

Arranjos político-jurídico-sanitários na Espanha e no Brasil sobre requisição de leitos de UTI na pandemia: um estudo comparado

Political-legal-sanitary arrangements in Spain and in Brazil regarding the request for ICU beds during the pandemic: a comparative study

Acuerdos político-jurídico-sanitarios en España y Brasil sobre requisición de camas de UCI en la pandemia: un estudio comparado

Maria Célia Delduque¹

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-5351-3534>

✉ mcdelduque@gmail.com

Sandra Mara Campos Alves²

Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0001-6171-4558>

✉ smcalves@gmail.com

Pedro Henrique de Moura Gonet Branco³

Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-6971-4701>

✉ pedrogonet@gmail.com

Francisco Miguel Bombillar-Sáenz⁴

Universidade de Granada, Granada, Espanha

 <https://orcid.org/0000-0002-9895-8713>

✉ bombillar@ugr.es

Submissão em: 14/08/23

Aprovação em: 21/08/23

Resumo

Objetivo: fazer um estudo comparado entre a Espanha e o Brasil sobre os arranjos político-jurídico-sanitários para a requisição de leitos de UTI pelos sistemas de saúde espanhol e brasileiro durante a pandemia de COVID-19. **Metodologia:** foi realizado estudo descritivo-comparativo com base em variantes pré-selecionadas e analisadas mediante o método funcionalista. **Resultados:** embora os países tenham muitas semelhanças no perfil organizativo dos sistemas de saúde, há possibilidades legais na Espanha que não se verificam no arco normativo brasileiro que permitam decisões centralizadoras em saúde. **Conclusão:** diante de uma emergência de saúde, sob a declaração de estado de alarme, o quadro constitucional espanhol permite que as autoridades de saúde dos entes subnacionais (Comunidades Autônomas) permaneçam sob as ordens diretas do Ministro da Saúde, o que não ocorre no sistema federativo brasileiro.

Palavras-chave

Unidade de Terapia Intensiva. Leitos. COVID-19.

¹ Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; Professora colaboradora.

² Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; Pesquisadora e coordenadora.

³ Bacharel em Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; Pesquisador colaborador.

⁴ Doutor, Universidade de Granada, Granada, Espanha; Professor titular.

Abstract

Objective: to carry out a comparative study between Spain and Brazil on the political-legal-sanitary arrangements for the requisition of ICU beds by the Spanish and Brazilian health systems during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** a descriptive-comparative study was carried out based on pre-selected variants and analyzed using the functionalist method. **Results:** although the countries have many similarities in the organizational profile of the health system, there are legal possibilities in Spain that are not found in the Brazilian regulatory framework that allow centralizing decisions in health. **Conclusion:** in the event of a health emergency, under the declaration of a state of alarm, the Spanish constitutional framework enables the health authorities of the subnational entities (Autonomous Communities) to remain under the direct orders of the Minister of Health, which is not the case in the Brazilian federative system.

Keywords

Intensive Care Unit. Beds. COVID-19.

Resumen

Objetivo: realizar un estudio comparativo entre España y Brasil sobre los acuerdos político-jurídico-sanitarios para la requisición de camas de UCI por parte de los sistemas sanitarios español y brasileño durante la pandemia de COVID-19. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo-comparado basado en variantes preseleccionadas y analizadas mediante el método funcionalista. **Resultados:** aunque los países tienen muchas similitudes en el perfil organizativo del sistema de salud, existen posibilidades legales en España que no se encuentran en el marco normativo brasileño, y que permiten decisiones centralizadas en salud. **Conclusión:** ante una emergencia sanitaria, bajo la declaración de un estado de alarma, el marco constitucional español permite que las autoridades sanitarias de las entidades subnacionales (Comunidades Autónomas) queden bajo las órdenes directas del Ministro de Salud, lo que no ocurre en el sistema federativo brasileño.

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos. Camas. COVID-19.

Introdução

Após três anos da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), a Organização Mundial de Saúde (OMS) mantém o nível máximo de alerta para a COVID-19 e considera que existem incertezas sobre a prontidão dos sistemas de saúde frente às futuras ondas da pandemia (1).

Em 2023, registraram-se mais de 6 milhões de vidas ceifadas em todo o planeta (2) sem contar os contaminados que guardarão sequelas para toda a vida, demonstrando que o mundo tem lições a aprender com o episódio.

A bem da verdade, a pandemia atingiu o mundo de forma diferente e as respostas nacionais à COVID-19 foram, também, bastante desiguais. A resiliência dos sistemas de saúde foi colocada à prova e as autoridades sanitárias tiveram que traçar estratégias rápidas e eficientes para mitigar os impactos negativos gerados e garantir acesso da população aos serviços de saúde.

Um dos temas prementes, e que foi bastante requerido durante os períodos de maiores picos da doença, foi a utilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou melhor, a insuficiência numérica desses leitos no setor público diante da dimensão que o problema de saúde se apresentou, dado o alto índice de internações e a rápida utilização de recursos hospitalares(3).

Considerando que Brasil e Espanha compartilham de sistemas de saúde universais e enfrentaram igualmente o novo coronavírus – desconhecido e com alto poder de contaminação e mortalidade – e a

falta de leitos de UTI ter demonstrado ser o ponto nevrálgico comum às duas realidades, justifica-se o estudo comparado.

Por isso, o objetivo principal da investigação foi responder à seguinte pergunta de pesquisa: qual a razão de a Espanha ter, compulsoriamente, ordenado a requisição de leitos de UTI durante a pandemia e o Brasil não o fez, sendo que tal expediente mostrou-se eficaz?

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo-comparativo, de base documental, em que se empregou o método funcionalista de Konrad Zweigert e Hein Kötz (4), por ser o método que pretende identificar respostas político-jurídicas similares ou distintas, que se assemelham, mesmo ocorrendo em lugares distintos no mundo.

O método parte da identificação de pontos convergentes e divergentes entre dois países/sistemas, utilizando-se variáveis correlacionais.

Tais variáveis foram escolhidas, à medida que comparações de textos normativos ensejavam averiguações mais profundas. As variáveis foram: o direito à saúde no texto constitucional/legal; forma de Estado e de governo; tamanho do território e tamanho da população; número populacional por faixa etária; número populacional por sexo; IDH, renda per capita, matriz legislativa da saúde; dados de mortalidade pela COVID-19; dados de contaminação, entre outros.

Os dados foram pesquisados em sítios governamentais e organizados em planilha.

O estudo atende à Resolução CNS nº 510/2016, sendo dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que utilizou dados de domínio público e não envolveu seres humanos.

Resultados e discussão

A Espanha se define como estado autônomo, e não como federação. A Constituição Espanhola de 1978 (CE/78) (5) estabelece no art. 137 que: “O Estado está organizado territorialmente em municípios, províncias e comunidades autônomas que o constituem. Todas as entidades gozam de autonomia para gerir seus respectivos interesses”⁵. Os municípios e as províncias (com autonomia administrativa) conformam o governo local; as comunidades autônomas (com autonomia administrativa e política, desfrutando do poder legislativo); e os governos regionais.

O Brasil enfatiza sua condição federal no título da lei maior – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) – e estabelece em seu primeiro artigo: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito.”(6)

A história pré-constitucional da saúde da Espanha e do Brasil assemelham-se bastante. A Espanha, como também o Brasil, influenciados pelo *Welfare State*, adotou o modelo de seguridade social com a implementação dos *Seguros Obligatorios de Enfermedad* ou Seguros de Saúde, que assistiam alguns grupos de trabalhadores formais (a exemplo dos industriários, ferroviários, comerciantes etc) e que, ao longo dos anos, foram ampliando sua cobertura a empregados em geral (7). Tal forma de organização, inspirada no sistema bismarkiano, foi adotada por ambos os países até ser superada pelo modelo do Relatório *Beveridge*, em que a prestação de serviços de saúde independe de vínculo empregatício e/ou de categoria profissional (7).

⁵ Todas as traduções foram realizadas de forma livre pelos autores.

Até 1977, na Espanha, a saúde era vinculada ao Ministério do Trabalho e da Seguridade Social, e, a partir de 1978, duas unidades gestoras foram criadas: o *Instituto Nacional de Seguridad Social* (INSS) e o *Instituto Nacional de Salud* (Insalud) (8), separando-se a atividade de previdência da assistência à saúde. No Brasil, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter não retributivo e descentralizado. É o único país do mundo com mais de 200 milhões de habitantes com um sistema de saúde universal e integral.

No Quadro 1, apresenta-se uma comparação, entre os países, de direitos e garantias em matéria de saúde, com base no estabelecimento de novas constituições, e suas leis orgânicas de saúde.

Quadro 1. Comparações entre direitos e garantias constitucionais e legais em relação à saúde, no Brasil e na Espanha

Constituição do Brasil (1988)	Constituição Espanhola (1978)
<p>Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</p> <p>II - [...]</p> <p>III - participação da comunidade.</p>	<p>Art. 43</p> <p>1. Reconhece-se o direito à protecção da saúde.</p> <p>2. Compete aos poderes públicos organizar e tutelar a saúde pública através de medidas preventivas e das prestações e serviços necessários. A lei estabelecerá os direitos e deveres de todos nesta matéria.</p> <p>3. Os poderes públicos fomentarão a educação sanitária, a educação física e o desporto. Da mesma forma facilitarão a adequada utilização do ócio.</p> <p>Art. 148</p> <p>1. As Comunidades Autônomas podem assumir competências nas seguintes matérias:</p> <p>21. Saneamento e higiene.</p> <p>Art. 149</p> <p>1. O Estado tem competência exclusiva sobre as seguintes matérias:</p> <p>16. Saúde Estrangeira. Bases e coordenação geral de saúde. Legislação sobre produtos farmacêuticos.</p> <p>17. Legislação de base e regime económico da Segurança Social, sem prejuízo da execução dos seus serviços pelas Comunidades Autônomas.</p>
Lei Federal nº 8080/1990	Lei nº 14/86
<p>Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.</p>	<p>Art. 1</p> <p>[...]</p> <p>2. São titulares do Direito à protecção da Saúde e da atenção sanitária todos os espanhóis e cidadãos estrangeiros que tenham estabelecido residência no território nacional.</p> <p>Art. 41</p> <p>1. As Comunidades Autônomas exercem suas competências assumidas em seus Estatutos e as que o Estado lhes transfira ou delegue.</p> <p>Art. 44</p> <p>1. Integrarão o Sistema Nacional de Saúde todas as estruturas e serviços públicos ao serviço da saúde.</p> <p>2. O Sistema Nacional de Saúde é o conjunto dos Serviços de Saúde da Administração Estatal e dos Serviços de Saúde das Comunidades Autônomas.</p> <p>[...].</p>

	Art. 67 5. Os hospitais privados vinculados ao Sistema Único de Saúde estarão sujeitos às mesmas inspeções e controles sanitários, administrativos e econômicos dos hospitais públicos, aplicando-se critérios homogêneos e previamente regulamentados.
	Lei nº 41/02
	Art. 1 A presente Lei tem por objetivo regular os direitos e obrigações dos doentes, utentes e profissionais, bem como dos centros e serviços de saúde públicos e privados, em matéria de autonomia do doente e informação e documentação clínica.
Lei Federal nº 8142/1990	Lei nº 16/03
Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.	Art. 3º ter. 1. As pessoas estrangeiras não registradas ou autorizadas como residentes na Espanha têm direito à proteção e cuidados de saúde nas mesmas condições que as pessoas com nacionalidade espanhola [...]. Art. 69 1. O Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde é o órgão permanente de coordenação, cooperação, comunicação e informação dos serviços de saúde entre si e com a Administração do Estado, que tem por finalidade promover a coesão do Sistema Nacional de Saúde através da efectiva garantia equitativa dos direitos dos cidadãos em todo o território do Estado.

Fonte: (5) (6)

A Constituição brasileira, ao tratar da saúde, garantiu a todos o direito à saúde e atribuiu ao Estado o dever de assegurar tal direito por meios de políticas públicas (6). O uso da expressão saúde, no sentido lato, patrocinou a oportunidade de o termo não poder sofrer interpretações reducionistas. O legislador quis tratar a saúde no mais pleno sentido, não lhe atribuindo quaisquer adjetivações, como públicas, individuais ou coletivas.

O fato de a criação do SUS ter tido sede constitucional enseja elevá-lo ao nível de política pública de Estado, posto que, para qualquer mudança no sistema, há de se alterar o próprio texto constitucional cuja complexidade do rito legislativo acaba por impedir alterações no texto de modo casuístico. A CF/88 delegou às instâncias infraconstitucionais questões de cunho organizativo e estruturante do sistema.

Assim, a nota distintiva das garantias e direitos nas duas cartas políticas é que a brasileira preferiu fazer constar no documento constitucional o máximo de garantias para o direito à saúde, como também o sistema que lhe daria a concretude, fazendo-o descentralizado, em face do caráter federativo do país.

Ao revés, embora a CE/78 (5) declare expressamente no art. 43 o direito à *proteção da saúde* e atribua competência aos poderes públicos para organizar e tutelar a saúde pública, a Espanha deu preferência ao âmbito infraconstitucional (destacando, entre outras, as Leis nºs 14/86, 41/02 ou 16/03) para a tarefa de relacionar os direitos e os deveres na área da saúde, bem como a instituição do seu sistema nacional de saúde. Embora paradoxalmente o direito à *proteção da saúde* não se configure, na

Espanha, um direito fundamental, mas sim um princípio norteador da política social e econômica, ou seja, um direito de configuração legal, encontra amplo respaldo constitucional por sua conexão com os direitos à vida e à integridade física e moral, bem como endossado por uma consolidada jurisprudência do Tribunal Constitucional espanhol (9).

Em âmbito infraconstitucional, a Lei nº 8080/1990 (10), objetivamente, organiza e estrutura o sistema de saúde do Brasil, e a Lei nº 8142/1990 (11) garante-lhe a participação da comunidade na gestão do sistema, conforme previsão constitucional.

A Espanha, por opção constitucional, fez editar a Lei nº 14 de 1986 (12), conhecida como a *Lei General de Sanidad*, que instituiu o *Sistema Nacional de la Sanidad* (SNS).

O novo sistema de saúde previu, pela primeira vez, a participação das comunidades autônomas nos serviços sanitários básicos, fazendo o SNS espanhol se conceber como um conjunto de serviços de saúde convenientemente integrado e coordenado.

Desde 2001, ano que culmina no processo constitucional de transferência de competências em saúde, absolutamente todas as Comunidades Autônomas legislaram sobre a saúde, no âmbito das suas competências, e criaram os seus respectivos serviços de saúde, que se tornaram a administração de referência para a proteção da saúde na Espanha. De acordo com o disposto na Constituição e nos Estatutos de Autonomia – regras que determinam efetivamente a competência das Comunidades Autônomas –, as administrações regionais são responsáveis pela gestão da competência de saúde tanto em termos de cuidados de saúde quanto de saúde pública (9).

Segundo a Constituição da Espanha, compete ao Estado estabelecer as bases e a coordenação da saúde (art. 149.1.16ª CE/78) (5). Entretanto, é sobre os ombros das dezessete Comunidades Autônomas que recai a gestão da saúde e, por isso são elas que garantem, na prática cotidiana, o direito à proteção da saúde dos seus cidadãos. Nesse sistema de repartição territorial do poder, as Comunidades Autônomas não só geram esse serviço público como também legislam sobre ele, desenvolvendo o arcabouço normativo sobre o tema. Em suma, as Comunidades Autônomas tornaram-se, sem dúvida, o centro da atividade sanitária na Espanha (9).

Em relação aos sujeitos atendidos pelo sistema público de saúde, o legislador castelhano amplia na lei o reconhecimento do direito à saúde aos estrangeiros residentes no país (com vários altos e baixos regulatórios ao longo dos anos). Tal garantia, no Brasil, ocorre em sede constitucional.

Percebem-se mais semelhanças do que diferenças também em sede de lei infraconstitucional. O Brasil, em 1988, e a Espanha, quase 10 anos antes, fizeram a descentralização dos serviços de saúde, permitindo estados e municípios, de um lado, e comunidades autônomas, de outro, assumirem a tarefa de oferecer os serviços de saúde no nível local, próximo à população destinatária.

Restou cristalino que Brasil e Espanha abandonaram o centralismo autoritário nos anos 1970 e 1980 (13) e associaram ao processo de democratização iniciativas de descentralização territorial e a busca por avanços no estado de bem-estar social. Contudo, apresentam legados, situações socioeconômicas e arranjos institucionais distintos.

Quadro 2. Aspectos econômicos, políticos e sociais entre Brasil e Espanha

Aspectos	Brasil	Espanha
Número de habitantes (2021)	207,8 milhões	47,42 milhões
Homens	48,9%	47,2%
Mulheres	51,1%	52,8%
Residem em área urbana	84,3%	77,4%

Organização territorial	27 estados	17 comunidades autônomas
IDH	0,754	0,863
Renda média mensal	USD 1,625	USD 23,999
Território	8.510.000 km ²	505.990 km ²
Forma de governo	República Presidencialista	Monarquia constitucional parlamentar
Idade média	33,2	43,9
Taxa de natalidade	12,88 %	7,10 %
Taxa de mortalidade	8,33 %	9,50 %

Fonte: Banco Mundial.

O PIB per capita brasileiro, em 2018, foi de USD15.090,65, enquanto o espanhol foi de USD41.389,42 no mesmo período (13). No Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), conforme o Quadro 2, a Espanha apresentou *muito alto desenvolvimento humano* e ocupou a 25^a posição mundial, com pontuação de 0,863, enquanto o Brasil ocupa a 79^a posição, com 0,754 (14).

Em termos de desigualdade na renda familiar, medida pelo coeficiente de Gini, em 2018, a Espanha apresentou o índice de 0,347, acima da média da União Europeia e inferior aos 0,539 do caso brasileiro, que se situa nas primeiras posições em desigualdade no mundo (15).

Soares, Garcia e Carbonell (16), em pesquisa comparativa no financiamento de políticas de saúde nos dois países, concluíram que a Espanha apresentou menores desigualdades no financiamento das políticas de saúde entre as comunidades autônomas porque estabeleceu um modelo de transferências intergovernamental (TIG, em inglês) que prioriza as políticas sociais e a solidariedade intergovernamental. O Brasil, apesar de apresentar maiores desigualdades e um sistema geral de TIG pouco redistributivo, teve uma trajetória positiva de equalização, com base em reformas nacionais, que estabeleceram patamares mínimos de gastos e mecanismos redistributivos para o financiamento da saúde.

Os autores (16) enfatizam que a participação dos entes na arrecadação tributária e nos gastos mostra maior centralização de arrecadação no caso espanhol e maior centralização de gastos no caso brasileiro. Os estados brasileiros arrecadam mais do que as regiões autônomas espanholas (25,9% contra 15,3%) e gastam menos (22,6% contra 32,5%). Já os municípios brasileiros arrecadam menos do que o nível local espanhol (6,6% contra 9,3%) e gastam mais (15,2% contra 11,5%). Isso significa que a carga tributária e a concentração de receitas e de autoridade regulatória fiscal no nível central de governo apontam condições favoráveis nos dois países, para avanços no bem-estar social a todos os cidadãos nacionais. Contudo, o desenho das transferências intergovernamentais importa diferenças entre os dois casos e afeta a equidade no financiamento das políticas de saúde.

No Brasil, as principais transferências intergovernamentais estão definidas na CF/88 e têm o propósito inicial de descentralizar recursos para os estados e, principalmente, para os municípios, com pouca preocupação em corrigir desequilíbrios verticais e horizontais da federação (17).

Quadro 3. Comparação entre Brasil e Espanha no aspecto dos sistemas de saúde

Aspectos dos sistemas de saúde	Espanha	Brasil
Leitos hospitalares/1.000 pop.	2,97	2,09
Médicos/1.000 pop.	4,07	2,15
Leitos UTI/10.000 pop.	1,1	1,87

Fonte: <https://www.dadosmundiais.com/comparacao-paises.php?country1=ESP&country2=BRA> e <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-aponta-reducao-no-numero-de-leitos-no-brasil>

Quinta maior economia da União Europeia (18), a Espanha não foi uma das potências ocidentais mais atingidas pela pandemia. O primeiro caso foi registrado em 31 de janeiro de 2020 e alcançou, em julho de 2022, ao menos 12.600 infectados e 107.700 mortes relacionadas à COVID (19). Países como França, Itália, Reino Unido e Alemanha, Brasil e Estados Unidos superaram, em muito, os números espanhóis (19).

Desde o início do surto, a disponibilidade de leitos de UTI foi reconhecida como uma das principais preocupações de saúde pública, dado que a Espanha é um dos países com menor número de leitos de UTI da União Europeia (20). No período pré-pandêmico, a Espanha contava com 4.447 leitos de UTI, sendo 3.569 públicos e 878 privados (20), com média de 1,1 leito por 10.000 hab, além de problemas com a distribuição desse insumo (21).

O Brasil foi o terceiro país do mundo com o maior número de mortes por COVID-19, com 674.400 óbitos, ficando atrás apenas da Rússia e dos Estados Unidos, e 330.000 infectados, superado apenas pela Índia e pelos Estados Unidos. No período pré-pandemia, contava com uma média de 1,87 leito de UTI por 10.000 habitantes (19), com grave desigualdade na distribuição regional (19).

Tabela 1. Proporção de leitos de UTI no Brasil, SUS e Não SUS por região na pré-pandemia (dezembro/2019) e pandemia (abril/2020)

Região	Dezembro/2019			Abril/2020		
	Total de leitos de UTI	Leitos de UTI SUS	Leitos NÃO SUS (privado)	Total de leitos de UTI	Leitos de UTI SUS	Leitos NÃO SUS (privado)
Norte	2.355	1.501	854	3.128	1.793	1.335
Nordeste	8.472	5.068	3.404	12.480	5.968	6.512
Sudeste	24.277	10.600	13.677	31.292	11.696	19.596
Sul	6.650	4.174	2.476	8.269	4.761	3.508
Centro-oeste	4.291	1.706	2.585	5.096	1.935	3.161
Brasil	46.045	23.049	22.996	60.265	26.153	34.112

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (Ministério da Saúde) e Cotrim Jr. DF, Cabral LMS (22).

Cotrim Jr. e Cabral (22) afirmam que foi surpreendente o significativo aumento de leitos de UTI no Brasil entre o antes e o depois da pandemia, representando um aumento de 23,59%.

Os dados demonstram que, uma vez mais, a situação das duas realidades se equivaliam quando foi decretada a pandemia pelo novo coronavírus, em 2020.

Contudo, a realidade da comparação se impõe, mostrando que, enquanto o Brasil aumentou sua oferta pública de leitos de UTI em 3.104 novas camas, o setor privado da saúde instalou 11.116 novos leitos, mostrando um crescimento de 78,18% na área de tratamento intensivo (23).

A insuficiência de leitos públicos e a sobrecarga abrupta no sistema de saúde dos dois países pressionaram por soluções jurídico-políticas, econômicas e, especialmente, sanitárias.

O Poder Executivo do Brasil, logo após decretada a pandemia pela OMS, sancionou a Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 (24). Ato contínuo, foi enviado ao Congresso Nacional a Medida Provisória nº 926/2020 (25), alterando a citada lei. Fez publicar, ainda, o Decreto nº 10.282/20 (26) que regulamentava a lei federal referenciada.

Entre as alterações propostas pela MP, algumas foram consideradas inconstitucionais e deram ensejo à Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) ao Supremo Tribunal Federal (STF) (27).

Os dispositivos considerados incompatíveis com a Constituição foram, *in verbis*:

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas:

I – isolamento;

II – quarentena

[...]

VI - restrição excepcional e temporária, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por rodovias, portos ou aeroportos de:

a) entrada e saída do País;

b) locomoção interestadual e intermunicipal;

[...]

§ 8º As medidas previstas neste artigo, quando adotadas, deverão resguardar o exercício e o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais.

§ 9º O Presidente da República disporá, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais a que se referem o § 8º.

§ 10. As medidas a que se referem os incisos I, II e VI do caput, quando afetarem a execução de serviços públicos e atividades essenciais, inclusive as reguladas, concedidas ou autorizadas, somente poderão ser adotadas em ato específico e desde que em articulação prévia com o órgão regulador ou o Poder concedente ou autorizador.

§ 11. É vedada a restrição à circulação de trabalhadores que possa afetar o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais, definidas nos termos do disposto no § 9º, e cargas de qualquer espécie que possam acarretar desabastecimento de gêneros necessários à população.

Articulou o impetrante que a matéria deveria ser reservada à Lei Complementar e que a responsabilidade constitucional, atribuída a todos os entes para cuidarem da saúde, fora esvaziada.

O Ministro relator aduziu que, em vista da urgência e da necessidade, não viu transgressão a preceito constitucional, frustrando-se a alegada inconstitucionalidade formal de que apenas uma lei complementar seria competente para regular a matéria.

A espécie normativa tem tramitação especial, exige quórum qualificado para sua aprovação (maioria absoluta das duas Casas do Congresso, além dos dois turnos de votação na Câmara dos Deputados e turno único no Senado Federal) (6). Certamente, um tempo que o enfrentamento da pandemia não possuía.

Todavia, o principal problema residiu no §9º do art. 3º, com redação proposta pela MP 926, que transcreve-se: “§ 9º O Presidente da República disporá, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais a que se referem o § 8º.”.

Portanto, caberia ao presidente da República definir as atividades essenciais que deveriam ser resguardadas na adoção das medidas descritas no art. 3º.

Os senhores ministros do STF entenderam que o pacto federativo deveria prevalecer na adoção dessas medidas, competindo a cada governador ou prefeito a tarefa de adotar medidas restritivas e revelar o que é atividade essencial (27).

Não se pode aferir o que poderia ocorrer caso a ADI fosse julgada improcedente, mas o fato é que viu-se, nos jornais de todo o país, a interdição de prateleiras de mercados que vendiam vassouras, baldes, eletrodomesticos etc, julgados não essenciais pelo dirigente regional/local (28).

Na Espanha, a alínea b) do art. 4.º da Lei Orgânica nº 4/1981, de 1º de junho, dos estados de alarme, exceção e sítio, habilita o governo espanhol, no exercício das competências que lhe são atribuídas pelo n.º 2 do art. 116.º da Constituição, a declarar estado de alarme, em todo ou em parte do território nacional, quando se verificarem crises sanitárias que impliquem graves alterações da normalidade.

Em 14 de março de 2020, por meio do Real Decreto nº 463/2020 (29), a Espanha decretou o estado de alarme em todo o território nacional, estipulando sua vigência inicial por 15 dias. Depois de várias extensões ratificadas pelo parlamento, o estado de alarme foi prolongado até o dia 21 de junho de 2020 (embora não mais com a mesma intensidade de sua origem), depois de terem passado todas as fases do Plano de Desescalamento.

O decreto (30) suspendeu as atividades educativas presenciais, garantindo-as em formato à distância, além do funcionamento de estabelecimentos, exceto aqueles que atendem às necessidades essenciais. Em listagem exaustiva, o decreto elenca as atividades diversas, em que inclui, além dos setores de alimentos e de farmacêuticos, os comércios de papelaria, telecomunicações, internet, tinturaria e até salões de beleza e estabelecimentos de estética.

No entanto, o decreto abre a possibilidade de que qualquer atividade possa ser suspensa, a juízo da autoridade competente (Governo da nação), delegando, majoritariamente, ao Ministro da Saúde a competência para modificar, ampliar ou restringir as medidas determinadas neste ato legislativo (salvando as competências dos ministros de Defesa, Interior e dos Transportes sobre suas respectivas áreas de responsabilidade).

Proibiu expressamente as aglomerações e estipulou a distância de um metro entre as pessoas e o fechamento de museus, arquivos e bibliotecas. O decreto tratou de cada segmento que atende à sociedade, delegando às autoridades específicas as competências de ampliar ou de restringir o determinado.

Em relação à saúde, e estritamente no que diz respeito a esse período de tempo do estado de alarme, o art. 12 estabeleceu que todas as autoridades de saúde das administrações públicas do território nacional, bem como os demais funcionários e trabalhadores dos serviços, permaneceriam sob as ordens diretas do Ministro da Saúde (§ 1º), em particular na área da saúde pública (§ 3º) (29). Não obstante, as administrações públicas regionais e locais mantiveram a gestão, no âmbito das suas competências, dos correspondentes serviços de saúde, zelando sempre pelo seu bom funcionamento (§ 2º). Ou seja, as Comunidades Autônomas realmente não perderam seus poderes em matéria de saúde.

Foi reservado ao Ministro o exercício de tantos poderes quanto fossem necessários para garantir a coesão e a equidade na prestação do referido serviço. Foi expressamente indicado nesse decreto (29) (§ 4º art. 12) que tais medidas garantiriam, também, a possibilidade de determinar a melhor distribuição no território de todos os meios técnicos e pessoais, de acordo com as necessidades que se revelassem na gestão da crise sanitária, sobretudo no que afetasse os leitos de UTI.

O Ministro da Saúde poderia exercer os poderes necessários para esse fim em relação também aos centros, serviços e estabelecimentos de saúde privados (§ 6º, art. 12) (29). O decreto autorizou ao Ministro, entre outras competências, o seguinte (art. 13, b): intervir e ocupar transitoriamente indústrias, fábricas, oficinas, fazendas ou locais de qualquer natureza, incluídos os centros, os serviços e os estabelecimentos sanitários de titularidade privada, assim como aqueles que desenvolvem atividades no setor farmacêutico (29). Isto é, as competências do Ministro estenderam-se a todos os operadores do sistema, sejam eles públicos ou privados.

Além disso, as autoridades competentes delegadas fariam o mesmo para garantir que os recursos humanos e os centros e os estabelecimentos militares de saúde reforçassem o Sistema Nacional de Saúde.

Sabe-se que, mesmo havendo avocação dos leitos de UTI privados durante o período autorizado pelo Real Decreto nº 463/2020 (29), houve uma subutilização desse insumo, durante a pandemia, na Espanha (31).

É forçoso reconhecer, no entanto, que a Espanha não é um Estado federado e que a delegação de competência às unidades subnacionais (Comunidades Autônomas), embora baseada na Constituição e comprometida com a autonomia política e administrativa dos territórios, é resultado de um processo de construção política. Diferentemente, é o caso do Brasil cuja Carta Política determina a forma federativa de organização do Estado.

Em uma emergência de saúde pública, é lícito ao governo central espanhol centralizar as ações de saúde na medida de seu poder discricionário (quando estiver de acordo com o disposto na ordem constitucional). No Brasil, ao revés, o Decreto nº 10.282/2020 (26), por não observar o pacto federativo constitucionalmente garantido, acertadamente foi declarado inconstitucional.

Não há, no entanto, de se julgar um sistema melhor do que o outro ou que um país se saiu melhor do que o outro no enfrentamento da pandemia. Apesar de ambos – Brasil e Espanha – terem de adotar medidas para o controle do SARS-CoV-2, o arco normativo e a forma de governo são distintos, sem falar nas dimensões territoriais e no tamanho da população, e, ainda, nas condições econômicas para enfrentar a inesperada pandemia.

A Confederação Nacional de Saúde (CNS) também se insurgiu contra a Lei nº 13.979/2020 (24), ingressando com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6.362 (32), contra o seguinte dispositivo:

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas:

[...]

VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa;

[...]

§ 7º As medidas previstas neste artigo poderão ser adotadas:

[...]

III - pelos gestores locais de saúde, nas hipóteses dos incisos III, IV e VII do caput deste artigo.

Alegam que a “[...] permissão, em termos genéricos, para que os gestores locais de saúde se valham da requisição administrativa de bens e serviços no combate à pandemia, sem condicionar sua adoção a medidas de coordenação e controle por autoridade da União Federal” importa na limitação ao direito de propriedade disposta no art. 5º, XXV, da Constituição Federal (32).

E, apesar de o STF ter se manifestado no sentido de reconhecer a competência dos gestores estaduais e municipais para a prática da requisição administrativa diante da pandemia, destacou que, para se concretizar a citada requisição, deve-se, primeiramente, esgotar todos os meios de conciliação e mediação entre o setor público e o privado com o intuito de se evitar a judicialização da saúde (32). O fato é que não ocorreram episódios de requisição compulsória de insumos de saúde durante a pandemia.

É necessário reconhecer que a fila única de leitos não está regulamentada no Brasil. Durante a pandemia, muitos projetos de lei foram propostos sem que houvesse êxito na tramitação legislativa, tendo as proposições sido arquivadas ao final da legislatura (33).

No entanto, nas situações-limite a criatividade e as iniciativas corajosas surgem em todos os lugares. Exemplo disso ocorreu em vários municípios brasileiros (34), que lançaram mão de camas de hotéis para atender à escassez desse insumo na rede pública e privada de saúde. Com a desocupação desses leitos hoteleiros na pandemia, muitos estabelecimentos abriram suas portas para essa utilização (35).

Considerações finais

A pandemia de COVID-19 foi impiedosa para todos os países do mundo, não havendo melhores ou piores cenários em razão do grau de desenvolvimento das nações, tamanho de população/território ou forma de organização dos respectivos sistemas de saúde.

O estudo comprovou que Espanha e Brasil enfrentaram o vírus com estratégias muito semelhantes, embora a organização não federal do país castelhano exigisse legislação nacional, amparada pelo estado de alarme contemplado na Constituição, para centralizar a resposta à emergência de saúde quando eclodiu a pandemia. Não obstante, as Comunidades Autônomas mantiveram a gestão, no âmbito das suas competências, dos correspondentes serviços de saúde que integram o sistema nacional de saúde.

O Brasil, ao revés, como país de tradição federalista, não pode lançar mão da estratégia de concentração das ações no nível central de governo, tendo o STF determinado a competência dos entes subnacionais para a adoção de quaisquer decisões para a contenção do vírus.

O momento de crise deu ensejo a proposições legislativas para a regulação da fila única de leitos, mas o debate parlamentar arrefeceu na mesma medida em que perdia força a contaminação e o número de óbitos pela doença.

A COVID-19 não foi a primeira pandemia que o mundo enfrentou. Outras histórias de emergências de saúde pública ocorreram, certamente, sem que governos e sociedade global tivessem aprendido a não deixar os sistemas de saúde operando no limite de sua capacidade, pois situações inesperadas sempre ocorrerão.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Delduque MC contribuiu com a redação, análise e interpretação de dados e aprovação da versão final do artigo, Alves SMC contribuiu com a revisão crítica e aprovação da versão final do artigo, Gonet Branco PHM contribuiu para a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo, Bombillar-Sáenz FM contribuiu com a redação do artigo e revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

Editores

Editora científica: Alves SMC

Editores convidados: Delduque MC, Gonet Branco PHM

Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración acerca de la decimocuarta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (Covid-19). Ginebra: OMS; 2023.

2. Our World in Data. Coronavirus pandemic (Covid-19) [Internet]. [S. l: s. n.]; 2023 [citado em 14 jun. 2023]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
3. Marinho A. Proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis. In: Nota Técnica nº 65 [Internet]. Brasília: Ipea; 2020 [citado em 10 jan. 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10011>
4. Zweigert K, Kötz H. An introduction to comparative law. New York: Oxford University Press; 1998.
5. España. Constitución (1978). Constitución española [Internet]. [S. l: Junta de Castilla y León]; 1978 [citado em 19 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.tribunalconstitucional.es/es/tribunal/normativa/Normativa/CEportugu%C3%A9s.pdf>
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 2023.
7. De Paula JB. Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2018;31(4):1-3.
8. Pereira AMM, Lima LD de, Machado CV. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(7): p. 2239-2252.
9. Bombillar-Sáenz FM, Miras AP. El derecho a la protección de la salud desde una perspectiva multinivel y de derecho comparado. Revista Europea de Derechos Fundamentales [Internet]. 2015 [citado em 7 ago. 2023]; (25):299-331. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5264980>
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990 [citado em 19 jun. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
11. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 dez. 1990 [citado em 19 jun. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
12. España. Ley 14 de 29 de abril de 1986. General de Sanidad. Madrid, 25 abr. 1986 [citado em 29 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
13. Huntington SP. A terceira onda: a democratização no final do século XX. São Paulo: Ática; 1994.
14. United Nations Development Programme. Human development index trends, 1990-2018 [Internet]. [S. l: s. n.]; 2020 [citado em 22 jun. 2023]. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/composite/trends>
15. Banco Mundial. Datos de 2022. [Internet]. [S. l: s. n.]; 2022 [citado em 19 jun. 2023]. Disponível em: <https://datos.bancomundial.org/>
16. Soares MM, Garcia EM, Carbonell J. Desigualdades territoriais no financiamento das políticas de educação e de saúde na Espanha e no Brasil. Rev. Adm. Pública. 2023;57(1).
17. Rezende F. Federalismo fiscal: em busca de um novo modelo. In: Oliveira R, Santana W, editores. Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade Brasília: Unesco; 2010. p. 71-88.
18. Organization for Economic Co-Operation And Development. Profile Spain. [Internet]. [S. l: s. n.]; 2020 [citado em fev. 2023]. Disponível em: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134092-ja65h7wypm&title=Country-profile-Spain
19. Agência Reuters. COVID 19 Tracker [Internet]. [S. l: s. n.]; 2022 [citado em 21 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.reuters.com/graphics/world-coronavirus-tracker-and-maps/pt/countries-and-territories/spain/>
20. Espanha. Subdirección General de Información Sanitaria. Secretaria General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Madrid: Ministério de Sanidad, 2021 [citado em 15 fev. 2023]. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2019/INFORME_SIAE_2019.pdf
21. Espanha. Datadisa. Incidência de la COVID-19 en las camas UCI en España. [Internet]. [S. l: s. n.]; 2020 [citado em 14 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.datadista.com/coronavirus/camas-uci/>
22. Cotrim Jr. DF, Cabral LMS. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de COVID-19: desigualdades entre o público × privado e iniquidades regionais. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [citado em 31 ago. 2023]; 30(3):1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/JjDgLRckLz6LWQb5MKNGTB/?format=pdf&lang=pt>
23. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório aponta redução no número de leitos no Brasil [Internet] Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019 [citado em 22 jun. 2023]. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-aponta-reducao-no-numero-de-leitos-no-brasil>

24. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília: 6 fev. 2020 [citado em 21 jun. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm

25. Brasil. Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Brasília, 20 mar. 2020 [citado em 12 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/141144#:~:text=Define%20como%20dispens%C3%A1vel%20a%20licita%C3%A7%C3%A3o,import%C3%A2ncia%20internacional%20decorrente%20do%20coronav%C3%ADrus>

26. Brasil. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Brasília, 20 mar. 2020 [citado em 12 jun. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10282.htm

27. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6341-DF. Brasília: STF, 2020 [citado em 21 jun. 2023]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754372183>

28. Mello I. Comércio do RS terá que recolher das prateleiras produtos não essenciais [Internet]. [S. l.: s. n.]; 6 mar. 2021 [citado em 21 jun. 2023]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/06/comercio-do-rs-tera-que-recolher-das-prateleiras-produtos-nao-essenciais.htm?cmpid=copiaecola>

29. Espanha. Real Decreto nº 463, de 14 de março de 2020. Declara o estado de alerta para a gestão da

situação de crise sanitária ocasionada pela Covid-19. Madrid, 14 mar. 2020 [citado em 21 jun. 2023]. Disponível em:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-3692-consolidado.pdf>

30. Bombillar-Sáenz FM. Salus publica suprema lex est: intervención administrativa y gestión de la crisis del Covid-19. In: Atienza-Macía E, Rodríguez-Ayuso JF, editores. Las respuestas del Derecho a las crisis de salud pública. Madrid: Dykinson; 2020. p. 61-77.

31. Vizoso S, Vázquez C. La sanidad privada acumula en España 2.200 camas de UCI vacías: Las empresas se quejan del escaso uso de sus hospitales en zonas con pocos casos y las comunidades responden que se cubrirán cuando llegue el pico. El País [Internet]. 2 abr. 2020 [citado em 12 fev. 2023]; Sociedad. Disponível em: https://elpais.com/sociedad/2020-04-02/la-sanidad-privada-acumula-en-espana-2200-camas-de-uci-vacias.html?event_log=oklogin

32. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.362. Brasília: STF, 2020 [citado em 28 jun. 2023]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarPocessoEletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqObjetoIncidente=5886574>

33. Rodrigues AP, Alves SMC, Delduque MC. Fila única de leitos e a pandemia de Covid-19: atuação do Poder Legislativo Federal no ano de 2020. Ciência & Saúde Coletiva. 2023;28(3):685-697.

34. Collucci C. Hotéis pelo Brasil abrigam profissionais da saúde e pacientes na pandemia de coronavírus. Folha de S.Paulo [Internet] 24 mar. 2020 [citado em 28 jun. 2023]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/hoteis-pelo-brasil-abrigam-profissionais-da-saude-e-pacientes-na-pandemia-de-coronavirus.shtml>

35. Organização Panamericana da Saúde. Considerações para o uso de hotéis durante a pandemia de Covid-19. Documento técnico de trabalho provisório. Versão 5 [Internet]. [S. l.: s. n.]; 2 abr. 2020 [citado em 28 jun. 2023]. 11 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51995?locale-attribute=pt>

Como citar

Delduque MC, Alves SMC, Gonet Branco PHM, Bombillar-Sáenz FM. Arranjos político-jurídico-sanitários na Espanha e no Brasil sobre requisição de leitos de UTI na pandemia: um estudo comparado. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2023 jul./set.;12(3):63-76

<https://doi.org/10.17566/ciads.v12i3.1207>

Copyright

(c) 2023 Maria Célia Delduque, Sandra Mara Campos Alves, Pedro Henrique de Moura Gonet Branco, Francisco Miguel Bombillar-Sáenz.

