



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PORTO NACIONAL
CURSO DE BACHARELADO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

RAQUEL LOPES CAETANO

**SAÚDE GLOBAL: UM QUADRO COMPARATIVO ENTRE OS SISTEMAS
PRIVADOS DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS E ÍNDIA DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 (2020 - 2021)**

Porto Nacional (TO)

2022

RAQUEL LOPES CAETANO

**SAÚDE GLOBAL: UM QUADRO COMPARATIVO ENTRE OS SISTEMAS
PRIVADOS DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS E ÍNDIA DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 (2020 - 2021)**

Monografia apresentada à UFT - Universidade Federal do Tocantins - Campus Universitário de Porto Nacional para obtenção do título de bacharel em Relações Internacionais, sob orientação do Prof. Fernando Furquim de Camargo.

Orientador: Dr. Fernando Furquim de Camargo

Porto Nacional (TO)

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

L864s Lopes Caetano, Raquel.
 Saúde global: um quadro comparativo entre os sistemas privados de saúde dos Estados Unidos e Índia durante a pandemia de covid-19 (2020 - 2021). / Raquel Lopes Caetano. – Porto Nacional, TO, 2022.
 66 f.

 Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
 Câmpus Universitário de Porto Nacional - Curso de Relações
 Internacionais, 2022.
 Orientador: Fernando Furquim de Camargo

 1. Saúde Global. 2. Pandemia. 3. Estados Unidos. 4. Índia. I.
 Título

CDD 320

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**SAÚDE GLOBAL: UM QUADRO COMPARATIVO ENTRE OS SISTEMAS
PRIVADOS DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS E ÍNDIA DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 (2020 - 2021)**

Monografia foi avaliada e apresentada à UFT -
Universidade Federal do Tocantins - Campus
Universitário de Porto Nacional, Curso de
Relações Internacionais para obtenção do título de
bacharelado e aprovada em sua forma final pelo
Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: _____/_____/_____

Banca examinadora

Prof. Dr. Fernando Furquim de Camargo, UFT- Porto Nacional

Profa. Dra. Fabiana Scoleso, UFT- Porto Nacional

Prof. Dr. Carlos Frederico Pereira da Silva Gama, UFT- Porto Nacional

Dedico este trabalho a Deus, pelas bênçãos que ele me deu por toda a minha vida e por ter me dado forças constantes para continuar até o fim desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Fernando Furquim de Camargo, pela orientação do Trabalho de Conclusão de Curso, por ser tão bom amigo e excelente profissional da área das Relações Internacionais.

Ao Grupo de Estudos Globais sobre América Latina (GEGAL), no qual fazem parte o Prof. Dr. Fernando Furquim de Camargo e a Prof. (a) Dr. Fabiana Scoleso, por impulsionar e incentivar tanto a minha pesquisa como as dos meus colegas, dando continuidade a produção de pesquisa científica na universidade.

Ao meu pai, Marlon Ladeia Caetano; a minha mãe, Simone Lopes e a minha irmã gêmea, Rebeca Lopes Caetano por sempre terem me apoiado, acreditado em mim e me incentivado durante toda a jornada da graduação.

As minhas colegas de curso por sempre terem caminhado ao meu lado e por terem feito a fase de graduação mais leve, divertida e enriquecedora.

Por fim, todos que de forma direta ou indiretamente me ajudaram e contribuíram na construção e conclusão deste trabalho.

RESUMO

O Sistema Internacional (SI) enfrentou recentemente uma mudança brusca no modo como os atores internacionais lidam com os desafios relacionados à saúde global. A pandemia ocasionada pelo surgimento do vírus Sars-Cov-19 abalou as estruturas do S.I e modificou as relações internacionais referentes ao setores terciários que acontecem a nível doméstico e externo. A seguinte pesquisa pretende analisar a relação entre a saúde global e o sistema privado de saúde dos Estados Unidos e Índia, bem como as condições que os cidadãos norte-americanos e indianos se encontram durante essa crise sanitária global. A problematização da pesquisa consiste em até que ponto o sistema de saúde privada prejudicou o acesso à saúde de estadunidenses e indianos no contexto da pandemia entre 2020 e 2021. Para obter os resultados esperados, a pesquisa qualitativa visa revisar livros de autores especialistas no tema, de artigos científicos e analisar os relatórios epidemiológicos disponibilizados semanalmente pelos Organismos Internacionais, como é o caso da Organização das Nações Unidas. O debate sobre saúde global no contexto pandêmico que estamos vivendo é de extrema relevância para a comunidade acadêmica e científica, bem como para a sociedade civil que precisa estar ciente de seus direitos básicos.

Palavras-chave: Saúde Global; Pandemia; Estados Unidos; Índia.

ABSTRACT

The International System (IS) has recently faced a sudden change in the way international actors deal with challenges related to global health. The pandemic caused by the emergence of the Sars-Cov-19 virus shook the structures of the S.I and changed international relations regarding the tertiary sectors that take place at the domestic and external levels. The following research aims to analyze the relationship between global health and the US and Indian private healthcare system, as well as the conditions that US and Indian citizens find themselves in during this global health crisis. The questioning of the research consists of the extent to which the private health system has impaired access to healthcare for Americans and Indians in the context of the pandemic between 2020 and 2021. To obtain the expected results, the qualitative research aims to review books by authors specializing in the subject of scientific articles and analyze the epidemiological reports made available weekly by International Organizations, such as the United Nations. The debate on global health in the pandemic context we are experiencing is extremely relevant for the academic and scientific community, as well as for civil society that needs to be aware of their basic rights.

Key-words: Global Health; Pandemic; United States; India.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Cobertura de seguro saúde nos Estados Unidos	31
Tabela 1 - Gasto setorial em saúde nos Estados Unidos.....	33
Tabela 2 - Estrutura de financiamento da saúde na Índia	39
Tabela 3 - Número de casos confirmados e óbitos nos EUA durante 2020.....	51
Tabela 4 - Número de casos confirmados e óbitos nos EUA durante 2021	52
Tabela 5 - Número de casos confirmados e óbitos na Índia durante 2020	56
Tabela 6 - Número de casos confirmados e óbitos na Índia durante 2021	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 SAÚDE GLOBAL EM PAUTA: CONCEITOS E TEORIA	15
2.1 Conceitos Gerais	16
2.2 Neoliberalismo e Teoria da Interdependência Complexa: perspectivas sobre a saúde global	20
3 O SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS E ÍNDIA	27
3.1 Saúde privada norte-americana	27
3.2 O sistema privado de saúde da Índia	34
4 O IMPACTO DA SAÚDE PRIVADA NORTE-AMERICANA E INDIANA NO CONTEXTO DA PANDEMIA	42
4.1 Contextualização da pandemia do SARS - CoV - 2 e a importância dos Direitos Humanos dentro do contexto pandêmico.....	43
4.2 O impacto negativo do sistema privado de saúde sobre a população estadunidense durante a pandemia	49
4.3 O impacto negativo do sistema privado de saúde sobre a população indiana durante a pandemia	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A - Gráfico sobre os dados da Covid-19 nos Estados Unidos em 2020	64
APÊNDICE B - Gráfico sobre os dados da Covid-19 nos Estados Unidos em 2021	64
APÊNDICE C - Gráfico sobre os dados da Covid-19 na Índia em 2020	65
APÊNDICE D - Gráfico sobre os dados da Covid-19 na Índia em 2021	65
ANEXO A - Gastos dos países da OCDE com saúde	66

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Internacional caracterizado pela flexibilidade e pela mutabilidade sempre abrangeu os variados setores da agenda global e, ao contrário da ideia que se tem, não faz referência somente aos Estados e às Instituições Internacionais, mas também interfere e molda os aspectos cotidianos da população mundial tanto a nível internacional quanto doméstico. Os grandes debates da agenda internacional como as questões ligadas à Segurança Internacional, Meio Ambiente e Economia impactam de forma profunda as relações internacionais que se desenvolvem e, em suma, não podem ser analisados de forma isolada uma vez que as circunstâncias tendem a se repercutir e afetar até mesmo atores distantes e distintos de tais circunstâncias.

À vista disso, torna-se essencial trazer à tona a pauta sobre saúde global considerando o mais recente evento internacional que modificou as estruturas do SI. A pandemia do novo Corona vírus eclodiu no ano de 2020 a partir do mês de março e desde então configura-se como o mais atual e mais marcante *cisne negro* que as relações internacionais presenciaram desde a crise financeira de 2008. Todos os setores da sociedade civil foram afetados, milhões perderam seus empregos, a economia mundial sofreu intensa estagnação, múltiplos tipos de serviços do terceiro setor tiveram que ser repensados e a política externa dos Estados também passou por transformações. Apesar do cenário caótico, nada foi tão mais prejudicado do que a questão da saúde global. Esta afirmação não condiz com a realidade do setor privado de saúde e das grandes indústrias farmacêuticas que obtiveram, na realidade, lucro com a venda de testes, medicamentos e outros serviços de tratamento. Partindo da ideia da má distribuição da riqueza mundial, fica fácil entender que a maior parte da população mundial não possui capacidade de combater um vírus tão mortal e de bancar os seus custos.

O direito à saúde constado na Declaração dos Direitos Humanos, documento elaborado pela Organização das Nações Unidas, impõe sua garantia a todos os cidadãos independentemente da etnia, cor, religião ou gênero. Portanto, quaisquer que fossem as condições sociais das pessoas no período da pandemia, seu direito aos serviços de saúde deveria estar assegurado pelo Estado, embora essa não seja a real situação. Sabe-se que em muitos países a noção de “saúde universal” é muito fraca e parcialmente negligenciada, visto que certos Estados não possuem um

sistema público de saúde de qualidade ou mal possuem um sistema de saúde pública se comparado à influência do setor privado. É por esta razão que o seguinte trabalho se propõe a analisar os respectivos sistemas de saúde privada dos Estados Unidos e Índia, bem como as consequências negativas que eles promovem, uma vez que os dois países lideraram por meses consecutivos as primeiras posições no ranking mundial do número de casos de Covid-19 e por serem países onde o setor público de saúde não possui tanto espaço.

A pesquisa realizada é de caráter extremamente relevante à comunidade científica visto que a pandemia suscitou a reconfiguração de vários setores, como a economia, a saúde e a segurança dentro do sistema internacional. Essa nova reconfiguração é recente o que a torna um importante objeto de estudo atualmente. O projeto de pesquisa também possui relevância social, uma vez que o sistema de saúde vigente no país está relacionado direta e indiretamente aos casos de Covid e aos óbitos. Portanto, diante do que foi exposto, o seguinte trabalho de conclusão de curso tem a sua problematização voltada para o caso norte americano e indiano, mais precisamente na contígua pergunta: até que ponto o sistema de saúde privada pode dificultar o combate e agravar a situação sanitária durante a pandemia nesses países que possuem realidades tão antagônicas?

Enquanto busca-se responder a problematização da pesquisa, o objetivo central do projeto baseia-se na relação entre a saúde global e os respectivos sistemas privados de saúde que estão em vigor nos Estados Unidos e Índia durante o atual contexto pandêmico internacional da Covid-19, bem como nas condições dos quais os cidadãos norte-americanos e indianos se encontram durante essa crise sanitária global. Ademais, este trabalho também se dispõe a aprofundar a análise geral, tendo como objetivos específicos: 1) contextualizar o período pandêmico, especialmente nos anos de 2020 e 2021, 2) abordar a teoria neoliberal e sua relação com a saúde global, 3) analisar o funcionamento do sistema privado de saúde nos Estados Unidos e Índia, 4) evidenciar até que ponto o sistema privado de saúde pode trazer malefícios à população antes e durante a pandemia do novo Coronavírus, 5) investigar quais políticas públicas de saúde estão sendo implementadas pelo governo, 6) relacionar os efeitos causados nos Estados Unidos e Índia devido à falta de universalização do seguro saúde e 7) comparar as consequências que esse tipo de sistema ocasiona em diferentes realidades.

A metodologia da pesquisa presume um caráter qualitativo-quantitativo e no

que concerne aos seus objetivos restringe-se a uma pesquisa descritiva e explicativa, uma vez que busca observar e descrever a relação entre o sistema de saúde privada indiano e estadunidense com o contexto pandêmico, além de buscar explicar as razões de tais contextos, teorizando-os se possível. No que concerne às técnicas de pesquisa, o seguinte projeto possui uma abordagem indutiva-dedutiva, visto que busca a observação dos fenômenos e da elaboração de conclusões gerais, suas causas, suas exceções, entre outros. Quanto ao método procedimental, a pesquisa obtém caráter bibliográfico e se trata de uma análise comparativa, estudando o caso dos Estados Unidos e Índia de modo que seja possível uma pesquisa bibliográfica dos dois países a fim de elaborar uma comparação entre os cenários.

O Trabalho de Conclusão de Curso está distribuído em 3 linhas gerais de estudo, seguindo seus respectivos capítulos e subcapítulos: A primeira linha de estudo e o primeiro capítulo do trabalho diz respeito ao debate sobre a questão da saúde global, trazendo os aspectos teóricos da teoria neoliberal e como estes dois se relacionam. Discorrer sobre saúde global é uma base fundamental para entendermos o processo pandêmico que se desenrolou nos últimos anos e essencial para a compreensão de um dos temas mais relevantes da agenda internacional e das Ris. O livro escrito por Helena Ribeiro e editado pela fundação Fiocruz (2016), assim como Kickbusch e Berger (2010) também editado pela mesma fundação, serão utilizados como bibliografia do primeiro capítulo do TCC. Documento escrito por Sophie Harman (2012) e organizado pela Routledge Global Institutions Series e o artigo científico “Saúde Global em tempos de globalização” escrito por Fortes e Ribeiro (2014) também estarão presentes no material bibliográfico da primeira linha de estudo. A base teórica liberal presente no capítulo foi construída a partir das obras de Nogueira e Messari (2005) e Castro (2012).

A segunda linha de estudo e o segundo capítulo do TCC discorre acerca do funcionamento do sistema de saúde privada dos Estados Unidos e Índia tanto para que se possa entender todos os mecanismos do atual cenário sanitário dos estadunidenses como entender sobre o funcionamento do sistema de saúde privada existente na Índia e a sua intangibilidade à grande parcela da população indiana. Os autores José Carvalho de Noronha e Maria Alicia Domínguez Ugá abordam em seu estudo um parâmetro geral e completo sobre o funcionamento do sistema de saúde nos Estados Unidos desde sua origem até a análise dos mais diversos setores e

organizações que compõem o sistema de saúde norte-americano. Jan Swasthya Abhiyan (2006), Comitê de Coordenação Nacional indiano sobre o movimento de saúde no país, produziu um documento que discorre sobre o funcionamento do sistema de saúde indiano de forma bastante completa trazendo, ainda, as principais crises que o sistema indiano enfrenta no setor da saúde assim como algumas alternativas para o problema. O trabalho de Abrol, Sundararaman, Madhavan e Joseph (2016) concentra-se na análise das atuais mudanças no sistema público e privado de saúde indiana e no alinhamento de políticas públicas e de instituições no que condiz à inovação do sistema de saúde indiano.

O terceiro capítulo e última linha geral e capítulo do TCC concentra-se nos estudos e pesquisas sobre o impacto do Coronavírus nos dois países. Fez-se necessário a contextualização tanto da pandemia como um respaldo sobre os Direitos Humanos. Artigos publicados nas revistas Science e Nature nos darão um parâmetro da situação nos Estados Unidos e Índia, assim como os principais portais e canais de transmissão trazem periodicamente novas informações sobre os casos e a atual situação nesses dois países. A Organização Mundial da Saúde (OMS) fornece uma atualização epidemiológica semanal que trata a visão geral dos casos de Covid-19 em nível global, regional e nacional, destacando os principais dados e tendências. As atualizações do G1 e outros principais jornais internacionais como o *El País* darão base ao desenvolvimento da terceira linha de estudo que ocupará a última parte do desenvolvimento do TCC.

2 SAÚDE GLOBAL EM PAUTA: CONCEITOS E TEORIA

Nas últimas décadas, os adventos da globalização e da modernização dos meios técnico-científico promoveram uma maior circulação de bens, pessoas, serviços e produtos entre os Estados. Essa facilidade de articulação trouxe inúmeros benefícios ao mercado internacional, assim como estreitou os laços socioeconômicos dos países e favoreceu a economia mundial. Entretanto, todo processo que se desenrole dentro do Sistema Internacional também apresenta aspectos negativos que necessitam ir à debate, pois a análise do sistema precisa ser vista ao todo e não somente em partes.

O avanço da globalização pelo globo fomentou a maior abertura das fronteiras dos Estados; maior fluidez do capital econômico; incorporação tecnológica em todas as camadas; alargamento dos meios de comunicação; transformações ambientais globais; migrações em massa, entre outros. A globalização, de fato, promoveu o intenso fluxo de pessoas entre as fronteiras nacionais, elevando o grau de disseminação de doenças e infecções fora dos seus territórios de origem. Nesse sentido, Helena Ribeiro (2016, p. 20) alerta que “a globalização traz novas dimensões espaciais, temporais e cognitivas, ao modificar a nossa percepção das distâncias e as barreiras aos contatos globais”.

Logo, a preocupação com a saúde individual começou a se configurar como uma questão global, ainda mais quando outros processos como as mudanças climáticas e a fome se intensificam cada vez mais nas últimas décadas e influenciam diretamente na saúde e bem-estar individual dos cidadãos. A saúde global, conceito muito amplo e complexo, passa a ganhar espaço reconhecido nas agendas internacionais em um período classificado como *pós-globalização* e carrega como fundamental característica deste último processo a infinidade de atores internacionais que a compõem. É pertinente refletir sobre a importância que a saúde detém no Sistema Internacional, visto que ela influencia de forma direta e indireta outros grandes debates da agenda internacional, como a economia e a segurança, por exemplo.

Vista mais do que um dos direitos básicos contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, garantir a saúde global também é garantir que todos os outros setores mundiais continuem em equilíbrio. Não é possível que a economia gire sem trabalhadores dispostos a trabalhar, assim como não é possível lidar com o

atual desafio da saúde global sem os mecanismos que o estruturam. Programas, campanhas, políticas públicas de saúde e ações são extremamente necessárias no trabalho conjunto entre Estado e os outros atores internacionais. A globalização é o principal motor que influencia a saúde global, podemos ver estes reflexos de forma bem clara através da disseminação de padrões alimentares não saudáveis aos países ainda em desenvolvimento pelos países mais ricos e também a facilidade da transmissão de doenças infecciosas como a H1NI e o vírus da Aids.

2.1 Conceitos Gerais

A governança global da saúde pode ser definida, em conceitos gerais, como todos os processos de saúde que são tratados e realizados entre os atores internacionais em prol da saúde pública global. Os atores mais conhecidos dentro desse tipo de governança são a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os ministérios da saúde referente a cada Estado, embora outros atores do setor público e privado também desempenham papel importante, como os cientistas, médicos e filantropos. Em relação a conceituação do que seria a governança da saúde global ainda se define que:

O termo governança global da saúde se refere a acordos ou iniciativas entre Estados e/ou atores não estatais para controle da saúde pública e das doenças infecciosas e a proteção das pessoas de riscos ou ameaças à saúde. (HARMAN, 2012, p. 2).

Percebe-se ainda uma relação de forças conflitantes dentro da política internacional de saúde, onde existem interesses concorrentes entre o setor privado e público, entre os métodos verticais e horizontais de intervenção em saúde, das liberdades individuais ou a intervenção pelo Estado. Nota-se que é a grande gama de atores internacionais envolvidos dentro da governança global de saúde que põe em equilíbrio esses interesses em discussão.

A ação global coletiva refletida nas negociações multilaterais de saúde entre os Estados e os atores não estatais também vem se tornando ponto central na política externa dos países e na questão da segurança nacional. Segundo os preceitos teóricos de Keohane & Nye (1997) acerca das *High politics* e *Low politics*, a política de saúde global ainda é vista como uma arena de “baixa” ou “suave” política em paralelo à política mais “dura” ou “alta”, geralmente relacionada às questões como segurança, economia e conflitos. Essa área da governança está

intrinsecamente ligada à desigualdade global e é um importante fator determinante das condições socioeconômicas. A contínua privatização da saúde global, que introduz taxas aos indivíduos se estes quiserem acesso aos serviços médicos, cada vez mais torna a saúde em uma mercadoria a ser negociada ao invés de tratá-la como um direito básico inerente a todo e qualquer cidadão. “As desigualdades em toda a sociedade significam que a saúde é mais um bem que as pessoas podem ou não podem pagar do que um direito básico ou princípio de nossa existência.” (HARMAN, 2012, p. 2).

Outro conceito amplamente difundido a respeito da saúde global é proposto por Kickbusch e Berger (2010, p. 19) “o termo se refere “às questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas”. A responsabilidade primária da saúde civil está nas mãos do governo que através de programas, políticas públicas de saúde e investimentos no setor pode garantir, em primeira instância, uma seguridade maior deste direito devido sua proximidade com a sociedade civil. Todavia, é notável o crescente número dos riscos transfronteiriços de saúde devido a intensa modernização das relações internacionais atuais, deixando claro a importância de uma articulação estreita entre as instituições transnacionais e internacionais.

A preocupação global acerca da saúde fez com que este tema ganhasse destaque nas políticas nacionais dos Estados, não é à toa que *Saúde e Bem-Estar* são uns dos chamados “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” que compõem a Agenda 2030. A Agenda 2030 conta com 17 objetivos ao todo e objetiva a superação dos desafios de desenvolvimento global almejando o crescimento de forma sustentável até a terceira década do século. O 3º objetivo da agenda visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. De acordo com estudos da Agenda 2030, documento produzido pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, “ Mais de 1,6 bilhão de pessoas vivem em ambientes frágeis onde crises prolongadas, combinadas com a fraca capacidade nacional de fornecer serviços básicos de saúde, representam um desafio significativo para a saúde global”.

Para além dos poderes público e privado, dos Estados e das organizações voltadas à saúde, observa-se também o progressivo ativismo civil em relação às condições de acesso à saúde e outros direitos, implicando por maior participação

nos processos decisórios. O movimento ambientalista tem se tornado outro grande aliado da saúde global, uma vez que os impactos causados na natureza reverberam no bem-estar e na saúde das pessoas. A saúde global pode ser compreendida sob dois ângulos principais; o primeiro entende a saúde global como detentora de princípios éticos de justiça social, solidariedade, equidade e altruísmo; o segundo ângulo entende a saúde global como ferramenta de implementação dos interesses próprios dos Estados sobre segurança sanitária a partir dos aspectos militares, econômicos e fronteiriços (Fortes e Ribeiro, 2014).

Antes do termo “Saúde Global” existir, a expressão “saúde internacional” surgiu por volta do início do século XX, mais precisamente no ano de 1913, pela Fundação Rockefeller nos Estados Unidos. Voltada para a ação humanitária e de cooperação em prol da saúde no sistema internacional, a saúde internacional ocupava-se, essencialmente, do controle de epidemias transfronteiriças e que precisavam do respaldo internacional. De acordo com Franco-Giraldo e Álvarez-Dardet (2009) o conceito de saúde internacional que possuía bases médicas e biológicas, era caracterizado por relações assistenciais onde os países mais desenvolvidos ajudavam os países menos desenvolvidos no que correspondia aos assuntos de saúde. Diferentemente da saúde global, a saúde internacional correspondia apenas à parte da saúde pública que auxiliava os países em desenvolvimento a partir do capital estrangeiro dos países industrializados. Só a partir do acirramento das atividades comerciais advindas da globalização no final do século é que a saúde pública viria a alcançar âmbito planetário, fazendo com que o termo “Saúde Global” surgisse.

Segundo Fried e colaboradores (2010, apud RIBEIRO, 2016, p. 23) a saúde global corresponde à saúde pública em termos globais. Outra conceituação descrita pelos especialistas Brown, Cueto e Fee (2006, apud RIBEIRO, 2016, p. 23) é que a saúde global se refere à questão sanitária da população global, reforçando assim o aspecto geográfico mundial. Ainda pensando em divergentes facetas no processo de conceituação deste termo; Mac Farlane, Jacobs e Kaaya (2008, apud RIBEIRO, 2016, p.24) estabeleceram que saúde global tange às melhorias de condições no setor da saúde, na redução das diferenças, além da proteção dos indivíduos contra as ameaças globais para além das fronteiras nacionais.

As estratégias estatais em busca do oferecimento de melhores serviços médicos e da garantia à saúde vêm sendo formuladas durante as primeiras décadas

do século XXI na forma de instituições, agências ou pauta da política externa. Em 2009, os Estados Unidos criaram a *Global Health Initiative* para que a saúde global obtivesse características de integração e coordenação visando resultados. A França também se movimentou em 2014 ao criar a *Agence Française d'Expertise Technique Internationale* que tinha como princípios a luta contra malária, tuberculose e Aids; saúde materno-infantil; combate a doenças tropicais e a implementação da cobertura universal em saúde. O governo alemão também se prontificou a desenvolver suas políticas voltadas para a saúde global ao estabelecer, como prioridade, os princípios de proteção contra os riscos além das fronteiras, de fortalecimento dos sistemas de saúde no mundo, da melhoria da cooperação intersetorial, da promoção da pesquisa em saúde e indústria de cuidados, e o do fortalecimento da estrutura organizacional da saúde global, como no caso da OMS por exemplo.

Intrínseca em todos os setores da sociedade, este termo ainda se relaciona com outros processos e camadas da vida social dentro do Sistema Internacional. Está ligada aos ramos da economia, segurança, aos direitos humanos, à moradia, ao padrão atual de produção alimentar, entre outros. “Saúde global pode fortalecer ações favoráveis à solidariedade internacional e à promoção da equidade entre pessoas e povos, ou, ao contrário, contribuir para ampliar as desigualdades sociais e econômicas” (RIBEIRO, 2016, p.27).

A iniquidade global de saúde que existe hoje pode ainda ser associada aos processos de exploração e dominação de alguns povos sobre outros ao longo da história humana, sendo a negligência sanitária e os processos de dominação de povos respaldados pelas estruturas globais de governança há tempos. Deste modo, reflete-se sobre a necessidade da incorporação dos valores éticos e morais dentro da Política Internacional dos Estados. Este pensamento atravessa o campo das ciências biológicas, humanas e permeia a área social.

Para que os sistemas e organizações voltadas para saúde possam estar em bom funcionamento e oferecer serviços médicos de qualidade, a captação de recursos humanos é essencial. Em um estudo apontado pela Organização Mundial da Saúde, muitos países não estão conseguindo atingir as metas políticas do atual século devido à carência de profissionais da saúde, principalmente em áreas não tão subestimadas do globo. Helena Ribeiro (2016) utiliza como exemplo o caso africano, cujo continente é berço de 25% da carga mundial de doenças, ao mesmo passo que

só possui 4% de profissionais da saúde. Fica evidente, portanto, a urgência da contratação de médicos e enfermeiros de outros países para trabalhar em outros que não possuem uma taxa de porcentagem tão elevada da força de trabalho.

Como a saúde global está interligada a outros processos que se desenrolam no meio internacional, as estratégias dos Estados e organizações, muitas vezes, precisam estender-se à outras áreas, como no caso do combate à fome e pobreza, da distribuição de riquezas e das questões relacionadas aos desequilíbrios ambientais que impactam e influenciam de forma direta ou indireta o quadro global de saúde. Dizer que quando há a saúde do planeta também implica em dizer que há saúde humana, pois ambos os conceitos estão interligados em uma relação de dependência. Desta maneira um relatório produzido pela Fundação Rockefeller e a revista *The Lancet* apresentou essa relação de dependência entre a saúde humana e os sistemas naturais fluorescentes. O relatório produzido pela Rockefeller e a *The Lancet* define o conceito de saúde planetária como:

A obtenção do melhor padrão de saúde, bem-estar e equidade possível em todo mundo, através de uma atenção cuidadosa aos sistemas humanos – políticos, econômicos, sociais – que moldam o futuro da humanidade, e dos sistemas naturais da terra, que definem os limites ambientais seguros para o florescimento da humanidade. (Whitmee et al., 2015: 6 apud Ribeiro, 2016, p. 46)

A partir desse escopo de conceituação, percebe-se que o termo saúde global possui várias interpretações a depender da visão dos especialistas, embora ainda mantenha uma centralidade a respeito de sua conceituação geral. Apesar das diferentes concepções, fica claro que a saúde global é um ponto relevante de debate atual frente aos acelerados processos internacionais que se desenrolaram nas últimas décadas.

2.2 Neoliberalismo e Teoria da Interdependência Complexa: perspectivas sobre a saúde global

O neoliberalismo é uma das principais teorias da disciplina de Relações Internacionais que se tornou bastante influente após o período da Guerra Fria, embora tenha sofrido inúmeras críticas realistas após a II Guerra Mundial. Comumente ligado ao pensamento ocidental, a teoria liberal produz conhecimento acerca do papel do Estado, do papel social dos indivíduos que compõem a sociedade, bem como da legitimidade das instituições estatais e de outros atores

internacionais. Por sua vez, as concepções liberais também debatem sobre o funcionamento do sistema no qual estamos inseridos, ou seja, da sociedade internacional. Diferentemente dos realistas, os teóricos neoliberais buscavam uma reformulação da teoria liberal pautada nas noções de progresso e mudança sem abarcar as características utópicas do idealismo (JACKSON E SØRENSEN, 2013, p. 77).

Dentro da concepção geral desta teoria, os seres humanos são vistos com a total capacidade de compreender e alcançar suas realizações, portanto todos seriam iguais. O que viria a unificar todos os indivíduos de uma sociedade como iguais perante a lei se daria ao fato de todos possuírem direitos desde o momento do nascimento, conhecidos como *direitos naturais*. Para os teóricos liberais, a prioridade configurava-se na construção de uma sociedade que oferecesse as melhores condições sociais aos indivíduos para que sua liberdade individual pudesse ser exercida. Essa corrente de pensamento acreditava que se os indivíduos livres pudessem realizar os seus interesses isto poderia gerar um resultado positivo para a sociedade como um todo.

Outro ponto chave desta teoria é a ideia de que uma sociedade bem ordenada e autorregulada é capaz de lidar com os problemas de ineficiências e crises nacionais a partir dos processos inerentes a sua organização e por meio das instituições. Logo, uma sociedade dentro dos conformes é aquela que garante a liberdade individual por meio da garantia dos direitos naturais. “Os chamados *direitos naturais* à vida, à liberdade e à propriedade passariam a representar o fundamento filosófico mais importante das teorias liberais modernas, em especial aquelas que defendiam a ideia do contrato social” (NOGUEIRA e MESSARI, 2005, p. 59). Os liberais acreditam, por sua vez, que os considerados “vícios individuais” ainda podem ser transformados em virtude pública, como o aumento do bem-estar coletivo. Os princípios morais, filosóficos e políticos que regem a teoria liberal e que moldam as organizações políticas atuais ratificam o progresso contínuo das sociedades humanas.

Outro pensador importante acerca dos direitos naturais foi o holandês Hugo Grotius, importante teórico do Direito Internacional e analista da sociedade internacional. De acordo com sua visão, o Estado estaria subordinado ao Direito Natural, assim como o Direito das Nações estaria assentado sobre ele. Para Grotius, o Direito Natural configurava-se como princípios morais que todo ser humano

pudesse alcançar através da razão e do senso comum. Em relação a isso, expressa-se que:

Todas as pessoas eram portadoras dos mesmos direitos naturais que, basicamente, garantiam a vida, a propriedade e o direito à autodefesa. Em outras palavras, o Direito Natural permitia os seres humanos distinguir entre o justo e o injusto, entre o bem e o mal. (NOGUEIRA e MESSARI, 2005, p. 68).

O principal ameaçador das liberdades individuais seria o próprio Estado, visto como um mal necessário, porém com alto potencial ameaçador. Não se deve negar a importância que este ator possui para o território nacional, já que é seu papel proteger os cidadãos das possíveis ameaças externas. Entretanto, assim como o Estado pode se voltar aos riscos externos e a grupos internos desordeiros, o mesmo também pode infringir de forma indireta os direitos naturais dos seus cidadãos.

Vale destacar também que o neoliberalismo surge em um contexto histórico onde há a crescente busca por instâncias coletivas de negociação dentro do plano internacional, a conhecida articulação entre múltiplos atores internacionais. Não é à toa que a opinião pública internacional influenciou profundamente a criação da Liga das Nações e posteriormente da Organização das Nações Unidas. A concepção liberal acredita no importante papel das Instituições Internacionais na redução dos conflitos mundiais e do aparecimento de possíveis riscos, bem como no gerenciamento da política mundial. Também chamada como a era do Direito Internacional, o século XIX foi palco do surgimento das primeiras organizações voltadas para a cooperação em áreas técnicas específicas, como a comunicação, segurança e saúde. O aumento dos regimes internacionais promoveu uma maior articulação entre os atores jurídicos internacionais, as instituições e os Estados, característica do multilateralismo.

Por um bom tempo, e principalmente durante o pós-guerra, a teoria realista se sobrepunha sob a teoria liberal, visto que esta última havia “falhado” ao não prever as guerras que se sucederam durante o século XX. A teoria realista que defendia um mundo composto por Estados egoístas e com interesses próprios parecia, portanto, a teoria que melhor descrevia o comportamento dos Estados durante o período de guerras, assim como os únicos atores que movimentavam o Sistema Internacional de maneira racional. Essa linha de pensamento começa a mudar a partir da década de 70 quando o conceito de “interdependência” assume um lugar central nas

Relações Internacionais.

Apesar da interdependência dos Estados no setor econômico, os Estados encontravam-se interligados pelo avanço das comunicações, a intensificação das transações financeiras, o crescimento comercial, a intensa atuação de empresas multinacionais e pelos movimentos culturais (NOGUEIRA e MESSARI, 2005). A política internacional dos anos 70 moldava a ordem mundial do período pós-guerra e as mudanças que ocorriam no sistema internacional declinaram a influência norte-americana e soviética, abrindo portas para que outras potências pudessem ascender economicamente no novo cenário mundial.

Essa transição modificou profundamente a política internacional dos Estados e a consciência de que apenas os Estados não seriam capazes de lidar com as questões mundiais impulsionou a variedade dos atores. “A característica mais nova dessa política mundial “em transição” era a emergência de atores não-estatais desempenhando papéis às vezes mais relevantes que os Estados em decisões sobre investimentos, tecnologia, mídia, etc. “(Nogueira e Messari, 2005, p. 81). A interdependência complexa caracterizava-se pela existência de múltiplos canais de comunicação e negociação (diversidade de contatos informais, atores e organizações) e por uma agenda internacional múltipla (sem hierarquia das pautas, diversidade de questões tratadas e difusão entre a fronteira doméstica/internacional).

Robert O. Keohane e Joseph S. Nye Jr, reconhecidos como os principais difusores da teoria neoliberal, enxergam na teoria da interdependência complexa a pragmática mais viável para explicar os fenômenos internacionais do que a teoria realista. Segundo estes teóricos, a interdependência complexa é caracterizada pela existência de múltiplos canais de atuação internacional, ausência da hierarquia entre as questões e papel menor das forças militares na resolução das demandas internacionais (KEOHANE & NYE, 1977). A ideia da formação de uma agenda internacional que lidasse com as principais demandas internacionais surge a partir das premissas da interdependência e da globalização, uma vez que os Estados estão inseridos dentro de uma cadeia global. A formação e controle da agenda internacional é a prioridade dos pensadores da interdependência complexa e dos neoliberais, opostos aos que os realistas tomavam como prioridades. Por isto, diz-se que:

Nossa segunda suposição de interdependência complexa, a falta de hierarquia clara entre as múltiplas questões, nos leva a esperar que as políticas de formação e controle de agenda se tornem mais importantes. As análises tradicionais levam os estadistas a se concentrarem em questões político-militares e a prestarem pouca atenção à política mais ampla de formação de agenda. Os estadistas assumem que a agenda será definida por mudanças no equilíbrio de poder, reais ou antecipadas, e por ameaças percebidas à segurança dos Estados (KEOHANE & NYE, 1977, p. 32).

A teoria neoliberal apresenta múltiplas facetas e processos com características próprias ao longo das décadas. Durante a década de 50 e 60, o processo de integração regional dos Estados deu espaço para que o comércio, a comunicação, o intercâmbio cultural e outras transações transnacionais se intensificassem. A tendência do pensamento neoliberal conhecida como *Liberalismo sociológico* dá abertura para o estudo da expansão das atividades transnacionais. Segundo Jackson e Sorensen (2013, p. 77)

Os avanços do processo de integração regional na Europa ocidental, nos anos 1950, despertaram a atenção e estimularam a imaginação dos liberais. Por “integração” nos referimos a uma forma intensiva, em particular, de cooperação internacional”.

Partindo para a década de 70, o Sistema Internacional é marcado pela interdependência complexa, ou seja, novas formas de conexões entre as sociedades. Como indicado em Jackson e Sorensen (2013) o chamado *liberalismo de interdependência*, outra tendência do pensamento neoliberal, afirma a existência de outros atores internacionais para além do Estado e a força militar como não mais meio de se fazer política externa, outras questões assumem maior importância dentro das agendas internacionais. O conhecido *Liberalismo institucional*, vertente da teoria neoliberal, ocorre quando se há a necessidade de criação das Instituições Internacionais para resolução das problemáticas globais devido ao alto grau de interdependência dos Estados. Portanto, as Organizações Internacionais e os regimes internacionais possuem o papel de gerir as atividades transfronteiriças com a finalidade de promover a cooperação entre os países. Em síntese, o pensamento neoliberal defende a existência de democracias liberais em um mundo cada vez mais interdependente e cooperativo.

Se anteriormente os interesses nacionais individuais dos Estados predominavam no sistema internacional, o advento da interdependência complexa e da difusão do liberalismo clássico modificou a Política Internacional. Foi através do

surgimento dos múltiplos atores internacionais que o mundo pôde fomentar a estruturação de uma agenda internacional capaz de lidar com as principais questões globais relevantes a todos. A criação de organizações e agências especializadas em um setor específico contribuiu para o maior controle internacional da tomada de decisões. Embora por muito tempo a saúde tenha pertencido a categoria de “baixa política”; com questões de segurança, economia e política como pautas prioritárias; isso vem se transformando nas últimas décadas.

É no contexto institucional neoliberal que as inúmeras organizações e agências internacionais exercem papel importante na sociedade global para que os direitos naturais contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos possam realmente se concretizar. Atualmente, a cooperação internacional voltada para a saúde vem se materializando através do trabalho da Organização Mundial da Saúde e de outros programas e agências regionais que lidam com pesquisa e controle de doenças. Partindo do pressuposto neoliberal da ideia de “comunidade internacional” é pertinente lembrar que estes teóricos fortalecem a questão da responsabilidade internacional voltada para saúde, neste caso, e se utilizam de todos os recursos necessários para o atendimento dessa demanda. Como sabe-se sobre a complexidade do termo *saúde global*, a articulação cada vez mais próxima entre as organizações que lidam com saúde, meio-ambiente e a alimentação se faz presente. Os relatórios da UNEP e da FAO, por vezes, buscam alertar sobre a influência das problematizações destes setores acerca do quadro global de saúde.

Saindo do plano internacional, o nível doméstico também é detentor de autoridade na promoção de saúde dos indivíduos a partir de suas estruturas políticas internas. As competências regionais e locais dos Estados são os responsáveis mais próximos pela difusão de políticas públicas em prol da saúde, compreendendo assim os sistemas de saúde, os programas e iniciativas que impactam diretamente a saúde coletiva. Logo, as estruturas internas detêm um maior controle e fiscalização dos problemas voltados para a saúde, constituindo-se como atores responsáveis primários. A urgência do debate em saúde global torna-se ainda mais célere na presença de epidemias e surtos causados por doenças infecciosas, necessitando do trabalho conjunto entre os Estados e os atores não-estatais. Entretanto, os teóricos das relações internacionais e outros especialistas não foram capazes de prever a eclosão da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-19 no ano de 2019, em Wuhan – China. Percebeu-se que, dentro do contexto pandêmico que o mundo presenciou,

o modelo do sistema de saúde influenciava de forma direta e indireta o quadro epidemiológico dos Estados. Por esse motivo, a análise dos sistemas de saúde se faz pertinente, como nos Estados Unidos e Índia, países que por meses apresentaram elevado grau de contaminação e número de óbitos.

3 O SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS E ÍNDIA

O modelo de sistema de saúde empregado pelos Estados influencia diversas esferas da sociedade civil e pode funcionar em prol ou contra as problemáticas que cercam a população. Como dito anteriormente, Estados Unidos e Índia apresentaram altos números de contaminações durante a pandemia da Covid- 19 e a escolha do estudo destes dois países não vem ao acaso. Embora sejam econômica e culturalmente distintos, notou-se que a existência de um sistema público de saúde pouco efetivo ao mesmo passo de um setor médico privado fortalecido é a principal semelhança entre esses dois Estados. Apesar de possuírem esta particularidade em comum, é preciso entender os diferentes processos que o definem, os grupos atingidos e quais os desafios específicos que cada um deles enfrenta atualmente.

3.1 Saúde privada norte-americana

Segundo Noronha e Ugá (1995), a saúde nos Estados Unidos sempre foi vista como problema de caráter individual, sendo as ações específicas destinadas aos incapazes ou aos *poors*¹ por instituições de caridade e em segundo plano pelos governos locais. A partir do séc. XVIII, as redes hospitalares são constituídas por unidades mantidas por comitês comunitários de caridade, um século depois os hospitais mantidos por instituições religiosas e étnicas passam a ganhar notoriedade. Apesar dos diferentes tipos de grupos hospitalares existentes, suas diretrizes eram heterogêneas. Cada grupo hospitalar possuía suas próprias funções, suas estruturas organizacionais e os próprios métodos de financiamento. A noção de “saúde coletiva” nos Estados Unidos surge apenas a partir da guerra civil de 1865, quando departamentos de saúde locais e estaduais são estabelecidos com o principal objetivo de controlar possíveis epidemias. Percebe-se então que a questão da saúde deixa de ser predominantemente uma questão das associações comunitárias e passa a ser também responsabilidade dos Estados. Ao Estado caberia o controle de doenças transmissíveis, os serviços de diagnóstico e de educação sanitária, enquanto os hospitais privados se ocupariam dos serviços de natureza curativa.

¹ Pobres (tradução livre)

José Carvalho De Noronha e Maria Alicia Domínguez Ugá estabelecem que a “medicina de grupo” surgiu no século passado em razão da legislação que era contrária à participação de corporações na prática comercial. Embora controladas e restritas por profissionais de outras áreas (as empresas ainda eram criadas por grupos de médicos), elas acabavam contratando progressivamente outros médicos. Esse tipo de organização empresarial da medicina acabou fomentando em consideráveis transformações na categoria profissional e consolidou a organização lucrativa e hierárquica da prática médica. No séc. XX, as associações passam a oferecer planos de atenção médica e hospitalar a grandes grupos de consumidores. Elas eram contratadas por empresas de médio e grande porte, por sindicatos e outras associações de consumidores através de um pagamento de taxa fixa anual *per capita*. Surgem então as redes Blue Cross² e Blue Shield³.

Para os autores, os planos que eram oferecidos por estes hospitais que prestavam serviços mediante um pagamento antecipado e de valor fixo se modificam gradativamente a um novo formato organizacional. Grupos de hospitais passaram a oferecer planos que se aproximavam mais da livre escolha, embora ainda possuíssem uma cobertura restrita de serviços. Após a Segunda Guerra Mundial surgem as empresas securitárias, as quais tratam-se de firmas financeiras seguradoras que oferecem planos de reembolso de gastos em atenção médica e/ou hospitalar. Com a oferta desses planos “sob medida” as empresas médicas seguradoras passaram a contar com um mercado mais potencial do que os das redes Blue Cross e Blue Shield. Com o surgimento das seguradoras neste período, cerca de dois-terços da população norte-americana possuía algum tipo de seguro saúde e estava vinculada a um plano de grupo contratado pela empresa seguradora, embora estes seguros fossem explicitamente desiguais.

O modelo de proteção médica e social norte-americano encontra-se dividido entre 3 sistemas que se vinculam a segmentos sociais distintos conforme descritos por Noronha e Ugá (1995). Em primeiro lugar temos o seguro saúde voltado à população que está inserida no mercado formal de trabalho, especificamente aos que trabalham para empresas de médio e grande porte. Em segundo plano temos o grupo de aposentados que possuem direitos aos serviços médico-hospitalares

² Rede de empresas de caráter não lucrativo legalmente vinculadas ao setor hospitalar.

³ Modelo fundado por grupos de médicos que ofereciam serviços médicos apenas após um pagamento prévio de valores fixos.

oferecidos pelo programa Medicare⁴ criado e gerido pelo governo federal. Por último temos a grande parcela da população que possui baixa renda e é segurada pelos serviços prestados pelas redes hospitalares contratadas pelo programa Medicaid⁵ de responsabilidade estadual e sob o típico molde da política assistencialista.

Antes de mais nada é preciso entender que os Estados Unidos são adeptos do sistema federalista, ou seja, os estados possuem uma grande parcela de autonomia nos diversos setores que os constituem, como o de segurança, saúde, educação entre outros. O setor de saúde de cada estado possui a responsabilidade de oferecer diferentes tipos de coberturas de saúde e de regular o funcionamento dos convênios médicos respectivos. Para os autores, atualmente o país possui um sistema plural de saúde onde participam instituições tanto públicas como privadas, estas últimas detêm uma assistência direta na saúde norte-americana que não deixa de ser, no caso, um objeto de inúmeros e elaborados arranjos institucionais e administrativos. Dessa forma, o sistema de saúde estadunidense corresponde a um emaranhado de subsistemas que atendem a distintos clientes com uma gama de planos de saúde de cobertura diversificados. Embora o país possua mais programas públicos de saúde do que privados, o setor privado ainda é o principal sistema prestador de saúde do Estado. Até mesmo os serviços realizados pelos programas estatais são feitos por unidades privadas por meio de contratos. Para Noronha e Ugá (1995, p. 189) “É assim que o segmento privado do setor saúde se constitui numa constelação de instituições de natureza diversa, organizadas e inter-relacionadas por meio de enorme multiplicidade de arranjos administrativos e financeiros”.

O seguro saúde era competência das redes *Blue Cross* e *Blue Shield* até o final da década de 70, como já abordado anteriormente. Contudo, a partir de 1980 novos arranjos organizacionais e financeiros introduzem inovações no tocante à relação entre as seguradoras e os seus prestadores. Segundo os autores, a prática médica privada deixa de se constituir em unidades isoladas pagas no ato e passa a se situar, portanto, nos subsistemas onde as empresas gerenciadoras de assistência à saúde relacionam-se com prestadores. Estas relações entre as empresas gerenciadoras e prestadores do setor privado de saúde configuram-se no que

⁴ Programa de seguro social de saúde voltado para aposentados e seus dependentes.

⁵ Programa de seguro social de saúde voltado para a população de baixa renda.

chamamos de *Managed Health Care*. Esse sistema acabou por sua vez se tornando cada vez mais complexo e diverso, abrindo espaço para três principais arranjos de prestação de serviços médico-hospitalares nos Estados Unidos que estão em vigência até hoje.

Noronha e Ugá (1995) definem o primeiro tipo de arranjo chamado *Health Maintenance Organizations*⁶ ou HMOs. Além de maioria no *Managed Health Care*, elas representam uma mistura entre seguradoras e prestadores de serviços de saúde que atuam através de unidades ambulatoriais e hospitalares de credenciamento próprio. Se distinguem pela forma como se relacionam com seus prestadores, principalmente médicos, e possuem um sistema de cobrança e remuneração diversificado. Em relação à remuneração de médicos, as HMOs adotam cinco modelos diferentes: no modelo de staff, os médicos vinculados com a HMO são remunerados à base de produtividade; no modelo de grupo, a HMO contrata um grupo de médicos com diversas especialidades empregados pela “medicina de grupo”; no modelo de rede, múltiplos grupos de médicos são contratados pela mesma HMO desde que sejam grandes empresas de medicina de grupo que possuam inúmeras especialidades; no modelo de Associações de Prática Individual, a HMO contrata associações de médicos que não atendam exclusivamente somente pacientes ligados à HMO, preservando a prática médica individualizada; e por último o modelo de contrato direto, onde os médicos são contratados direta e individualmente pela HMO mediante pagamento por capitação ou ato médico.

O segundo arranjo é conhecido como *Preferred Provider Organizations*⁷ ou PPOs. São organizações que oferecem um grupo fechado de prestadores contratados (médicos, hospitais e serviços auxiliares) aos empregadores e às empresas de seguro. Os prestadores aceitam os meios de pagamento das PPOs e as normas da prática médica estabelecidas pelas próprias PPOs a fim de ter uma clientela segurada. Diferente das HMOs, os segurados das PPOs podem utilizar de serviços não credenciados mediante o co-pagamento no ato da utilização dos serviços ofertados. O último arranjo faz referência ao *Exclusive Provider Organizations*⁸ ou EPOs. São organizações similares às PPOs e, embora

⁶ Organizações de Manutenção da Saúde (tradução livre).

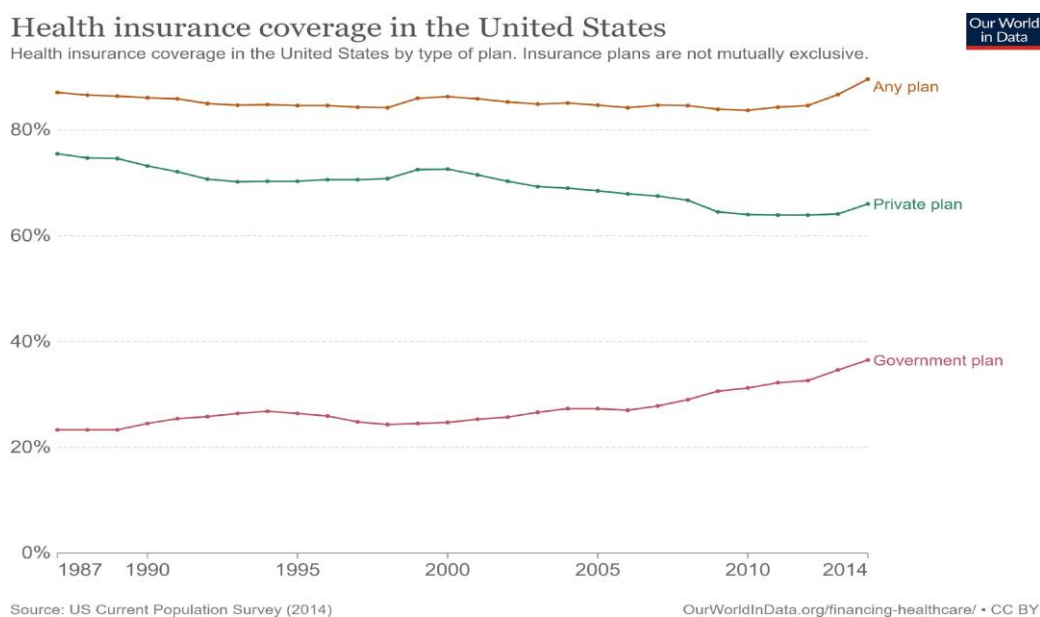
⁷ Organizações de Provedores Preferenciais (tradução livre).

⁸ Organizações de Provedores Exclusivos (tradução livre).

apresentem uma limitação no acesso dos segurados à rede de prestadores que são credenciados, atualmente já vêm flexibilizando a expansão do acesso às unidades que não são credenciadas desde que haja uma autorização prévia.

Infelizmente, o sistema de saúde público dos Estados Unidos não agrega toda a população que, sem saída, se vê na obrigação de contratar um convênio particular para possuir assistência médica-hospitalar. As seguradoras de saúde dos Estados Unidos oferecem planos de saúde privados com valores e coberturas variadas. Os planos mais baratos são os planos empresariais ofertados aos funcionários, as regras e os custos, no entanto, são de responsabilidade da empresa. Observe abaixo um parâmetro da cobertura de seguro saúde nos Estados Unidos:

Gráfico 1 - Cobertura de seguro saúde nos Estados Unidos



Fonte: Our World in Data, 2014.

Noronha e Ugá (1995) relatam também que é possível obter planos de saúde individuais onde o próprio indivíduo define o orçamento, porém estes tipos de planos costumam ser excessivamente caros e uma grande margem da sociedade civil não possui condições de pagá-los. Independentemente de qual seja, ambos os planos precisam pagar uma mensalidade fixa às seguradoras para que o convênio possa ser mantido. Contudo, o valor da mensalidade fixa cobre apenas os serviços mais simples, como atendimentos rápidos no pronto-socorro. Consultas médicas, exames e tratamentos não estão incluídos no plano, logo é preciso o pagamento de uma quantia-extra para que se possa desfrutar de uma assistência completa.

Para além disso, as seguradoras de saúde também cobram uma espécie de franquia para que o plano seja efetivamente contratado, essa franquia é chamada de “deductible”. Estabelecido o valor da franquia (depende da seguradora e do plano contratado), a seguradora só começará a cobrir os gastos inclusos do plano após o pagamento total da franquia. Se houver um valor X estabelecido e o indivíduo precisar de um tratamento que custe mais caro e não esteja incluso dentro do limite que o usuário pode desembolsar anualmente (Out of Pocket Maximum), a seguradora irá pagar a diferença. Em relação ao seguro privado nos Estados Unidos, Noronha e Ugá (1995, p. 194) nos diz que:

(...) esse modelo é baseado na aquisição individual ou em grupo (de trabalhadores) de planos de seguro-saúde privados, ele constitui sistema altamente fragmentado e diversificado, tanto na natureza dos prestadores como nos arranjos organizacionais que intermedeiam a oferta e a demanda dos serviços médico-hospitalares, e, ainda, na cobertura e nos métodos de financiamento dos subsistemas aos quais cada segmento populacional está vinculado.

Os Estados Unidos possuem o maior gasto *per capita* em saúde do que todos os países que compõem a OCDE, segundo dados apresentados pela Health Care Financing Administration (1993). Apesar disso, a cobertura do sistema sanitário norte-americano deixa muito a desejar quando se trata sobre cobertura. Já foi dito anteriormente que grande parcela dos estadunidenses não possuem acesso a nenhum tipo de serviço de saúde e quando possuem, a cobertura se estende apenas aos serviços mais básicos. Também é possível observar uma desigualdade social gigantesca entre a população formalmente segurada. O funcionamento do sistema de saúde estadunidense é pautado no princípio de liberdade, segundo a Constituição do país. De acordo com Noronha e Ugá (1995):

Tal sistema respeita o princípio do Individualismo, ideário liberal, que legitima os resultados do processo do mercado com base na diferenciação dos indivíduos, no risco e na eficiência do mercado na alocação de recursos. Desde o seu início, a atenção à saúde foi vista, nos E.U.A., como problema de caráter individual. Nesse sentido, somente aos incapazes de competir no mercado, aos *poors* (isto é, os pobres, os inabilitados, os órfãos e os idosos que não tivessem logrado poupar ao longo de sua vida) se destinaram ações específicas, promovidas por instituições de caridade e, secundariamente, pelos governos locais.

Os planos que mais predominam dentro do sistema de seguro-saúde privado são aqueles destinados aos trabalhadores de empresas, embora seu acesso a eles não se configure como um direito trabalhista e sim como um benefício adicional gerenciado pela política particular de cada empresa. Os trabalhadores das empresas de pequeno porte constantemente estão fora do sistema de proteção à saúde devido ao baixo poder aquisitivo em relação aos valores abusivos cobrados pelas seguradoras. O sistema não é uniforme nem igualitário, há uma disparidade enorme entre os tipos de coberturas, os serviços cobertos e os tipos de financiamento dos planos. Sem ser um direito trabalhista e muito menos uma garantia do direito humano básico, o seguro-saúde é certo apenas enquanto as seguradoras e as empresas estiverem se beneficiando. No caso de demissão ou de uma doença altamente grave e de tratamento com altos custos, o trabalhador fica totalmente desprotegido pelo plano.

Além do maior gasto em saúde entre os países da OCDE, os Estados Unidos também apresentam uma média maior de absorção do Produto Nacional Bruto no setor de saúde que os outros membros. O gasto estadunidense em saúde vem aumentando cada vez mais desde a década de 70 e o seu aumento não obrigatoriamente representou uma qualidade melhor do sistema. Enquanto nos outros países que compõem a OCDE o gasto em saúde é majoritariamente executado pelo setor público, nos Estados Unidos esse gasto pelo setor público equivale apenas a 42%. O gasto no setor privado corresponde a 58%, sendo 33% destinado ao seguro-saúde. Veja abaixo:

Tabela 1 - Gasto setorial em saúde nos Estados Unidos

Estrutura setorial do gasto em saúde. E.U.A., 1989

Setor	(%)
1. Privado	58%
1.1. Seguro-saúde	33%
1.2. Gasto individual e copagam	21%
1.3. Outros	4%
2. Público	42%
2.1. Medicare	10%
2.2. Medicaid	17%
2.3. Outros programas estatais	15%
Total	100%

Fonte: extraído de BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

Em relação ao gasto privado, o pagamento individual direto de serviços hospitalares declinaram a partir da década de 60 em razão da oferta de prêmios pagos a sistemas de seguro-saúde. Contudo, a partir da década de 80 percebe-se um aumento do pagamento direto no gasto privado de saúde em razão do elevamento dos custos de tratamentos. De acordo com os dados de uma tabela apresentada por Noronha e Ugá (1995), existe uma queda na participação dos recursos privados no financiamento da saúde estadunidense desde 1965, pulando de 75,3% a 58,1% em 1989. Por outro lado, a utilização dos recursos públicos em saúde vem aumentando desde então.

Embora o gasto em saúde seja maior no setor privado que o público, a aceleração desse gasto atinge os dois setores igualmente. Em relação à estrutura das despesas em saúde, os serviços hospitalares apresentam maior parcela de gasto, um equivalente a 43,7% segundo uma tabela feita pela *Health Care Financing Administration* entre 1980-1990. Dentro dos serviços hospitalares, os serviços de internação e os ambulatoriais correspondem respectivamente a 28,0% e 8,7% já na década de 90. Os honorários médicos ocupam o segundo lugar na composição do gasto em saúde dos Estados Unidos, materiais e medicamentos representam uma despesa menor comparado a outros tipos de serviços profissionais.

De acordo com os autores, o aumento nas despesas pode estar relacionado com as crescentes taxas de inflação que assolaram o país na década de 70, mas também com o aumento populacional que, por motivos óbvios, requer maior utilização dos serviços de saúde. É impressionante pensar que os Estados Unidos continuam investindo e gastando mais dinheiro e recursos no setor privado de saúde do que o público, uma vez que já ficou claro que o setor privado é, de longe, um sistema completamente efetivo no que tange à assistência dos serviços médico-hospitalares. Este talvez seja o principal problema enfrentado pelo sistema de saúde norte-americano, embora seja o país que mais destine seu PNB e apresente o maior gasto per capita no setor de saúde, todos esses investimentos são direcionados ao seguro privado.

3.2 O sistema privado de saúde da Índia

Assim como nos Estados Unidos, a Índia possui o setor médico privado dominante em relação ao setor público e também implica nas mesmas

problemáticas para a população mais pobre do país, embora possua características diferentes do então líder hegemônico. Para entendermos as atuais particularidades a respeito do sistema privado de saúde indiano é preciso respaldarmos, em parte, como se deu o desenvolvimento da saúde no país a partir de meados da década de 70. A década de 70 é utilizada como referência por se tratar do período onde o setor privado começa a ganhar espaço quanto aos serviços médicos ofertados.

Até o início da época em questão, o serviço médico dominante era coordenado pelo setor público que era responsável pela maioria das ações em saúde, deixando o setor privado (ainda não muito consolidado) a cargo das ações filantrópicas. Assim como aponta a *National Coordination Committee, Jan Swasthya Abhiyan (2006)* percebeu-se a partir de 1975 um aumento desenfreado no número de especialistas em saúde resultando em um *boom* dos hospitais privados na década de 80. Vale destacar, ainda segundo o comitê, que o setor privado de saúde sofreu grandes influências do Estado na época, facilitando assim a sua consolidação como o principal fornecedor de serviços. Tais facilidades incluem concessão de terrenos, isenções das taxas de importação para instauração das clínicas particulares, incentivos fiscais e investimento na indústria farmacêutica. Nota-se, portanto, o grande papel estatal no fortalecimento das estruturas privadas de saúde indianas. Ao invés de investirem no setor público de saúde já existente e fundamentado, verifica-se a preferência do Estado indiano na abertura do setor privado. O documento produzido pela *Rede Nacional Indiana de Organizações da Sociedade Civil e Movimentos Populares que trabalham pelos Direitos à Saúde* alega:

Sob o nome de 'reformas' o estado interrompeu grandes novos investimentos no setor hospitalar deixando o campo aberto para o investimento privado assumir. Não só isso, o governo ofereceu grandes concessões e subsídios aos hospitais privados na forma de terras gratuitas ou muito baratas, impostos feridos, descontos nas tarifas alfandegárias, empréstimos a juros baixos de bancos setoriais, entregando total ou parcialmente os hospitais públicos a entidades de iniciativa privada (JAN SWASTHYAABHIYAN, 2006, p.25).

A década de 90 se torna definitiva em matéria de consolidação dos hospitais privados, tanto pelas questões já levantadas como também pelo avanço tecnológico que o país experimentou, principalmente no setor da medicina. O comitê indiano nos apresenta um paradoxo bem estruturado em relação à educação médica na Índia,

onde a predominância do ensino está agregada nas instituições educacionais públicas que também produzem a maior quantidade de formandos. Entretanto, grande parte dos médicos formados pelas universidades públicas ingressam no mercado de trabalho privado e não no setor público - ainda sem considerar os profissionais que acabam migrando do país para os Estados Unidos e Europa - sendo assim o setor público contribuinte no aumento do setor privado (JAN SWASTHYA ABHIYAN, 2006).

Importante destacar a relação do crescimento do setor privado de saúde na Índia enquanto o setor público sofria constantes negligências na década de 90. Além da falta de investimentos, o sistema público de saúde passou por reformas a fim de se adequar ao sistema privado, incluindo tarifas de uso e a contratação dos serviços médicos dentro do seu modelo. O Comitê de Coordenação Nacional (2006, p. 19) afirma que “Não seria errado dizer que no sistema de saúde, o setor privado de saúde tornou-se agora completamente dominante e está substituindo ou remodelando o setor público à sua própria imagem”. À vista disso, torna-se extremamente difícil desassociar saúde pública e saúde privada na Índia, quando o crescimento desta está intrinsecamente ligada ao colapso do sistema público e é relevante no processo do entendimento das atuais particularidades da saúde privada indiana.

Em relação a este setor, o seguro de saúde privada começa a atuar com a criação da empresa privada *General Insurance Corporation*⁹ (GIC) na qual fundiu outras empresas privadas em quatro subsidiárias da empresa, trabalhando a nível nacional (PRINJA; KAUR; KUMAR, 2012). Vale fomentar também que o seguro privado de saúde indiano se intensificou a partir da privatização deste mercado com a aprovação da Lei da Autoridade Reguladora e de Desenvolvimento de Seguros (IRDA) feita pelo governo indiano em 1999. Historicamente, percebe-se de maneira clara como o governo e o sucateamento do sistema público deram todos os recursos necessários para que o setor privado se tornasse como ele é hoje.

Antes de adentrarmos no atual funcionamento do setor privado de saúde na Índia, é necessário entendermos como o direito à saúde é visto no país. Segundo Singh e Chokshi (2014) ao abrigo da Diretiva de Princípios, parte IV, art. 19º da Constituição indiana, o governo federal deve promover o bem-estar das pessoas, aumentar os níveis nutricionais e o padrão de vida dos indivíduos, melhorar a saúde

⁹ Corporação de Seguros Gerais (tradução livre).

pública do país, bem como atuar na proteção do Meio Ambiente uma vez que este impacta diretamente o setor da saúde.

O sistema de saúde indiano é misto e sua distribuição pode ser explicada através de ângulos regionais, onde o sistema público de saúde concentra-se majoritariamente na zona rural e nos pequenos vilarejos e o sistema de saúde privada tem maior predominância nos centros urbanos (Chokshi *et al*, 2016, p.9). Setor privado não necessariamente significa o mesmo que sistema organizado, eficiente e de qualidade, uma vez que a medicina privada da Índia engloba tanto profissionais da medicina moderna como praticante dos conhecimentos tradicionais, fazendo com que não haja uma regularização dos serviços ofertados. Importante destacar a influência do sistema privado no setor público que desde a década de 80 vem não só sofrendo uma privatização dos seus serviços mais básicos, mas também a taxação pela utilização desses serviços (JAN SWASTHYA ABHIYAN, 2006).

Se a população pobre do país não possui o aparato financeiro necessário para a contratação e uso dos serviços privados de saúde, ela também não vê no setor público um sistema capaz de atendê-la de forma acessível dada a privatização de seus ofícios. Não é necessário citar, portanto, a quantidade de indianos que não utilizam de nenhum tipo de sistema de saúde e serviço e como isso implica negativamente na questão sanitária do país. A questão complexa do caso indiano se dá pela insuficiência dos programas governamentais voltados para saúde e por um sistema de saúde privada altamente desregulado.

Como citado no parágrafo anterior, o setor privado abrange uma gama diversificada de profissionais, dos quais podemos encontrar médicos qualificados, médicos com baixo grau profissional e até mesmo os famosos curandeiros obtentores de práticas não convencionais. É preocupante a constatação de que o setor privado indiano, atualmente, configura-se como uma das instituições globais de medicina mais renomadas que existem e que ainda sim apresenta falhas alarmantes, como a falta de atendimento medicinal padronizado quanto à segurança e qualidade. Em relação à estes desafios do sistema de saúde na Índia é possível dizer que:

Durante os anos 1990, a saúde pública se concentrava fundamentalmente em programas para reduzir as taxas de mortalidade materno infantil e para controlar a malária, hanseníase, tuberculose e HIV. O resto foi deixado a cargo do setor privado. A saúde passou a ser dirigida pelo mercado, com a promessa de “vales-saúde” para os pobres. A formação profissional em

saúde e a pesquisa médica passaram a ser dirigidas cada vez mais pelo mercado, com grandes desigualdades regionais e por especialidade. Programas de inovação e pesquisa começaram a ser dirigidos pela ajuda internacional (ABROL *et al*, 2016, p. 2).

Um grande problema do sistema privado também está no endividamento da população pobre no tocante aos gastos altíssimos com a saúde, fazendo com que o acesso aos serviços médicos dessa população mais vulnerável se torne ainda mais difícil. Prinja, Kaur e Kumar (2012) apontam que o envelhecimento da população, o aumento do espectro de doenças não transmissíveis de alto custo e das expectativas dos consumidores em relação aos cuidados de saúde cada vez mais avançados tecnologicamente faz com que os tratamentos de saúde passem a custar mais. Referindo-se como o “empobrecimento dos pobres” este fenômeno é cada vez mais recorrente no país, bem como a assimetria de serviços e informações entre as seguradoras de saúde indianas e seus beneficiários. Em outras palavras, diz-se que:

Os altos gastos diretos com saúde (OOP) representam uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde. Entre aqueles que são hospitalizados, quase 25% são empurrados abaixo da linha da pobreza pelo impacto catastrófico dos gastos com saúde OOP. Além disso, os custos de saúde estão aumentando devido à transição epidemiológica, demográfica e social. A assimetria de informações leva ao fracasso do seguro de saúde privado (PHI) administrado atualmente (PRINJA; KAUR E KUMAR, 2012, p. 142).

A Índia é um dos países asiáticos que mais investe no setor privado de saúde e um dos que menos investe no setor público. Segundo dados do governo indiano sobre as Contas Nacionais de Saúde nos anos de 2004 e 2005, dentro dos 5% do produto interno bruto (PIB) em relação aos gastos com saúde, apenas 0,9% é contribuição do governo. Fica fácil entender sobre o endividamento da população indiana, pois a maior parte dos gastos com saúde vem do próprio financiamento. Para se ter uma ideia, cerca de 80% e 40% do atendimento ambulatorial e hospitalar está a cargo do setor privado.

De acordo com Prinja, Kaur e Kumar (2012) o seguro privado de saúde indiano funciona de maneira bastante peculiar em relação ao dos Estados Unidos e entre as seguradoras e a clientela. Funcionando sob um sistema de “susceptibilidade ao risco”, a estimativa do prêmio que uma seguradora oferta toma como base a probabilidade precisa das chances do seu cliente adoecer e também da sua perda de renda com os atendimentos médicos pós-doença. A assimetria de informações que ocorre entre a seguradora e o segurado torna o seguro insustentável no

mercado privado uma vez que a contínua adesão de pessoas com maior propensão de adoecerem acaba levando a adesão a uma situação adversa.

A tendência das seguradoras aumentarem os prêmios (leia-se benefícios do seguro) acaba afastando as pessoas que são saudáveis deste mercado, tornando o PHI¹⁰ segurador em sua maioria apenas das pessoas mais insalubres e doentes, elevando ainda mais o custo para a seguradora. O fracasso do seguro e esta tendência conhecida como “espiral da morte” também pode ser traduzida da seguinte maneira “Tal situação leva a uma espiral em que as companhias de seguros aumentam os prêmios que expulsam a população saudável do mercado e as pessoas relativamente mais doentes se seguram, o que aumenta ainda mais os prêmios no ano seguinte” (PRINJA; KAUR; KUMAR, 2012. p. 144).

Outro tipo de seguro saúde na Índia ocorre de forma contrária à citada anteriormente, conhecida como *Cream Skimming*¹¹. Neste tipo de seguro, as seguradoras tendem a selecionar as pessoas com menor probabilidade de doenças, ou seja, aquelas mais saudáveis que não possuem tanta necessidade de procurar tratamento e serviços médicos recorrentes. O financiamento em saúde no setor privado pode ser exemplificado pela tabela abaixo:

Tabela 2 - Estrutura de financiamento da saúde na Índia

System characteristic	Health financing structure			
	Public sector	Private health insurance	Social health insurance schemes (ESIS and CGHS)*	Community-based Health Insurance (CBHI) schemes
Source of finance	<ul style="list-style-type: none"> General tax (>90%) User charge (minor, recently started) 	<ul style="list-style-type: none"> Actuarial premiums Individual risk rated Community rated (discount) 	<ul style="list-style-type: none"> Payroll tax (1.75% of pay) Employer contribution (4.75%) Government subsidy from general tax 	<ul style="list-style-type: none"> Hypothecated contribution for - CBHI Government or donor subsidy
Financial intermediary	<ul style="list-style-type: none"> Central Government State Government Urban local bodies and PRI** 	<ul style="list-style-type: none"> General Insurance Company (GIC) and intermediaries Private companies encouraged 	<ul style="list-style-type: none"> Employees State Insurance Corporation (for ESIS) Central Government (CGHS) 	<ul style="list-style-type: none"> Community managing the CBHI scheme
Service provision	<ul style="list-style-type: none"> Government employed doctors and health personnel in rural health centres, district hospitals and tertiary hospitals 	<ul style="list-style-type: none"> Mainly large urban-based private hospitals 	<ul style="list-style-type: none"> ESI Hospitals and dispensaries CGHS dispensaries Empanelled private hospitals for both 	<ul style="list-style-type: none"> Local government and private hospitals
Target group	<ul style="list-style-type: none"> Universal access for curative services Targeting for special age groups for national health programs 	<ul style="list-style-type: none"> Voluntary enrolment on ability to pay. Mainly urban rich insured 	<ul style="list-style-type: none"> ESIS: factory workers and family with salary less than Rs 10,000. CGHS: Central Government employees and family 	<ul style="list-style-type: none"> Informal sector
Physician payment	<ul style="list-style-type: none"> Salary as per Central and State Government norms 	<ul style="list-style-type: none"> Mostly FFS***/ sometimes capitation 	<ul style="list-style-type: none"> Government doctors: salary 	<ul style="list-style-type: none"> Variable bu
Hospital payment	<ul style="list-style-type: none"> Paid in kind for drugs/ equipments Budget for other overheads 	<ul style="list-style-type: none"> Mostly FFS***/ sometimes capitation 	<ul style="list-style-type: none"> Government hospital: Paid in kind for drugs/ equipments Budget for other overheads Private: FFS/ Fixed rates 	<ul style="list-style-type: none"> Variable but mostly FFS

*Employees State Insurance Scheme (ESIS) and Central Government Health Scheme (CGHS), **Panchayat Raj Institutions, ***Fee for service

Fonte: extraído de PRINJA, Shankar; KAUR, Manmeet; KUMAR, Rajesh. Universal Health Insurance in India: Ensuring Equity, Efficiency, and Quality. Indian Journal of Community Medicine, 2012.

¹⁰ Private Health Insurance: Seguro de Saúde Privado (tradução livre).

¹¹ Termo pejorativo que significa em sua forma literal “creme desnatado”.

A lógica deste seguro é absurda e segregadora, visto que exclui desse sistema as pessoas mais necessitadas, como idosos e as pessoas que vivem em extrema pobreza. Em relação à probabilidade de adoecer e da perda esperada de renda, é possível dizer que:

A estimativa da probabilidade de adoecer também é complicada pelo risco moral ex-ante, ou seja, como resultado do seguro, aqueles que estão segurados se entregam a comportamentos que aumentam a probabilidade de adoecer. Além do conhecimento do risco de adoecimento, a segunda informação necessária para o cálculo do prêmio é a “perda esperada de renda” em caso de doença. Risco moral ex-post, ou seja, maior utilização dos cuidados de saúde pelos segurados após o seguro e; demanda induzida pelo fornecedor, resultante da assimetria de informação com o médico atuando como agente imperfeito do paciente, leva ao aumento do custo do atendimento médico (PRINJA; KAUR; KUMAR, 2012, p. 144-145).

Embora haja outros tipos de seguro na Índia, como o seguro social e o seguro comunitário, ambos não são completamente efetivos no tangente à qualidade e alcance de pessoas. O uso do PHI, uma vez que o mercado privado de saúde indiano é o que possui maior atuação, levanta questões sérias a respeito da transformação do sistema em um sistema mais regulado, equânime, efetivo e de qualidade.

O que se percebe de maneira bastante clara é a situação irônica que ocorre tanto na Índia como nos Estados Unidos: ambos são dois Estados neoliberais que investem, anualmente, bilhões de dinheiro no setor da saúde e, infelizmente, os benefícios destes investimentos não são revertidos para a população de uma maneira positiva. Sabe-se, no entanto, que boa parte destes investimentos são destinados ao setor privado de saúde e não ao público, argumento bastante racional para explicar este desequilíbrio. Dentro da concepção da teoria liberal, os indivíduos seriam iguais perante a lei e possuidores dos *direitos naturais* desde seus nascimentos. Portanto, a prioridade de um Estado liberal ou neoliberal deveria ser, ao menos em tese, a construção de uma sociedade que oferecesse condições sociais dignas aos cidadãos para que estes exercessem sua liberdade individual (JACKSON E SØRENSEN, 2013).

A atual configuração desta relação conturbada entre o Estado norte-americano e o indiano com suas respectivas populações no que tange à

saúde é algo que pode ser evidenciado segundo os princípios da teoria liberal, que caracteriza o Estado como o principal ameaçador das liberdades individuais e dos direitos. No caso estadunidense e indiano, fica claro a infração do direito à saúde por parte do governo uma vez que suas populações não possuem um acesso à saúde de forma equânime e nem de qualidade, outros nem possuindo quaisquer acessos.

4 O IMPACTO DA SAÚDE PRIVADA NORTE-AMERICANA E INDIANA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Visto a funcionalidade do sistema privado de saúde que existe tanto nos Estados Unidos como na Índia, fica nítido a percepção de um quadro sanitário já complexo e cheio de desafios em um contexto pré-pandêmico. Os problemas no campo da saúde relacionados à cobertura, financiamento, atendimentos e tratamentos de doenças já existiam nestes dois Estados antes da Covid-19 e muito anteriormente já impactavam negativamente as populações mais vulneráveis destes países.

O sistema de saúde privada ao mesmo passo do sucateamento e ineficiência do sistema público de saúde representa uma realidade onde os ricos possuem seu direito básico à saúde garantido e os pobres possuem este direito violado, já que não detêm dos recursos financeiros necessários para tal. Associada esta condição à emergência de uma pandemia catastrófica que viria a ceifar milhões de vida em tão pouco tempo, superlotar hospitais e leitos, causar a falta de medicamentos e congelar quase toda a economia global é possível entender como o sistema de saúde estadunidense e indiano não só não estava apto a contemplar toda a população de maneira equânime, como também não estava preparado de forma nenhuma para lidar com o surgimento de uma crise sanitária global.

Não é coincidência estes Estados apresentarem um cenário onde o setor privado, cujo poucos podem arcar, se faz hegemônico e são os mesmos dois países que se posicionaram nas primeiras colocações do Ranking Mundial de contaminação do vírus. Sabe-se que Estados Unidos e Índia possuem realidades socioeconômicas muito distintas, portanto o fator que uniu estes dois países a um quadro excessivamente preocupante durante a pandemia se deu através da funcionalidade do sistema de saúde em vigor nesses Estados. De forma grosseira é como reduzir esta realidade ao pensamento “piorou-se o que já era ruim”.

A contextualização do quadro problemático da saúde estadunidense e indiana na pré-pandemia nos ficou bastante explícita após o respaldo sobre o funcionamento do setor privado e suas implicações sociais. Para entendermos como as sociedades norte-americana e indiana foram ainda mais impactadas negativamente no processo de duração da pandemia, se faz necessário um resgate histórico acerca do seu surgimento e das suas particularidades no Sistema Internacional.

4.1 Contextualização da pandemia do SARS - CoV - 2 e a importância dos Direitos Humanos dentro do contexto pandêmico

A pandemia da Covid-19 foi gerada pela disseminação de um vírus classificado como *coronavírus* do tipo SARS-CoV-2, causador de doenças respiratórias desde leves (resfriado comum) até as mais graves (Síndrome Respiratória Aguda Grave), podendo levar também os indivíduos a morte (WHO, 2020). Este tipo de vírus é identificado pela comunidade científica como um vírus zoonótico, pois é regularmente transmitido de um organismo animal para o organismo humano. Importante lembrar também que a pandemia instalada pelo SARS-CoV-2 em 2019 não foi a primeira movimentação do vírus no mundo, uma vez que outros pequenos surtos virais do coronavírus foram identificados e reconhecidos tanto em 2002 (infecção de gatos civetas e humanos) como em 2012 (camelos dromedários e humanos infectados pelo MERS-CoV). Diferentemente do conceito utilizado pelas Relações Internacionais, a comunidade das ciências biológicas (Ecologia) classificou este advento da pandemia como um evento de spillover¹².

Embora em outras ocasiões os surtos virais da SARS-CoV tenham sido proporcionalmente menores e mais isolados, o surto no ano de 2019 viria a implicar em desdobramentos jamais previstos. Os primeiros casos confirmados oficiais de Covid-19 (SARS-CoV-2) foram identificados na cidade de Wuhan - China em dezembro de 2019, ainda que a aparição de um vírus em determinada localidade não signifique dizer necessariamente que a infecção viral tenha começado de fato naquela região. Este foi o caso em 2019, quando alguns países já haviam retrospectivamente identificado pacientes infectados pela SARS-CoV-2 antes do primeiro caso em Wuhan ser notificado de forma oficial (WHO, 2020, p.2).

A disseminação do vírus, mais especificamente como ocorreu a primeira infecção e de que forma, é uma questão bastante complexa de se entender até hoje. Indubitavelmente foi e é ainda mais difícil criar barreiras para a propagação do coronavírus visto o contexto internacional que o mundo está inserido. Durante todo o processo das primeiras identificações e iniciação das pesquisas sobre o caso, a circulação de milhões de pessoas, serviços e produtos não sofreu interrupções. Não nos é desconhecido o fato de que a globalização dos últimos tempos viabiliza, e

¹² Na Ecologia, Spillover diz respeito à adaptação de um vírus ou micróbio para se hospedar em outro organismo.

muito, a propagação cada vez maior de doenças infecciosas pelo globo. É extremamente árduo conseguir isolar um surto viral quando este ocorre dentro do contexto globalizatório, cujos deslocamentos ocorrem de forma constante e ininterrupta.

A questão da Covid-19 começa a se agravar a partir de fevereiro/março de 2020 quando é oficialmente categorizada pela OMS como uma pandemia. Nenhum outro surto de infecção pelo coronavírus se disseminou de forma tão rápida e ao mesmo tempo tão longe como o SARS-CoV-2. Poucos meses depois do primeiro caso confirmado a doença já havia se espalhado para cerca de 188 países e regiões de acordo com os dados coletados pela Universidade Johns Hopkins (JHU) que acompanha a situação epidemiológica do novo coronavírus em conjunto com a OMS, CDC, FAO e outras Instituições Internacionais. Após se espalhar por todos os continentes freneticamente, várias medidas de segurança e contenção do vírus foram promulgadas pela OMS como o fechamento de fronteiras e aeroportos, diretrizes acerca dos cuidados básicos de saúde, quarentenas, lockdowns entre outros critérios.

Infelizmente, os processos de contenção do vírus não ocorreram de forma simultânea em todos os países e, inclusive em alguns, não da mesma forma. Este foi um fator decisivo para que a contenção do novo coronavírus falhasse, visto que alguns países obedeceram às normativas estabelecidas pela OMS e outros colocaram-se em uma posição negacionista em relação à gravidade do vírus. Sem dúvida alguma, o setor da saúde foi o primeiro a colapsar frente ao desafio que surgiu abruptamente no sistema internacional. O quadro da saúde global foi marcado, a níveis estatais, pelo superlotação de hospitais, falta de leitos e medicamentos na farmácia, automedicação frente ao aparecimento de fake news, falta de insumos e equipamentos hospitalares, aumento desenfreado do óbito não só de pacientes, mas também de médicos e enfermeiros que trabalharam na linha de frente contra a doença.

A pandemia não afetou apenas o setor da saúde, ainda que tenha sido o primeiro setor terciário a ser atingido. As medidas de contenção e prevenção do vírus e os processos de idas e vindas dos lockdowns afetaram intensamente a economia global. O congelamento parcial das atividades econômicas nos variados setores e a alta taxa de desemprego promovida por este dividiu o mundo entre

aqueles que vivenciaram o *home office* sem menores problemas e aqueles que *precisavam* trabalhar senão não sobreviveriam. Fome, desemprego, queda das atividades comerciais, escassez de suprimentos, aumento dos preços, fechamento de fábricas entre outros pontos representam desdobramentos negativos ocasionados pela pandemia nas questões relacionadas à Agenda Internacional. Sobre os impactos socioeconômicos gerados pela pandemia do novo coronavírus acrescenta-se que:

Em 14 de abril de 2020, o Fundo Monetário Internacional (FMI) afirmou que os impactos da COVID-19 farão, provavelmente, que a economia mundial experimente o pior desempenho desde a Grande Depressão, em 1929. Segundo a organização, o Produto Interno Bruto (PIB) mundial deve diminuir 3% quando a projeção anterior era de crescimento de 3,3%. Paralelamente, a Organização Internacional do trabalho (OIT) afirma que os trabalhadores e as empresas enfrentam uma catástrofe, tanto nas economias desenvolvidas quanto naquelas em desenvolvimento que pode fazer desaparecer 6,7% das horas de trabalho no mundo apenas no segundo trimestre de 2020, ou seja, o equivalente a 195 milhões de postos em período integral (FMI, 2020; OIT, 2020 *apud* SOUTO, 2020, p.24).

Esse impacto gigantesco e inesperado na economia global pode vir a caracterizar a pandemia como um fenômeno chamado *Cisne Negro*¹³, visto seu impacto em vários setores da sociedade e no mercado financeiro global. Outros impactos também foram sentidos na Política Mundial, pois as relações entre os Estados ficaram abaladas devido aos posicionamentos, declarações e comportamentos de determinados Estados em relação à gravidade da situação epidemiológica. Muitos movimentos antivacina começaram a aparecer em contrapartida da intensa campanha de vacinação em massa articulada pela OMS e pelos laboratórios como forma de prevenção e controle da doença.

Os setores da educação, cultura e meio ambiente também foram impactados pela pandemia, ainda que em menores graus do que a saúde e a economia. A forma de lidar com a nova realidade pandêmica foi um desafio em muitos quesitos e a rotina de milhões de pessoas e o ordenamento do sistema internacional e suas relações sofreram mudanças abruptas. Lamentavelmente, estes não são os pontos mais aterrorizadores que a pandemia do SARS-CoV-2 apresentaram. O saldo de milhões de mortes que ocorreram entre os anos de 2020 e 2021, sem dúvida, representaram a maior sequela irreparável de todas. Muitos indivíduos e seus familiares, amigos morreram com a doença por não terem se vacinado a tempo e

¹³ Teoria concebida por Nassim Nicholas que explica a ocorrência de eventos raros e relevantes que geram grande impacto na economia global.

por não terem um atendimento e tratamento adequado nos hospitais durante suas internações devido ao cenário caótico que estes apresentavam. Uma reflexão que fica nas entrelinhas é como um microorganismo pode impactar profundamente a vida de milhares para sempre e como é fácil nossos direitos serem violados quando os Estados e Instituições não estão preparados para lidar com um fenômeno dessa magnitude.

Esta reflexão dá abertura para um debate muito importante acerca da garantia dos nossos direitos individuais, dentre eles o da saúde. A pauta dos Direitos Humanos dentro da Agenda Internacional é uma das temáticas mais debatidas recentemente tanto nos movimentos sociais como nas comunidades científicas. O reconhecimento e promoção dos direitos humanos pela comunidade internacional surge a partir da noção que todos os seres humanos são dignos de respeito e que à eles são incumbidos a realização de todas as condições mínimas para viver e terem suas necessidades básicas atendidas. Sem distinção de nenhum quesito ou contexto social, os indivíduos são iguais e merecedores de consideração moral, social e jurídica aos projetos pessoais e coletivos.

A princípio, o Estado é o principal encarregado de garantir a execução dos direitos humanos de seus cidadãos, embora outros organismos e redes internacionais também possuam certa centralidade na proteção e asseguuração dos direitos humanos de forma integral e contínua (Patarra *et al*, 2004; *apud* Ventura, 2010). As Comissões, Comitês e Cortes internacionais que regem os direitos humanos servem para auxiliar a fiscalização do cumprimento ou violação destas normativas. A efetivação dos direitos humanos implica na melhoria não apenas das condições sociais, mas também promove um avanço político e econômico das democracias, melhorando todos os índices dos quais um país poderia se submeter.

Infelizmente, as populações mais vulneráveis representam - historicamente - os grupos mais subjugados negligenciados no que diz respeito ao cumprimento de suas necessidades básicas. Estes grupos sofrem diariamente violações dos seus direitos e quase sem qualquer aparato jurídico-estatal. A questão da proteção dos direitos humanos está ligada intrinsecamente à noção da moralidade comum. Decerto, um dos direitos mais importantes e vitais para a vida humana concentra-se no direito básico à saúde e todos os meios que a envolvem. Segundo o art. 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948, p. 11):

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Ainda sobre a questão da garantia universal de saúde, em 1966 é assinado o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais na Assembleia Geral das Nações Unidas para reforçar a assecuração e enfatizar a importância da proteção destes direitos. De acordo com o art. 12º deste documento (1966) consta-se que:

Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar: a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o seu desenvolvimento da criança; b) O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial; c) A profilaxia, tratamento e controlo das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras; d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.

Assim como ocorre com todos os direitos sociais e culturais dos indivíduos, o direito à saúde pode ser cumprido e garantido através ações e políticas públicas que viabilizem a promoção de saúde e que intentem o acesso das pessoas aos serviços básicos de saúde. Portanto, é dever do Estado prestar os aparatos necessários para que a assistência médica seja efetiva. Apesar de um direito básico se concentrar na dimensão individual, os mecanismos para que ele possa ser executado abrangem a dimensão coletiva, pois se trata do trabalho conjunto do Estado e dos Organismos Internacionais que, no exercício de sua garantia, promovem um bem estar coletivo. Em relação a dimensão social onde os direitos humanos são operados, diz-se que:

A dimensão social é aquela operacionalizada coletivamente e deve garantir as condições necessárias para o alcance da saúde e bem-estar geral de todos. Aqui reside uma das maiores dificuldades atuais para a realização do direito à saúde, que é o de se estabelecer um rol de obrigações estatais relacionadas a este direito. É exemplar das dificuldades a discussão no Judiciário e Cortes Internacionais de Direitos Humanos sobre o direito de determinados grupos e indivíduos ao acesso a determinado medicamento para o seu tratamento de saúde (p.ex. portadores do HIV/Aids, e outras patologias), em decorrência das limitações estabelecidas pelos sistemas públicos de saúde de diversos países (VENTURA, 2010, p. 93).

O papel do Estado na promoção segura dos direitos humanos foge para além

da ala legislativa e deve ser, portanto, um trabalho que também envolve os setores administrativo, orçamentário e econômico. Para tal, utilizando sempre que necessário o limite máximo dos recursos estatais disponíveis e também aqueles que pertencem à Comunidade Internacional. Para que o exercício do direito à saúde seja devidamente aplicado o Pacto Internacional sobre direitos econômicos, Sociais e Culturais, estruturado pelo comitê de mesmo nome, exige a disponibilidade dos serviços e programas de saúde em quantidade suficiente para os indivíduos; a acessibilidade dos serviços médicos de forma física, econômica, informacional e não discriminatória; a aceitabilidade dos serviços prestados independente de cultura, gênero, entre outras coisas; a qualidade padrão de atendimento dos programas médicos e, por fim, a integralidade assistencial médica de todos os tipos e complexidades de demandas (VENTURA, 2010).

A questão atual sobre a busca efetiva do direito à saúde enquadra-se perfeitamente no *princípio do resgate* estabelecido por Dworkin (2005), onde a prioridade máxima global estaria respaldada nas objetividades a favor da vida e saúde, passando-se por cima de todas as outras preocupações. Portanto, não seria negociável e discutível a oferta de tratamento médico para as pessoas que o precisam. Diariamente e por toda a história, as sociedades sempre necessitam de assistência médica integral e progressiva, dentro de um período pandêmico esta realidade não mudaria. Pelo contrário, a assistência e proteção coletiva do direito à saúde nunca se tornou tão urgente e fundamental. Neste sentido, os Estados em conjunto com a OMS e outras Instituições Internacionais vêm fazendo avanços parciais para que a segurança deste direito saia da teoria e seja posto em prática. Afirma-se que:

A Organização Mundial de Saúde - OMS vem trabalhando para integrar a abordagem dos direitos humanos no contexto da saúde. Esse trabalho envolve não só incorporar a saúde na agenda externa dos direitos humanos, mas também incorporar os direitos humanos no trabalho do setor da saúde e de justiça, integrando seus princípios, normas e padrões nas políticas e programas de saúde e na jurisprudência, de forma que se possa apreender e direcionar os problemas de saúde nesta perspectiva que vem sendo entendida como adequada pelas instâncias do sistema internacional de direitos humanos (VENTURA, 2010, p. 96).

A pandemia da Covid-19 demonstrou satisfatoriamente como os sistemas de saúde, além de não estarem preparados, violam em todos os sentidos o direito à saúde ao dificultarem o acesso das minorias vulneráveis aos atendimentos médicos. A garantia individual e coletiva de saúde já era extremamente significativa em

períodos anteriores e se tornou ainda mais relevante durante a pandemia do SARS-CoV-2 para que as pessoas pudessem adquirir todos os medicamentos, serviços e acompanhamentos necessários para a prevenção, controle e tratamento da doença.

4.2 O impacto negativo do sistema privado de saúde sobre a população estadunidense durante a pandemia

Como debatido anteriormente, a predominância do setor privado e os planos de saúde com suas respectivas coberturas e preços já impactavam a população norte-americana de forma direta ou indireta antes da pandemia, transformando-se em um contexto muito mais complicado durante o período da mesma. Se boa parcela da população estadunidense já encontrava problematizações acerca do custeamento de medicamentos e tratamentos para outras doenças menos graves e mais rotineiras, a situação que se estende em vista da pandemia é uma situação insustentável no que diz respeito ao custeamento necessário para internação, medicação, uso dos aparelhos hospitalares, vacinação e testagem da doença. Manter-se em um hospital nos Estados Unidos por pouquíssimas horas custa caro. A energia, a água, o respirador mecânico, o uso do leito, sedativos, exames, medicações: absolutamente tudo é cobrado e detalhado no orçamento que o hospital lhe envia mais tarde para a efetivação do pagamento da conta hospitalar gerada.

A logística que está por trás do sistema privado de saúde norte-americano e das grandes seguradoras de saúde é uma logística liberal mercadológica e não vista como algo inerente ao cidadão como seu direito básico garantido pela Constituição. Em palavras claras e duras quem pode pagar, possui o acesso; quem não pode pagar, não o possui. Às vezes, a parcela econômica mais vulnerável da sociedade que não pode pagar acaba se endividando de todas as formas apenas para conseguir o mínimo de assistência médica. É possível, portanto, identificar dois grandes processos responsáveis pelo desastre sistêmico de saúde em vigor nos Estados Unidos: em primeiro lugar debate-se sobre a operacionalidade principal dentro do sistema de saúde possuir um cunho liberal mercadológico, onde priorizam-se as estatísticas lucrativas ao invés da vida (vêm-se números, não pessoas); por outro lado, é possível apontar também a própria característica federalista que envolve o sistema de saúde nos Estados Unidos, onde a

coordenação e o financiamento das questões ligadas à pandemia eram de responsabilidade dos estados e não do governo federal, tornando o sistema totalmente desintegrado em matéria de políticas públicas e ações contra a Covid-19. A quantidade de pessoas receosas que nem sequer chegaram a procurar algum tipo de atendimento médico em vista dos altos preços durante a pandemia é assustadora. Muitos indivíduos que foram contaminados pelo SARS-CoV-2 não buscaram nenhum tipo de tratamento médico hospitalar e preferiram permanecer em casa enquanto, incontestavelmente, precisavam de tratamento urgente. Embora diga-se que haja um “sistema público de saúde” e a oferta de planos de saúde como o *Medicare* e *Medicaid* fornecidos pelo governo à população mais pobre e idosa, estes elementos possuem uma margem insignificante de cobertura e atendimento quando o todo é analisado. Os altos custos de acesso ao serviço médico que o setor privado de saúde implica foram uma das principais causas que impediram a procura por assistência médica durante a pandemia, tornando a prevenção e controle da doença extremamente difícil, além de contribuir para a propagação da doença.

A população mais afetada pelo setor privado durante a pandemia do novo coronavírus foi a parcela da sociedade financeiramente mais instável e pobre. Analisando este grupo social, a questão de acesso à saúde durante a pandemia tornou-se ainda mais difícil entre as comunidades negras e hispânicas dos Estados Unidos. Socialmente, estes grupos sempre foram os mais marginalizados e negligenciados pelo Estado, seja em matéria de educação, saúde ou segurança. A situação já é delicada para um norte-americano branco que constitui a parcela mais pobre da população, para pessoas de outras etnias e países as circunstâncias são ainda piores.

Portanto, ao analisarmos o sistema de saúde estadunidense também nos deparamos com a profunda desigualdade social que este sistema não só engloba, mas também contribui. Sobre esta conjuntura, relata-se que:

Alguns dos efeitos mais negativos do sistema, por sua vez, podem ser vistos nas populações mais afetadas pela pandemia: de acordo com uma pesquisa do New York Times liberada nesta semana, latinos e negros têm três vezes mais chances de serem infectados pelo novo coronavírus que seus vizinhos brancos e duas vezes mais chances de morrer. Em faixas etárias mais avançadas, a desigualdade é ainda maior (O GLOBO *apud* AGRJ, 2020).

Como visto, as particularidades que caracterizam o sistema de saúde privado nos Estados Unidos e a sua logística de mercado contribuiram para a propagação

do vírus e conseqüentemente para o aumento no número de casos da doença e de óbitos. O Estado que teoricamente deveria ser o mais preparado para lidar com as conseqüências da pandemia, como em pesquisa e inovação, foi o que mais apresentou dificuldades para coordenar as ações contra a doença.

A postura do Estado americano não representa nada mais do que uma violência estrutural contra sua sociedade, uma vez que o pensamento neoliberal de respeito e garantia dos direitos naturais dos homens é violado pelo próprio Estado. Entretanto, a teoria liberal também classifica o Estado como um dos principais e potenciais ameaçadores das liberdades individuais. No que concerne ao número de contaminações e óbitos durante a fase mais crítica da pandemia (2020 e 2021), podemos evidenciar:

Tabela 3 - Número de casos confirmados e óbitos nos EUA durante 2020.

Estados Unidos - 2020	Número de Casos Confirmados	Número de Mortes
Janeiro	9	0
Fevereiro	55	1
Março	302385	8.748
Abril	818.90	58.325
Maio	665.106	38.269
Junho	1.081.038	26.338
Julho	1.758.515	28.113
Agosto	1.644.610	33.906
Setembro	1.129.919	19.626
Outubro	1.731.183	21.226
Novembro	5.416.137	53.517
Dezembro	5.727.942	74.562

Fonte: elaboração própria da aluna, baseado nos dados da OMS (2022).

Observando os valores da tabela durante o ano de 2020, fica claro um aumento exponencial no número de casos e de óbitos no mês de março em relação ao mês anterior e assim sucessivamente. Os números pesquisados demonstram a velocidade que o vírus se espalhou e os impactos negativos aos estadunidenses, sendo estas conseqüências diretas da predominância do setor privado de saúde e suas particularidades de mercado.

Tabela 4 - Número de casos confirmados e óbitos nos EUA durante 2021.

Estados Unidos - 2021	Número de Casos Confirmados	Número de Mortes
Janeiro	5.592.042	89.589
Fevereiro	2.464.836	67.848
Março	2.052.148	36.557
Abril	1.667.251	18.991
Maior	953.649	18.257
Junho	364.791	8.197
Julho	1.416.415	8.452
Agosto	4.891.219	40.040
Setembro	3.668.397	52.068
Outubro	2.296.927	42.146
Novembro	3.088.814	39.174
Dezembro	5.875.337	37.798

Fonte: elaboração própria da aluna, baseado nos dados da OMS (2022).

Os casos confirmados no ano de 2021 são superiores aos de 2020, embora a vacinação tenha de fato ocorrido no último ano. 2021 contabilizou uma média de 34.331.808 indivíduos, enquanto o número de óbitos contabilizou-se em 459.117. Durante os dois primeiros e mais críticos anos de pandemia, ao todo, foram registrados nos Estados Unidos o total de 54.607.615 casos confirmados da doença e um total de 821.751 mortes. Tratando-se dos grupos etários mais afetados pelo vírus apresenta-se:

Descobrimos que, em 29 de outubro de 2020, adultos de 20 a 34 e 35 a 49 são os únicos grupos etários que sustentaram a transmissão de SARS CoV-2 com números de reprodução (taxas de transmissão) consistentemente acima de um. Os altos números de reprodução de adultos estão ligados tanto à mobilidade de recuperação durante o verão quanto a riscos elevados de transmissão por visita ao local entre adultos com idade 20 a 49 (SCIENCE, 2021. p. 1).

Não é coincidência a faixa etária que mais apresenta número de contaminações concentrar-se entre as idades de 20 à 49 anos de idade, pois este grupo etário representa boa parte da população ativa nos Estados Unidos. Infelizmente, e como já citado anteriormente, a pandemia afetou outros setores além da saúde. Com a instalação da quarentena e dos lockdowns, milhares de estabelecimentos e lojas pararam total ou parcialmente seus serviços. Isso implicou em um aumento desmedido da taxa de desemprego no país. Segundo o jornal *E/ País* (2020) apenas no quarto mês de 2020 os Estados Unidos já apresentavam um índice de 14,7% de desemprego, o nível mais alto que o país alcançou dentro de 70 anos. Ainda recuperando-se da crise de 2008, a pandemia agravou o quadro deixando cerca de 20,5 milhões de pessoas sem emprego. Para além do problema

óbvio de se estar desempregado com questões relacionadas à moradia e alimentação, o problema também se estende aos cuidados pessoais de saúde. Se outrora financiar os cuidados com saúde era extremamente difícil para uma grande parcela da população estadunidense, quando a mesma encontrou-se desempregada esta tarefa se tornou praticamente impossível. As problemáticas sistêmicas alimentam uma à outra; estar desempregado implica em más condições de sobrevivência, entre elas negligência física e alimentar, acarretando sérios problemas com a saúde, que não pode ser tratada devido aos custos financeiros.

Vale lembrar também que durante a pandemia, mais especificamente no ano de 2020, os Estados Unidos estavam sob o governo do então ex-presidente Donald Trump que possuía uma visão negacionista e anti ciência da crise sanitária que se desenrolava. As medidas de prevenção e controle da doenças estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o uso de máscara facial e o distanciamento social foram descredibilizadas e desrespeitadas pelo ex-presidente, que de forma consistente, pregava ser a causa da crise econômica estadunidense além de ferir a liberdade individual dos cidadãos norte-americanos. O desalinhamento de pensamento entre os governadores estaduais e o ex-presidente prejudicou a logística operacional do combate a propagação do vírus e cooperou com a crise sistêmica sanitária do país. Sobre isto é verídico que:

O que se verificou na gestão federal da pandemia nos Estados Unidos foi o aprofundamento das políticas do governo Trump, do negacionismo, racismo, xenofobia, e anti cientificismo. Mobilizando os valores do neoconservadorismo e do ideário neoliberal, o presidente estimulou abertamente o descumprimento das medidas de saúde pública, vistas como forma de paternalismo e “intervenção” do poder público no “mercado” de livre escolha de condutas e modos de vida (MORAES, 2001; BROWN, 2018 *apud* SILVA, 2021, p.282-283).

Desta maneira, Trump contribuiu com a perspectiva neoliberal voltada para a recusa da regulação pública a fim de proteger a liberdade de escolha individual. A problematização deste discurso se dá quando a escolha individual afeta negativamente o bem-estar coletivo que é justamente um dos princípios liberais. Apesar do discurso e ações negacionistas à princípio, Trump adota uma postura mais empática em relação à pandemia devido às proximidades das eleições de 2021, abrindo uma corrida pela produção da vacina contra o SARS-CoV-2. Embora tenha ganhado as eleições de 2021 e tenha adotado uma postura política mais séria e colaborativa com as Instituições Internacionais durante a pandemia, o atual

presidente dos Estados Unidos Joe Biden não conseguiu deferir medidas de políticas públicas que fossem de fato eficientes contra a propagação do vírus.

Inclusive, o ano de 2021 foi relativamente pior, em termos de casos confirmados e óbitos, do que o ano de 2020. Este quadro se deu em razão do crescimento do movimento anti-vacina que começou nos Estados Unidos em 2020 pelos apoiadores de Donald Trump. A corrida pela vacinação nos Estados Unidos até o final do ano de 2021 implicou na administração de cerca de 468.516.782 doses de vacina contra a Covid-19, sendo possível observar um aumento na quantidade de doses administradas entre dezembro de 2020 até o mês de abril de 2021. A partir deste período, a aplicação de doses da vacina começa a diminuir drasticamente, passando de 3 milhões de doses (doses aplicadas em abril) para menos de 1 milhão em junho do mesmo ano (ICICT, s.d).

4.3 O impacto negativo do sistema privado de saúde sobre a população indiana durante a pandemia

O caso indiano também possui suas semelhanças com o caso norte-americano em matéria de implicações negativas que o setor privado de saúde traz para a população. Assim como o gigante hegemônico, a Índia também apresentava um quadro conturbado e problemático acerca da sua estrutura de saúde antes da pandemia tornando-se ainda mais agravante durante o período da mesma. Em relação à baixa qualidade encontrada dentro da assistência médica, o contexto se torna semelhante ao apresentado nos Estados Unidos: a camada social pobre da Índia possui seu estado de saúde já determinado a partir do seu nascimento, pois se não possuem recursos financeiros não conseguem ter um atendimento de qualidade nas melhores clínicas de saúde. Como já relatado em outros momentos, a saúde pública indiana encontra-se totalmente sucateada e recebe apenas sub investimentos. Embora muitos pobres recorrem de alguma maneira aos hospitais do setor privado em busca de um atendimento de saúde mais qualificado, esta camada da população apenas consegue ter acesso às clínicas particulares de baixa qualidade. Segundo o jornal do G1 (2008) “ (...) os pobres estão indo a médicos em rebanhos. Não há boas opções para os pobres. Os hospitais particulares a que eles têm acesso são de qualidade muito baixa, e quando eles procuram o atendimento público, não recebem qualquer tipo de atenção”.

Boa parcela da população indiana que vive abaixo da linha da pobreza

encontrou-se de mãos atadas. Não há a mínima possibilidade de recorrer aos serviços médicos do sistema público de saúde e mesmo aqueles que recorriam aos únicos serviços privados que tinham acesso encontravam um sistema altamente desregulado e ineficiente. Hospitais lotados, abafados, com atendimento desqualificado, entre outras visões comuns da pandemia implicaram na morte de milhares de indianos. Como mostrado em muitos veículos de comunicação brasileiros e estrangeiros, os indianos morriam às mínguas, nas ruas devido à inacessibilidade adequada ao sistema de saúde.

Entretanto, o caso indiano apresenta um arranjo muito importante de ser citado e que se diferencia do caso norte-americano. Logo nos primeiros meses da pandemia, o Governo Federal indiano em conjunto com outras parcerias conseguiu estabelecer uma resposta de combate à pandemia de forma muito rápida, seja com os sucessivos bloqueios coordenados dentro do país ou da reorientação meticulosa que o sistema de saúde como um todo sofreu (MADKAIKAR *et al*, 2021). Foi estabelecida uma rede operacional de 7.700 hospitais de atendimento da Covid-19 e centros de saúde, além da realização de oficinas virtuais de treinamento para a saúde profissional feita pelas secretarias centrais estaduais de saúde. A rede de laboratórios indianos foi expandida a fim de aumentar a capacidade de testes e diagnósticos da doença. Sobre a ação conjunta do governo indiano com outras parcerias, sabe-se que:

Os esforços do governo foram igualmente apoiados pela participação da comunidade, generosas contribuições de filantropos e o engajamento do setor privado. Muitas histórias de sucesso inspiradoras como o 'modelo Dharavi' (combate à Covid-19 na maior favela do mundo) surgiram por meio de uma governança eficiente, pela parceria público-privada e pelo engajamento comunitário (NATURE IMMUNOLOGY, 2021, p. 258).

Segundo a Science (2020) "Mais de 1,3 bilhão de pessoas correm o risco de infecção por SARS-CoV-2 na Índia, onde as preocupações com o COVID-19 levaram a estratégias de contenção em larga escala nos níveis nacional, estadual e local". Embora a rápida resposta indiana à pandemia e suas ações governamentais para tentar bloquear e controlar a infecção no país, o quadro epidemiológico da Índia não conseguiu conter a propagação do vírus dentro do território nacional nem das consequências gravíssimas que ocorreriam. Todos os hospitais e centros de saúde ficaram com lotação máxima, sem suprimentos hospitalares e insumos médicos, fazendo com que muitos não tivessem a mínima condição de passar nem da porta

para dentro de muitos hospitais. Apesar da expansão dos laboratórios, estes encontravam-se sobrecarregados com tamanha demanda e entregavam os resultados da Covid-19 muito tardiamente aos pacientes. A Índia tornou-se um grande epicentro da doença configurando-se como uma ameaça global, mesmo com a Europa e outras regiões registrando recuo no quadro epidemiológico. Em relação ao número de contaminações e óbitos durante a fase mais crítica da pandemia (2020 e 2021), podemos evidenciar:

Tabela 5 – Número de casos confirmados e óbitos na Índia durante 2020.

Índia - 2020	Número de Casos Confirmados	Número de Mortes
Janeiro	2	0
Fevereiro	5	0
Março	3.367	77
Abril	36.606	1.224
Mai	142.163	3.863
Junho	491.022	14.104
Julho	1.077.558	18.096
Agosto	2.363.088	33.262
Setembro	2.435.562	31.156
Outubro	1.634.709	20.329
Novembro	1.460.140	18.071
Dezembro	679.743	9.253

Fonte: elaboração própria da aluna, baseado nos dados da OMS (2022).

Tabela 6 – Número de casos confirmados e óbitos na Índia durante 2021.

Índia - 2021	Número de Casos Confirmados	Número de Mortes
Janeiro	422.218	4.839
Fevereiro	350.548	2.777
Março	1.388.778	7.572
Abril	7.071.948	50.919
Mai	9.251.882	131.217
Junho	1.736.094	55.246
Julho	1.110.391	22.346
Agosto	1.332.849	16.182
Setembro	825.230	8.284
Outubro	459.397	9.369
Novembro	359.955	15.140
Dezembro	255.977	8.444

Fonte: elaboração própria da aluna, baseado nos dados da OMS (2022).

Ao analisar a tabela de 2020, observamos um aumento disparado de casos confirmados da doença entre os meses de março e abril e uma queda nos números a partir de outubro. Já em 2021 a Índia começou os dois primeiros meses com um declínio no número de casos desde o ano antecedente, entretanto os números

voltaram a subir a partir de março, com destaque para abril e maio que apresentaram um aumento desmedido tanto de contaminados como de óbitos. Durante o período mais crítico da pandemia, a Índia registrou um total de 34.889.132 casos confirmados da doença e um total de óbitos registrados no número de 481.770 indivíduos.

Assim como nos Estados Unidos e em outros países, a parcela da sociedade mais afetada pela doença do SARS-CoV-2 foi a população ativa entre a faixa dos 20 até os 50, sendo em sua maioria pessoas do gênero masculino. Segundo o *Jornal de Doenças Raras Springer* (2021) “Pessoas com condições crônicas, principalmente entre populações pobres, rurais e marginalizadas, têm enfrentado dificuldades no acesso à saúde e foram severamente afetadas social e financeiramente pela pandemia do COVID-19”. Em entrevista à BBC News Brasil, especialistas relatam:

Nunca vimos uma situação como esta, em que o sistema de saúde não seja capaz de lidar com o peso dos números atuais e haja, no fundo, um aumento acentuado e contínuo de novos casos. A enorme população do país e seus problemas logísticos tornam muito difícil fazer o teste de covid ou registrar com precisão as mortes, tornando muito mais desafiador saber a escala exata da crise na Índia do que na Europa ou nos EUA, por exemplo (BBC NEWS BRASIL, 2021).

A crise econômica instaurada na Índia devido à pandemia da Covid-19 também levou uma grande margem de pessoas para a pobreza em razão dos inúmeros bloqueios econômicos, restrições de viagens e lockdowns promulgados pelo governo. Percebe-se a semelhança entre este ocorrido com o que houve nos Estados Unidos, pois a Índia também seguiu o mesmo ciclo de desdobramentos. Com a crise econômica instaurada no país, os pobres ficaram cada vez mais pobres e isso dificultou ainda mais o acesso desse grupo social à assistência médica que já era complicada antes. Assim como os Estados Unidos, a Índia vem se tornando grande exemplo de Estado Neoliberal que apresentou avanço nos setores de tecnologia, inovação e pesquisa do mesmo modo que também viola direta e indiretamente o direito básico do seus cidadãos no quesito saúde. A contradição que existe no caso destes dois países levantam o debate sério a respeito da atuação efetiva do Estado na garantia dos direitos individuais e na promoção do bem-estar coletivo.

O número de pobres na Índia aumentou drasticamente e piorou o quadro da

saúde no país tornando a situação epidemiológica indiana alarmante. A situação de crise econômica causada pela pandemia da Covid-19 e suas implicações negativas para o quadro de desigualdade social nos dois Estados e também para o sistema de saúde estabelece a ligação forte entre as temáticas de saúde global, economia, desigualdade social, pobreza, entre outros a fim de mostrar como as relações internacionais afetam toda uma cadeia de atores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados, fica claro a importância do debate acerca da saúde global e seus desdobramentos a nível doméstico devido à ocorrência gravíssima da pandemia da Covid-19 eclodida há 3 anos. Sabia-se anteriormente a respeito da relevância de uma assistência médica de qualidade e equânime, pois a violação deste direito por parte do Estado configura-se como uma violência estrutural além de representar também um dos atributos de Insegurança Internacional dos últimos tempos por conta do avanço da globalização e dos aspectos negativos que ela promove. Ademais, observou-se como a teoria neoliberal institucional aborda muitos princípios atuais considerados pela maioria estatal e pelos Organismos Internacionais a respeito dos direitos naturais individuais, do bem-estar coletivo da sociedade civil, do multilateralismo do Sistema Internacional com forte atuação de outros atores para além do Estado e também do Estado como potencial ameaça aos direitos naturais dos homens. De fato, o neoliberalismo é empregado pela maioria das democracias atuais e possui preceitos a favor da dignidade e liberdade humana, entretanto e em alguns casos, as características positivas dessa linha de pensamento não são aplicadas na prática.

Embora entenda-se dentro do neoliberalismo a preferência pela esfera privada no que tange às logísticas mercadológicas, é papel do Estado promover para a sociedade os quesitos básicos contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como a educação, liberdade de expressão, segurança, moradia, saúde entre outros. Infelizmente, observou-se que os floreios que regem o pensamento neoliberal não ocorrem na prática, pois a realidade de muitos países, hoje, está atrelada a uma situação bastante problemática onde os direitos humanos são constantemente violados.

Uma destas violações ocorre pela inacessibilidade de muitos a um sistema de saúde que seja eficiente e justo, como observado nos Estados Unidos e Índia, países neoliberais exemplares em matéria de tecnologia, inovação e ciência, mas que também possuem uma predominância de um sistema de saúde segregador, insustentável e inacessível para as parcelas da população mais vulnerável socioeconomicamente. Por isso a relevância de entendermos como a estrutura do sistema de saúde em vigor dentro de um Estado se relaciona com a sociedade e suas implicações para a saúde global. No caso dos Estados Unidos e Índia,

notou-se a violação estrutural gerada pela hegemonia do setor privado de saúde em relação ao sistema público e como isso fomenta consequências negativas para a população. Foi possível observar os males que essa estrutura privada ocasionou de forma direta e indireta na vida de milhões de estadunidenses e indianos, cuja desigualdade social saía do espectro econômico e também se estendia para o contexto sanitário, de alimentação e segurança. O advento da pandemia da Covid-19 abalou ainda mais o sistema de saúde defasado destes países, agravando a sua inacessibilidade e aprofundando o abismo entre pobres e ricos.

Levando-se em consideração estes aspectos, uma necessidade se faz atual e mais importante do que nunca: o debate a respeito da universalização da saúde como instrumento de garantia do direito básico à saúde e bem-estar coletivo. Um maior investimento na saúde pública e a instalação de um sistema único de saúde que integre as esferas municipais, estaduais e a federal - muito parecido com o que ocorre no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - é a maneira mais eficaz e justa para que não somente as populações dos Estados Unidos e Índia desfrutem de um contexto social e sanitário menos desigual, mas também para que o acesso à saúde se torne uma realidade universal, ou seja, para todos independentemente da raça, cor, gênero, sexualidade, situação econômica, entre outros.

REFERÊNCIAS

ABHIYAN, Jan Swasthya (National Coordination Committee). **Health System in India: Crisis and Alternatives**. Towards the National Health Assembly II Booklet 2, First Edition :October, 2006.

ABROL, Dinesh; SUNDARARAMAN, T.; MADHAVAN, Harilal; JOSEPH, K. J. A criação de sistemas inclusivos de inovação em saúde: lições da Índia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32 sup., p. 51-58, 2016.

ASSOCIAÇÃO DE GASTROENTEROLOGIA DO RIO DE JANEIRO. **Como a falta de um sistema universal de saúde prejudicou a resposta americana à pandemia**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://socgastro.org.br/novo/2020/07/como-a-falta-de-um-sistema-universal-de-saud-e-prejudicou-a-resposta-americana-a-pandemia/>.

Assembleia Geral da ONU. "Declaração Universal dos Direitos Humanos". "Nações Unidas", 217 (III) A, 1948, Paris, art. 25. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.

Assembleia Geral da ONU. Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Parte III, 1996, art. 12 *in* Planalto do Governo Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm.

CHOKSHI, M *et al.* Health Systems in India. **Journal of Perinatology**, 2016. s9-s12.

Covid na Índia: por que a tragédia da pandemia no país asiático ameaça o mundo todo. **BBC News Brasil**, abr. 2021. Disponível: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-56900334>.

FORTES, Paulo. A. de C; RIBEIRO, Helena. **Saúde global em tempos de globalização**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.2, p.366-375, 2014.

GUIMÓN, Pablo. Desemprego nos EUA chega a 14,7%, o mais alto em 70 anos. **El País**, Madrid, 8 mai. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/economia/2020-05-08/desemprego-nos-eua-chega-a-147-o-mais-alto-em-70-anos.html>.

HARMAN, Sophie. **Global Health Governance**. London: Routledge global institutions series, 2012.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Casos de Covid-19 e vacinação nos EUA**. Fiocruz, [s.d]. Disponível em: https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/pilula_09.pdf.

KICKBUSCH, Ilona; BERGER, Chantal. **Diplomacia da Saúde Global**. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.19-24, mar., 2010.

KEOHANE, Robert O; NYE, Joseph. **Power and Interdependence**. 2º Ed. Harvard University: Center for International Affairs, 1977.

LAXMINARAYAN, Ramanan et al. Epidemiology and transmission dynamics of COVID-19 in two Indian states. **Science**, Vol.370, Issue 6517, pp. 691-697, 6 Nov, 2020.

MADKAIKAR, Manisha *et al.* India 's crusade against COVID-19. **Nature Immunology** | VOL 22 | March 2021 | 256–261.

MONOD *et al.* Age groups that sustain resurging COVID-19 epidemics in the United States. **Science**, 371. New York: 2021.

NOGUEIRA, João P; MESSARI, Nizar. **Teoria das Relações Internacionais: correntes e debates**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

NORONHA, José Carvalho de; UGÁ, Maria Alicia Domínguez. **O sistema de saúde dos Estados Unidos**. In: BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p.

Our World in Data. **Cobertura de seguro de saúde nos Estados Unidos**, 2014. Disponível em: <https://ourworldindata.org/financing-healthcare>.

PRINJA, Shankar; KAUR, Manmeet; KUMAR, Rajesh. Universal Health Insurance in India: Ensuring Equity, Efficiency, and Quality. **Indian Journal of Community Medicine**, Vol. 37 (3), p.142-149, Jul-Sep, 2012.

Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. **Os ODS em ação**, 2022. Disponível em: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>.

Qualidade do sistema de saúde indiano tem abismo entre ricos e pobres. **G1**, 2008. Disponível em:
<https://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,MUL599402-5602,00-QUALIDADE+DO+SISTEMA+DE+SAUDE+INDIANO+TEM+ABISMO+ENTRE+RICOS+E+POBRES.html>.

RIBEIRO, Helena. **Saúde Global: Olhares do presente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

SORENSEN, George; JACKSON, Robert. **Introdução às Relações Internacionais**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

SINGH, A; CHOKSHI, M. **A realização do direito à saúde por meio da cobertura universal de saúde**. R. Dir. sanit., São Paulo v.15 n.2, p. 13-29, jul./out. 2014.

SOUTO, XÊNIA M. **Covid-19: aspectos gerais e implicações globais**. RECITAL -Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara, v. 2, n. 1, jan./abr. 2020.

SILVA, Edna A. da. Trump, do negacionismo climático à operation warp speed: crise, mobilizações e a politização da vacina nos Estados Unidos. **Tempo do mundo** | rtm | n. 26 | ago. 2021.

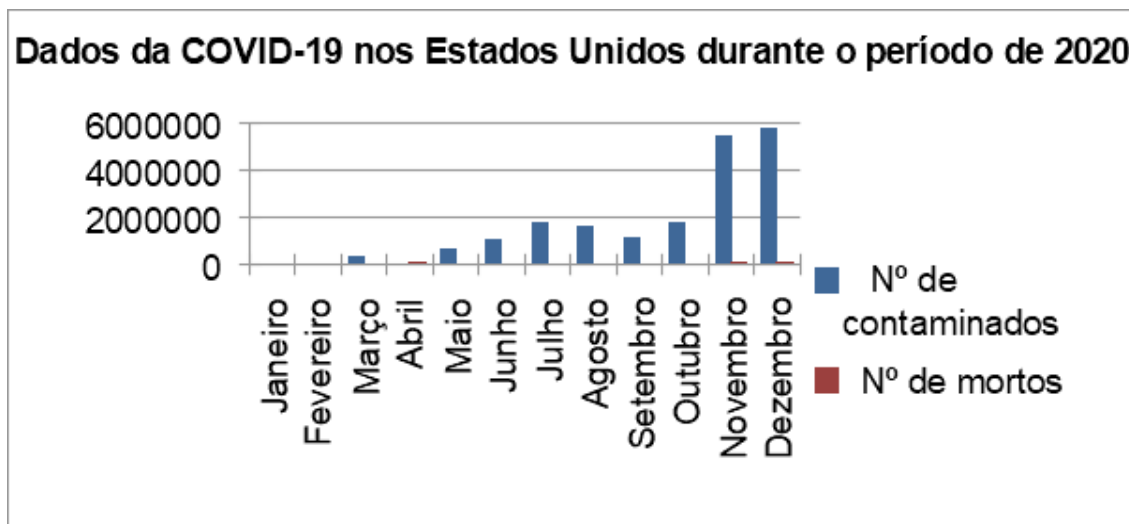
SINGH, Kavita *et al.* Health, psychosocial, and economic impacts of the COVID-19 pandemic on people with chronic conditions in India: a mixed methods study. BMC Public Health, 2021 *in* **Springer**, 8 abr. 2021.

VENTURA, Miriam. **Direitos Humanos e saúde: possibilidades e desafios**. Rio de Janeiro, 2010 *in* Saúde e direitos humanos/Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. – Ano 7 n. 7 (2010)

World Health organization. **Origin of SARS-CoV-2**, 2020. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus_origin-2020.1-eng.pdf.

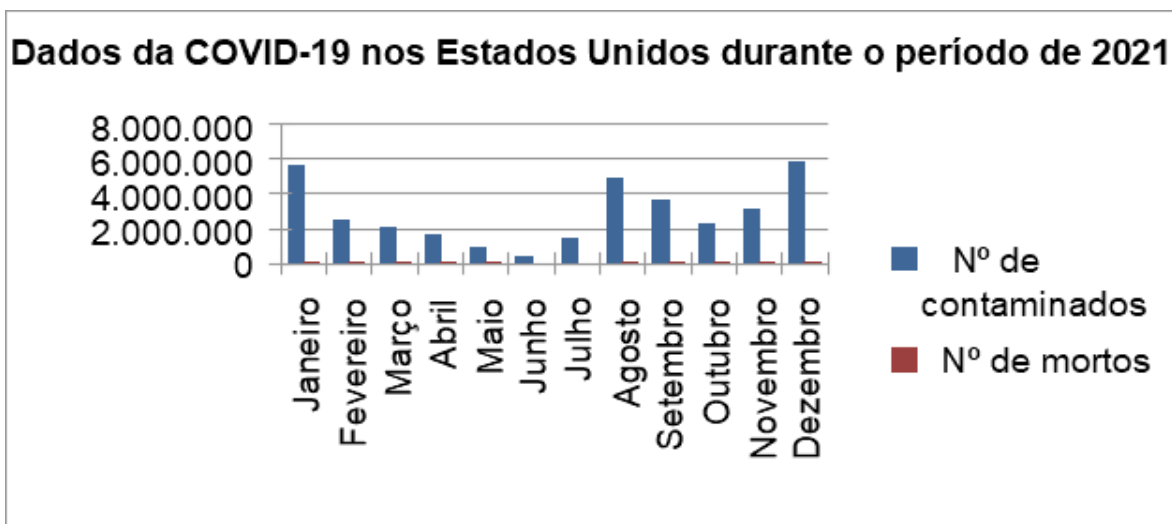
APÊNDICES

APÊNDICE A - Gráfico sobre os dados da Covid-19 nos Estados Unidos em 2020



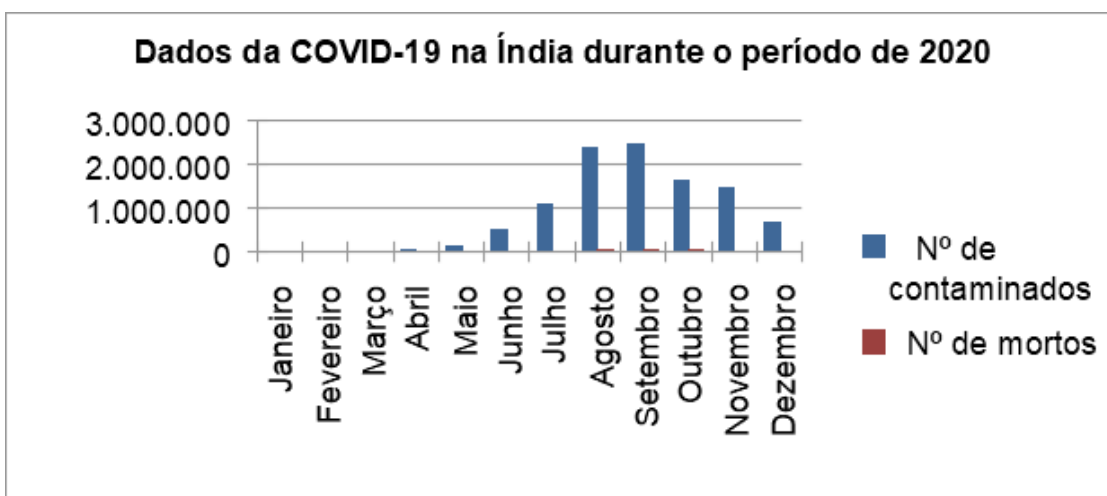
Fonte: Autoria própria

APÊNDICE B - Gráfico sobre os dados da Covid-19 nos Estados Unidos em 2021



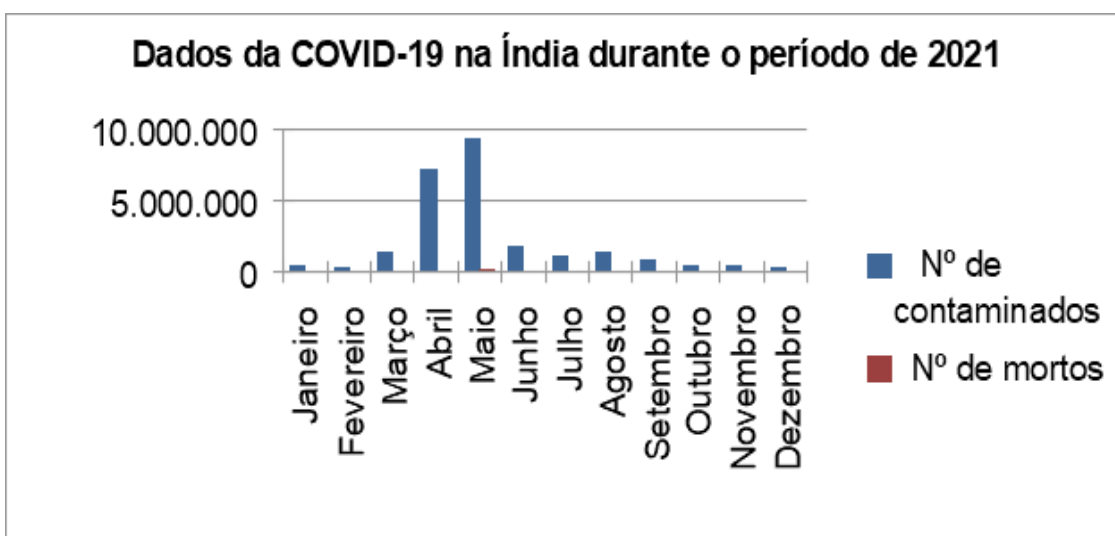
Fonte: Autoria própria

APÊNDICE C - Gráfico sobre os dados da Covid-19 na Índia em 2020



Fonte: Autoria própria

APÊNDICE D - Gráfico sobre os dados da Covid-19 na Índia em 2021



Fonte: Autoria própria

ANEXOS

ANEXO A - Gastos dos países da OCDE com saúde

Gastos totais em saúde (% PNB). Alguns países da OCDE, 1970-1990

	1970	1980	1985	1990
Canadá	7,1%	7,4%	8,5%	9,3%
França	5,8%	7,6%	8,5%	8,8%
Alemanha	5,9%	8,4%	8,7%	8,1%
Itália	5,2%	6,9%	7,0%	7,7%
Reino Unido	4,5%	5,8%	6,0%	6,2%
E.U.A.	7,4%	9,2%	10,5%	12,1%
Média da OCDE	5,0%	7,0%	7,2%	7,6%

Fonte: Health Care Financing Administration, op. cit. extraído de Noronha e Ugá (1995)