

# BRASIL E PARAGUAI FRENTE À PANDEMIA DO COVID-19: DISCREPÂNCIA ENTRE MEDIDAS SANITÁRIAS ADOTADAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Thaynah Santana Mota<sup>1</sup>

Rodrigo Nascimento Henking de Souza<sup>2</sup>

Pablo Henrique Cordeiro Lessa<sup>3</sup>

## Resumo

O presente trabalho aborda o contraste entre as medidas sanitárias de enfrentamento à pandemia do Coronavírus adotadas pelos governos federais do Brasil e Paraguai, dois Estados Partes do MERCOSUL cujos sistemas de saúde são notórios por suas deficiências, mas cujos cálculos de casos de COVID-19 e mortes em sua decorrência afiguram-se de maneira drasticamente antagônica. Tenciona deslindar, sob o prisma do Direito Sanitário, as atuações governamentais emergenciais ocasionadoras da discrepância entre os cenários de espraiamento do novo vírus em ambos os países, bem como aludir, sob a perspectiva do Direito de Integração, os benefícios e/ou malefícios advindos da ausência de cooperação entre membros de um mesmo bloco econômico. Para tanto, realiza breve contextualização do Direito Sanitário em ambas as nações, e compara as medidas de combate ao Coronavírus por elas aplicadas. Utiliza como metodologia pesquisa bibliográfica, consulta a *websites* governamentais e conteúdo midiático, sob o escopo da proposta de comparação proposta pelo modelo de Yin (2001). Conclui que o Paraguai priorizou medidas copiosamente preventivas em detrimento de sujeitar-se ao precário sistema de saúde nacional para remediação, tendo sido a primeira nação sul-americana a executar providências quando a pandemia ainda se atinha aos outros países; o Brasil, em seu turno, preteriu diligências profiláticas ao executá-las apenas quando atingiu um quantum considerável de casos, resultando na sobrecarga do seu já exaurido e deficiente sistema de saúde. Inferiu, ainda, que a busca pela integração, mesmo que mínima, entre os Estados Partes do MERCOSUL durante momento histórico tão *sui generis*, teria beneficiado as nações e concorrido pela garantia do maior bem jurídico de seus povos: a vida.

**Palavras-chave:** Direito sanitário. Direito de integração. MERCOSUL. Estado de emergência. COVID-19.

## Abstract

The present work deals with the contrast between the coping sanitary measures to face the Coronavirus pandemic adopted by the federal governments of Brazil and Paraguay, two MERCOSUR State Parties whose health systems are notorious for its deficiencies, but whose cases and deaths reckonings of Covid-19 due to the disease appear to be drastically antagonistic. Intends to unravel, under the prism of Health Law, the emergency governmental actions that cause the discrepancy between the spreading scenarios of the new virus in both countries, as well as alludes, under the perspective of Integration Law, to the benefits and/or malefits arising from the lack of cooperation among members of the same economic bloc. To this end, it performs a brief contextualization of Health Law in both nations and compares the Coronavirus's combat measures applied by them. Uses as methodology bibliographic research, query to government websites and media content. It concludes that Paraguay prioritized copiously preventive measures over the precarious national health system for remediation, been the first south-American

<sup>1</sup> Graduanda em Direito pela Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. E-mail: thaynah.santana@hotmail.com.

<sup>2</sup> Graduando em Direito pela Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. E-mail: rodrigohenking@gmail.com

<sup>3</sup> Mestre em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: pablolessadv@gmail.com.

nation to execute emergency measures when the pandemic was still stuck to other countries. Brazil, in its turn, passed over prophylactic steps when executing them only when a specified number of cases were reached, resulting in the burden of its already exhausted and deficient health system. Further, it infers that the search for integration, even if minimum, between the MERCOSUR State Parties during such a sui generis historical moment, would have benefited nations and competed for the guarantee of the greatest legal right of their peoples: life.

**Keywords:** Health Law. Integration Right. MERCOSUR. Emergency state. COVID-19.

## **Introdução**

A atual situação de calamidade pública (reconhecida através do Decreto Legislativo nº 6, de 2020, gerada por meio do surto do COVID-19, fez surgir um quadro inédito na história mundial e principalmente, nacional, pois mesmo diante de assíduos avanços tecnológicos na medicina, a humanidade se prostra impotente frente a um inimigo comum e perigoso. Por tais razões, demonstra-se indubitável que as matrizes do Direito Sanitário e a adoção de medidas sanitárias emergenciais nunca foram tão necessárias no século XXI quanto presentemente.

Diante deste cenário, iniciou-se a execução de ações governamentais emergenciais ao redor do globo terrestre, objetivando a contenção do espriamento do vírus ou, nos melhores casos, o impedimento da chegada da doença nos territórios nacionais. No MERCOSUL a situação não se deslindaria diversa, e todos os Estados Partes efetivos passaram a adotar, em maior ou menor proporção, medidas sanitárias/previdenciárias/sociais de enfrentamento da enfermidade e suas sequelas sanitárias, sociais e econômicas.

Entretanto, a discrepância entre as consequências suscitadas por estas medidas excepcionais nas referidas nações é gritante e frequentemente destacada em tabloides internacionais, os quais questionam, com certa especulação, qual seria a explicação para que territórios limítrofes e pertencentes a um mesmo bloco econômico apresentassem números tão espantosamente díspares.

Dessa forma, a presente pesquisa se propõe a investigar a forma de atuação dos países do MERCOSUL frente à pandemia de coronavírus, sob o enfoque que o critério político tem demonstrado, em diferentes países, impactos diferentes. A fim de viabilizar a análise, foram selecionados os países que, a partir de informações da mídia, tiveram a melhor e a pior resposta

frente à COVID-19. Assim, almeja responder se a questão política promoveu alterações no curso da pandemia nos Estados envolvidos.

No bloco, existem países com baixo impacto da pandemia, ao passo que em outros, como o Brasil, visualizou-se impacto avassalador, com o país alcançando o segundo maior número de vítimas no mundo. Dessa forma, a hipótese de pesquisa é de que a política foi elemento crucial no período pandêmico, não sendo a pandemia tratada com a devida atenção em alguns países do bloco, que a utilizaram como fato político para sedimentar ainda mais as relações de poder experimentadas.

É certo que o Uruguai, assim como o Paraguai, apresentou grande êxito no processo de continência da doença, computando, até o momento da produção do presente estudo, menos de 1600 casos de infecção, e apenas 43 mortes em decorrência da enfermidade. Ademais, o país disponibiliza maior número de informações relativas à pandemia, possuindo *websites* governamentais mais bem estruturados e conteúdo midiático de fácil acesso.

Contudo, a escolha do Paraguai como objeto de análise deste trabalho reside no fato de que, além de possuir baixo número de contaminação em relação às outras nações latino-americanas – cerca de 16.000 casos e 280 mortes -, o país se destaca dentre os casos de sucesso, porquanto possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano dentre os quatro Estados Partes efetivos do grupo (IBGE, 2018). Além disso, é detentor de um sistema de saúde - cujas especificidades serão abordadas mais adiante no presente estudo - notório por suas deficiências. Para elucidar o espanto mundial diante do triunfo paraguaio no embate contra o Coronavírus, basta explicitar que eram previstas, antes mesmo do vírus chegar ao país, 15 mil mortes apenas no mês de maio.

Em seu turno, o Brasil, apesar de antever o Paraguai no *ranking* de Índice de Desenvolvimento Humano dos membros do MERCOSUL, é o líder de casos em toda a América Latina, atual epicentro mundial da pandemia. Justamente por tal razão é que o Presidente da República do Paraguai, Mario Abdo Benítez, alegou que o Brasil se caracteriza como uma grandiosa ameaça à saúde sanitária do seu país, e que ainda não cogita reabrir as fronteiras entre os dois territórios. Em outra ocasião, o governante afirmou ainda que metade dos casos paraguaios da doença advieram de brasileiros que adentraram o país, demonstrando-se consternado ante à contínua inserção de indivíduos infectados (GAMBA, 2020).

Outrossim, não são apenas os paraguaios quem buscam se acastelar. Conforme apurado pela agência internacional de notícias Anadolu Agency, líderes políticos de outras nações sul-americanas afiguram-se alarmados frente ao panorama brasileiro: Alberto Fernandez, presidente argentino, afirmou que o Brasil apresenta uma “ameaça à América do Sul”. A Colômbia, por sua vez, decidiu militarizar a fronteira com o Brasil, porquanto as infecções e mortes dispararam na região amazônica. Já o presidente venezuelano, Nicolas Maduro, descreveu a administração de Bolsonaro como “irresponsável” (GAMBA, 2020).

À vista de tamanha apreensão - e até mesmo aversão - estrangeira, mostra-se necessária a reflexão acerca dos benefícios e malefícios advindos da imposição de intransigentes lindes territoriais entre Estados membros de um mesmo bloco quando da eclosão de uma crise sanitária nunca dantes experienciada, cujas vítimas – e seus corpos - se acumulam terrivelmente todos os dias.

Todavia, não se pode negar que tal repulsão decorre do incontrolável espraiamento do vírus no Brasil, cujos métodos de enfrentamento revelaram-se falhos, ou, no mínimo, insuficientes em cotejo com as nações vizinhas.

Destarte, o presente estudo tenciona aludir, sob a perspectiva do Direito de Integração, os benefícios e/ou malefícios advindos da total ausência de cooperação entre membros de um mesmo bloco econômico diante de momento histórico e de incerteza, bem como, prioritariamente, apurar as causas determinantes da discrepância brusca entre os quadros atuais de propagação do Coronavírus em duas nações detentoras de sistemas de saúde notórios por suas deficiências - Brasil e Paraguai -, sob o prisma do Direito Sanitário, expressão esta que será abordada não apenas como uma das vertentes da ciência jurídica, mas como garantia fundamental imprescindível à efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana.

A metodologia selecionada segue o modelo de Yin (2001), em que o comparativo entre países evidencia uma natureza iterativa de construção de explicações, servindo ao aprimoramento de ideias a partir de uma análise cruzada, e não a partir de cada caso único, sobretudo pelo fato de que os países, por possuírem fronteiras, possuem externalidades que impactam o outro.

Além disso, embasa-se na análise de *websites* institucionais e governamentais – a fim de extrair informações acerca do avanço do vírus nos Estados em estudo, e as respectivas

medidas sanitárias adotadas por seus governantes -, comparação de dados estatísticos, pesquisa bibliográfica – doutrina pátria e estrangeira, teses e dissertações - e de conteúdo midiático nacional e internacional.

Inicialmente, abordará o conceito atual, doutrinário e institucional dos termos “saúde” e “Direito Sanitário”. Posteriormente, adentrará o âmbito nacional, explicitando o deslinde histórico deste ramo jurídico no Brasil e, mais adiante, no Paraguai. A posteriori, esmiuçará as medidas sanitárias adotadas pelos governantes dos Estados em apreço diante do avanço da pandemia, desde que esta se atinha a outros continentes até o momento de produção deste artigo.

Por último, apresentará as considerações finais, tópico em que comparará as informações apresentadas ao decorrer deste estudo e sanará seu objetivo, qual seja, estabelecer quais medidas sanitárias emergenciais adotadas pelos governos deslindaram-se decisivas para tamanho disparate entre as atuais conjunturas dos países em análise, assim como explanar de que forma a total ausência de integração entre os Estados Partes do MERCOSUL na corrente situação de calamidade pública influenciou no sucesso/falha das nações no combate à epidemia.

## **1. A Saúde e o Direito Sanitário**

Adentrar o ambiente estruturante da saúde configura-se indispensável para a devida compreensão do Direito Sanitário como vertente da ciência jurídica. Tal ambiente tem como centelha fecundante análises e composições cognitivas que datam da Grécia antiga, de modo a avolumar-se com o transcorrer da história humana. Desde o termo grego *hygieia*, cuja significação cerceara a concepção sanitária ao “estado daquele que está bem na vida”, até a incorporação dos vieses Iluministas e, por consequência, dos espíritos da razão e do cientificismo, o campo da saúde alcançara significativa amplificação substancial.

Como esta produção não objetiva esmiuçar a evolução do conceito de saúde, tratar-se-á, por ora, da definição cunhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - autoridade incumbida da direção e coordenação da saúde dentro do sistema das Nações Unidas –, utilizada oficial e hodiernamente.

A Constituição da Organização Mundial de Saúde preceitua, em seu preâmbulo: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade<sup>4</sup>” (WHO, 1946, tradução nossa). Nesse sentido, Júlio Cesar Rocha afirma que apenas após a promulgação da constituição da OMS foi possível encarar a saúde como direito fundamental de todo ser humano, atentando apenas para o fato de que “o completo bem-estar do ser humano é um processo, ou seja, a saúde é uma busca contínua pelo equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes” (2011, p. 16).

Inferre-se, desse modo, que a busca pela saúde é, em verdade, a complexa busca pelo estado de bem-estar integral e constante, cujo intento inclui a satisfação de todas as outras garantias fundamentais, as quais, é certo afirmar, subordinam-se ao estado de saúde do indivíduo para sua efetivação plena.

Um vez exposta a definição de primacial elemento, passar-se-á, então, para a conceituação atual de Direito Sanitário como ramificação da ciência forense. ZANOBINI (apud DIAS, 1965, p. 04) define-o como sendo um complexo de normas jurídicas direcionadas à realização de um fim público da saúde. PRIMICERIO (1974, p. 12), por sua vez, salienta que este fim pode intentar a proteção direta da saúde do indivíduo ou a perseguição da tutela sanitária. Fernando Aith predispõe que o Direito Sanitário se trata do:

Ramo do Direito que disciplina as ações e serviços públicos e privados de interesse à saúde, formado pelo conjunto de normas jurídicas – regras e princípios – que tem como objetivos a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. (AITH, 2007, p. 116)

A partir das aludidas proposições, pode-se categorizar que este ramo trata de uma das mais essenciais estirpes do ordenamento jurídico, vez que permeia, concomitante, o espectro do direito à saúde - quando esse, por meio de sua multifacetação, denota-se direito humano - bem como ocupa-se do âmbito conceptivo do direito da saúde pública, enquanto agrupamento de positivamente jurídicas, cuja matéria funda-se em promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos componentes da população substancial de dado Estado.

Tal instrumento abarca, ainda, a organização sistemática do mecanismo ético incidente nos temas importantes à saúde, e espraia-se além, para fontes internacionais, donde

---

<sup>4</sup> “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946)

exsurgem mecanismos institucionais de ação dirigidos à criação de diretrizes sanitárias e órgãos supranacionais, cujo escopo perfaz-se sob a ótica dos direitos humanos. Em virtude de compor o domínio direito público, o direito sanitário proclama o dever do Estado de realizar ações destinadas à promoção da saúde, não apenas através da prestação de serviços, mas também legislando sobre a regulamentação, fiscalização e controle, de modo a consumir o princípio da Responsabilidade Estatal.

É com fulcro no supramencionado princípio que os governantes possuem o dever de suprir as demandas sanitárias populacionais, na medida de seus recursos, principalmente quando da eclosão de uma emergência sanitária de âmbito nacional. Por esta razão, o Direito Sanitário se afigura, na atual conjuntura pandêmica, como o mais essencial ramo da ciência jurídica, porquanto a demanda primordial de todo o povo terreno consiste na preservação da vida, bem jurídico em cuja subsistência são fecundados todo e cada um dos poderes e liberdades humanos.

## **2. Direito Sanitário no Brasil**

Originado sob a égide da Constituição da República de 1988, o Direito Sanitário espalhou-se por sobre a malha jurídica brasileira a partir de seu reconhecimento expresso como um direito humano fundamental. Germinado ao abrigo do texto magno, cujo conteúdo garantiu tratamento especial a tal tema, o Direito Sanitário consolidou-se inevitável à realidade nacional exurgida, de modo que a pontualidade com que o art. 6º veicula a essencial e inata presença da saúde sobre o aspecto humano fez consagrar-se em relevante evidência supramencionada matéria. Dessa maneira, anabolizado não apenas pelo predisposto instrumento normativo, mas vultosamente lastreado pelo corpo do Capítulo II, do Título VIII da Constituição Federal, e nucleado no âmbito de sua seção II, o Direito Sanitário fora objeto de propagação substantiva na nova ordem normativa nacional:

A partir daí viu-se uma produção normativa nunca antes vista no que se refere ao tratamento do Direito Sanitário: destaque-se, nesse momento, as Leis que representam, em seu conjunto, o que se convencionou chamar de Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990); os diversos Códigos Sanitários Estaduais e Municipais; as Leis de criação das Agências Nacionais de Vigilância Sanitária (Lei 9.782) e de Saúde Suplementar (Lei 9.656); a recente Lei que criou a Hemobrás e também a recente Lei de Bio-Ética (Lei 11.105/05), dentre outras diversas que tratam exclusivamente de assuntos relacionados com a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. (AITH, 2006, p. 105)

Sem embargos, políticas públicas de saúde eram executadas antes da efetiva normatização do Direito Sanitário em âmbito nacional. Até o ano de 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, essencialmente, pela rede de serviços próprios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), alegou-se a incapacidade de a rede cobrir a todos os beneficiários, priorizando-se a contratação de serviços de terceiros. O INPS, então, passou a ser o majoritário adquiridor de serviços privados de saúde, o que estimulou um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. Outra modalidade incentivada pela previdência social foi a dos convênios com empresas, que assumiam a assistência médica dos seus empregados, deixando de contribuir ao INPS. As empresas médicas contratadas recebiam um valor fixo mensal por trabalhador, logo, quanto menos serviço médico prestasse, maior seria o seu lucro. Por esta razão, o Ministério da Saúde (MS) recebia um baixo orçamento - menos de 2% do PIB -, e a saúde pública tornou-se ineficiente e conservadora, cuja atuação limitava-se a campanhas de baixa eficácia. Foi então que o órgão tentou iniciar um processo de privatização do sistema sanitário nacional, conforme esclarece a médica sanitária e pesquisadora da FIOCRUZ, Sarah Escorel:

O MS propôs, em 1968, o Plano Nacional de Saúde que pretendia vender todos os hospitais governamentais à iniciativa privada, deixando ao Estado o papel de financiar os serviços privados que seriam também parcialmente custeados pelos pacientes. Esse plano foi implantado experimentalmente em algumas localidades, mas encontrou enormes resistências, inclusive do próprio corpo técnico da previdência social. Nessa primeira década do regime militar, vários pesquisadores tiveram seus direitos políticos cassados, laboratórios fechados e/ou foram sumariamente aposentados e impedidos de lecionar e pesquisar em qualquer centro científico do país, fazendo com que muitos emigrassem e institutos de pesquisa, como Manguinhos, entrassem em decadência. (ESCOREL, 2008, p. 02)

Em 1974 a ditadura militar começou a ser lenta e gradualmente distendida. Porém, merece destaque um projeto elaborado durante o período, essencial para o gérmen do movimento sanitário: o Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), concebido durante os meses anteriores à posse do general Geisel, estabelecia a saúde como uma de suas prioridades, principalmente a assistência médica da previdência social. O II PND estabeleceu duas grandes instituições – o MS, com execução direcionada aos atendimentos de interesse coletivo; e o Ministério da Previdência e Assistência Social, direcionado ao atendimento médico-assistencial individualizado. Em 1975, o MS teve seus recursos avultados e a previdência também parecia avigorada. Foi assim que o II PND abriu espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos envolvendo intelectuais e técnicos de oposição ao governo militar, o que acabou por

formar uma rede de sustentação de pessoas e projetos. Constitui-se, deste modo, as bases institucionais impulsionadoras da articulação do movimento sanitário. Acerca deste movimento, Escorel clarifica:

Movimento sanitário foi o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania. Havia, na composição originária do movimento sanitário, três vertentes principais: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e os profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades. A primeira caracteriza-se por difundir a teoria da medicina social. A segunda significou a atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A terceira construiu o marco teórico – o referencial ideológico – do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco. (ESCOREL, 2008, p. 05)

O período de 1979 a 1984 foi marcado pela crise previdenciária e fim da era do regime militar. Em 1980, em sede da 7ª. Conferência Nacional de Saúde ocorreu um debate acerca do Prevsauúde, projeto que buscava integrar os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, e do qual participaram técnicos vinculados ao movimento sanitário. Por ser uma proposta que favorecia o setor público, e democratizante por incluir a participação comunitária, a proposta enfrentou forte resistência dos setores privatizantes e conservadores. Todas as 12 versões sucessivas submetidas à aprovação foram rejeitadas, até que o projeto foi engavetado.

Nos últimos meses de vigência ditatorial, o movimento sanitário participou da campanha ‘Diretas já!’ e dedicou-se a um projeto para a saúde que foi incorporado como proposta do PMDB, o qual foi incluído, posteriormente, no Plano de Governo instituído por Tancredo Neves. José Sarney, então, assume a presidência, vez que Tancredo veio a óbito antes mesmo de sua posse. Os primeiros meses de governo caracterizou-se pela intensa atividade voltada à restauração da ordem democrática, fato que possibilitou, em 1988, a aprovação da atual Carta Magna.

Dessa forma, constata-se que, revelado sobre o palco social no qual nascera a Constituição Cidadã, o Direito Sanitário, desde seu surgimento em terras brasileiras, passou a suportar a força social de numerosos grupos a exigir de seu instituto - instrumentalizado por meio da figura do Estado - soluções concretas para a garantia de um direito à saúde agora positivado. E o Ente Estatal, dotado da capacidade e dever de subsunção e concretização das

normatizações jurídico-sanitárias, concilia-se com as demandas sociais, de modo a fazer aglutinarem-se o Direito e a saúde. O Direito Sanitário é, portanto, a interpretação da coletividade sobre a matéria saúde por meio da ótica jurídica (AITH, 2006, p. 110). Torna-se, em suma, aparato praticante das conversões sociais, cuja realidade é intentada pelo próprio corpo social.

Seguindo a mesma trilha histórica, a universalização do serviço público de saúde em ambiente nacional foi cunhada por meio de sua determinação no texto constitucional de 1988. Faz-se mister enfatizar que, em razão da ausência do aspecto de fundamentalidade a inexistir para uma realidade sociojurídica brasileira anterior à Constituição, parcela significativa da população restava fadada a indispor de serviços sanitários basilares, vivendo, recorrentemente, à mercê de atividades filantrópicas.

É de se ressaltar o caráter imprescindível da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080, de setembro de 1990 – no que tange a sua regência implementadora do Sistema Único de Saúde. Por meio de sua normatização, referida lei confere direção e particularidade às diversas esferas de governo, quando de suas atribuições em âmbito sanitário e, de concomitante modo, faz afluir sobre a União, estados, Distrito Federal e municípios uma relação de sobreposição coordenativa, de forma a aglutinar aspectos funcionais sob a alçada conjunta dos entes administrativos. Desse modo, garante-se o fator descentralizador sobre o corpo político sanitário brasileiro, bem como uma esperada e ampla palpabilidade social a um sistema extensivamente inclusivo (MACHADO, 2007).

A remodelação da obrigatoriedade do sistema de saúde engrossou o múnus do Estado perante uma sociedade detentora de um conquistado e intrínseco direito à vida. A instituição da cidadania sanitária pelo Sistema Único de Saúde (SUS) albergou mais de cinquenta milhões de brasileiros como portadores de direitos à saúde e fez desaparecer, em definitivo, a figura menosprezada do indigente sanitário. Nas palavras de Dallari (2010, p. 327) “a reivindicação da saúde como direito tem levado o Estado a assumir responsabilidades crescentes pela promoção, proteção e recuperação da saúde do povo”.

Para a vasta e satisfatória realização do Sistema Único de Saúde, primordiais são os princípios que o guiam à estrutura e otimização, sem os quais não seria possível conformar tal sistema à ordem socioeconômica que o circunda. Tem-se, pois, a primazia da universalidade. Enquanto instrumento de concretização da saúde a nível nacional, o SUS deve acrescer-se de

uma farta variedade de serviços de modo a extinguir óbices financeiros, jurídicos, culturais e coletivos, que obstaculizam tais procedimentos, tornando-os inacessíveis à maioria populacional. Deve, assim, compreender o universo de carências sanitárias a recair sobre a vulnerabilidade de cada cidadão, de maneira a escudar sua hipossuficiência frente a elas.

Por conseguinte, entremeado na malha social de possibilidades de inserção do Sistema Único de Saúde, distingue-se o princípio da equidade, para o qual é de relevância gerir a desigualdade sobre os desiguais, de modo a suplantar os desequilíbrios existentes entre os diversos grupos sociais e pô-los sobre semelhante patamar à vista do espectro da saúde. Da nascente principiologia formada pelos supramencionados institutos, divisa-se a pretensão de exequibilidade sanitária através do princípio da integralidade, instrumento orientador das práticas sócio-governamentais de materialização das condições de saúde nacional ideais.

Ditas ferramentas de efetivação agem difundidas, por meio das searas de poder estatal a gerir as políticas de saúde. Em suma, a gestão sanitária descentraliza-se do Poder Federal, alastrando-se pelo corpo político-administrativo dos níveis estadual e municipal, os quais reconfiguram-se, de sorte a assumirem funções e deveres próprios e, assim, específicos a seus respectivos âmbitos de competência sócio-sanitários. A esse princípio e fenômeno dá-se o nome de “descentralização”. Triparte-se, então, tal princípio em regionalização, hierarquização e integração, cujos elementos dizem respeito à forma de ordenamento, graduação e relacionamento entre as diversas estruturas componentes do que se afigura como o Sistema Único de Saúde nacional.

Dessa maneira, o Sistema Único de Saúde tenciona apoiar-se em diretrizes fundadas na nuclearização da saúde e coesão coletiva, a fim de constituir-se em aparato saneador das diversas necessidades sociais a nível sanitário. O sistema do SUS intenta oferecer uma amplitude majoritariamente pública de serviços sanitários essenciais, de modo a limitar a participação do setor privado a uma posição de suplementação. Contudo, o que há na realidade é um sistema padecente de capacidade executiva, vez que alvo de segmentação institucional e, conseqüentemente, dirimido à condição de subsistema coexistente com demais agrupamentos a hierarquizarem uma rede seccionada de fornecimento de saúde. Eugênio Vilaça Mendes aborda essa realidade, contextualizando-a à seara global:

As evidências internacionais mostram que todos os países que estruturaram sistemas universais de saúde, beveridgeanos ou bismarckianos, apresentam uma estrutura de

financiamento em que os gastos públicos em saúde são, no mínimo, 70% dos gastos totais em saúde. Por exemplo: Alemanha, 76,8%; Canadá, 71,1%; Itália, 77,6%; Holanda, 84,8%, Noruega, 85,5%; Reino Unido, 83,2%. No Brasil, o gasto público como percentual do gasto total em saúde é de, apenas, 47%, inferior aos 53% que constituem o percentual de gastos privados em saúde. Em geral, a segmentação dos sistemas de saúde se dá quando os gastos públicos são inferiores a 50% dos gastos totais em saúde. Nos Estados Unidos, país emblemático do sistema segmentado, esse valor é de 48,2%, bem próximo ao gasto público brasileiro. (MENDES, 2013, p. 31)

Extrai-se, dessa forma, que tal segmentação se dá em virtude da quantidade de recursos públicos necessária para tornar pleno o exercício universalizante do SUS, uma vez que o montante monetário destinado a custear o corpo nacional do supramencionado sistema denota-se insuficiente para seu efetivo funcionamento.

## **2.1. Medidas sanitárias adotadas no Brasil em prol do combate ao Coronavírus**

Atualmente ocupado por um Ministro inteirinho - Eduardo Pazuello - o mais alto cargo do Ministério da Saúde do Brasil já foi renunciado por dois Ministros - Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich - desde a chegada do vírus ao país. Além desta rotatividade no órgão do Executivo de maior importância durante o período emergencial, soma-se a incompreensível sustentação política da utilização de determinados fármacos no combate à doença. Entretanto, como o foco do presente trabalho não é criticar positiva ou negativamente o viés ideológico do atual governo, ater-se-á ao apontamento das mais significativas medidas utilizadas para fins de enfrentamento à crise pandêmica.

Segundo a própria “linha do tempo” contida no *website* do Governo Federal, cujo conteúdo lista os acontecimentos relativos ao COVID-19 no Brasil e as respectivas respostas governamentais, o primeiro aparecimento do vírus no país foi no dia 26 de fevereiro de 2020. É importante destacar que desde a mencionada data esta linha do tempo não foi atualizada, deixando de registrar as informações mais recentes, e, portanto, mais relevantes, vez que o vírus se propaga demasiadamente rápido e em menos de seis meses computam-se cerca de três milhões e quatrocentos casos.

Antes mesmo da datação do primeiro caso do vírus no país, foi sancionada a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, a qual “dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019”. Foi autorizada, em suma, pelo aludido diploma

legal, a adoção das seguintes medidas emergenciais preventivas: isolamento; quarentena; realização compulsória de exames, testes e vacinação; importação de medicamentos sem registro na Anvisa, desde que essenciais ao combate do Coronavírus; restrição por rodovias, portos e aeroportos de entrada e saída do país, e de locomoção interestadual e intermunicipal.

Embora publicada em momento oportuno, os governos estaduais e federal deram início tardiamente à execução das medidas previstas na lei; a exemplo do principal método preventivo sancionado pela Lei nº 13.979: a restrição de entrada no território nacional e do transporte interestadual e intermunicipal. Apenas em 30 de março de 2020 - mais de um mês após a chegada do vírus no Brasil – entrou em vigor a Portaria nº 152, de 27 de março de 2020, a qual dispunha sobre “a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa”.

O lapso temporal entre a identificação do primeiro caso da doença e o início do fechamento das fronteiras deu margem à transição do estado de transmissão local ao estado de transmissão comunitária em todo o território nacional, oficialmente reconhecido pelo governo federal através da Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Neste ínterim, o Brasil já havia acumulado 4579 casos e 159 mortes decorrentes do COVID-19.

Alguns estados – como Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Paraná e Bahia -, por suas vezes, passaram a proibir ou suspender o transporte interestadual de passageiros em seus territórios a partir dos dias 17 a 20 de março de 2020, por meio de decretos estaduais - antes mesmo que fossem fechadas as fronteiras internacionais –, e obtiveram respostas repreensivas da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT), órgão vinculado ao Ministério da Infraestrutura, o qual declarou ser o único detentor do poder de realizar esta suspensão, acrescentando que tais decretos estaduais quedavam incorretos por tratarem de matéria de competência federal.

Quanto à imposição do início da quarentena, coube aos governadores estaduais determinarem, por meio de decretos, o fechamento do comércio em cada Estado. Por este motivo, os governantes tornaram-se alvos de reprimenda do Presidente da República, que sob o argumento do desemprego, da invasão da competência federal e da subestimação da periculosidade da doença - comparando-a em seus pronunciamentos oficiais à uma “gripezinha” que afetaria apenas os mais idosos e já enfermos -, defendia a manutenção do pleno

funcionamento do comércio em todas as cidades brasileiras. Os únicos atos presidenciais acerca do tema foram estabelecendo os serviços que não poderiam ser interrompidos durante a quarentena, através do Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, cuja lista foi ampliada através do Decreto nº 10.344, de 11 de maio de 2020, o qual incluiu a construção civil, indústria, academia de esportes, salões de beleza e barbearia como serviços essenciais.

Dentre as causas determinantes do fracasso brasileiro na contenção da epidemia, está a subnotificação do número de infectados. Dados do primeiro estudo nacional sobre o SARS-CoV-2, intitulado *Epicovid19-BR* e realizado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas em parceria com o Ministério da Saúde, indica que para cada caso confirmado de Coronavírus nas 90 cidades analisadas, existem 7 casos reais na população (EPICOVID19, 2020, p. 01). A problemática reside no fato de que os demais seis indivíduos que não possuem conhecimento de sua infecção, podem estar se eximindo involuntariamente do isolamento compulsório e transmitindo a doença a outras pessoas.

Este fator adverso seria significativamente amenizado – se não solucionado - caso a testagem em massa da população tivesse sido adotada como providência sanitária. Como a alternativa revela-se utópica diante dos recursos destinados ao combate da pandemia, ao menos um maior índice de testagem teria sido imensamente decisivo para o deslinde da epidemia no Brasil. De acordo com o próprio *website* do Ministério da Saúde, a taxa de teste de COVID-19 no país passou de 4.428 exames/milhão de habitantes para 8.737 exames/milhão de habitantes em menos de uma semana, isso porque passou-se a incluir, a partir de 04 de junho de 2020, os testes rápidos na contagem, antes excluídos devido a serem considerados ineficazes para dimensionar o impacto da pandemia no Brasil.

O infectologista Evaldo Stanislau, um dos diretores da Sociedade Paulista de Infectologia, afirmou em entrevista à imprensa (PESSOA, 2020) que não há ganho para as medidas de controle da epidemia ao considerar testes rápidos nas estatísticas, cuja qualidade é péssima. Segundo o médico, tais estirpes de teste podem, inclusive, induzir ao erro, por razões técnicas que possuem altas chances de levar a falso negativo. Na opinião de Stanislau, o Ministério da Saúde investiu bastante nesses testes de má qualidade, distribuiu para os estados e agora exige que os utilizem. Natanael Adiwardana, médico infectologista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, esclarece em entrevista à imprensa (PESSOA, 2020) que o governo

deveria ter investido em testes moleculares RT-PCR, os quais indicam precisamente a presença da partícula viral.

O próprio ex-ministro Nelson Teich havia declarado, em coletiva virtual realizada em 29 de abril de 2020, que a testagem em massa seria dificultosa e possivelmente ineficiente, porquanto o governo brasileiro utiliza testes rápidos, “não tão confiáveis quanto os demais”. Percebe-se, dessa forma, que ao invés de destinar recursos para a aquisição de testes moleculares, padrão ouro reconhecido por sua precisão de resultados, o governo federal optou por considerar testes demasiadamente inexatos para fins de contagem, fato que em nada auxilia na conjuntura sanitária nacional, mas apenas altera as estatísticas.

Mesmo com o descrédito, tais números ainda são ínfimos em relação às demais nações. Enquanto o Brasil realizava, até o mês de junho do corrente ano, 14.445 exames/milhão de habitantes, o índice dos Estados Unidos era de 105.026 exames/milhão de habitantes, do Reino Unido de 142.327, Espanha de 116.544 e Rússia de 136.035 – dados explicitados para fins de comparação. Por esta razão, quando o Brasil já ultrapassava o marco de um milhão e quinhentos casos de COVID-19, a taxa de testes do país ainda era uma das piores de todo o globo, encontrando-se em 112º lugar no *ranking* de testes/milhão de habitantes, atrás da Palestina, Nepal e Cuba. Atualmente – até a realização do presente estudo –, quando muitas cidades brasileiras já não mais possuem leitos hospitalares vagos destinados ao tratamento dos infectados com o novo vírus, o índice é de 67,445 exames/milhão de habitantes.

Ademais, somente a partir de 24 de junho de 2020 – após constatarem que a doença já se espalhava pelas cidades interioranas, cujos casos já superam os das metrópoles – passou-se a realizar a testagem RT-PCR nos indivíduos que manifestam casos leves em todos os serviços de saúde do SUS, quando o Brasil já havia ultrapassado a marca de 1.200.000 casos e 55.000 mortes em decorrência do COVID-19. Nesta data, o Ministério da Saúde divulgou, em seu *website*, que as unidades sentinelas e demais serviços de saúde que se credenciarem para a modalidade “Centros de Atendimento à COVID-19” poderão coletar amostras de todos os casos leves para realização do exame RT-PCR. Até então, somente os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave – casos graves internados e mortes – eram testados através do exame molecular.

Mesmo os profissionais da saúde e segurança pública eram submetidos aos testes rápidos (sorológicos), e ainda assim, apenas ao apresentarem sintomas da doença, o que

colocava em alto risco aqueles que laboram em prol dos enfermos e, principalmente, a população que ao se dirigir aos postos e hospitais em busca de um diagnóstico, expunha-se direta e involuntariamente ao portador do vírus. Com esta oportuna – porém tardia - mudança na metodologia de testagem, finalmente estes trabalhadores, mesmo que assintomáticos, passarão a ser submetidos aos testes moleculares.

De acordo com um estudo realizado pelo Imperial College of London, publicado em 08 de maio de 2020, a taxa de contágio no Brasil está longe de estabilizar:

O número de reprodução (uma medida da intensidade da reprodução) no início da pandemia indicava que um único indivíduo infectado infectaria três ou quatro outros, em média. Seguindo intervenções não-farmacêuticas como fechamento de escolas e diminuição na locomoção populacional, nós mostramos que o número de reprodução caiu significativamente em cada estado. Entretanto, para todos os 16 estados que estudamos, nós estimamos, com grande confiança, que o número de reprodução permanece acima de 1. Um número de reprodução acima de 1 significa que a epidemia não está controlada ainda e continua a crescer. Essas tendências contrastam fortemente com outras epidemias de COVID-19 na Europa e Ásia, onde *lockdowns* obrigatórios conduziram o número de reprodução para abaixo de 1.<sup>5</sup> (MELLAN et al, 2020, p. 02, tradução nossa)

Os cientistas ainda alertaram que caso ações mais efetivas não fossem adotadas pelo Estado, haveria uma sobrecarga no sistema de saúde brasileiro, o que de fato passou a ocorrer. Até a produção deste trabalho, o Brasil se encontra em 11º lugar no *ranking* de mortes decorrentes de COVID-19 por milhão de habitantes, organizado pelo *website World O Meters* (DADAX, 2020). No que concerne ao número de casos da doença, o Brasil lidera o *ranking* apenas atrás dos Estados Unidos.

À insuficiência de testes – assim como sua baixa qualidade - e à adoção tardia de medidas de contenção por parte do governo federal, soma-se o desrespeito da população brasileira para com a quarentena, elemento imprescindível à contenção da epidemia. Até a confecção do presente, o Índice de Isolamento Social médio dos estados brasileiros é de 47,9% (INLOCO, 2020). Embora a taxa ideal de isolamento social seja geralmente de 70% nas nações

---

<sup>5</sup> “The reproduction number (a measure of transmission intensity) at the start of the epidemic meant that an infected individual would infect three or four others on average. Following non-pharmaceutical interventions such as school closures and decreases in population mobility, we show that the reproduction number has dropped substantially in each state. However, for all 16 states we study, we estimate with high confidence that the reproduction number remains above 1. A reproduction number above 1 means that the epidemic is not yet controlled and will continue to grow. These trends are in stark contrast to other major COVID19 epidemics in Europe and Asia where enforced lockdowns have successfully driven the reproduction number below 1.” (MELLAN et al, 2020, p. 02)

estrangeiras, um modelo matemático criado por físicos da Universidade Federal de Alagoas indica que no Brasil a realidade deslinda-se diversa, por conseguinte, o índice ideal de isolamento social é de 75% para que não se atinja o colapso do sistema de saúde e o número de infectados no país ultrapasse 30 milhões (CANABARRO et al, 2020).

A despeito do corrente Estado de Calamidade Pública - oficialmente reconhecido através do Decreto Legislativo nº 6 de 2020, publicado em 20 de março de 2020 -, boa parte dos municípios brasileiros reabriram o comércio, incluindo as metrópoles São Paulo e Rio de Janeiro, as quais juntas acumulam, até o momento da produção deste artigo, mais de 380.000 casos e 21.000 mortes de COVID-19, segundo os boletins epidemiológicos de ambas as prefeituras.

A reabertura segue os exemplos malsucedidos de nações europeias que, no afã de amenizar a crise econômica, não aguardaram pela significativa diminuição de casos e controle da propagação viral, obtendo como consequência uma nova onda de intensa contaminação da população, o que as obrigou a fechar novamente o comércio para somente reiniciar a abertura recentemente, quando os casos já encontram-se estabilizados.

Faz-se necessário salientar que essas determinações estaduais e municipais deveriam ser freadas por meio de ato do Poder Executivo Federal, a fim de se evitar a aglomeração populacional, principal fonte de propagação desta doença. Lamentavelmente, não se pode esperar tal atitude do governo federal, haja vista seu posicionamento durante todo o período de estadia do vírus em território nacional: mesmo após 100.000 mortes decorrentes do Coronavírus, o Presidente da República insiste em incentivar a reabertura dos comércios nas cidades brasileiras, embora possua conhecimento de que a já insustentável circunstância sanitária atual está longe de encontrar o equilíbrio, porquanto o chefe de operações de emergência da Organização Mundial da Saúde alertou, em entrevista (CHADE, 2020), que o pico de transmissão no Brasil ainda não fora atingido.

### **3. Direito Sanitário no Paraguai**

A nação paraguaia careceu de um instrumento constitucional dotado de mecanismos garantísticos por um longo período desde a sua independência – fato este ocorrido em meados do século XIX. Com o aparecimento de um diploma efetivamente constituinte no

ano de 1844 - uma lei sobre administração política do país - vislumbrou-se a tendência sociopolítica de reordenamento pátrio e imbução do espírito do constitucionalismo, que, àquela época, já se instalara sobre o palco territorial de nações norte e latino-americanas. Apenas em 1936, quase cem anos após supramencionada inauguração orientativa, a primeira menção à saúde pública é veiculada mediante conjunto normativo instituído pelo Ministério da Saúde Pública. Dá-se, daí, a idealização de espraiamento torneador do sistema sanitário público Paraguaio.

O modelo de gerência da saúde inserto nos limites paraguaios compreende os setores público e privado. O setor público é constituído pelo *Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social*, o *Instituto de Previsión Social* (IPS), as Sanidades das Forças Armadas e da Polícia, a Universidade Nacional de Assunção, e os serviços assistenciais das empresas descentralizadas Itaipú Binacional e Yacyretá. O setor privado, por sua vez, é constituído por seguradoras privadas, fornecedores com fins lucrativos, fornecedores sem fins lucrativos e fornecedores mistos. Em suma, as engrenagens que movimentam o aparato sanitário paraguaio originam-se a partir de um modelo segmentado, tal qual, como já supramencionado, os Estados Unidos, maior exemplo dessa espécie sistêmica.

Direcionadora estrutural da fragmentação dos serviços, a segmentação do sistema de saúde é determinada por subsistemas adaptados a nichos populacionais variados, de modo a gerir independentemente as respectivas searas de serviços a que albergam. Em consequência de tal *modus operandi*, soergue-se uma malha funcional amplamente estéril, na qual preponderam exíguas áreas institucionais pouco efetivas, e limitadas porque cerceadoras dos próprios horizontes de atuação e integração intra e interpessoais. Desta feita, resta um sistema sanitário escasso e inalcançável a uma maioria populacional, cuja renda não suporta os desígnios econômicos dos sítios privados.

O maior desafio enfrentado pelo sistema de saúde do Paraguai é a ampliação da cobertura. Somente 20% da população está assegurada e cerca de 35% da população não tem acesso regular a serviços básicos de saúde.<sup>6</sup> (ALUM; DE BEJARANO, 2011, p. 12, tradução nossa)

---

<sup>6</sup> “*El mayor desafío que enfrenta el sistema de salud del Paraguay es la ampliación de la cobertura de atención. Sólo 20% de la población está asegurada y alrededor de 35% de la población no tiene acceso regular a servicios básicos de salud.*” (ALUM; DE BEJARANO, 2011, p. 12)

Ademais, a informalidade laboral também é fator relevante quando da limitação de acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde, portanto, caso os trabalhadores deste setor sofram algum acidente ou adoeçam, será exigido um desembolso de renda própria ou familiar (SERAFINI; ZAVATTIERO, 2018).

Dito sistema, de caráter segmentado, tornou-se alvo de reformas desde o ano de 1996, quando fora concebido o Sistema Nacional de Saúde, marco jurídico-sanitário cuja projeção visa o engrandecimento do auxílio público, a tonificação do organismo sanitário e o empoderamento das instituições locais de saúde. Desde o advento do novo planejamento sanitário, o país foi alvo de descentralização gerencial, de tal forma que células institucionais governistas exsurgiram através do território paraguaio, a fim de remediar as já estabelecidas vulnerabilidade e discrepância sócio-sanitárias imiscuídas sob as camadas da coletividade.

O engendramento de referente estrutura acionou-se mediante os aparatos do Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Regionais de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde, de onde afluem as agências governamentais das províncias, de municípios, sociedade civil e cidadãos (DULLAK et al, 2011). Esta abordagem à esfera local permitiu que a população, em sua peculiar posição de sujeito e objeto, assumisse corresponsabilidade por sua higidez e, a partir disso, sobreviesse uma conscientização social acerca dos problemas de saúde e das possibilidades de respostas do setor. Os personagens sociais locais e a comunidade ambientaram-se sob o julgo da lei, mas havia uma reivindicação unânime ante a falta de implementação e confiança do Órgão dirigente para as capacidades de gestão, administração, compreensão e resolução de Problemas do Conselho de Saúde.

A concretização de supramencionado intento se deu, primeiramente, em 1999, com a reestruturação do *Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social*, a fim de reorientar as diretrizes sanitárias a uma vertente mais aproximada de um sistema único, atraindo consigo políticas graduais e participativas de efetivação dos mecanismos sócio-sanitários para a devida ampliação da salubridade nacional. Concomitante a esse projeto, desenhou-se sobre o território paraguaio o Plano Nacional de Crescimento Econômico com Equidade, o qual instrumentalizaria a redução das nuances desfavoráveis ao desenvolvimento nacional, de maneira a oportunizar ao setor sanitário um cenário mais propício à sua expansão.

O ano de 2015 representou a culminação dos desígnios nacionais em dar real encaminhamento ao processo sanitário universalizante, mediante a promulgação da Política Nacional de Saúde 2015-2030. Conformado às necessidades sociais da nação, o diploma conferiu força aos mecanismos de convergência finalística e disseminação sanitária. Desse modo, a implementação deste novo sistema busca a concretização de um horizonte integrador, uniforme e amplamente garantidor do ideal sanitário.

Entretanto, dados do Fundo Monetário Internacional demonstram que a implementação desta nova política sanitária revelou-se contrária à expectativa, porquanto a dispersão e falta de recursos traduzem-se em ineficiência (FMI, 2017) e alto desembolso de renda própria dos cidadãos (GAETE, 2017). Por tais motivos, o Paraguai encontra-se entre os países com piores resultados sanitários da América Latina – de acordo com estudo realizado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (LINDE, 2018) -, apesar de posicionar-se melhor que o Brasil, com a margem de duas nações separando-os neste *ranking*, quais sejam, Belize e Colômbia.

Segundo Serafini e Zavattiero (2018, p. 09), embora exista espaço para melhorias na eficiência dos recursos públicos investidos, o baixo nível de investimento estatal obstaculiza avanços no cumprimento dos compromissos internacionais e, subseqüentemente, a aproximação do país aos indicadores de saúde das nações relativamente mais desenvolvidas da região. Faz-se imprescindível, portanto, um redesenho do mecanismo de financiamento para garantir a cobertura universal, além da implantação do sistema nacional de saúde, já legalmente estabelecido, mas com escassa execução.

Tais características deste projeto possuem forte similaridades com o cenário brasileiro, cujo Sistema Único de Saúde, conforme visto em precedência, cunhou-se de modo a garantir a hígidez nacional mediante uma teia albergadora dos mais variados níveis sociais. Não obstante, a insuficiente destinação de recursos públicos para o setor da saúde origina a seguinte problemática: a parcela populacional detentora de recursos para conveniar-se a seguradoras privadas de saúde em raro goza de seus direitos enquanto assegurado do SUS, enquanto a parcela populacional majoritária e desabastada que recorre ao sistema sanitário público depara-se com sua intensa debilidade, denotada em falha, delonga, ou até mesmo, ausência da prestação de serviço.

### 3.1. Medidas sanitárias adotadas no Paraguai em prol do combate ao Coronavírus

Desde a eleição do atual Presidente da República, Mario Abdo Benítez, o Paraguai mantém inalterado o cargo de Ministro da Saúde, ocupado pelo médico Julio Mazzoneli. Não obstante a chegada tardia do vírus no país – o primeiro caso surgiu somente em 07 de março de 2020 -, o governo paraguaio, antecipando-se à precariedade social do país e à fragilidade do sistema de saúde, foi o primeiro da América Latina a adotar medidas sanitárias rígidas em busca da contenção da epidemia.

Conforme consta da organizada, atualizada e transparente “linha do tempo” contida no *website* do *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social* (MSPBS) - cujo conteúdo lista todos os acontecimentos e equipamentos hospitalares adquiridos relativos ao COVID-19 no Paraguai e as respectivas respostas governamentais - em 10 de março de 2020, quando computava apenas cinco casos confirmados da doença, o Presidente da República decretou, por meio da Resolução S.G. nº 90/2020, a suspensão de todas as atividades de caráter público, privado e acadêmico. O representante da OMS no país, Luis Roberto Escoto, qualificou a medida como acertada e oportuna, o que demonstraria uma “grande responsabilidade e compromisso com a saúde da população” (OPS, 2020, tradução nossa).

Outrossim, mesmo antes do advento da epidemia no país, o governo federal paraguaio já executava ações profiláticas. No dia 27 de fevereiro, a *Dirección Nacional de Aeronáutica Civil* implementou um scanner para detectar febris no Aeroporto Internacional Silvio Pettrossi, de modo a sujeitar todos os passageiros à medição da temperatura corporal na área do trem de pouso, sem exceções. No caso de uma pessoa registrar febre, funcionários da Direção Geral de Vigilância Sanitária o encaminhariam para unidades instaladas nas proximidades do aeroporto, a fim de proceder seu isolamento, se o caso justificasse. A partir de 04 de março, iniciaram a implementação do *Plan de Respuesta Nacional al eventual ingreso del Coronavirus*, documento técnico para: “guiar o manejo dos pacientes que sejam casos em investigação, prováveis ou confirmados COVID-19<sup>7</sup>” (INSFRÁN et al, 2020, p. 04, tradução nossa).

---

<sup>7</sup> [...] guiar el manejo de los pacientes que sean casos em investigación, probables o confirmados de COVID-19. (INSFRÁN, 2020, p. 04)

Crucial deliberação do governo, o fechamento das fronteiras ocorreu quando o Paraguai totalizava 08 casos de Coronavírus, no dia 15 de março. Com o advento do Decreto nº 3458, a entrada no país passou a restringir-se exclusivamente aos paraguaios, estrangeiros residentes, membros de missões diplomáticas e de organismos internacionais com ingresso autorizado. Dispôs-se, ainda, que todo viajante que adentrasse o país, por terra ou por ar, deveria cumprir isolamento domiciliar por 14 dias, mesmo que não apresentasse quaisquer sintomas da doença. De acordo com o analista internacional Dr. Simón Pachano (apud RESENDE, 2020), “graças à sua localização geográfica e à menor conexão com o mundo, o Paraguai ficou isolado”. Ou seja, a disposição territorial do país, bem como o baixo fluxo aéreo internacional revelaram-se vantagens em relação às outras nações latino-americanas, que somadas às supramencionadas deliberações, foram decisivas na prevenção da doença.

Inobstante não merecer grande destaque no quesito testagem - ao contrário de seu vizinho Uruguai -, o carro-chefe da batalha paraguaia contra o COVID-19 foi instituído por meio da Resolução S. G. nº 99, em 17 de março de 2020. O isolamento preventivo geral da população em todo o território nacional se deu através de uma rígida quarentena unificada, estabelecida em forma de *lockdown*.

Desde a sua publicação até o dia 03 de maio – em virtude de prorrogações – a população paraguaia permaneceu em toque de recolher durante o período das 20:00 as 04:00, sendo permitido sair de casa somente em circunstâncias excepcionais: profissionais da saúde; trabalhadores vinculados aos serviços públicos essenciais; cidadãos que requerem o traslado até um serviço de saúde ou estabelecimento farmacêutico; cidadãos em locomoção até a residência de crianças ou idosos que estejam sob seus cuidados, ou vice-versa. À data da entrada em vigor da Resolução nº 99/2020, o Paraguai totalizava 11 casos da doença, fator fulcral para o sucesso na contenção do contágio.

No que tange às ações governamentais para arrecadação de recursos, no dia 30 de março o presidente Mario Benítez determinou a redução salarial de servidores públicos e das Binacionais Itaipú e Yacyretá para destinação a um fundo de combate ao Coronavírus. A redução equivale a cerca de US\$ 52 milhões, correspondente à diminuição de 10% e 20% dos vencimentos que superam a quantia de 5 e 10 salários-mínimos nacionais, durante o período de três meses. Conquanto a notória corrupção que assola o país, tal deliberação indica,

minimamente, um comprometimento do governo federal paraguaio para com o enfrentamento da pandemia.

Devido ao alto índice de desigualdade social no Paraguai, o Estado conjecturou uma alternativa para o cumprimento da quarentena pelos cidadãos vulneráveis e impossibilitados de submeter-se ao *lockdown* - a título de exemplo, a classe dos moradores de rua. Sancionado em 09 de abril de 2020, o Decreto nº 3526 autorizou a habilitação de albergues destinado ao isolamento supervisionado de indivíduos que tenham testado positivo para COVID-19, e que: desejem voluntariamente isolar-se do seu entorno; encontrem-se em situação de vulnerabilidade e não tenham possibilidade de isolar-se devidamente em seu lar (famílias que convivem em espaços reduzidos); tenham descumprido o isolamento. Conforme informe do dia 1º de julho de 2020 no *website* do MSPBS, os 60 albergues disponibilizados lograram cumprir sua função humanitária, porquanto persistem assistindo mais de 9.000 mil paraguaios.

Diante do enorme êxito na peleja contra a epidemia que levou o sistema de saúde de outras nações à beira do colapso, no dia 03 de maio de 2020 foi decretada – através do Decreto nº 3576 - a primeira fase da *Cuarentena Inteligente*, iniciada em 04 de maio, quando a nação computava apenas 415 casos positivos de COVID-19. Nessa etapa os habitantes foram autorizados a realizar deslocamentos mínimos e indispensáveis, para aprovisionarem-se de alimentos, medicamentos e artigos de limpeza, unicamente dentro do horário de 05:00 até às 21:00 horas, tendo sido estabelecido o rodízio de carros com base na numeração de seu emplacamento. Foi reativada a atividade industrial, a construção civil, o transporte público de passageiros – desde que todos viagem sentados - e a prestação de serviços em domicílio, bem como autorizou-se as atividades físicas ao ar livre, desde que praticadas a uma distância máxima de 500 metros da residência, mediante uso de máscaras e horários estabelecidos de acordo com a faixa etária do exercitante.

Após verificar a aparente estabilização da curva de contágio durante a execução desta primeira fase, o Paraguai avançou, por meio do Decreto nº 3619 de 28 de maio de 2020, para Fase 2 da *Cuarentena Inteligente*, a qual persistiu até 14 de junho e autorizou o funcionamento de comércios não essenciais durante período restrito das 10:00 as 19:00, contanto que não habilitassem suas áreas comuns (praça de alimentação, trocadores, bancos de espera, parques infantis e outros); clubes sociais e esportivos que contam com espaço ao ar livre para desempenho de atividade física individual; atividades do setor cultural e recreativo, desde

que sem espectadores; esportes profissionais, desde que sem espectadores; celebração de casamentos e batismos com no máximo 10 pessoas; clínicas veterinárias.

A terceira fase da *Cuarentena Inteligente* foi iniciada no dia 14 de junho, por meio do Decreto nº 3706, quando a nação acumulava 1289 casos. Os departamentos de Concepción e Paraguari, no entanto, permaneceram na fase 2, haja vista não apresentarem resultados tão satisfatórios em comparação às demais regiões do país. San Roque González de Santacruz, por sua vez, foi o único distrito paraguaio que foi compelido a retroceder totalmente à quarentena geral (*lockdown*), vez que demonstrou maior incidência de propagação viral.

Nesta etapa, os estabelecimentos gastronômicos puderam retornar às atividades, mediante agendamento prévio, reserva de mesa e registro individualizado das pessoas atendidas. Passou-se a permitir a realização de cultos, garantindo-se o cumprimento das regras de 15m<sup>2</sup> por pessoa, máximo de 20 participantes e registro individualizado dos presentes. Apesar das aulas presenciais seguirem suspensas, algumas praxes da Educação Superior foram autorizadas para fins de conclusão do ano letivo, como exames finais, defesas de teses, e outros, desde que realizadas com no máximo 10 pessoas no local.

O início da fase 4 da *Cuarentena Inteligente* estava previsto para 6 de julho de 2020. Contudo, a curva de contágio no Paraguai sofreu aumento considerável durante o mês de junho – de 995 para 2221 casos de COVID-19 -, tendo sido determinada a manutenção da fase 3 por meio do Decreto nº 3780. O distrito de San Roque González de Santacruz avançou para a segunda fase, porquanto não registrou novos casos durante certo período.

Entretanto, apesar de todos os esforços governamental e populacional, durante o mês de julho o número de casos disparou no país, cujo avanço para a fase 4 da *Cuarentena Inteligente* se deu parcialmente e somente em 18 de julho – por meio do Decreto nº 3835 -, deixando Assunção, Central e Alto Paraná estagnadas na Fase 3. Julio Mazzoleni, Ministro da Saúde, baseou tal decisão no fato de que a média de contagiados do país é de 23 casos a cada 100.000 habitantes, enquanto estes departamentos encontram-se acima desta taxa.

No primeiro dia de julho de 2020 o Paraguai contabilizava 2260 casos de COVID-19, e no final do mês este número superou o dobro, totalizando 5338 casos. Até então, final do mês de agosto, a curva de contágio permanece crescente, computando a nação mais de 15.800 casos e 280 óbitos decorrentes da doença.

A população paraguaia, por sua vez, segue concorrendo para o êxito da nação no combate à pandemia, vez que a quarentena voluntária se revelou uma das maiores causas de contenção.

Faz-se mister salientar que, após cálculos realizados a partir de dados extraídos do *website* do MSPBS, durante o período compreendido entre 01 de maio e 12 de maio, 92% dos novos casos de COVID-19 no Paraguai provieram do Brasil - 437 das 471 pessoas infectadas no período. Nos dias que se seguiram, grande parcela dos casos inéditos também proveio do exterior, não tendo sido revelado, contudo, de quais países específicos. Constata-se, ainda, que até o dia 27 de maio todos os infectados confirmados no país contraíram o vírus no exterior, com exceção de poucas datas em que uma ou duas infecções advieram do contato com os casos provenientes do exterior.

### **Considerações Finais**

No dia 20 de fevereiro do corrente ano, o então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, compareceu à III Reunião Extraordinária dos Ministros da Saúde do MERCOSUL, realizada em Assunção, para fins de discussão de estratégias conjuntas de resposta à ameaça global do Coronavírus entre os membros do bloco econômico. Desta feita, os veículos midiáticos vinculados aos *websites* governamentais brasileiros difundiram informes de que o Brasil havia compartilhado sua *expertise* e auxiliado os países da região na estruturação de táticas locais de enfrentamento ao novo vírus.

Seis meses após o mencionado encontro, averigua-se que a compartilhada *expertise* não apenas revelou-se insuficiente e de parco valor para o combate da pandemia em território brasileiro, como posicionou a nação brasileira em primeiro lugar, disparadamente, no *ranking* de número de casos/milhão de habitantes dos Estados Partes do MERCOSUL.

Consoante mencionado em sobrescrito tópico, apesar do período socio-sanitário em que se encontram os países aqui abordados - restando atraídos, embora não verdadeiramente englobados, pelo fenômeno da universalização da saúde - denota-se uma possível aproximação social do fenômeno sanitário das respectivas nações. Apesar dos esforços nacionais para alcançar o âmbito de generalização sanitária, até o presente momento, demonstrou-se

insuficiente o avanço sistêmico paraguaio, a fim de concretizar um modelamento próximo a paradigmas de salubridade considerados admissíveis.

Concomitante à realidade paraguaia, apresenta-se a veracidade do retrocesso brasileiro em termos de saúde, vez que, a despeito da implementação consideravelmente antiga do SUS em território brasileiro, e, neste diapasão, pressuposta a potencialidade de estabelecimento de tal sistema, emerge à tendência pátrio-sanitária uma aproximação a perspectivas segmentadoras em detrimento da trilha universalizante. Em suma, antevê-se, mesmo que por um breve período histórico, um possível ponto de convergência às realidades paraguaia e brasileira, no que tange suas inábeis instrumentalizações quanto ao objeto saúde e consequente permanência em um estado de indigência sanitária.

Dessarte, concluiu-se, após análise criteriosa das ações governamentais dos Estados Partes em apreço no que concerne ao enfrentamento da situação de calamidade pública advinda do surto pandêmico do Coronavírus, que o Paraguai priorizou medidas copiosamente preventivas em detrimento de sujeitar-se ao precário sistema de saúde nacional para remediação, tendo sido a primeira nação na América do Sul a executar providências emergenciais quando a pandemia ainda se atinha aos outros países. O Brasil, em seu turno, preteriu diligências profiláticas ao executá-las apenas quando atingiu-se um quantum considerável de casos no país, resultando na sobrecarga do seu já exaurido e deficiente sistema de saúde.

Conforme constatado no decorrer deste estudo, um dos fatores decisivos para a disparidade das conjunturas de ambos os Estados reside no momento de deliberação do fechamento de suas fronteiras: o Paraguai, quando computava somente oito casos de COVID-19; o Brasil, mais de um mês após a chegada do vírus em seu solo, quando o país já contabilizava mais de 4500 casos da doença, delonga que deu margem à transição do estado de transmissão local ao estado de transmissão comunitária em todo o território nacional.

Verificou-se, ainda, que enquanto o governo paraguaio utilizava a metodologia de testagem de todos os sintomáticos desde a aparição do vírus em sua localidade, foi necessário que o Brasil atingisse a marca de cerca de 1.200.000 casos e 55.000 vítimas fatais de COVID-19 para que passasse a realizar a testagem de casos leves, fato que originou outra problemática

drasticamente concorrente para o desastre no enfrentamento da doença: a subnotificação do número de infectados.

Outro aspecto relevante consiste na ausência de controle e discurso unificado entre os diferentes órgãos e esferas do executivo, manifestados através da recorrente repreensão das ações de governadores estaduais e prefeitos municipais pelo Presidente da República, bem como da discordância explícita entre este último e os Ministros da Saúde - seja por questões ideológicas ou gerenciais -, cujos mandatos, a contar do aparecimento da doença no país, não superaram o período de dois meses cada.

Um dos efeitos mais consideráveis desta discordância manifestou-se através da incumbência à cada governador estadual brasileiro no estabelecimento do início do fechamento do comércio no território do Estado sob sua gerência, o que gerou uma quarentena descentralizada e desarticulada; ao passo que o Paraguai, desde o advento da eleição de seu atual presidente, manteve o mesmo Ministro da Saúde, cujos decretos fixaram o processo de *Cuarentena Inteligente*, unificada nacionalmente e organizada em fases de gradual abertura ou fechamento de estabelecimentos, a depender do desempenho dos departamentos e cidades paraguaias no combate a pandemia.

Insta salientar que a curva de contágio no Paraguai segue crescente, evento que comprova que a nação apostou corretamente na prevenção, dado que uma vez iniciada a transmissão local, a propagação se intensifica, principalmente, em decorrência do ainda exaurido sistema sanitário público do país, cuja capacidade de internação hospitalar dos enfermos afigura-se deveras escassa.

Finalmente, reconhece-se que os pronunciamentos e atos do governo federal subestimando o poder letal do vírus podem ter sido fator de influência a setores da população que não aderiram ao isolamento social em intensidade satisfatória e suficiente para a contenção da epidemia. O próprio médico Júlio Croda, infectologista pesquisador da Fiocruz e componente da equipe do ex-Ministro da Saúde, Mandetta, afirma que o discurso anti-isolamento capitaneado pelo Presidente da República é um dos motivos para a crescente queda do índice de isolamento social no Brasil (CRODA, 2020).

No que tange às estratégias conjuntas debatidas em sede da aludida reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL, estas permaneceram no papel e no discurso veleidoso dos

líderes, visto que uma vez ingressado o vírus em solo sul-americano, cada Estado executou ações individuais, sendo a principal delas o fechamento das fronteiras entre os próprios países membros do bloco.

A referida medida se justifica em alguns casos, como o Paraguai, cujo sistema de saúde, conforme explicitado, se encontrava sobrecarregado antes mesmo do surgimento da pandemia, e por esta razão, não detinha quaisquer recursos para auxiliar as nações aliadas no tratamento e reparação dos danos advindos da chegada da doença. O Uruguai, em seu turno, possui, notoriamente, um sólido sistema de saúde pública e contabiliza atualmente menos de 200 casos ativos de COVID-19. Outrossim, o país detém um dos maiores números de leitos hospitalares por habitantes da América Latina (AGENCY, 2019), os quais encontram-se, em sua grande maioria, vagos (PRESSE, 2020). Contudo, o único auxílio concedido à nação brasileira foi a doação de testes PCR para a cidade Sant’ana do Livramento, pela exclusiva razão de o município ser fronteiro com a cidade uruguaia de Rivera.

Entrementes, milhares de vidas são ceifadas diariamente nas filas do SUS em terras tupiniquins, seja por escassez de testes ou, essencialmente, de leitos hospitalares. A tão quista identidade mercosulina dissipa-se perante o individualismo travestido de independência política.

O que se vislumbra, portanto, é a transmutação de portentoso Direito, tal qual a Saúde, em nada mais que frangalhos normativos dispersos através da ação de instituições inefetivas, em uma América Latina carecida de uma essencial consciência socio-econômica aglutinadora, da qual restasse um poderio coalizacional unificante e sinérgico. Pois de igual modo a que dizia Lassalle (1864), de nada servirá o que se escreve numa folha de papel, se não se justifica pelos fatores reais e efetivos do poder.

## **Referências**

AGENCY, Central Intelligence (CIA). **Hospital Bed Density**. McLean: The World Factbook, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2YQsu4G>. Acesso em: 15 de agosto de 2020.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/31E6fk2>. Acesso em: 25 de junho de 2020.

ALUM, Julia Noemí Mancuello; DE BEJARANO, María Stella Cabral. Sistema de salud de Paraguay. **Revista de salud publica del Paraguay**. Assunção, v. 1, n. 1, p. 13-25, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3gHuVMX>. Acesso em: 24 de junho de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ranking de indicadores sociais: Índice de Desenvolvimento Humano**. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. **Brasil apresenta expertise na vigilância de doenças transmissíveis a países do Mercosul**. Brasília, DF: Notícias de vigilância epidemiológica, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2YP9y6b>. Acesso em: 05 de junho de 2020.

BRASIL. **Decreto legislativo nº 6, de 20 de março de 2020**. Reconhece a ocorrência do estado de calamidade pública. Brasília, DF: Senado Federal, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/32GLMKC>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020**. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2YP9nI3>. Acesso em: 01 de julho de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 10.344, de 11 de maio de 2020**. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Brasília, DF: Presidência da República, 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3hL0s1N>. Acesso em: 26 de junho de 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020**. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3gD0vv7>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde passa a testar casos leves de Covid-19**. Brasília, DF: Agência Saúde, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/31GmDAz>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

BRASIL. **Portaria nº 152, de 27 de março de 2020**. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/32HbC1l>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

BRASIL. **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3jkNzMm>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera, et al. **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília, DF: Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/31LsMvD>. Acesso em: 09 de julho de 2020.

CANABARRO, Askery, et al. **Data-Driven Study of the COVID-19 Pandemic via Age-Structured Modelling and Prediction of the Health System Failure in Brazil amid Diverse Intervention Strategies**. Arapiraca: MedRxiv, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3lwPUFN>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

CHADE, Jamil. **Pior momento da pandemia ainda não foi atingido no Brasil, alerta OMS**. Genebra: UOL, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3h5Mfw7>. Acesso em: 30 de junho de 2020.

CRODA, Julio. **Médico que deixou governo: 'Não quis ser responsável por medida equivocada'**. Brasília, DF: Correio Braziliense, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3h6IID5>. Acesso em: 17 de agosto de 2020.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010, p. 327.

DADAX. **Covid-19 Coronavirus Pandemic**. Xangai: Worldometers, 2020. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>. Acesso em: 01 de julho de 2020.

DIAS, Helio Pereira. **Direito Sanitário**. Brasília: Anvisa, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2EOWd6C>. Acesso em: 01 de julho de 2020.

DULLAK, Roberto, et al. Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2865-2875, jun., 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2ELb9Tq>. Acesso em: 29 de agosto de 2020.

EPICOVID19. **Covid no Brasil: várias epidemias num só país**. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2020, p. 01. Disponível em: <https://bit.ly/2YQra1I>. Acesso em: 01 de julho de 2020.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 385-434. Disponível em: <https://bit.ly/34Q9d75>. Acesso em: 01 de agosto de 2020.

FMI. Fondo Monetario Internacional. **Informe del país No. 17/234**. Paraguay. Temas Seleccionados. Assunção, 2017.

GAETE, Rúben. Financiamento de la cobertura universal de la salud em Paraguay. **Paraguay Debate 2.0**. Assunção: CADEP, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2EEtkul>. Acesso em: 08 de agosto de 2020.

GAMBA, Laura. **Brazil political crisis deepens as COVID-19 cases rise**. Bogotá: Anadolu Agency, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3bdQDHo>. Acesso em: 24 de junho de 2020.

GAMBA, Laura. **Nations bordering Brazil view it as threat due to virus**. Bogotá: Anadolu Agency, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2ELbt4A>. Acesso em: 24 de junho de 2020.

INSFRÁN, Julio Daniel Mazzoleni, et al. **Plan de Respuesta Nacional al eventual ingreso del Coronavirus**. Assunção: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2EOWAOy>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

LASSALLE, Ferdinand. **Que é uma Constituição?**. São Paulo: Edições e Publicações Brasil, 1864. Disponível em: <https://bit.ly/3h8XTGv>. Acesso em: 15 de agosto de 2020.

LINDE, Pablo. **Brasil está entre os que mais gastam com saúde na América Latina, mas tem eficiência média**. Bogotá: El País, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2YJWA9F>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2DfWyPy>. Acesso em: 05 de agosto de 2020.

MELLAN, Thomas A., et al. **Report 21: Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil**. Londres: Imperial College London, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3jtaRjb>. Acesso em: 01 de julho de 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3jtaMMp>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. **El Gobierno paraguayo toma medidas más drásticas para mitigar circulación del COVID-19**. Assunção: PAHO, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3gajNHX>. Acesso em: 03 de julho de 2020.

PARAGUAI. **Decreto nº 3576**. *Por el cual se establecen medidas en el marco de la emergencia sanitaria declarada en el territorio nacional por la pandemia del coronavirus (covid-19) correspondiente a la fase 1 del plan de levantamiento gradual del aislamiento preventivo general (Cuarentena Inteligente)*. Assunção: Presidência da República do Paraguai, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3bbCmuH>. Acesso em: 09 de julho de 2020.

PARAGUAI. **Decreto nº 3619**. *Por el cual se establecen medidas en el marco de la emergencia sanitaria declarada en el territorio nacional por la pandemia del coronavirus (covid-19) correspondiente a la fase 2 del plan de levantamiento gradual del aislamiento*

*preventivo general (Cuarentena Inteligente)*. Assunção: Presidência da República do Paraguai, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3jrdjGJ>. Acesso em: 09 de julho de 2020.

PARAGUAI. **Decreto nº 3706**. *Por el cual se establecen medidas en el marco de la emergencia sanitaria declarada en el territorio nacional por la pandemia del coronavirus (covid-19) correspondiente a la fase 3 del plan de levantamiento gradual del aislamiento preventivo general (Cuarentena Inteligente)*. Assunção: Presidência da República do Paraguai, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3hIPwSr>. Acesso em: 09 de julho de 2020.

PARAGUAI. **Decreto nº 3780**. *Por el cual se extiende el periodo establecido en el artículo 1º del Decreto nº 3706 del 12 de junio de 2020*. Assunção: Presidência da República do Paraguai, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3hHqymn>. Acesso em: 09 de julho de 2020.

PARAGUAI. **Decreto nº 3835**. *Por el cual se establecen medidas en el marco de la emergencia sanitaria declarada en el territorio nacional por la pandemia del coronavirus (covid-19) correspondiente a la fase 4 del plan de levantamiento gradual del aislamiento preventivo general (Cuarentena Inteligente), con excepción de Asunción (capital) y los departamentos de Alto Paraná e Central*. Assunção: Presidência da República do Paraguai, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/31EZ7Uv>. Acesso em: 12 de agosto de 2020.

PARAGUAI. **Lei nº 6524 de 26 de março de 2020**. Declara o Estado de Emergência em todo o território da República do Paraguai ante a pandemia do Coronavírus, e estabelece medidas administrativas, fiscais e financeiras. Assunção: Presidência da República do Paraguai, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3baES4v>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

PARAGUAI. Ministerio de Salud Publica e Bienestar Social. **Qué está haciendo el Mministerio de Salud?** Assunção: Governo Nacional, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3jrdxO5>. Acesso em: 03 de julho de 2020.

PARAGUAI. **Resolución nº 099**. *Por la qual se dispone el aislamiento preventivo general de la población en todo el territorio nacional para mitigar la propagación del coronavirus (covid-19)*. Assunção: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3hJEADR>. Acesso em: 07 de julho de 2020.

PARAGUAI. **Resolución nº 090**. *Por la qual se establecen medidas para mitigar la propagación del (covid-19)*. Assunção: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/31ECAPZ>. Acesso em: 07 de julho de 2020.

PESSOA, Gabriela Sá. **Brasil inclui testes rápidos, ineficazes, em estatísticas de covid-19**. São Paulo: UOL, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3jwlBgP>. Acesso em: 01 de julho de 2020.

PRESSE, Agence France. **Uruguai, um caso de sucesso contra o Coronavírus**. Montevideú, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3gGtKSW>. Acesso em: 15 de agosto de 2020.

PRIMICERIO. **Lineamenti di Diritto Sanitário**. 6 ed, Roma: Loutitrozzim, 1974, p.12.

RESENDE, Márcio. **Paraguai e Uruguai:** os dois casos de sucesso no combate ao coronavírus na América do Sul. Buenos Aires: Rádio França Internacional, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3hTHFRO>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da Saúde:** direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. 2 ed. São Paulo: LTr, 2011, p.16.

SERAFINI, Verónica; ZAVATTIERO, Claudina. La protección social en el Paraguay; avances y desafíos para la garantía de derechos. **Revista MERCOSUR de Políticas Sociales**. Assunção, v. 2, p. 173-191, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/32BaCvK>. Acesso em: 15 de agosto de 2020.

WHO. World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. Nova York: WHO, 1946. Disponível em: <https://bit.ly/3jttn1Y>. Acesso em: 24 de jun. 2020.

YIN, R. K. (2001). **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª ed., Porto Alegre (RS): Bookman, 2001.