

ANÁLISE DO MODELO DE ESTADO BRASILEIRO A PARTIR DAS DEMANDAS DE UTI NA COVID-19

ANALYSIS OF THE BRAZILIAN STATE MODEL BASED ON THE DEMANDS OF ICU IN THE COVID-19

RESUMO

Analisou-se nesse trabalho, a partir da comparação dos modelos de estado mínimo, interventor e gerencial, qual deles ser o mais adequado para o Brasil tendo como referência a crise do COVID-2019. Para tanto, foi realizada pesquisa pura, descritiva, bibliográfica baseada em artigos científicos, livros, normas e reportagens. Desse modo, dividiu-se o trabalho em três partes: direito à saúde e o problema do acesso aos leitos de UTI do SUS; a Covid-19 e o aumento da demanda por leitos; e modelos de estado e a viabilidade para o combate à pandemia no Brasil. Concluiu-se que apesar de estado gerencial ser aquele capaz de produzir respostas mais céleres, ainda é a perspectiva intervencionista o modelo administrativo a ser utilizado no Brasil para gerir o processo de combate ao coronavírus. Isso se deve aos fatores socioeconômicos que vive a população brasileira, em que parte significativa enquadra-se como baixa renda. Ademais, esse é o modelo que mais possibilita um maior acesso de pobres à saúde. Todavia, deve-se buscar a flexibilização de sua burocracia no intuito de melhorar a celeridade de suas ações.

Palavras-chave: Covid-19. Direito à saúde. Modelos de gestão estatal.

ABSTRACT

In this work, it was analyzed from the comparison of the minimum state, intervenor, and managerial models, which of them would be the most appropriate for Brazil with reference to the COVID-2019 crisis. For this purpose, pure, descriptive, and bibliographic research was conducted based on scientific articles, books, norms, and reports. Thus, the work was divided into three parts: right to health and the problem of access to SUS ICU beds; Covid-19 and increased demand for beds; and state models and feasibility for combating the pandemic in Brazil. It was concluded that although a managerial state can produce faster responses, the interventionist perspective is still the administrative model to be used in Brazil to manage the process of combating the coronavirus. This is due to the socioeconomic factors that the Brazilian population lives, in which a significant part fits as low income. Moreover, this is the model that most enables a greater access to health for the poor. However, it is necessary to seek for a more flexible bureaucracy to improve the speed of their actions.

Keywords: Covid-19. Right to health. State management models.

INTRODUÇÃO

A pandemia do coronavírus vem afetando a gestão pública de saúde nos diversos países do mundo, em especial na gestão dos leitos de UTI e tal fato não foi diferente no Brasil, onde ganha contornos especiais em face da falta de articulação entre os entes federativos, da má distribuição de renda entre a população, saneamento básico deficitário, serviço de saúde precário etc.

Dentre as querelas envolvendo a pandemia e o direito à saúde, encontra-se a questão da oferta de leitos de UTI. Ocorre que, segundo o Ministério da Saúde¹, a enfermidade, em casos mais graves, provoca insuficiência respiratória aguda podendo evoluir rapidamente para o óbito da pessoa infectada, necessitando dessa forma, de sua internação em leitos de tratamento intensivo.

Nesse ponto, faz-se necessário indagar como o estado brasileiro melhor promoveria o enfrentamento dessa doença. Esta questão passa por definir qual tipo de modelo estatal (mínimo, intervencionista ou regulador) deveria ser adotado pela administração pública brasileira para enfrentar não apenas essa demanda como outras similares. Sendo assim, objetiva-se, a partir da análise da demanda por leitos de UTI em face da Covid-19, inferir qual tipo de modelo de estado possui a maior capacidade de enfrentamento dessa enfermidade para ser adotado no Brasil.

Deste modo, o trabalho será confeccionado a partir de uma pesquisa pura, de caráter qualitativo, de cunho descritivo, a partir de levantamento bibliográfico e documental. Para esse fim, o artigo dividirá em três seções, sendo a primeira destinada a abordar o direito à saúde e o problema do acesso de leitos de UTI pelo SUS; em seguida discorrer-se-á sobre a Covid-19 e seus efeitos relativos a demandas de UTI; e no terceiro momento, serão discutidos os modelos de gestão estatal com enfoque na gestão de políticas públicas de saúde.

1. O DIREITO À SAÚDE E A PROBLEMÁTICA DO ACESSO AOS LEITOS DE UTI PELO SUS

A saúde constitui uma condição essencial para a promoção da dignidade do ser humano. Logo, pensar nesse direito sem levar em conta a perspectiva de seu beneficiário consiste em um processo de coisificação não condizentes com o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana contido no art. 1º, III da Constituição de 1988 (CF/1988)².

¹ BRASIL. **Sobre a doença**. Ministério da Saúde. 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 23 maio 2020.

² BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 maio 2020.

Sendo assim, para se compreender a problemática do déficit de leitos de UTI ofertado pelo SUS, faz-se necessário avaliar a saúde como um direito fundamental; o SUS como elemento de concretização do direito à saúde; e a demanda dos leitos de UTIs pelo SUS.

1.1. DIREITO À SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL

No intuito de promover um maior acesso da população à saúde, o constituinte de 1988 elencou-a como um direito coletivo dentro do rol dos direitos fundamentais³ - art. 6º da CF/1988. Destarte, deixou-se de entendê-la como uma faceta meramente assistencialista para tratá-la como um ramo da seguridade social (ao lado da Previdência e Assistência).

Corroborando nesse sentido, o art. 196 da CF/1988 aponta a dupla face do direito à saúde. Se para aqueles que se encontram dentro do território nacional ele constitui em um direito extensível a todos, para o Estado, passa a ser encarado como um dever, o qual necessita ser concretizado por intermédio de ações pautadas nos princípios da universalização e da igualdade.

A concretização desse direito no Brasil, conforme Zaganelli e Bussinguer⁴, é realizada pelos Estados e pela iniciativa privada. No que tange a este setor, destaca-se que o constituinte (art. 199, § 1º da CF/1988) permitiu a possibilidade de sua participação no sistema público de saúde de forma complementar, por intermédio de contratos ou convênios. Esse arcabouço protetivo na experiência brasileira é concretizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2. O SUS E SEU PAPEL NA CONCRETIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

³ SARLET, Ingo W; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da CF/88**. [S.l.: s.n] [2009?] Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

⁴ ZAGANELLI, Juliana Costa; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. Universalidade e privatização: uma análise comparativa dos sistemas públicos de saúde brasileiro e francês. **Revista Brasileira de Direito**, São Paulo, v. 13, n. 06, p. 61-73, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2958/2744>. Acesso em: 23 maio 2020. DOI: 10.26668/IndexLawJournals/2358-1352/2016.v13i6.2958.

Para auxiliar na concretização e universalização do direito à saúde, o constituinte de 1988 formulou a criação de um sistema de saúde, que deveria promover a ação integrada das três esferas de poder (local, regional e nacional). Coube ao art. 198 da CF/1988 disciplinar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja concretização somente ocorreu em 1990, a partir da promulgação da Lei nº 8.080⁵ (lei orgânica da saúde).

Ressaltam Júlio e Ribeiro⁶ ter sido somente com a implementação do SUS no Brasil que fora possível traçar políticas públicas baseadas na descentralização de suas ações⁷, no acesso universal e na gestão participativa. Destarte, o planejamento de qualquer ação nessa seara deveria ser baseado a partir de observações das necessidades dos usuários, da capacidade de cada ente e da oitiva de todos os setores envolvidos (profissionais de saúde, usuários e fazenda pública).

Logo, para se buscar implementar políticas voltadas ao fornecimento de leitos de UTI pelo SUS passa-se, em um primeiro momento, em conhecer o cenário atual desse serviço, ou seja, inferir qual o número disponível, a demanda por vagas e os fatores que afetam a disponibilidade.

1.3. OS LEITOS DE UTI NO BRASIL.

Consoante o sistema de dados do SUS^{8 e 9}, os leitos hospitalares são classificados conforme o tipo de ato médico praticado (cirurgia, clínica etc.), público alvo (gestante, crianças) ou ainda em face de enfermidades. Desse modo, conforme tabela 01 tem-se os seguintes tipos de leitos: cirúrgicos, clínicos, complementares, obstétricos, pediátricos, relativos a outras especialidades e hospital dia.

⁵ BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 maio 2020.

⁶ RIBEIRO, Wesley Carlos; JÚLIO, Renata Siqueira. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. **Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí, v. 15, n.3, p. 447-460, set./dez. 2010. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768/1858>. Acesso em: 09 dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.14210/nej.v15n3.p447-460>.

⁷ Realizadas de forma coordenada e respeitando os limites da competência de cada ente.

⁸ BRASIL. **DataSUS leitos**. Ministério da Saúde. 2020b. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00. Acesso em: 23 maio 2020.

⁹ Buscou-se atualização, todavia o sítio encontrava-se em manutenção.

Tabela 01: Distribuição de leitos hospitalares no Brasil maio/2020

TIPO	EXISTENTES	SUS	NÃO SUS
Cirúrgico	112.660	71.989	40.671
Clínico	171.764	125.271	46.493
Complementar	75.047	36.348	38.699
Obstétrico	51.372	38.550	12.822
Pediátrico	48.176	37.919	10.257
Outras especialidades	47.589	31.918	15.671
Hospital dia	10.651	4.901	5.750

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2020b)

Dentro dos leitos considerados complementares, estão as unidades de tratamento intensivo, as quais, por sua vez, são divididas por complexidade (I, II ou III), público alvo (pediátrica, neonatal ou adulta) e pelo tipo de enfermidade (queimados, coronariana e, a partir de 2020, para acometidos de Covid-19).

Observa-se na tabela abaixo que a quantidade inferior de leitos de UTI no SUS causa uma distorção de demanda devido ao fato de parte da população brasileira não possuir capacidade financeira de manter um plano privado de saúde ou de arcar com os custos de seu tratamento nesse setor evidencia-se um excesso de usuários potenciais, se comparado ao número de vagas. Isso gera além das filas de espera nas centrais de distribuição de leito o apelo a demandas judiciais para ter a alocação do enfermo em um leito em um tempo mais exíguo.

Tabela 02: Distribuição de leitos de UTI no Brasil maio/2020

TIPO	EXISTENTES	SUS	NÃO SUS
UTI II adulto Covid 19	13.576	3.146	10.430
UTI II pediátrica Covid 19	708	75	633
UTI adulto tipo I	6386	396	5990
UTI adulto tipo II	19102	12340	6762
UTI adulto tipo III	5345	2361	2984
UTI Pediátrica tipo I	864	75	789
UTI Pediátrica tipo II	2864	1973	891
UTI Pediátrica tipo III	1102	594	508
UTI Neonatal tipo I	1541	20	1521
UTI Neonatal tipo II	6131	4154	1977
UTI Neonatal tipo III	1501	702	795
UTI de Queimados	232	153	79
UTI Coronariana tipo II	815	259	556
UTI Coronariana tipo III	231	36	195

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2020b)

Nesse cenário de ofertas de leitos de UTI a pandemia de Covid-19 veio para agravar um sistema já sobrecarregado, como se verá na seção seguinte.

2. COVID-19 E A DEMANDA POR UTIS: O PONTO DE INFLEXÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

O vírus causador da Covid-19 caracteriza-se por ter alta taxa de transmissão com baixa taxa de mortalidade¹⁰. Desse modo, apesar de um percentual pequeno de mortes - se comparado com outros viroses das vias respiratórias tal como a da H1N1¹¹, em face da sua acelerada transmissão, teve seus casos disseminados em todo o globo em menos de 01 ano de sua detecção. No mundo, até 24 de setembro de 2020, já chegaram a 31.829.901 de infectados e de 976.259 mortes¹². Como se verá a seguir, o Brasil desponta nesse cenário como um dos países mais atingidos, com a curva de crescimento ainda não estabilizada.

2.1. A COVID-19 E SEUS NÚMEROS NO BRASIL

Conforme dados do Ministério da Saúde¹³ a Covid-19 foi diagnosticada pela primeira vez em 27/02/2020. Desde então, a referida enfermidade encontra-se em plena expansão. Analisando os diagnósticos positivos notificados às autoridades da Vigilância Sanitária, infere-se que, apesar de um início lento, a curva de transmissão da doença teve sua ascensão para São Paulo por volta do início de abril, ao passo que para os demais estados apresentados no gráfico 2 esse crescimento ocorreu a partir da segunda quinzena daquele mês.

Destaca-se que até 24 de setembro de 2020, já foram diagnosticados 4.657.702 casos de COVID-19, dos quais 139.808 obtiveram óbito¹⁴. Isso

¹⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Clinical management of COVID-19**: interim guidance, 27 may 2020. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>. Acesso em: 25 jun. 2020.

¹¹ TEIXEIRA, Camila Melo do Egypto *et al.* Análise comparativa das pandemias COVID-19 e H1N1. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.3, n.2, p. 3591-3595, mar./abr. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9132>. Acesso em: 24 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-188>

¹² BBC. **Coronavírus: casos mapeados**. São Paulo, 24 set. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51713943>. Acesso em: 24 set. 2020.

¹³ BRASIL. **Coronavírus Brasil**. Ministério da Saúde. 2020c. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00. Acesso em: 24 set. 2020.

¹⁴ *Ibid.*

demonstra a grande capacidade de propagação do vírus apesar da maioria dos estados terem estabelecido *lockdown* de sua população, com a permissão de funcionamento de serviços essenciais tais como farmácias e supermercados.

Fato semelhante pode ser identificado com a curva de óbitos decorrentes de Covid-19. Conforme dados do Ministério da Saúde¹⁵, São Paulo, iniciou a elevação do número de mortos a partir de 02/04/2020 encontrando-se a curva em plena ascensão. Já os demais estados tiveram essa evidência no final de abril e início de maio, mantendo a tendência de crescimento. Esse crescimento exerceu pressão dos números de leitos de UTI ofertados pela unidade da federação, conforme se observará no próximo tópico.

2.2. O AUMENTO NA DEMANDA DE LEITOS DE UTI

A causa das mortes associadas ao Covid-19 está relacionada à insuficiência respiratória aguda, a qual impõe aos doentes que apresentam esta sintomatologia a necessidade de internação em unidades de tratamento intensivo, com uso de ventiladores para evitar efeitos deletérios da hipóxia¹⁶. Em face disso houve a necessidade de destinação de leitos de UTI exclusivos para essa enfermidade.

No que concerne aos casos de Covid-19, segundo o dataSUS¹⁷, há uma predominância de oferta na rede privada em comparação aos destinados ao SUS. Até 23 de maio de 2020¹⁸, dos 13.576 leitos para adultos infectados, apenas 3146 faziam parte do SUS enquanto 10.430 eram ofertados na rede privada. Esse quadro se repete em relação à UTI pediátrica, tem-se que 75 seriam disponibilizados pelo SUS ao passo que 633 pertenceriam à iniciativa privada.

¹⁵ BRASIL. **Coronavírus Brasil**. Ministério da Saúde. 2020c. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00. Acesso em: 24 set. 2020.

¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Clinical management of COVID-19**: interim guidance, 27 may 2020. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>. Acesso em: 25 jun. 2020.

¹⁷ BRASIL. **DataSUS leitos**. Ministério da Saúde. 2020b. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00. Acesso em: 23 maio 2020.

¹⁸ Buscou-se atualização dos dados para o presente artigo, mas o sítio estava temporariamente em manutenção.

Ocorre que a taxa de ocupação dos leitos de UTI por coronavírus varia conforme a quantidade de disseminação da doença, bem como o tamanho da população e oferta de equipamentos. Até o dia 26 de junho de 2020, segundo reportagem do G1¹⁹, a taxa de ocupação dos leitos de UTI variava conforme o estado membro analisado, chegando no caso do Mato Grosso do Sul a 97%. Esse quadro pode se agravar em determinadas regiões visto que o Brasil ainda se encontra no estágio de crescimento de propagação do vírus.

Logo, o enfrentamento dessa enfermidade exige velocidade de resposta objetivando a concretização de ações (construção, contratação ou requisição de novos leitos de UTI) associada a universalização da sua oferta pelo SUS. Desse modo, a escolha de qual modelo administrativo adotar passa pela compreensão de suas características, o que será abordado abaixo.

3. OS TRÊS MODELOS DE ESTADO E A SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PÓS 1988.

A formação dos três modelos de gestão estatal está intimamente ligada a transformações econômico-sociais vividas pela sociedade ocidental pós a formação dos estados modernos. Entender esse contexto facilita a absorção de suas características e as razões de suas adoções pela administração pública brasileira pós 1988.

Destaca, previamente, ser a Constituição de 1988 fruto de um processo de redemocratização no qual se buscou conciliar aspectos liberais e sociais. Desse modo, toda a construção e interpretação do texto constitucional, bem como a escolha de que tipo de modelo estatal (mínimo, intervencionista ou gerencial) deve se levar em conta essa formulação conciliatória entre o liberal e o social, o individual e o coletivo, a liberdade e a igualdade. Disposições atinentes à ordem econômica e financeira, por exemplo, devem ser conciliados com os da ordem social, de modo que nenhum prevaleça sobre o outro²⁰. No

¹⁹ G1. **Veja taxa de ocupação nas UTIs, testes feitos e pacientes recuperados da COVID-19 em cada estado do Brasil**, 10 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/10/veja-taxa-de-ocupacao-nas-utis-testes-feitos-e-pacientes-recuperados-da-covid-19-em-cada-estado-do-brasil.ghtml>. Acesso em: 26 jun. 2020.

²⁰ POMPEU, Gina Vidal Marcílio; CARDOSO, Nardejane Martins. **Desenvolvimento humano como bem comum**: as políticas de saúde no Brasil. Fortaleza: Unifor, 2015.

caso em estudo deve-se conjugar a velocidade de resposta com a universalização da medida.

3.1. O ESTADO MÍNIMO LIBERAL E A DEFESA DOS DIREITOS INDIVIDUAIS.

O estado mínimo, surgiu a partir dos anseios burgueses que culminaram com as Revoluções Americana de 1776 e Francesa de 1789. Em conjunto com as ideias de Adam Smith²¹ brotou na sociedade o entendimento de que o Estado deveria abster-se de toda atividade econômica, competindo apenas promover a proteção de seus povos (ataques externos e internos), desenvolver um sistema de justiça e realizar obras e atividades em que a iniciativa privada não teria condições de individual ou coletivamente realizar, tais como construções de pontes ou despesas com educação.

Quanto à essa última função, Adam Smith²² destaca que somente seria possível sua implementação quando houvesse um claro ganho social. Logo, o que caracteriza o estado mínimo é uma abstenção estatal quase que completa, na busca de se respeitar direitos individuais e a ação do mercado.

Esse modelo estatal começou a ser questionado pós revolução industrial e da exploração de uma nova classe social, o proletariado, que tinham exaustivas jornadas de trabalho, sem grandes proteções à sua integridade física ou laboral. Heller²³ entendia ser uma utopia acreditar que o próprio mercado, ao longo do tempo, promovesse a eliminação de distorções, gerando distribuição de renda e melhor qualidade de vida a todos. Com a defesa da necessidade de um estado que buscasse a garantir o bem estar social de seu povo. Haveria, portanto, situações que necessitariam a intervenção estatal para corrigir os possíveis efeitos deletérios da livre concorrência. Passa-se a defender os direitos sociais.

Desse modo, o excesso de liberdade pela iniciativa privada cobrava seu preço. Esse contexto ensejou a criação das Constituições Mexicana de 1917 e

²¹ SMITH, Adam. **A riqueza das nações**: uma investigação sobre a natureza e as causas da riqueza das nações. LIMA, Norberto de Paula (trad.). 4.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017. E-book.

²² Ibidem.

²³ HELLER, Hermann. **Teoría del Estado**. TOBIO, Luis. México: Fundo de Cultura Económica, 2015. p. 196. E-book.

de Weimar de 1919 com a inclusão em seus textos dos direitos sociais, surge, assim, o estado interventor objeto da próxima seção.

3.2. O ESTADO INTERVENTOR E O *WELFARE STATE*

Os direitos sociais foram incorporados no âmbito constitucional a partir das Constituições Mexicana de 1917 e de Weimar, na Alemanha, em 1919, que, a partir de então exigiram do Estado uma postura ativa, no intuito de serem concretizados. Porém, mesmo com previsão constitucional, tais direitos eram tidos apenas como promessas políticas do texto constitucional, sem nenhuma possibilidade de imposição para a sua efetiva realização.

Na seara jurídica duas grandes contribuições auxiliaram o Estado a perseguir a concretização dos direitos sociais. A primeira delas é o da força normativa da constituição²⁴, a qual defendia que os princípios contidos nas constituições não eram apenas disposições de conteúdo político, possuindo força de lei, portanto vinculando a atuação do legislativo, executivo e judiciário.

A segunda contribuição refere-se ideia de norma programática defendida por Canotilho²⁵. Para o jurista português todas as normas descritas no texto constitucional descrevem uma ordem do poder constituinte para as futuras gerações de como um projeto de sociedade a ser perseguido. Sendo assim, a formulação de leis e políticas públicas devem ser baseadas nos ditames constitucionais.

O estado do bem estar social, se por um lado visava corrigir distorções sociais decorrentes do capitalismo, por outro representou um aumento das despesas públicas. Implementar políticas nessa área envolve a existência de um quadro de administradores qualificados, construção e manutenção de equipamentos, que implicam no aumento do custeio e, por conseguinte, da arrecadação tributária para o equilíbrio orçamentário.

Ademais, esse modelo possui um segundo ponto negativo, a burocracia, cuja críticas destacam seu caráter centralizador e a restrição da liberdade de escolha dos indivíduos²⁶. Tais ideias se baseiam em três premissas: a

²⁴ HESSE, Konrad. **Força normativa da constituição**. MENDES, Gilmar Ferreira (trad.). Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1991.

²⁵ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e teoria da constituição**. 7.ed. 11. reimp. Coimbra: Almedina, 2012. p. 217.

²⁶ NUNES, Antônio José Avelãs. As duas últimas máscaras do estado capitalista. Fortaleza, **Pensar**, v. 16, n. 2, p. 409-476, jul./dez. 2011. p. 458. Disponível em:

burocracia não está imune a problemas de corrupção; deixa a tomada de decisão mais lenta por exigir um exigir o cumprimento de uma cadeia hierárquica de estudos e aprovações; e sua centralização das decisões torna-as menos efetivas devido ao lapso temporal decorrente entre o início da necessidade e a decisão propriamente dita. Era o alicerce para a implantação do modelo gerencial.

3.3. O ESTADO GERENCIAL

O começo da contestação do estado social se deu na década de 70 do século XX quando houve a crise no preço do petróleo, a qual desorganizou toda economia mundial. Esse cenário acarretou o aumento dos custos de produção da iniciativa privada, que somado a alta tributação decorrente de um estado de bem estar social levaram o empresariado e a diversos teóricos pleitearem a retomada dos pensamentos liberais, constituindo o que fora denominado de neoliberalismo.

Disserta Fukuyama²⁷, ser na década de 90, com a reunião de instituições financeiras internacionais tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial juntamente com o governo dos Estados Unidos para traçar diretrizes de como as políticas macroeconômicas dos países deveriam ser tratadas, que houve um maior impulso pelo modelo gerencial. A partir de então plantou-se a ideia de que o estado deveria transferir para a iniciativa privada atividades que, até então, estavam em seus domínios.

Todos esses fatores fizeram com que muitos estados nas últimas décadas do século XX deixassem o modelo interventor para adotar o estado mínimo ou um híbrido, o regulador (gerencial). Este último se caracteriza pela descentralização administrativa de várias atividades estatais repassando-as ou para agências reguladoras ou para organizações privadas, competindo a estas cumprir as metas anteriormente traçadas pelo governo. Para tanto, gozariam de autonomia política e financeira, capazes de lhes conferir liberdade das suas decisões, pautadas por argumentações técnicas.

<https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/2159/1760>. Acesso em: 26 abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/23172150.2012.409-476>.

²⁷ FUKUYAMA, Francis. **State building**: governance and world order in the Twenty-first Century. Londres: Profile Books, 2005. Posição 241 de 2737. E-book.

No Brasil esse modelo somente se concretizou no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a Emenda Constitucional nº 19/1998²⁸ - a reforma administrativa. Visava-se com essa modificação: descentralizar a administração pública por intermédio da criação de agências reguladoras; reduzir o tamanho do quadro de servidores com o incentivo de um plano de demissão voluntária; introduzir o princípio da eficiência no rol dos princípios administrativos contidos no art. 37, caput da CF/1988; extinguir o regime jurídico único de servidores; e, mediante o processo de privatizações, reduzir o tamanho do estado.

3.4. QUE TIPO DE MODELO DE ESTADO ESCOLHER?

Como visto, as ações promovidas pelo estado Brasil visam minimizar os efeitos da Covid-19 no intuito de possibilitar uma chance de recuperação e, assim, preservar vidas. Desta forma, a escolha do tipo de modelo estatal irá depender da eficiência e celeridade nas respostas das demandas causadas pelo coronavírus somada a maior disponibilidade para os usuários (universalização).

Nesse prisma, a adoção do estado mínimo, próximo da concepção liberal original a perspectiva de sucesso da empreitada é reduzida. Isso se deve ao fato de o Brasil ser um país com grande desigualdade social, com a maior parte de sua população composta por pobres incapazes de promover o sustento de sua família. Esse modelo acarretaria ter um grande número dessa população desamparada, potencializando a probabilidade de óbito.

Já o estado interventor possui como pontos positivos a maior competência para alocação de recursos, principalmente com a possibilidade de transferir rubricas orçamentárias, contrair empréstimos, emitir moedas; devido ao fato de ter maior ingerência no mercado, possui maior capacidade de requisitar o uso de leitos de UTI privados; por fim, é o estado que, à primeira vista pode atender a um maior número de pessoas, fato essencial para um país em que grande parcela da sua população é formada por pobres.

²⁸ BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 20 maio 2020.

Em contrapartida sua burocracia tende a tornar mais lento o tempo para uma decisão efetiva podendo ocasionar no combate ao coronavírus um maior número de contaminados, de demandas por leitos de UTI e mortes. Consequências similares ocorrendo quando as medidas se mostram insuficientes, gerando novo processo de tomada de decisões.

Por sua vez, o estado regulador tende ser considerado o mais apto ao combate do Covid-19. Em primeiro lugar, pela tecnicidade de suas agências tendem a tomar ações mais técnicas e eficazes. No cenário brasileiro, havendo a descentralização da saúde para alguma agência, em face dela dispor de um menor grau de hierarquização (burocracia), promoveria uma ação em um tempo menor, se comparado ao estado interventor. Ademais, pela própria concepção de agência, haveria pouco espaço para interferência política.

Contudo esse modelo traz como aspectos negativos o acesso da população mais carente. Como visto, em face da livre concorrência, alguns serviços e públicos tornam-se economicamente desinteressantes, necessitando de mecanismos e políticas de incentivo. Devido sua tecnicidade, pode haver por parte das agências uma não sensibilização nesse sentido, gerando uma diminuição da oferta de serviços.

Desse modo, levando-se em consideração a situação econômica da população brasileira composta em sua maioria por pobres ainda é o estado interventor o mais apto a proporcionar o acesso à saúde a esta população. Tal circunstância condiz com os fundamentos e objetivos para a saúde pensados pelo constituinte de 1988.

CONCLUSÕES

Por tudo o que fora exposto crise dos leitos de UTI decorrentes da Covid-19 pode servir como ponto de inflexão para o gerenciamento estatal. Ao invés de se buscar a cada dia a sua diminuição para um estado eminentemente regulador ou, de maneira mais radical, para um estado mínimo liberal, compete aos administradores públicos e aos poderes legislativos buscarem efetivar o direito à saúde por intermédio de um estado interventor mais eficiente.

A eficiência estaria atrelada a circunstâncias de desburocratização, com a redução da cadeia de hierarquização para a tomada de decisões. Além disso, passa por se buscar um melhor treinamento dos servidores envolvidos, a

alocação de recursos para uma ampliação da capilaridade na oferta de serviços.

Por fim, tendo em vista esta pandemia ser previsível, principalmente na perspectiva de um mundo globalizado, faz-se necessário a prevenção de novas crises como esta. Para tanto deve-se criar uma lei de contenção de epidemias e pandemias na qual serão tratadas questões como monitoramento, notificação, quarentena, *lockdown*, planos para retomada das atividades e outras circunstâncias atinentes à enfermidade.

REFERÊNCIAS

BBC. **Coronavírus: casos mapeados**. São Paulo, 24 set. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51713943>. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. [Constituição (1998)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. **Sobre a doença**. Ministério da Saúde. 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 23 maio 2020.

BRASIL. **DataSUS leitos**. Ministério da Saúde. 2020b. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00. Acesso em: 23 maio 2020.

BRASIL. **Coronavírus Brasil**. Ministério da Saúde. 2020c. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00. Acesso em: 24 set. 2020.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e teoria da constituição**. 7.ed. 11. reimp. Coimbra: Almedina, 2012.

FUKUYAMA, Francis. **State building: governance and world order in the Twenty-first Century**. Londres: Profile Books, 2005. E-book.

G1. **Veja taxa de ocupação nas UTIs, testes feitos e pacientes recuperados da COVID-19 em cada estado do Brasil**, 10 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/10/veja-taxa-de-ocupacao-nas-utis-testes-feitos-e-pacientes-recuperados-da-covid-19-em-cada-estado-do-brasil.ghtml>. Acesso em: 26 jun. 2020.

HELLER, Hermann. **Teoria del Estado**. TOBIO, Luis. México: Fondo de Cultura Econômica, 2015. E-book.

HESSE, Konrad. **Força normativa da constituição**. MENDES, Gilmar Ferreira (trad.). Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1991.

NUNES, Antônio José Avelãs. “As duas últimas máscaras do estado capitalista”. **Pensar**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 409-476, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/2159/1760>. Acesso em: 26 abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/23172150.2012.409-476>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Clinical management of COVID-19: interim guidance**, 27 may 2020. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>. Acesso em: 25 jun. 2020.

POMPEU, Gina Vidal Marcílio; CARDOSO, Nardejane Martins. **Desenvolvimento humano como bem comum: as políticas de saúde no Brasil**. Fortaleza: Unifor, 2015.

RIBEIRO, Wesllay Carlos; JÚLIO, Renata Siqueira. “Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras”. **Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí, v. 15, n.3, p. 447-460, set./dez. 2010. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768/1858>. Acesso em: 09 dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.14210/nej.v15n3.p447-460>.

SARLET, Ingo W; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da CF/88**. [S.l.: s.n][2009?] Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações**: uma investigação sobre a natureza e as causas da riqueza das nações. LIMA, Norberto de Paula (trad.). 4.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017. E-book.

TEIXEIRA, Camila Melo do Egypto *et al.* “Análise comparativa das pandemias COVID-19 e H1N1”. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.3, n.2, p. 3591-3595, mar./abr. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9132>. Acesso em: 24 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-188>.

ZAGANELLI, Juliana Costa; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. “Universalidade e privatização: uma análise comparativa dos sistemas públicos de saúde brasileiro e francês”. **Revista Brasileira de Direito**, São Paulo, v. 13, n. 06, p. 61-73, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2958/2744>. Acesso em: 23 maio 2020. DOI: 10.26668/IndexLawJournals/2358-1352/2016.v13i6.2958.