

BIOPOLÍTICA, ORDEM ECONÔMICA E DESENVOLVIMENTO: A TELEMEDICINA COMO FATOR DE PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE SOB O CONTEXTO DA COVID-19

Jefferson Aparecido Dias¹

Walkiria Martinez Heinrich Ferrer²

Jefferson Patrik Germinari³

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo investigar os possíveis arranjos harmônicos entre Estado, biopolítica e tecnologia, em especial, considerar a telemedicina como potencializador ao desenvolvimento e consequente diminuição das desigualdades regionais e sociais, a partir das peculiaridades apresentadas pelo quadro pandêmico. A Constituição Federal de 1988 sustenta no eixo de seu artigo 170 a Ordem Econômica, abrangendo, dentre outros princípios, a redução das desigualdades regionais e sociais. A COVID-19 provocou o agravamento do quadro de saúde da população mundial, incluída a brasileira, desdobrando inúmeros efeitos adversos de outras naturezas, a citar, o isolamento social, desemprego e reflexos que apontam o início de preocupante crise econômica. A Telemedicina surge nesse contexto como aparato tecnológico condutor à superação das

¹ Doutor em Direitos Humanos e Desenvolvimento pela Universidade Pablo de Olavide, de Sevilha. Procurador da república do Ministério Público Federal em Marília e professor permanente do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito da UNIMAR (Universidade de Marília).

² Doutora em Educação, Pós-doutorado em Sociologia do Trabalho (2019) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Marília-SP e professor permanente do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito da UNIMAR (Universidade de Marília).

³ Mestre em Direito pela Universidade de Marília.

intercorrências registradas, desde que viabilizada através de articulação harmônica entre os fatores destacados; em dimensões abrangentes de sustentação do direito à saúde, acessibilidade igualitária e universal, funcionando como parâmetro de aprimoramentos dos serviços público e privado de saúde, por sua vez, alcançando o desígnio proposto. O método escolhido para a pesquisa é o dedutivo e são utilizadas fontes científica, doutrinária e de dados.

Palavras-Chave: Desenvolvimento. Telemedicina. COVID-19. Biopolítica. Ordem Econômica.

BIOPOLITICS, ECONOMIC ORDER AND DEVELOPMENT: TELEMEDICINE AS A FACTOR IN PROMOTING THE RIGHT TO HEALTH UNDER THE CONTEXT OF COVID-19

Abstract: The aim of this paper is to investigate the possible harmonic arrangements among State, biopolitics and technology, in particular, considering telemedicine as a potential for development and consequent reduction of regional and social inequalities, based on the peculiarities presented by the pandemic situation. The Federal Constitution of 1988 supports the Economic Order in its article 170, covering, among other principles, the reduction of regional and social inequalities. COVID-19 caused the health situation of the world population to worsen, including the Brazilian one, unfolding numerous adverse effects of other kinds, to mention, social isolation, unemployment and reflexes that point to the beginning of a worrying economic crisis. Telemedicine appears in this context as a technological device that leads to overcoming the registered complications, provided that it is made possible through harmonious articulation between the highlighted factors; in comprehensive dimensions to support the right to health, equal and universal accessibility, functioning as

a parameter for the improvement of public and private health services, in turn, achieving the proposed design. The method chosen for the research is deductive and scientific, doctrinal and data sources are used.

Keywords: Development. Telemedicine. COVID-19. Biopolitics. Economic Order.

1 INTRODUÇÃO



Objetiva-se com o presente estudo averiguar as possíveis relações entre Estado, biopolítica e tecnologia, considerando a telemedicina como tecnologia disponível com potencial para promover desenvolvimento regional, coadunando-se ao pretenso princípio da redução das desigualdades regionais e sociais inseridas nas tessituras constitucionais da Ordem Econômica, aproveitando-se o crítico contexto gerado pela COVID-19.

A relevância do tema impera e a telemedicina ganha força haja vista que a COVID-19 chega em território brasileiro dotado por algumas peculiaridades, a primeira delas é o fato do país ter dimensões continentais, com distribuição populacional e de renda heterogêneas, logo, com acessibilidades variáveis aos serviços de saúde; a segunda se refere à política adotada desde o final do governo anterior com aperto fiscal à tentativa de reaquecimento econômico, concorrendo à precarização setorial; ademais, há o desequilíbrio de oferta humana e material dos serviços em saúde; enfim, essas e outras a serem destacadas no curso do presente estudo constituem as motivações que inserem a telemedicina como interessante ferramenta a ser estudada em todos os seus vieses.

Inicialmente, serão apresentadas algumas considerações sobre o Estado, a Constituição e a ordem econômica e social vigentes, e também será analisado como a biopolítica (de

Foucault) e o biocapitalismo (de Negri) têm influenciado essa atuação estatal, inclusive no que diz respeito ao enfrentando do Covid-19.

Na sequência, serão apresentados argumentos no sentido de defender que a redução das desigualdades sociais pode ser obtido por meio da promoção do direito à saúde, e, posteriormente, se analisará como a crise causada pelo Covid-19 pode incentivar a prática da telemedicina e esta, por sua vez, pode resultar num melhor acesso à saúde com a consequente redução das desigualdades regionais.

Ao final, serão apresentadas as nossas conclusões, em especial no sentido de que as dificuldades enfrentadas em razão da pandemia provocada pelo Covid-19 podem ser motivadoras para o aprimoramento na prestação de serviços públicos, em especial na área da saúde.

Na busca de cumprir os seus objetivos, o presente artigo utilizou-se do método dedutivo, a partir de pesquisa bibliográfica.

2 O PAPEL DO ESTADO DIANTE DA BIOPOLÍTICA DE FOUCAULT AO BIOCAPITALISMO DE NEGRI: COMO PENSAR DIANTE DA COVID-19?

Considerado alto estágio de civilização, o “Estado é a mais complexa das organizações criadas pelo homem” (BASTOS, 1995, p. 6-7) e pode ser concebido por diversos vieses.

Sobressai-se, nesse sentido, o papel do Estado com a orientação de ações visando a obtenção de finalidades sociais de reequilíbrio a partir dos princípios norteadores mencionados na Constituição, que deve “ser vista na sua força política” (DERANI, 2004, p. 21), a força normativa estruturante do poder público por meio do qual se sustenta e organiza a sua atividade indicando correspondentes objetivos, meio, ferramentas aplicadas e as suas diretrizes.

Empiricamente, o Brasil passou no século XX por três momentos bastante definidos de orientação econômica; o primeiro (pré-modernidade ou Estado Liberal), exibia estrutura com funções reduzidas e restritas à segurança, justiça e serviços essenciais; delineava-se a afirmação “ao lado dos direitos de participação política, dos direitos individuais, cujo objeto precípua era o de traçar uma esfera de proteção das pessoas em face do Poder Público”; a segunda fase é marcada pelo Welfare State, com a introdução de importantes conceitos tais como a função social da propriedade e da empresa e o Estado assumindo de maneira direta alguns papéis econômicos “tanto como condutor do desenvolvimento como outros de cunho distributivista, destinados a atenuar certas distorções do mercado e a amparar os contingentes que ficavam à margem do progresso econômico”; a quadra final do século XX demarca o terceiro estágio (pós-modernidade), encontrando-se o Estado sob duras críticas “densamente identificado com a idéia de ineficiência, desperdício de recursos, morosidade, burocracia e corrupção”, retomando-se o discurso sobre a desregulamentação, da privatização e das organizações não-governamentais como fatores preponderantes ao progresso e desenvolvimento (BARROSO, 2002, p. 285-286). Prova desta última fase foram as sucessivas transformações pós Constituição denotadas a partir do ano de 1995.

Tais conjecturas demonstram as variações do Estado e da norma no tempo, ao fim de dar sustentação à pretensa ordem social e econômica, demandando norteamientos em campos e intensidades distintos, conforme as problemáticas apresentadas pela sociedade, comportando-se como diapasão entre entraves e a satisfação dos anseios sociais.

Trazendo em jogo tais ponderações diante do contexto de distúrbios provocados pela COVID-19, vislumbram-se múltiplos embaraços de ordem social, político, cultural e econômico, demandando do Estado, por intermédio de políticas acertadas, a busca pela melhor harmonia entre os preceitos constitucionais

em respeito ao direito de saúde, sem desmerecer a importância aos comandos econômicos, fortemente influenciadores de qualidade de vida. Sua presença se faz de rigor, exemplo disso, remonta ao início da pandemia, no qual houve grande busca por álcool em gel e máscaras, e, por consequência, o aumento de valores outrora não praticados; como resposta do Estado, as inúmeras notificações e multas aplicadas pelo Procon em face das abusividades.

Certo é que este momento enseja análise em diversos pontos ao encontro de medidas, sem emendas, ao enfrentamento do quadro caótico. A questão político-social ganha força, aquecendo-se a discussão que paira sobre o desenvolvimento e o papel do Estado no tocante as intervenções na segurança e no planejamento, em especial a partir da lógica da biopolítica que é explicada por Foucault como a tendência transformadora do poder do Estado através de mecanismos de controle sobre o conjunto da população – os biopoderes em diversas gestões – ao fim de induzi-la à adoção de dada postura para o alcance de objetivos pretensos, objeto de aula ministrada em 31 de janeiro de 1979, com lições envolvendo três eixos – Lei e ordem, Estado e sociedade civil e a política da vida:

O Estado nada mais é do que o efeito móvel de um regime de múltiplas governamentalidades. É por isso que proponho analisar essa ansiedade do Estado, essa fobia do Estado, que me parece ser uma das características de certas temáticas atuais da nossa época. Ou antes, proponho-me retomá-la e testá-la, não tentando arrancar do Estado o segredo do que ele seja, assim como Marx tentou arrancar da mercadoria. Não se refere de arrancar do Estado o seu segredo, mas de passar para o lado de fora e questionar o problema do Estado a partir das práticas de governabilidade. (FOUCAULT, 2004, p. 79 – tradução nossa)

Reafirma o nascimento da biopolítica sobre a reflexão liberal de que o Estado busca o desenvolvimento reduzindo-se ao máximo os custos em face do modelo de produção industrial; enquanto procura utilizar o poder ao fim do seu próprio crescimento, a sociedade se coloca frente à complexidade de situações

externas e internas em relação a ele.

Enfim, o tipo de governabilidade tendo por objeto a população considerada como um conjunto de seres vivos coexistentes, com traços biológicos e patológicos peculiares cuja própria vida passa a ser suscetível de controle ao fim de melhor gestão e alcance de fins pretendidos.

Aliás, em seu livro *Microfísica do Poder*, Foucault (1979, p. 79-80) questiona acerca da medicina moderna, em especial, se há de ser considerada individual, restringindo-se à relação médico-paciente ou levada à dimensão global, coletiva e de saúde; defendendo ampla visão no sentido de que “a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente”; arrematando que o controle da sociedade sobre os indivíduos não é operada simplesmente através da consciência ou pela ideologia, “começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.”.

Apesar da biopolítica assemelhar-se a biopoder diante dos olhos de Foucault, ganha importância as peculiaridades traçadas por Antonio Negri, para além da dimensão antropológica do primeiro, em especial ao constatar que a vida é um poder em si:

[...] La biopolítica es, pues, un contexto contradictorio en/de la vida; por su definición misma, muestra la extensión de la contradicción económica y política sobre todo el tejido social; pero representa también la emergencia de la singularización de las resistencias por la cual está permanentemente atravesada. (NEGRI, 2008, p. 47)

Assim, da relação entre Estado e Sociedade, emerge o sentido de liberdades, colocando-se como protagonista dessa dinâmica o próprio ser humano, componente da população o

qual é atribuída a força motriz do processo emancipatório, interpretando-se a produção da subjetividade como essencial elemento que possibilita afastar-se da dialética dos biopoderes e contruir “por el contrario un tejido biopolítico, cumplir el pasaje de un simple régimen disciplinario a un régimen que integre igualmente la dimensión del control y que permita al mismo tiempo la emergencia de insurgencias potentes y comunes [...]”. (NEGRI, 2008, p. 55).

Portanto, se os biopoderes dispõem da prerrogativa de atuar sobre a vida, dela nasce a potência transformadora para o alcance de liberdades e concretizações, um pensamento do tipo “genealógico cuyo desarrollo comprende el movimiento de los deseos y de los razonamientos: subjetivamos em consecuencia las relaciones de poder que atraviesan al mundo, a la sociedad, a las determinaciones institucionales y a las prácticas individuales”. (NEGRI, 2008, p. 55).

Tornando a dinâmica mais complexa, insere-se nesse momento a medicina e a saúde na relação Estado-Sociedade diante do biocapitalismo; aqui, interessante trazer à baila o pensamento de Antônio Negri no que respeita o duplo sentido do termo, sendo o primeiro indicando o capitalismo industrial aplicado ao desenvolvimento das ciências biológicas em geral e o segundo considerando que para se obter lucros há de envolver toda a sociedade porque ela está incluída na esfera social e na produção de bens e valores, trazendo ainda a confirmação da vida como potencialidade de transformação e reorganização (NEGRI, 2013, p. 20).

Diante das noções até aqui levantadas, cabe refletir qual lente deve ser utilizada à análise do quadro crítico vivenciado pela COVID-19, quem há de ser protagonista do processo de desenvolvimento e superação das complexas intercorrências registradas, inclusive compreender o papel do Estado e a importância da sociedade à superação das dificuldades encrostadas nos mais distintos âmbitos.

Evidente que o Estado deve se comportar proativamente implementando políticas públicas não apenas ao alcance das metas intencionadas de retomada do crescimento, mas buscar a concussão das garantias esculpidas na Constituição aos cidadãos, não apenas preservando-se direitos, há que possibilitar o exercício de liberdades para que o próprio ser humano, a força motriz e a razão de existir do Estado, disponham-se das potencialidades racionalizadas à sua reorganização e consequentemente alcançar a satisfação das tutelas compreendidas na Ordem Social e Econômica.

Consideradas as articulações conceituais abordadas, como também as dinâmicas políticas dispostas, em linha aos objetivos pretendidos neste estudo, a próxima seção será dedicada a compreender como a promoção ao direito de saúde pode servir à redução das desigualdades regionais e, por sua vez, objeto de desenvolvimento no contexto da Covid-19.

3 A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO POR INTERMÉDIO DA PROMOÇÃO AO DIREITO DE SAÚDE

A redução das desigualdades regionais e sociais ocupa espaço deveras importante dentre os princípios balizadores da ordem econômica enraizados no artigo 170 da Constituição Federal, alinhados à erradicação da pobreza e da marginalização se coadunam com os “objetivos afins e complementares daquele atinente à promoção (=garantir) do desenvolvimento econômico” (GRAU, 2010, p. 220).

Em sua obra intitulada *Constituição Econômica e Desenvolvimento*, Gilberto Bercovici dedica capítulo exclusivo à discussão sobre a superação das desigualdades regionais, a partir do modelo cooperativo de federalismo “ressaltando que o problema regional só será reequacionado adequadamente com a institucionalização política da Região pelo Federalismo Regional”.

Afirma-se que o desenvolvimento econômico brasileiro ensejou a formação de polos de desenvolvimento deixando outras zonas em estagnação econômica, com inúmeras disparidades. (BERCOVICI, 2005, p. 87).

Deve o desenvolvimento ser amplamente considerado, pois deixar ao relento regiões precarizadas, com poucos recursos e galopante crescimento populacional “é permitir que se criem graves problemas para o futuro do país. Em um plano de desenvolvimento é necessário considerar em conjunto toda a economia nacional” (FURTADO, 1958, p. 53). O Brasil no decorrer do século XX, acompanhou a tendência universal de concentração regional, fenômeno crítico, pois “uma vez iniciado esse processo, sua reversão espontânea é praticamente impossível” (FURTADO, 2007, p. 331), demandando por reflexão política e correspondentes aplicações; aquilo que Pereira (1980, p. 200) afirma se tratar do “Poder” praticando a justiça econômica, “sem decisões arbitrárias, mas emanadas de estudos e planificações que apontem, com segurança, as prioridades, as inovações, as soluções que busquem um Estado empenhado no Bem-Estar Social.”

Depreende-se daí o modelo cooperativo de organização que é erigido sobre o fundamento elementar da cooperação entre as unidades federadas tendo por fim o aprimoramento equilibrado social e econômico do país a partir de programas articulados entre si e o Poder Central, substituindo a mera distribuição de verbas por efetiva condição de produção de riquezas nas variadas unidades em conjunto, aqui, observa-se o princípio da solidariedade funcional das diferentes esferas de competência administrativa.

Além das disparidades econômicas abordadas, devem ser compreendidas outras dissonâncias sociais; neste aspecto, emerge o acesso à saúde como fator de desenvolvimento. Certo é que o direito à saúde não alcança tão somente acessibilidade aos serviços médicos e o combate de patologias; a higidez mental há

de ser ponderada e sendo assim, uma série de realizações se comportam como amarras à sua sustentação, a concretização do pleno emprego e as condições econômicas favoráveis à satisfação de gama de outras garantias refletem positiva ou negativamente na realização da pessoa humana, tais como os direitos sociais apontados no artigo 6º da Constituição Federal, dentre eles, a educação, alimentação, moradia, transporte, lazer e segurança.

No cerne de tal complexidade, o processo saúde-doença deve compreender o “modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo” às quais cada grupo se encontra relacionado, passando à teoria ecossocial para romper a visão linear assentando-se a uma concepção complexa de diversos aspectos que se manifestam e reproduzem efeitos distintos nas variadas classes sociais e níveis de organização dos seres vivos, na impossibilidade de separar fatores biológicos, sociais e psíquico; assim, do mesmo modo “como os homens constroem sua vida material e não material, eles também produzem as doenças das quais irão padecer, bem como os instrumentos e as organizações sociais para combatê-las” (BARATA, 2009, p. 16-18). Por esta razão, a necessidade de equacionar os serviços de saúde indiferentemente das desigualdades sociais ou grupo os quais as pessoas pertençam, e ainda mais “aqueles que apresentam maior vulnerabilidade em decorrência da sua posição social devem ser tratados de maneira diferente para que a desvantagem inicial possa ser reduzida ou anulada” (BARATA, 2009, p. 20-21).

Quando se afirma *acesso à saúde*, deve-se percorrer o termo sob inúmeras dimensões, que de uma forma ou outra são implicadores de desequilíbrios. A primeira delas condiz ao aspecto territorial, relevante questão em se tratando de analisar a grande extensão territorial do Brasil, um país tão heterogêneo em que se nota dentro da mesma fronteira centros deveras desenvolvidos e outros em que sequer os domicílios são

abastecidos por rede de energia elétrica⁴; Andersen e Newman (2005, p. 15) esclarecem que outras determinantes interferem no acesso à saúde, como a renda, inclusive o nível de cobertura do seguro de saúde. Além disso, o fator educacional pode influenciar significativamente na acessibilidade discutida, uma vez que o contexto informacional e o caráter educativo instrucional estão intimamente ligados aos programas de prevenção de doenças e serviços de saúde.

Para além do berço teórico, os objetivos aqui traçados devem se orientar coadunados em dados concretos de realidade nacional; assim, nota-se no Brasil gradual melhoria no tocante as condições materiais de vida da população, apresentando significativos avanços na seara da biomedicina, em especial no tocante à imunização, diagnóstico, tratamento e controle de doenças infecciosas; tais conjunturas propiciaram elevação da expectativa de vida da população.

Outro parâmetro relevante ao estudo proposto é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) divulgado pela ONU; que considera o fator 1 como o mais alto nível de desenvolvimento, que se mensura a partir de três critérios, sendo eles, a renda – extraída pelo PIB per capita do país – o grau de saúde da população, consequentemente recaído nos níveis de longevidade e o patamar de alfabetização e taxa de matrícula no âmbito educacional. De acordo com a ONU o Brasil situa-se entre os países com alto índice de desenvolvimento; atualmente ocupa a 79ª colocação com a taxa de 0,761 (PNUD, 2019, p. 303), entre os anos de 1990 e 2015 o IDH do país cresceu anualmente na casa de 0,85%, saindo de 0,611 para 0,754. (UNDP, 2016, p. 203).

Analisando-se mais a fundo os critérios utilizados, em apartado, com foco regionalizado, verifica-se pelos índices de desenvolvimento dos Estados e regiões (IDHM), a

⁴ De acordo com o Censo 2010, 2.052.974 domicílios são desprovidos de abastecimento de energia elétrica através de redes de distribuição.

heterogeneidade brasileira, refletindo desigualdades tantas das quais se busca equalizar.

Observa-se que o Distrito Federal ocupa a primeira colocação, apresentando IDHM acima da taxa nacional (0,824), seguido por São Paulo (0,783), Santa Catarina (0,774), Rio de Janeiro (0,761), Paraná (0,749) e Rio Grande do Sul (0,746), enquanto Alagoas, Maranhão, Pará e Piauí se encontram entre os últimos na tabela, com índices abaixo de 0,650. Investigados os critérios utilizados para tais indicativos, nota-se entre o primeiro e o último da lista a diferença do IDHM-longevidade de 0,118, IDHM-renda de 0,251 e IDHM-educação de 0,222, revelando o impacto que a diferença da distribuição de renda exerce sobre o desenvolvimento humano em sua plenitude. (ATLASBRASIL, 2010).

Das 24 regiões metropolitanas brasileiras consideradas, Florianópolis ocupa a primeira colocação (0,824), seguida por São Paulo (0,794), Distrito Federal e Entorno (0,792) e Campinas (0,792), por outro lado Petrolina-Juazeiro ocupa a última posição (0,660). Ao escalonar os municípios com maior desenvolvimento, a cidade de São Caetano do Sul/SP aparece na primeira posição (0,862), seguida por Águas de São Pedro (0,854) e Florianópolis (0,847); na outra ponta está a cidade de Melgaço/PA, amargando a casa de 0,418. Em corte de investigação ainda maior, agora verificando apontes de lugares considerados, verifica-se que em regiões do Berrini, Vila Cordeiro, Jardim Paulistano, Vila Madalena, todas na capital paulista, encontram-se os locais com maior IDHM (0,965), enquanto a zona rural de Itacotiara, em Manaus, e a zona rural de Petrolina-Juazeiro, estão os menores índices – 0,501 e 0,493, respectivamente; constata-se que os Estados situados nas regiões Sul e Sudeste, são os detentores de maior grau de IDHM (ATLASBRASIL, 2010).

As desigualdades contribuem umbilicalmente às condições de saúde, tanto verdade é que em 2013 constatou-se que mais de 14 milhões de domicílios particulares do Brasil

(22,6%) se encontravam em algum grau de insegurança alimentar, abrangendo cerca de 52 milhões de pessoas; destes, 2,1 milhões de domicílios – 7,2 milhões de pessoas – encontravam-se em estado de insegurança alimentar grave, “restrição alimentar na qual para pelo menos uma pessoa foi reportada alguma experiência de fome no período investigado” (IBGE, 2014, p. 33). Pasmem, 5.282 óbitos registrados no ano de 2018 tendo como causa a desnutrição. (DATASUS, 2018). No entanto, as desigualdades que recaem sobre os níveis de saúde da população e consequente desequilíbrios sistêmicos não devem ser considerados apenas em seu viés econômico.

Desta forma, seja a desigualdade regional com fortes traços econômicos, sejam os aspectos sociais aqui discutidos, ambos integram fatores de importância à ordem econômica constitucional, desafios a serem superados para melhor efetivação dos direitos igualitários, com ênfase à tutela da saúde que ganha maior importância em tempos no qual a pandemia se espalhou em todas as searas, colocando-se no cerne de discussões políticas, econômicas e sociais.

Diante da crise instalada, num momento em que o cenário se apresenta com demasiadas especulações, sem considerar outras ainda que se anunciam, coloca-se pertinente compreender o contexto brasileiro, avaliando-se como o emprego de tecnologias em saúde podem se portar como fatores de influências positivas à diminuição das desigualdades sejam econômicas ou sociais, seja ao estímulo de novas iniciativas em saúde, implementando-se pioneiros mercados ou ampliando o acesso à saúde da população por via pública; todos, em conjunto, comportando-se solidariamente à superação do quadro instalado.

4 A CRISE CAUSADA PELO COVID-19 E A TELEMEDICINA COMO GATILHO AO NOVO CICLO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E ECONÔMICO

Inicialmente, entendemos que a redução das desigualdades há de ser inspirada na liberdade teórica alicerçada por Amartya Kumar Sen, tal como sugerida em seu livro *Desenvolvimento como liberdade*, concentrando-se medidas aos fins e não meros meios que se relacionam à concretude do processo de desenvolvimento, sobrepondo-se ainda o “requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos”; incluindo-se, assim, não somente a liberdade de dispor dos direitos essenciais do homem, mas possibilitá-lo o gozo efetivo nos moldes da livre condição do agente. (SEN, 2000, p. 17-18).

Na abordagem sobre as políticas públicas, Sen (2000, p. 25), defende a sua sustentação sob cinco perspectivas que devem se complementar, a liberdade política, as facilidades econômicas, as oportunidades sociais, a garantia da transparência e a segurança protetora, cada qual em seu papel coadjuvante de promoção das capacidades humanas.

Olhando para dentro, uma indagação há de ser realizada, qual seja, se diante está de apenas uma crise ou, na realidade, remontam-se outras tantas dificuldades, sendo a COVID-19 apenas uma nova onda caótica que nasce em meio ao turbilhão de situações que antes dela apontava o Estado por lenta recuperação econômica, em muito por crise política. Desde 2011, quando o Brasil contava com PIB de 2,6 trilhões de dólares (melhor desempenho histórico), por seis anos consecutivos apresentou forte queda, com sinais de recuperação a partir de 2018; com a crise, é prevista queda de 5% do PIB em 2020. (BANCO MUNDIAL, 2020) (AGUIAR, 2020).

Verdade que o quadro instado pela COVID-19 se exhibe por complexa, uma vez que abarca diferentes dimensões tais como efeitos sobre a saúde da população, a exigência de políticas públicas de combate à propagação do vírus, modificações de

hábitos sociais, implicações no mercado de trabalho e reflexos graves na economia. Além disso, amarga um contexto de dados concretos e especulações tantas que hão de ser ponderadas ao contorno da situação.

Aqui se repete a comunhão de contornos econômicos e biopolíticos como coadjuvantes ao enfrentamento, não se diria apenas da crise provocada pelo COVID-19, mas do quadro brasileiro amplamente considerado, a partir de melhorias na saúde, em tomadas políticas, seja de incentivo à iniciativa privada, sejam aprimoramentos públicos, em busca da diminuição das desigualdades regionais e sociais.

Certo é que a busca pela concretização do Bem-Estar é o resultado a ser alcançado seja através do sistema de incentivos de massas pelo Estado e políticas sociais ao atingimento de direitos constitucionalmente definidos, seja na tomada regulatória de atividades que instiguem o desenvolvimento e consequente atingimento de benfeitorias pela própria iniciativa privada, tal como ocorre em tempo recente com a regulamentação, apesar de provisória, da telemedicina, injetando em meio a recessão comercial a prática da atividade médica através de mecanismos de tecnologia de informação e comunicação remota.

Por estas inspirações é que as próximas subseções, em desfecho probatório, dedicar-se-ão a analisar, como a participação do Estado e da iniciativa privada podem contribuir à diminuição das desigualdades, a partir do uso de tecnologias em saúde como instrumento de desenvolvimento econômico e social.

4.1 TELEMEDICINA NO BRASIL: IMPLEMENTAÇÃO DEFINITIVA À REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES PRETENSAS NA ORDEM ECONÔMICA.

Por primeiro, insta mencionar a pertinência da telemedicina em reforço das orientações tanto de instituições públicas internas como internacionais, de que o distanciamento é fator

preponderante ao freio da disseminação da COVID-19; apresentando-se os recursos tecnológicos de operação remota como mecanismos imprescindíveis à superação do impasse, eis que propiciam a aproximação entre médico e paciente, onde quer que estejam, dispensando-lhes o contato direto.

No entanto, ações em telemedicina demandam inúmeros fatores a serem considerados tais como treinamento de equipes, recursos humanos e estratégia de logística para acesso aos serviços de saúde, a sua “aplicação e efetiva implantação devem acontecer com uma avaliação criteriosa dos diversos fatores que podem agregar valor a uma determinada atividade”, custos e benefícios precisam estar em harmônica sincronia (WEN, 2008, p. 9).

Além disso, a telemedicina alcança demandas de gestão organizacional a serviço da melhor distribuição de recursos humanos no país, materializada por Sood et al (2007, p. 576) através “de redes de comunicação para a oferta de serviços médicos e educação médica entre localidades geográficas afastadas, primariamente para tratar de desafios de distribuição desigual ou falta de infraestrutura e recursos humanos.”.

Atua, outrossim, ao fito de facilitar o acesso dos serviços médicos, possibilitando “o uso mais efectivo de recursos, através da centralização especialistas e da descentralização da assistência, ultrapassando as barreiras da distância e tempo”, bastante apropriado ao país em face das suas dimensões, entre as vantagens, a disponibilidade de “diagnóstico e tratamento dos doentes na sua comunidade, reduzindo, por um lado, as despesas de transporte e, por outro, os custos dos cuidados, uma vez que o tratamento nos centros terciários é mais caro” (ÁLVARES, 2004, p. 28).

Várias são as razões que justificam a implantação da telemedicina no Brasil; uma delas, pesquisa realizada no indexador de desempenho *Health Access and Quality* (HAQ), com índice que vai de 0 a 100 – considerando-se o último como valor

máximo de mensuração da qualidade e acesso da atenção à saúde – infere que o Brasil, pós Constituição, teve um aumento significativo em sua taxa, saltando de 50,1 (1990) para 57 (2000); em 2015, alcançou a taxa de 64,9. No entanto, ao comparar os países onde a telemedicina se encontra mais avançada, tais índices se encontram em patamares muito além, exemplo de Canadá (87,6), Estados Unidos (81,3), Japão (89), Itália (88,7) e Inglaterra (84,6); prova de que a acessibilidade influencia os índices de desempenho em saúde e pode ser aprimorada através de recursos de comunicação e informação remota.

Acrescente-se, ainda, a facilidade e a gama de recursos possibilitados pelos dispositivos de telefonia móvel, cada vez mais presente nos lares brasileiros; dados obtidos no Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, revelam que no ano de 2018 a grande maioria dos domicílios possuíam telefones celulares – Norte (90%), Nordeste (88%), Centro-Oeste (95%), Sudeste (95%), Sul (96%) (CETIC, 2020), superando-se talvez o maior dos obstáculos à sua efetivação, qual seja, o alcance da informação ao paciente receptor.

Confirma-se, também, a viabilidade econômica da telemedicina com a análise do custo-benefício realizada por Andrade et al (2011, p. 308-312) quanto ao Projeto Minas Telecardio - MTC⁵ com a realização de eletrocardiogramas (ECG), via telecardiologia, no Estado de Minas Gerais. Considerando o custo do Eletrocardiograma da tabela SUS (R\$ 5,15) e consulta médica (R\$ 10,00) versus gastos com deslocamento, transporte e alimentação, obtiveram resultados muito benéficos. O custo total do projeto foi de R\$ 2.133.941,18 – implantação (23,81%),

⁵ Projeto praticado entre os meses de junho/2006 e novembro/2008, elaborado pelos Hospitais Universitários públicos do Estado de Minas Gerais, com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Foram abrangidos 82 municípios do interior do Estado, tendo por critério a taxa de atendimento pelo Programa Saúde da Família (igual ou superior a 70%), população de até 10.500 habitantes, municípios carentes, de taxa pequena de morbimortalidade por infarto agudo do miocárdio.

manutenção (61,40%) e avaliação (14,75%), sendo que o valor de cada ECG pelo MTC foi fixado em R\$ 28,92. Realizaram-se em trinta meses 64 mil exames e considerando os menores preços praticados no caso da necessidade de deslocamento do paciente, o valor unitário do ECG ficaria em R\$ 30,91; no caso do uso de transporte e alimentação, o valor se elevaria para R\$ 49,83.

Quanto ao aspecto empreendedor, o mercado de telemedicina em 2019 foi avaliado em 45 bilhões de dólares e a pandemia da COVID-19 impactará a sua expansão com projeção a ultrapassar 175 bilhões de dólares até 2026, em muito, pela prevalência de doenças crônicas em todo o mundo, reforçando a demanda pelo serviço (UGALMUGLE; SWAIN, 2020).

Essa gama de dados justificam a implementação definitiva da telemedicina, em que pese a necessidade de ser mobilizada em maior intensidade nos poderes Executivo e Legislativo, seja para consolidação normativa mediante a ampliação de rol maior de modalidades médicas possíveis, seja na tomada de políticas públicas voltadas a programas para o seu uso e expansão através da rede pública de serviços em todo território nacional, no fiel cumprimento do comando constitucional de igualdade e integralidade.

A telemedicina certamente se coloca como alternativa ao crescimento de mercados, por consequência, janela de ingresso à expansão da renda e crescimento econômico; promovendo a ampliação do setor privado que em função da concorrência, estará impelido a realizar serviços economicamente mais vantajosos, favorecendo os pacientes de menor renda; a tecnologia utilizada no âmbito da saúde à promoção do desenvolvimento e consequente redução de desigualdades.

Exemplo de que aplicações em tecnologias se comportam como fortes instrumentos de crescimento econômico e desenvolvimento social será demonstrado na próxima subseção, a partir da experiência vivenciada pelo Estado sul coreano.

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: PASSOS DADOS E CAMINHOS A PERCORRER, A PARTIR DO CONTEXTO DA COVID-19.

A criação do Sistema Único de Saúde na força do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, constitui grande marco na conquista de direitos sociais, situando a saúde como um direito cidadão orientado pela descentralização, no atendimento integral prioritário para atividades de prevenção e a participação da comunidade, propiciando profundas mudanças organizacionais da rede pública de saúde do país.

A concretude do Sistema Único de Saúde se corporifica com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispôs acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços inerentes; na letra do artigo 2º confirma a saúde como um direito fundamental e o dever do Estado em prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

No Brasil, tecnologias em saúde passaram a ser difundidas com maior veemência a partir da era da informática com o aprimoramento do sistema de organização de dados; exurgindo desse contexto a telemedicina, como método de prática de serviços médicos possibilitados através de recursos tecnológicos de operação remota.

Poucas ações políticas indiretas foram apontadas antes do século XXI, como o Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, que instituiu a Fundação Nacional de Saúde (FNS), daí emergindo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), importante órgão dispendo da função de processamento e controle das contas de saúde, bem como prover órgãos e sociedade de informações relativas ao sistema praticado.

Outra nota de importância se refere ao acompanhamento do movimento internacional pelo reconhecimento de práticas médicas telemáticas, daí o advento da Resolução CFM nº 1643, de 7 de agosto de 2002, reconhecendo e regulamentando pela primeira vez práticas médicas remotas, mesmo que em rol taxativo bastante limitado⁶. No ano de 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Comissão Permanente de Telesaúde através da Portaria nº 561, tendo entre suas atribuições, o assessoramento de projetos em trâmite de telesaúde, sendo que entre os anos de 2008 e 2012 alguns repasses financeiros a Universidades Federais ocorreram a projetos institucionais da área, Silva et al (2015, p. 173) informam o montante de R\$ 3,2 milhões a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, R\$ 2,7 milhões à Universidade Federal de Minas Gerais e outras no importe de R\$ 2,3 milhões a outros centros educacionais.

Destaque-se, ainda, a Portaria nº 2.546/2011, redefinindo e ampliando o Programa de Telesaúde Brasil, a partir daí denominado Programa Nacional Telesaúde Brasil Redes, que demarcou quatro espécies de serviços de telesaúde, sendo elas, teleconsultoria, telediagnóstico, tele-educação e segunda opinião; e um ano depois o advento da Portaria 1.229/2012 dirigindo recursos financeiros ao programa.

Saliente-se, também, a Resolução CFM 2.227/2018, que havia ampliado o conceito de telemedicina regulamentando novas modalidades não reconhecidas até então, porém revogada, logo em seguida, pela Resolução CFM nº 2.228/2019, sob a justificativa da necessidade de maior discussão por médicos e órgãos representativos no que respeita os seus dispositivos, desde então não deliberado em definitivo.

Certo que a modernização do sistema de saúde brasileiro se comporta por tardio quando comparado a outros países como

⁶ Art. 1º - Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audio-visual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde. (CFM, 2002).

outrora abordado, as razões por política pública de incentivos em âmbito nacional se justifica em face de várias peculiaridades, dentre elas a distributivista-territorial; pesquisa realizada junto ao Ministério da Saúde, levando-se em conta a natureza jurídica pública dos estabelecimentos, constatou no Brasil a existência de 921 unidades hospitalares de internação, assim difundidas: Sul (72), Sudeste (241), Centro-Oeste (58), Nordeste (388) e Norte (162). (DATASUS, 2018). No tocante aos hospitais privados, Carvalho et al (2019, p. 21) informam 4.267 estabelecimentos, assim dispostos: Sul (846), Sudeste (1786), Centro-Oeste (479), Nordeste (938) e Norte (218).

Deste modo, percebe-se maior concentração de hospitais públicos e privados na região Sudeste, justamente a que possui IDH mais elevado, sendo que a região Centro-Oeste amargou a menor concentração de estabelecimentos públicos e a região Norte na derradeira colocação de hospitais privados, com apenas 218 unidades. Uma nota importante a ser destacada é que dentre os privados 56,9% atuam com fins lucrativos, sendo que 80% dos estabelecimentos privados existentes na região Norte visam lucro, justamente uma das regiões brasileiras de menor renda per-capita como oportunamente informado. Constatou-se ainda que apenas 31% dos estabelecimentos privados com fins lucrativos possuem algum vínculo com o SUS; quanto aos privados sem fins lucrativos, 92,3% praticam atendimento a pacientes via SUS. Assim, o convite ao repensar político no sentido de prover incentivos fiscais para implantação de hospitais privados em regiões de maior demanda por atendimentos na atenção de saúde pública e a implantação de novos hospitais públicos em regiões economicamente menos abastadas, fatores refletores do crescimento econômico por redistribuição justa e igualitária com vista à redução das desigualdades regionais. (CARVALHO; SILVA; VASCONCELOS; MATARAZZO; ZOCA; MELO, 2019, p. 22 e 25).

Por conta do crítico quadro apresentado pelo sistema de

saúde a partir da COVID-19, várias medidas urgentes foram tomadas em mobilização articulada entre o Poder Executivo e o Legislativo Federal; a exemplo da Lei 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, determinando, em seu artigo 3º, diversas medidas emergenciais a serem adotadas; em reforço, o Conselho Federal de Medicina reconheceu através do Ofício CFM nº 1756/2020 – COJUR, datado de 19 de março de 2020, encaminhado ao Ministério da Saúde, a eticidade e o alcance provisório de novas práticas de telemedicina, a citar: teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta⁷, em caráter provisório até o fim da pandemia. Passo seguinte, o advento da Portaria nº 467/2020, publicada em 23 de março de 2020, ocasião em que o Ministério da Saúde, no artigo 2º, excepcionalmente, tornou mais abrangente as práticas de telemedicina para o fim de alcançar também o “atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico”. Acrescente-se a aprovação da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, trazendo à baila em seu artigo 3º nova abertura ao trabalho remoto para além das disposições especificadas pelo Conselho Federal de Medicina, qual seja, a prática da telemedicina visando a prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde.

Um bom exemplo de adoção da telemedicina no combate ao COVID-19 foi a capacitação oferecida pelo ABHU (Associação Beneficente Hospital Universitário), vinculado à Universidade de Marília (UNIMAR), para os médicos, enfermeiros e demais profissionais da área de saúde do município de Ibaiti (PR). A ABHU foi qualificado como hospital de referência para o atendimento de pacientes com COVID-19 no município de Marília (SP), interior do Estado de São Paulo, e, além de capacitar os profissionais de saúde de Ibaiti (PR), também implantou uma

⁷ Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento; Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença. Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

serviço de telemedicina, com funcionamento 24 horas por dia, a fim de atender os pacientes do município paranaense com suspeita de contágio, além de prestação de assistência técnica contínua para os profissionais de saúde. Com isso, Ibaiti (PR), com pouco mais de trinta mil habitantes, passou a contar com equipe especialmente capacitada para atender pacientes com COVID-19, além de contar com serviço de telemedicina que permitiu o acesso de serviços prestados por centro médico-hospitalar referência em atuação na pandemia (ABHU, 2020).

A reprodução desse modelo de atuação permitirá que regiões mais longínquas também possam oferecer aos seus cidadãos serviços de saúde de qualidade, garantindo a concretização dos direitos fundamentais estampados no texto constitucional para todos e todas, em especial pelo uso da tecnologia, com o consequente desenvolvimento regional e a redução das desigualdades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se, em evidência, a íntima dinâmica relacional o qual estão afetadas as condições econômicas e sociais, comportando-se, a saúde, determinante ímpar a reflexos significativos no desenvolvimento humano e econômico da população, figurando o Estado, através de biopolíticas, agente promotor de papel deverás importante ao alcance da redução das desigualdades regionais e sociais.

A telemedicina se apresenta como forte instrumento adjuvante na prestação de serviços médicos a ser utilizada diante do ambiente instalado pela COVID-19, por oportuno à superação de inúmeros obstáculos ao controle da doença, seja preservando a vida de profissionais de saúde, seja diminuindo a onda de contágio àqueles que necessitam de pronto atendimento para diagnóstico de casos suspeitos.

Presta-se, outrossim, a reduzir a exposição de pessoas já

debilitadas por outras enfermidades, em especial os portadores de doenças crônicas, a riscos desnecessários quando de seu deslocamento aos centros hospitalares, cerne dos casos mais agravados de contaminação pela COVID-19.

Acrescente-se, ainda, o maior alcance de direitos sociais na medida em que se ampliam as formas praticadas da relação médico-paciente, no atendimento da saúde universal e integral, nos moldes constitucionalmente previstos, influenciando significativamente e positivamente o aspecto atinente à acessibilidade almejada pelo constituinte, por consequência, a superação das barreiras territoriais abastecendo-se com prestação médica especializada regiões mais afastadas dos grandes centros referenciais.

Ademais, possui o condão de funcionar como objeto econômico de novos mercados diante do promissor crescimento das práticas comerciais de telemedicina que se anunciam a partir da crise COVID-19, ao contorno das estimativas de desemprego que se especulam.

Percebe-se, ainda, a íntima relação e intensa comunicação entre medidas econômicas e a satisfação do direito à saúde, funcionando a telemedicina como fator redutor de desigualdades e propulsor do desenvolvimento humano a partir do aprimoramento da saúde.

Por esta razão, a necessidade de maior energia política por movimento institucional objetivando a implementação da telemedicina em caráter definitivo, para que se efetivem os direitos sociais elementares à satisfação humana, partindo-se da atividade telemática nos moldes previstos pela dorsal de princípios e fundamentos do artigo 170 da Constituição Federal.

A busca pela satisfação dos direitos sociais, aqui especialmente instado o direito à saúde aprimorado pela telemedicina, apresentam reflexos positivos à consecução da redução das desigualdades regionais e sociais, conseqüentemente propiciando o desenvolvimento humano e econômico almejado; formando-se situação cíclica, uma vez que em havendo maior equilíbrio

amplamente considerado, a satisfação de outros direitos sociais serão atingidos, de tudo, o Estado promotor das harmonias e garantias fundamentais aos cidadãos e a esses, possibilitar-lhes usufruir de suas liberdades e plena potencialidade de transformação.

Conclui-se, por derradeiro, que Estado e sociedade possuem compromentimentos distintos, porém essencialmente complementares e que as políticas praticadas incentivando-se a disseminação da telemedicina atuam como forte frente de desenvolvimento e redução das desigualdades regionais e sociais.



REFERÊNCIAS

- ABHU (Associação Beneficente Hospital Universitário). Integrantes do Hospital Beneficente Unimar implantam “Código Roxo” em Ibaiti – PR. Data: 27 abr. 2020. Disponível em: <http://www.abhu.com.br/equipe-do-hbu-implanta-codigo-roxo-em-ibaiti-pr/>. Acesso em: 31 maio 2020.
- AGUIAR, V. *Banco Mundial prevê queda de 5% do PIB do Brasil este ano*. Agência Brasil. 13 abr. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-04/banco-mundial-preve-queda-de-5-do-pib-do-brasil-este-ano>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- ÁLVARES, S. Telemedicina: avaliação económica. *Nascer e Crescer*, Porto, v. XIII, n. 2, p. 98-105, 2004. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/548>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- ANDERSEN, R; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, v. 51, n. 1, p. 1-28, 2005.

- ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C.; CARDOSO, C. S.; ALK-MIM, M. B.; RIBEIRO, A. L. P. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no Estado de Minas Gerais: Projeto Minas Telecardio. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 97, n. 4, p. 307-316, out. 2011.
- ATLASBRASIL. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- BANCO MUNDIAL. *PIB Brasil*. 8 abr. 2020. Disponível em: https://www.google.com/publicdata/expire?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=ny_gdp_mktp_cd&idim=country:BRA:MEX:ARG&hl=pt&dl=pt. Acesso em: 15 mai. 2020.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BARROSO, L. R. Agências Reguladoras. Constituição, transformações do Estado e legitimidade democrática. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 229, p. 285-311, jul-set. 2002.
- BASTOS, C. R. *Curso de teoria do Estado e ciência política*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- BERCOVICI, G. *Constituição econômica e desenvolvimento: uma leitura a partir da Constituição de 1988*. São Paulo: Malheiros, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 467*, de 20 de março de 2020. Brasília, 23 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 561*, de 16 de março de 2006. Brasília, 17 mai. 2006.
- BRASIL. [Constituição de 1988]. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 13.979*, de 06 de fevereiro de 2020. Brasília, 07 fev. 2020.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 13.989*, de 15 de abril de 2020. Brasília, 15 abr. 2020.

- BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 19 set. 1990.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 9.491*, de 09 de setembro de 1997. Brasília, 09 set. 1997.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Ofício CFM nº 1756/2020 - COJUR*, de 19 de março de 2020. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1643*, de 7 de agosto de 2002. Brasília, 26 ago. 2002.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 2227*, de 13 de dezembro de 2018. Brasília, 6 fev. 2019.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 2228*, de 26 de fevereiro de 2019. Brasília, 6 mar. 2019.
- BRASIL. *Decreto nº 100*, de 16 de abril de 1991. Brasília, 17 abr. 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.229*, de 14 de junho de 2012. Brasília, 14 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.546*, de 27 de outubro de 2011. Brasília, 27 out. 2011.
- CARVALHO, B. S. de.; SILVA, L. F. C.; VASCONCELOS, A.; MATARAZZO, H.; ZOCCA, B.; MELO, N. *Cenário dos Hospitais no Brasil 2019*. FBH/CNSaúde, mai. 2019. Disponível em: https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019_10maio2019_web.pdf. Acesso em: 12 mai. 2020.
- CETIC. *Portal de dados*. 2020. Disponível em: <http://data.cetic.br/cetic/explore>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- COUNTRYECONOMY. Índice de Desenvolvimento Humano. 2020. Disponível em: <https://pt.countryeconomy.com/demografia/idh/>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- DATASUS. Ministério da Saúde. Notas técnicas. 2018. Disponível em:

- <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- DERANI, C. Política pública e a norma jurídica. *Revista da Faculdade de Direito UFPR*, Curitiba, v. 41, p. 19-28, 2001. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/direito/article/view/38314/23372>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris: Gallimard/Seuil, 2004.
- FURTADO, C. *Formação econômica do Brasil*. 34. ed. São Paulo: Companhia das letras, 2007.
- FURTADO, C. *Perspectivas da Economia Brasileira*. Rio de Janeiro: Instituto Superior de Estudos Brasileiros (MEC), 1958.
- GRAU, E. R. *A ordem econômica na Constituição de 1988*. 14ª ed. São Paulo: Malheiros, 2010.
- GROPPALLI, A. *Doutrina do Estado*. São Paulo: Saraiva. 1968.
- HAQ. Health Access and Quality Index, 1990 to 2015. 2020. Disponível em: <https://ourworldindata.org>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- HEGEL, G. W. F. *Princípios da Filosofia do Direito*. Traduzido por Orlando Vitorino. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: segurança alimentar 2013*. 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91984.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- NEGRI, A. *Biocapitalismo y constitución política del presente*. In: CERBINO, M; GIUNTA, I. *Biocapitalismo, procesos de gobierno y movimientos sociales*. Quito: FLACSO, Sede Ecuador, 2013.

- NEGRI, A. *La fábrica de porcelana: una nueva gramática de la política*. Madrid : Paidós, 2008.
- OPPENHEIMER, F. *The State: its history and development viewed sociologically*. Traduzido por John M. Gitterman. New York: Vanguard Press, 1922.
- PEREIRA, A. I. *O direito econômico na ordem jurídica*. 2. ed. São Paulo: Busharsky, 1980.
- PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2019*. Além do rendimento, além das médias, além do presente: desigualdades no desenvolvimento humano no século XI. 2019. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf. Acesso em: 15 mai. 2020.
- SEN, A. K. *Desenvolvimento como liberdade*. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SILVA, A. B.; CARNEIRO, A. C. M. G.; SINDICO, S. R. F. Regras do governo brasileiro sobre serviços de telessaúde: revisão integrativa. *Planejamento e políticas públicas*, Brasília, n. 44, p. 167-188, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/440>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- SOOD, S.; MBARIKA, V. W. A.; DOARN, C. R. *What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings*. In: *Telemedicine and e-Health*. vol. 13, n. 5, 2007. p. 573-590. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/tmj.2006.0073>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- UGALMUGLE, S.; SWAIN, R. *Global telemedicine market size to surpass \$175 Bn by 2026*. Global Market Insights. 13 abr. 2020. Disponível em: <https://www.gminsights.com/pressrelease/telemedicine-market>. Acesso em: 13 abr. 2020.

- UNDP - United Nations Development Programme. *Human Development Report 2016: human development for everyone*. New York, 2016. Disponível em: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hdr/2016-human-development-report.html>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- WEN, C. L. Telemedicina e telessaúde: um panorama no Brasil. *Informática Pública*, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 7-15, 2008.