a probabilidade de exposição ao Coronavírus - como é disposto *racialmente* o mercado

<sup>9</sup> "Em 4 semanas, mortes de pretos e pardos por Covid-19 ... - G1." 18 May. 2020, <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/05/18/em-4-semanas-mortes-de-pretos-e-pardos-por-covid-19-passam-de-328percent-para-548percent.ghtml>. Accessed 12 Jun. 2020.

<sup>10</sup> "Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil - Biblioteca IBGE" [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf). Accessed 13 Jun. 2020.

formal e informal. Nesse sentido, aqueles que compõe o mercado informal (maioria negra), tendo em vista a necessidade de continuar trabalhando para conseguir manter a renda, seguem a enfrentar às ruas: “Em 2018, enquanto 34,6% das pessoas ocupadas de cor ou raça branca estavam em ocupações informais, entre as de cor ou raça preta ou parda esse percentual atingiu 47,3%.” (IBGE, 2019, p.1). Portanto, ao passo que esses precisam, como forma de sobrevivência, continuar a enfrentar o âmbito físico do mercado de trabalho, tais, conseqüentemente, estão mais propensos a contrair o vírus.

Em paralelo, já no Estado do Amazonas, o reflexo do racismo também se confirma, ao passo que os brancos estão sobrevivendo mais que os pretos:

No Amazonas, entre as pessoas que desenvolvem quadros graves da Covid-19, são mais frequentes mortes de negros que brancos. Segundo a Pública apurou, a cada 2,4 negros em estado grave, há uma morte. Já entre brancos, uma morte foi registrada a cada 3,2 pacientes em situação grave. (FONSECA, MUNIZ, PINA, 2020, n.p).

Diante do exposto, ainda dentro dos marcadores raciais, pode-se destacar, também, as iniquidades enfrentadas pelo povo indígena. Os indígenas, em suma, utilizam e necessitam do Sistema Único de Saúde para tratar de determinadas doenças que os mesmos não possuem aparato adequado. Em 1999, por meio do decreto n.º 3.156, foi regulamentado uma proposta que dispõe de garantir condições de assistência à saúde aos povos indígenas e, pela Lei nº 9.836/99, é estabelecido, também, o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. (BRASIL, 2002, p. 6).

No período de pandemia do Coronavírus, por exemplo, a vulnerabilidade enfrentada por esse povo, no âmbito da saúde, torna-se cada vez mais evidente em decorrência, principalmente, da falta de investimentos já supracitada anteriormente que, claramente, está presente quando se toma como pessoa de direito os povos indígenas.

A principal vulnerabilidade das populações indígenas diante do novo Coronavírus é a falta de acesso à saúde. A saúde indígena, sistema criado dentro do SUS (Sistema Único de Saúde) para atender a esses povos, tem poucos recursos e infraestrutura para tratar casos graves, como pode ser necessário no caso de propagação do novo vírus. (VICK, 2020, n.p).

Outrossim, para além da questão dos investimentos, em si, é importante destacar a questão da localidade - grande parcela dessa população vive em áreas isoladas, de difícil acesso - que acaba contribuindo para uma maior dificuldade na distribuição desse serviço. Segundo o Instituto Brasileiro de

Geografia Estatística, censo do ano de 2010, por exemplo, cerca de 65 por cento da população indígena vivia nas zonas rurais.

Contudo, é importante salientar que, mesmo considerando os problemas com relação à localização desses povos, é dever do Estado proteger, promover e respeitar seus costumes tal como sua espacialização. Desse modo, é preciso trabalhar no fomento de estratégias que busquem a promoção do direito à saúde, ao mesmo tempo que se leva em consideração todo este arcabouço - seja ele cultural, territorial e linguístico do povo indígena. “É dever do Estado respeitar a organização social desses grupos, seus costumes, idiomas, crenças e tradições — garantindo, portanto, que haja um sistema público de saúde adequado a seus modos de vida.” (VICK, 2020, n.p).

É preciso, assim, diante disso, colocar em debate, comitadamente, o reconhecimento do racismo sofrido pelo povo indígena: “Usando a palavra preconceito, Budga Deroby Nhambiquara escancarou o racismo sofrido pelos indígenas no ambiente da universidade e demonstrou altivez para o enfrentamento do problema.” (PEIXOTO, 2017, p.29).

Quando se trata de racismo, o indígena continua a ser afastado das análises de disparidades raciais. Na maioria das vezes, ele nem mesmo é citado nas pesquisas que resultam em percentuais indicativos de disparidades sócio econômicas que refletem a dinâmica da sociedade brasileira. (PEIXOTO, 2017, p.31).

---

***“Quando se trata de racismo, o indígena continua a ser afastado das análises de disparidades raciais. Na maioria das vezes, ele nem mesmo é citado nas pesquisas que resultam em percentuais indicativos de disparidades sócio econômicas que refletem a dinâmica da sociedade brasileira.” (PEIXOTO, 2017, p.31).***

---

#### **4. GÊNERO E COVID-19 NO BRASIL (AS IMPLICAÇÕES DA MERCANTILIZAÇÃO NO DIREITO À SAÚDE)**

Após a exposição dos demarcadores socioeconômicos e raciais, dentro da perspectiva do debate acerca do direito à saúde no Brasil, é importante ponderar, igualmente, sobre como o cenário atual de pandemia possui consequências de gênero, tendo em vista as iniquidades no acesso ao direito supracitado entre homens e mulheres. Assim, esta seção tem como objetivo retratar dois aspectos: sobre a composição da linha de frente ao combate do CODVID-19 e sobre a maior parcela da população brasileira que compõe o grupo de risco.

Grande parte do grupo da linha de frente <sup>11</sup>, ao combate do Coronavírus no Brasil e na América Latina, é composta por mulheres, estando, desse modo, mais propensas a infecção pelo vírus. A ONU

---

<sup>11</sup> "Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil - Fiocruz." 7 May. 2015, <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-inedita-traça-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Accessed 13 Jun. 2020. - “70% do quadro de profissionais de saúde é composto por mulheres no Brasil e 84,7% dos auxiliares e técnicos de enfermagem são mulheres no país.”

Mulheres, por exemplo, em março de 2020, elaborou um documento falando sobre “GÊNERO E COVID-19 NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE: DIMENSÕES DE GÊNERO NA RESPOSTA”. O documento, em suma, contém informações com relação à necessidade do garantimento dos direitos a esse grupo, tendo em vista exatamente o fato delas representarem uma parcela significativa do grupo da linha de frente e, também, levando em conta as desigualdades presentes na promoção do direito à saúde: “As mulheres estão na linha de frente da resposta e assumem custos físicos e emocionais, além de um maior risco de infecção na resposta à crise. É essencial atender às necessidades imediatas das mulheres na primeira fila da resposta.” (ONU Mulheres, 2020, p.1).

Peço aos governos e a todos os outros prestadores e prestadoras de serviços, incluindo o setor privado, que aproveitem a oportunidade para planejar sua resposta à COVID-19 como nunca fizeram antes – e que levem em consideração a perspectiva de gênero, construindo proativamente conhecimentos de gênero em equipes de resposta. (MLAMBO-NGCUKA, 2020).<sup>12</sup>

Logo, ao colocar em debate o direito à saúde no período de pandemia do COVID-19, é notório colocar em debate, juntamente, a análise das desigualdades presentes com relação ao gênero. É preciso levar em conta, desse modo, os principais grupos atingidos a fim de um combate eficaz da doença. Diante disso, pensar na parcela populacional que mais sofre com esta crise da saúde é pensar, portanto, nas mulheres: “Mais de **13 milhões de pessoas no Brasil sobrevivem abaixo da linha da pobreza**, com uma renda média de até 145 reais mensais. Entre essas pessoas, **uma grande maioria é composta por mulheres, negras, mães, chefes de família** [...] (THINK OLGA, 2020, n.p).

Assim, em decorrência, principalmente, da existência das desigualdades de gênero, as mulheres compõem essa grande parcela de indivíduos que sobrevivem abaixo da linha da pobreza. E isso, de algum modo, pode reverberar no acesso ao direito à saúde de formas interligadas: ao passo que estão mais inseridas no setor informal de trabalho, não possuindo condições para garantir um plano de saúde privado, estas, conseqüentemente, têm que recorrer ao sistema público sucateado. “A redução da atividade econômica afeta, em primeira instância, trabalhadoras informais que perdem seus meios de sustento de vida quase imediatamente, sem nenhuma rede ou possibilidade de substituir a renda diária em geral.” (ONU Mulheres, 2020, p.1).

Envolver as mulheres em todas as fases da resposta e nas tomadas de decisão nacionais e locais, especialmente grupos de mulheres que estão recebendo o maior impacto das crises, como as trabalhadoras do setor de saúde, domésticas e trabalhadoras do setor informal, assim como as migrantes e refugiadas. (ONU Mulheres, 2020, p.2).

Ademais do apresentado, salienta-se, conjuntamente, sobre a questão das mulheres comporem cerca de 56 por cento dos idosos no Brasil - considerado como um dos principais grupos de riscos do COVID-19. Outrossim, por fim, quando não enquadradas como grupo de risco, elas, ainda, integram-se numa classe que sofre, para além do machismo em questão, a transfobia e o racismo genderizado: “[...] porque construções

<sup>12</sup> "Executive Director Phumzile Mlambo-Ngcuka | UN Women" <https://www.unwomen.org/en/about-us/directorate/executive-director/ed-bio>. Accessed 13 Jun. 2020.

racistas baseiam-se em papéis de gênero e vice-versa, e gênero tem um impacto na construção de raça e na experiência do racismo. ” (KILOMBA, 2019, p. 94).

**Outro grupo vulnerável e ainda invisibilizado nos cuidados anunciados pelo governo brasileiro no atual cenário de crise são as mulheres trans., que na América Latina têm uma média de vida estimada de 35 anos.** Para elas, direitos básicos como moradia e saúde são realidades distantes, o que as coloca em risco em uma crise sanitária como a atual. (THINK OLGA, 2020, n.p, marcação minha).

## CONCLUSÃO

No período atual de pandemia do Coronavírus, o debate acerca do direito à saúde no Brasil faz-se essencial para a análise das conjunturas sociais do país.

À luz dos demarcadores apresentados neste documento (classe, raça e gênero) pode-se ponderar sobre as desigualdades presentes na esfera do direito à saúde e suas consequências para essa população que se encontra à margem de um sistema que, durante anos, tem sofrido com a ineficácia da gestão do Estado.

A revista “The Economist”<sup>13</sup>, em paralelo, no dia 29 de fevereiro de 2020, publicou que a pandemia vai muito além de uma doença, por si só. Ela, nesse sentido, pode funcionar como um teste para os sistemas de saúde pública do Estado, para a forma como é gerido o governo e, por fim, sua própria economia.

Assim, é de suma importância a retomada do debate acerca do direito à saúde como um dever a ser garantido pelo Estado desviando, assim, da noção de torná-lo uma mercadoria: “[...] não há direito à saúde sem um sistema público universal e integral, com participação popular. Simples assim. Como está na Constituição Federal de 1988.” (FLEURY, 2020). Dentro dessa perspectiva, para além de ser um direito social fundamental, esta enquadra-se no direito constitucional, portanto, deve ser tratada como tal.

Outrossim, como já supracitado, o garantimento do direito à saúde está diretamente interligado ao direito à vida, à liberdade e ao trabalho: “Todos os países que tomaram medidas mais sérias e mais drásticas em relação à preservação da saúde retomaram o ritmo econômico mais rápido. ” (WISNISK, 2020, n.p). Desse modo, os direitos humanos, sejam eles individuais, sociais, econômicos e políticos, de alguma forma, estão coligados:

[...] em outras palavras, não se deve separar os direitos fundamentais em direitos individuais, sociais, econômicos e políticos como se fossem compartimentos estanques. Eles formam apenas um conjunto, o dos direitos fundamentais. (JURISWAY, 2006).

Na afirmação acima do Guilherme Wisnisk (professor da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo), por exemplo, é encontrada a noção da interdependência dos direitos, ao passo que quando uma nação procura se ater a medidas de eficácia ao combate do COVID-19, estas, em consonância, conseguiram retornar sua economia mais facilmente. Logo, pode-se perceber uma ligação

<sup>13</sup> “A pandemic is more than a disease. It tests a society’s health systems, its government and politicians, and its economy” The Economist, 29/02/2020. <<http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/covid-19-o-sus-e-o-teto-de-gastos>>. Accessed 13 Jun. 2020.

direta *entre o direito à saúde e o direito ao trabalho*, em virtude, primordialmente, de uma ação governamental que coloque como pauta principal a preservação da sua população no período de pandemia.

Portanto, países que buscam fortalecer seu aparato da saúde como coisa pública podem estar no caminho da construção de uma nação mais igual e com um maior acesso aos benefícios humanos essenciais: “O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. É eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia.” (BRASIL, 2007, p.9).

---

***“O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. É eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia.” (BRASI, 2007, p.9).***

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXY, Robert. **Teoria de los derechos fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002.
- BRASIL. Funasa. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde Fundação Nacional da Saúde. 2002.
- COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2010.
- COMPARATO. Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- CHARLEAUX, João Paulo. **Como a pandemia prova a importância da coisa pública**. 2020. Acesso em: <<https://www.nexojornal.com.br/entrevista/2020/03/21/Como-a-pandemia-prova-a-import%C3%A2ncia-da-coisa-p%C3%ABAblic>>.
- CLÈVE, Clèmerson Merlin. A eficácia dos direitos fundamentais sociais. **Revista Crítica Jurídica**, Curitiba, n. 22, p. 17-29, jul. /dez. 2003.
- Draibe SM. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: Hochman G, organizador. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 27–64.

- FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. 22. reimpr. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.
- FOUCAULT, Michel. Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- Freedman, Rosa e Mchangama, Jacob (2016). Expanding or Diluting Human Rights? The Proliferation of United Nations Special Procedures Mandates, *Human Rights Quarterly*, Vol.38, n.1, pp.164-193.
- KILOMBA, Grada. Memórias da Plantação, Episódios de Racismo Cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019. Capítulos: “3. Dizendo o indizível” e “4. Racismo Genderizado” (pp. 71- 110).
- Lindgren Alves, J.A. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo, Fundação Alexandre Gusmão / Perspectiva, 1995. Apresentação de Antônio Augusto Cançado Trindade e prefácio de Celso Lafer.
- MBEMBE, Achille. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 edições, 2018. 80 p.
- PEIXOTO, Kércia Priscilla Figueiredo. Racismo Contra Indígenas: reconhecer é combater. Revista ANTHROPOLÓGICAS. Ano 21, 28(2): 27-56, 2017.
- Viana AL, Silva HP, Elias PEM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate* 2007; (37):7-20.

## FONTES ONLINE

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF. 2007. Disponível em: <<https://agenciapatriciagalvao.org.br/docs-referenciais/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-seppir-2007/>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. 2020. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>.
- BRASIL. Tesouro Nacional. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. 2018. Disponível em <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2018/11/AspectosFiscaisSau%CC%81de2018.pdf>>
- BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. **Os direitos humanos como valor universal**. Lua Nova, São Paulo, n. 34, p. 179-188, Dec. 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451994000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451994000300011&lng=en&nrm=iso)>. access on Ap 20 r. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451994000300011>>.

- BORGES, Pedro. **Covid-19: Depois de internados, negros têm mais chance de morrer do que brancos.** 10 de abr. 2020. Disponível em: <<https://almapreta.com/editorias/realidade/covid-19-depois-de-internados-negros-tem-mais-chance-de-morrer-do-que-brancos>>
- CARVALHO, Laura. **Como a pandemia pode aprofundar nossas desigualdades.** 16 de abr. 2020. Acesso em: <<https://www.nexojornal.com.br/colunistas/2020/Como-a-pandemia-pode-aprofundar-nossas-desigualdades>>.
- MERELES, Laura. **A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.** 2018. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>>.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, Sept. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300005>.
- FLEURY, Sônia. Covid-19 o SUS e o teto de gastos. 3 de mar. 2020. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=Covid-19-o-SUS-e-o-teto-de-gastos>>.
- FLEURY, Sônia. Sônia Fleury fala sobre o coronavírus e o desmonte do SUS. 2020. Acesso em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48249>>
- FONSECA, Bruno; MUNIZ, Bianca; PINA, Rute. Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil. 6 de mai. 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>>
- GOMES, José Clayton Murilo Calvacanti. A diluição do poder de expor à morte. 26 de mai. 2020. Disponível em: <<https://diplomatie.org.br/a-diluicao-do-poder-de-expor-a-morte/?fbclid=IwAR0CUKE-ukoBbUy51oP1UYC5gFUCV5ouPFpc1yBPiHF5oRuU2WnfpDwmSLM>>
- GOMES, Rodrigo. **Mortes pela covid-19 crescem 45% nos bairros pobres em uma semana.** 27 de abr. 2020. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/mortes-por-covid-19-periferia/>>.
- G1. **Em 4 semanas, mortes de pretos e pardos por Covid-19 passam de 32,8% para 54,8%.** 15 de mai. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/05/18/em-4-semanas-mortes-de-pretos-e-pardos-por-covid-19-passam-de-328percent-para-548percent.ghtml>>.



- HENRIQUE, Bruno. Grupo de risco, em área de risco: Covid-19 torna ainda mais difícil a vida de idosos e doentes crônicos nas favelas e periferias do Rio. 10 de abr. 2020. Disponível em: <<https://datalabe.org/grupo-de-risco-em-area-de-risco/>>.
- IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. 2019. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf)>.
- JÚNIOR, Aristóteles Cardona. Mercantilização da Saúde: uma preocupação histórica. 2016. Acesso em: <<https://saude-popular.org/2016/12/artigo-mercantilizacao-da-saude-uma-preocupacao-historic>>.
- JURISWAY. **O que é a Teoria da Indivisibilidade dos Direitos Humanos?** Agos. 2006. Disponível em: <[https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=29](https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=29)>
- LURCONVITE, Adriano. **A evolução histórica dos direitos sociais: da Constituição do Império à Constituição Cidadã.** 1 de mar. 2020. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-evolucao-historica-dos-direitos-sociais-da-constituicao-do-imperio-a-constituicao-cidada/>>.
- MALLMANN, Eduarda. Direito à saúde e a responsabilidade do Estado, DireitoNet, Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado>>. Acesso em: 26 de mar. de 2020.
- ONU Mulheres. GÊNERO E COVID-19 NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE: DIMENSÕES DE GÊNERO NA RESPOSTA. 2020. Disponível em <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19\\_LAC.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf)>.
- OTONI, Reimont. Coronavírus mostra importância do SUS. 2020. Disponível: <<https://revistaforum.com.br/debates/coronavirus-mostra-importancia-do-sus-por-reimont-otoni>>
- PESQUISA SOBRE O COVID-19 NAS FAVELAS E PERIFERIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Feita entre 9 e 16 de maio de 2020, com base em cadastro de 32.037 famílias de 332 comunidades e 29 municípios. <<https://www.dropbox.com/s/khk4vyiscm1c4ea/Pesquisa%20Covid%20Favelas%2022maio2020pdf.pdf?dl=0>>.
- SANTOS, Paola Lorena Pinto. MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E CIDADANIA PERDIDA: O PAPEL DO SUS NA REAFIRMAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL. Revista da UNIFEBE. Disponível em: <<https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/136/67>>
- PERDIDA: O PAPEL DO SUS NA REAFIRMAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL. Revista da UNIFEBE. Disponível em: <<https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/136/67>>

- ROSA, Gabriele. As clínicas da Família estão doentes: desmonte do SUS deixa favelas cariocas ainda mais vulneráveis à pandemia do coronavírus. 31 de mar. 2020. Disponível em: <<https://datalabe.org/as-clinicas-da-familia-estao-doentes/>>.
- RBA, Redação. Para não atender inadimplentes na pandemia, planos de saúde recusam ajuda de 15 bilhões. 5 de mai. 2020. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2020/05/planos-de-saude-coronavirus-ans>>
- SARAIVA, Rodrigo Pereira da Costa. O direito à saúde em tempos de Pandemia. Das possíveis soluções para a Calamidade Pública provocada pelo vírus Covid 19. 2020. Acesso disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/81195/o-direito-a-saude-em-tempos-de-pandemia-das-possiveis-solucoes-para-a-calamidade-publica-provocada-pelo-virus-covid-19>>.
- THINK OLGA. **MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA: OS AGRAVANTES DE DESIGUALDADES, OS CATALISADORES DE MUDANÇAS.** 2020. Disponível em: <<https://thinkolga.squarespace.com/>>
- VANONI, Daniel. **São os direitos sociais direitos fundamentais?** 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/48969/sao-os-direitos-sociais-direitos-fundamentais>>.
- GOMES, Rodrigo. Mortes pela covid-19 crescem 45% nos bairros pobres em uma semana. 2020. Acesso em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/mortes-por-covid-19-periferia/>>
- VICK, Mariana. Como o coronavírus afeta populações indígenas no Brasil. 2020. Acesso em:<<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/03/23/Como-o-coronav%C3%ADrus-afeta-popula%C3%A7%C3%B5es-ind%C3%ADgenas-no-Brasil>>
- WISNIK, Guilherme. Saúde e economia não são excludentes e sim coincidentes. Abril de 2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/radio-usp/saude-e-economia-nao-sao-excludentes-e-sim-coincidentes/>>

