



VIOLAÇÕES DOS DIREITOS HUMANOS NO BRASIL: DENÚNCIAS E ANÁLISES NO CONTEXTO DA COVID-19



Direito Humano à
Saúde na Pandemia



monitoramentos dos
direitos
humanos e **Brasil**

Fórum Nacional de
Defesa do Direito
Humano à Saúde



**Conselho Nacional
de Saúde**

Violações dos direitos humanos no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19



Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) de Creative Commons. De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada. A imagem da capa é de Gustavo Basso e está licenciada sob Copyright, sem direitos de reprodução.

Edição: EAB Editora

Projeto gráfico, capa e diagramação: Diego Ecker

Revisão: Araceli Pimentel Godinho e Bianca Damacena

Foto da capa: Copyright 2020 - Gustavo Basso [Indígenas de Miranda/MS chorando a morte de parentes por Covid-19 em Agosto de 2020 durante seu sepultamento]

Organização

Paulo César Carbonari

Nara Aparecida Peruzzo

Enéias da Rosa

Autorias

Armando Antônio de Negri Filho

Benilda Regina Paiva de Brito

Bruno Moretti

Cristian de Oliveira Gamba

Elda Coelho Bussinguer

Euzamara de Carvalho

Luiz Eloy Terena

Maria dos Remédios F. Carvalho Branco

Pedro Rodrigues C. Hallal

Soraia da Rosa Mendes

Colaboração

Enéias da Rosa

Nara Aparecida Peruzzo

Flavio Luiz Schieck Valente

Gilnei José Oliveira da Silva

Jônia Rodrigues de Lima

Nilce Cardoso Ferreira

Paulo César Carbonari

Pedro Rafael Vilela Ferreira

Renê Romanssini

Roseane Gomes Dias

Realização

Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil (AMDH)

Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde

Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH)

Processo de Articulação e Diálogo Internacional (PAD)

Fórum Ecumênico Act Brasil (FeACT)

Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH)

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Parceiros

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

S678v Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH)
Violações dos direitos humanos no Brasil : denúncias e análises no contexto da Covid-19 [recurso eletrônico] / Sociedade Maranhense de Direitos Humanos ... [et al.]. – Passo Fundo: Saluz, 2021.
227 p. ; 9,3 MB ; PDF

ISBN: 978-85-69343-72-1

DOI: 10.5281/zenodo.5643632

1. Saúde pública. 2. Pandemia de Covid-19. 3. Direitos humanos.
4. Violação de direitos. I. Título.

CDD: 614

CDU: 614(81)

Catalogação: Marina Miranda Fagundes - CRB 14/1707

2021

Editora Acadêmica do Brasil - EAB Editora

Rua Senador Pinheiro, 350, Sala 01

99070-220, Passo Fundo, RS

www.eabeditora.com.br

Sumário

Apresentação	4
Uma análise epidemiológica sobre o manejo da pandemia de Covid-19 no Brasil	7
<i>Pedro C. Hallal</i>	
Excesso de mortes no Brasil durante a pandemia de Covid-19	23
<i>Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco</i>	
Orçamento público e direito à saúde em tempos de pandemia: análise do caso brasileiro.....	34
<i>Bruno Moretti</i>	
Pandemia da Covid-19 e o descumprimento da vigilância em saúde no Brasil.....	55
<i>Euzamara de Carvalho</i>	
Sindemia e cárcere no Brasil: descartabilidade dos corpos e a gestão dos indesejáveis no contexto da Covid-19	77
<i>Cristian de Oliveira Gamba</i>	
Povos indígenas e as violações do direito humano à saúde no contexto da pandemia da Covid-19: subsídios à denúncia internacional..	102
<i>Luiz Eloy Terena</i>	
A responsabilidade criminal do Presidente da República, senhor Jair Messias Bolsonaro, por crimes de feminicídio de Estado durante a pandemia Covid-19.....	128
<i>Soraia da Rosa Mendes</i>	
Raça, direitos humanos e saúde no contexto da Covid-19 no Brasil.....	156
<i>Benilda Regina Paiva de Brito</i>	
Para além da pandemia de Covid-19: considerações sobre as lutas políticas em torno à materialidade do direito à saúde	179
<i>Armando De Negri Filho</i>	
A pandemia do Covid-19 e as violações bioéticas perpetradas e/ou fomentadas pelo Governo Brasileiro	204
<i>Elda Coelho de Azevedo Bussinguer</i>	

Apresentação

Esta obra coletiva reúne a contribuição de pesquisadores e pesquisadoras de diversos campos, todos/as mobilizados/as para subsidiar a construção de uma denúncia de violação de direitos humanos no Brasil durante a pandemia de Covid-19. É coordenada pela Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil (AMDH), que reúne o Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH), o Processo de Articulação e Diálogo Internacional (PAD) e o Fórum Ecumênico Act Brasil (FeAct), em conjunto com o Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde. A realização contou com a cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A iniciativa tem acolhida e parceria em dois órgãos institucionais: o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), espaços de participação popular e de controles social das políticas, mas também encarregados de promover ações para que situações de ameaça ou de violação dos direitos humanos encontrem as devidas responsabilizações.

A iniciativa se orienta pela responsabilidade das organizações da sociedade civil que atuam em direitos humanos no Brasil, pois entendem que lhes cabem a vigilância das situações, a documentação e a denúncia pública das violações de direitos humanos, para buscar seu processamento pelos órgãos encarregados de monitoramento do cumprimento dos compromissos nacionais e internacionais de direitos humanos. No centro, a pretensão de sustentar a denúncia de que o Estado brasileiro e o governo Bolsonaro, por ação e omissão, violaram os direitos humanos no modo como realizaram o enfrentamento da pandemia de Covid-19, particularmente o direito à vida e o direito à saúde – ambos previstos nos pactos internacionais dos quais o Estado brasileiro é signatário, e também previstos expressamente na Constituição Federal.

Os documentos aqui apresentados servem de subsídio para o *Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil*¹, que, por sua vez, se orientou a subsidiar pedidos de responsabilização junto a organismos internacionais de direitos humanos e às instituições nacionais. Mostra que a Covid-19 se apresenta como um acontecimento que trouxe impactos significativos na vida do conjunto das populações. Mas esse impacto não foi igual para todos/as, visto que aqueles e aquelas que já estavam em condições precarizadas de vida as viram ficar ainda piores. Também mostra que ações implementadas e omissões havidas por parte do governo Bolsonaro contribuíram para tornar ainda pior o impacto e resultaram em mortes massivas, as quais, segundo diversos estudos, ainda que estes divirjam nos números, mostram que milhares de vidas poderiam e deveriam ter sido evitadas: se uma única vida pudesse ter sido evitada, já teria sido altamente relevante.

1 Para consultar o documento, ver: <https://dhsaude.org/>.

A responsabilidade pelas diversas violações é analisada nos dez artigos que compõem a coletânea à luz das normativas internacionais e nacionais de direitos humanos. Os artigos de Pedro Hallal e Maria dos Remédios demonstram as “mortes evitáveis” e como elas ficaram distribuídas no território, dando bases consistentes para afirmar que, de cada cinco, quatro mortes poderiam/deveriam ter sido evitadas. Armando de Negri analisa as situações e, sobretudo, aponta perspectivas e possibilidades para a promoção da justiça testemunhal às vítimas, indicando a necessidade de identificar quem foi beneficiado pelas violações dos direitos humanos. Elda Bussinger se ocupa de questões de bioética e demonstra como várias das previsões normatizadas foram redondamente violadas, sobretudo em experimentos desautorizados e ineficazes. Euzamara de Carvalho demonstra como as normativas internacionais de vigilância sanitária foram descumpridas ou negligenciadas no enfrentamento da pandemia. Bruno Moretti faz uma consistente análise do modo como o financiamento (ou o desfinanciamento) da saúde contribuiu para agravar a pandemia. Cristian Gamba mostra o impacto da pandemia entre encarcerados/as. Soraia Mendes trata desse impacto para as mulheres e advoga ter havido um “feminicídio de Estado”. Benilda Brito demonstra como negros/as e quilombolas foram afetados dramaticamente pela pandemia. Eloy Terena traz as demonstrações da existência de práticas de genocídio da população indígena no modo como o Governo agiu e também em razão do que deixou de fazer para proteger os/as indígenas.

São apresentados e demonstrados aspectos estruturais da desassistência e da prática necropolítica patrocinada pelo governo Bolsonaro, que levaram à violação dos direitos humanos à vida e à saúde do povo brasileiro, mas também é particularmente demonstrado como esses aspectos impactaram aqueles segmentos sociais mais afetados. As violações de direitos humanos afetam diretamente sujeitos/as de direitos que, por não terem garantidos os direitos humanos, são convertidos/as em vítimas de violação.

Este material, junto com o *Documento de Denúncia*, servirá de base para iniciativas de responsabilização pelas violações de direitos humanos. Por esta razão é que será apresentado em seu todo, ou em partes específicas, aos organismos do Sistema Global e do Sistema Regional de Proteção dos Direitos Humanos. Também, será entregue aos órgãos públicos do Poder Legislativo, do Poder Judiciário e do Ministério Público Federal para subsidiar iniciativas da competência de cada um.

É inaceitável que vidas humanas, num contexto tão impactante como foi o da Covid-19, tenham sido maltratadas e perdidas, tenham sido violentadas e violadas em seus direitos por quem deveria, por responsabilidade constitucional e em razão dos compromissos internacionais do Estado brasileiro em matéria de direitos humanos, ter sido agente de seu cuidado, promoção e proteção.

As organizações e os/as pesquisadores/as que construíram esta obra se colocam ao lado das vítimas da pandemia que, por falta do necessário cuidado de seus direitos, morreram ou ficaram com graves sequelas. Somam-se também ao esforço de construção da verdade, da justiça e da necessária reparação. Há que se responsabilizar os agentes das violações, mas também é necessário trazer à luz aqueles/as que se beneficiaram das violações, as vítimas que as sofreram e seguem sofrendo-as.

Finalmente, as organizações promotoras agradecem aos/às pesquisadores/as que construíram estes subsídios, demonstrações e argumentos. Agradecem, também, às

diversas organizações parceiras que se aliançaram para a construção deste documento; particularmente, ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela confiança e viabilização do apoio necessário à sua realização, e ao Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), que se somou nesta parceria.

Brasília, outubro de 2021.

Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil (AMDH)
Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde
Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH)
Processo de Articulação e Diálogo Internacional (PAD)
Fórum Ecumênico Act Brasil (FeACT)
Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH)
Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Uma análise epidemiológica sobre o manejo da pandemia de Covid-19 no Brasil

Pedro C. Hallal¹

1. Comparação do Brasil com o resto do mundo

Preliminarmente, é essencial apresentar algumas considerações epidemiológicas para melhor interpretação dos dados sobre Covid-19 no mundo. As análises a serem apresentadas neste texto focam em mortes, não em casos, pela simples razão de que há subestimativa grosseira do número de casos, conforme dados demonstrados pelo EpiCovid19 no Brasil (HALLAL *et al.*, 2020) e por outros estudos ao redor do mundo (POL-LÁN *et al.*, 2020). Isso se explica pelas diferentes políticas e capacidades de testagem. Exatamente pela mesma razão, o uso dos indicadores de mortalidade é mais indicado do que o uso de indicadores de letalidade, especialmente para comparar os números entre cidades, estados ou países.

Outra consideração epidemiológica básica é sempre utilizar números relativos, não números absolutos, visto a importância do denominador para qualquer interpretação epidemiológica (VICTORA, 1993). Por último, embora possa parecer óbvio, é necessário destacar a necessidade da utilização de fontes confiáveis para interpretar e analisar os dados da pandemia, vista a ampla disseminação de notícias falsas.

1.1. Mortalidade, considerando o tamanho da população

Existem inúmeras abordagens metodológicas para comparar o desempenho brasileiro com o restante do mundo no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Em publicação na revista *The Lancet*, em janeiro de 2021 (HALLAL, 2021), utilizou-se uma metodologia simples: comparar o percentual de mortes por Covid-19 no Brasil com o que seria esperado de acordo com o tamanho da população do País. O Brasil tem 2,7% da população mundial; portanto, se tivesse um enfrentamento da pandemia na média mundial, seria

1 Graduado em Educação Física, pela Universidade Federal de Pelotas (2000), mestre em Epidemiologia, pela Universidade Federal de Pelotas (2002) e doutor em Epidemiologia, também pela Universidade Federal de Pelotas (2005). Professor associado da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, ambos da UFPel. Ex-Reitor da UFPel (2017-2020). Coordenador do EpiCovid19, o maior estudo epidemiológico sobre Covid-19 no Brasil.

esperado que tivesse 2,7% das mortes por Covid-19 no mundo. No entanto, na época da publicação, o Brasil concentrava 10,8% das mortes por Covid-19 no Planeta. Até aquela data, o Brasil possuía 4 vezes mais mortes por Covid-19 do que seria esperado de acordo com o tamanho de sua população.

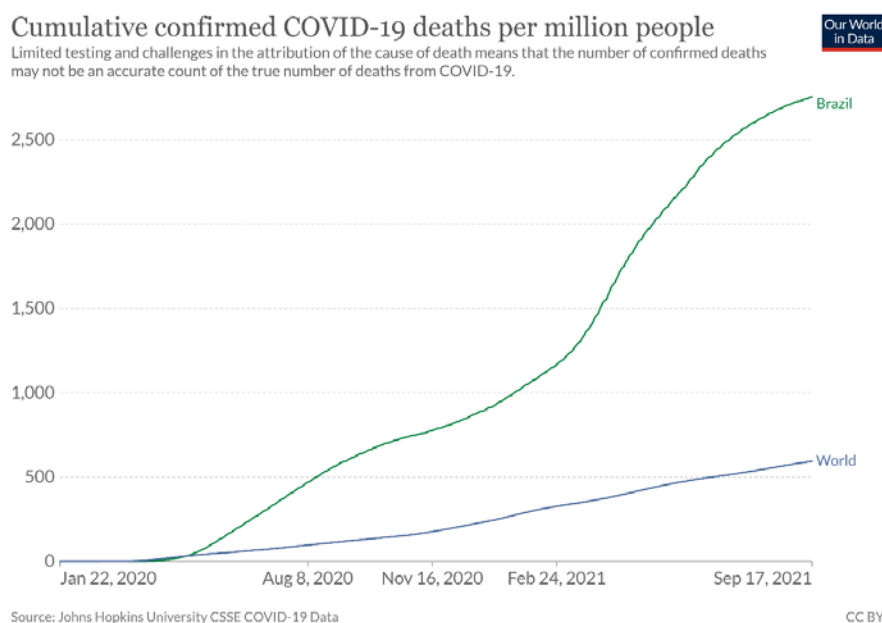
Em função da redação deste texto, atualizei os cálculos, até o dia 20 de setembro de 2021 (WORLDMETER..., 2021). Até essa data, o Brasil representava 12,5% das mortes por Covid-19 no Planeta, ou seja, 4,6 vezes mais mortes por Covid-19 do que seria esperado de acordo com o tamanho de sua população.

É possível, portanto, afirmar que quatro de cada cinco mortes por Covid-19 no Brasil poderiam ter sido evitadas caso o País estivesse na média mundial em termos de enfrentamento da pandemia.

1.2. Mortalidade acumulada

Outra maneira de comparar o desempenho brasileiro com o do resto do mundo é avaliar a mortalidade acumulada por Covid-19. Os dados (RITCHIE *et al.*, 2020)² estão disponibilizados na figura 1.

Figura 1. Comparação da mortalidade acumulada por Covid-19, por 1 milhão de habitantes, entre o Brasil e o mundo.



Fonte: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data.

A mortalidade acumulada por Covid-19 era de 595 mortes por 1 milhão de habitantes no dia 20 de setembro de 2021. No Brasil, a mortalidade acumulada era de 2759 mortes

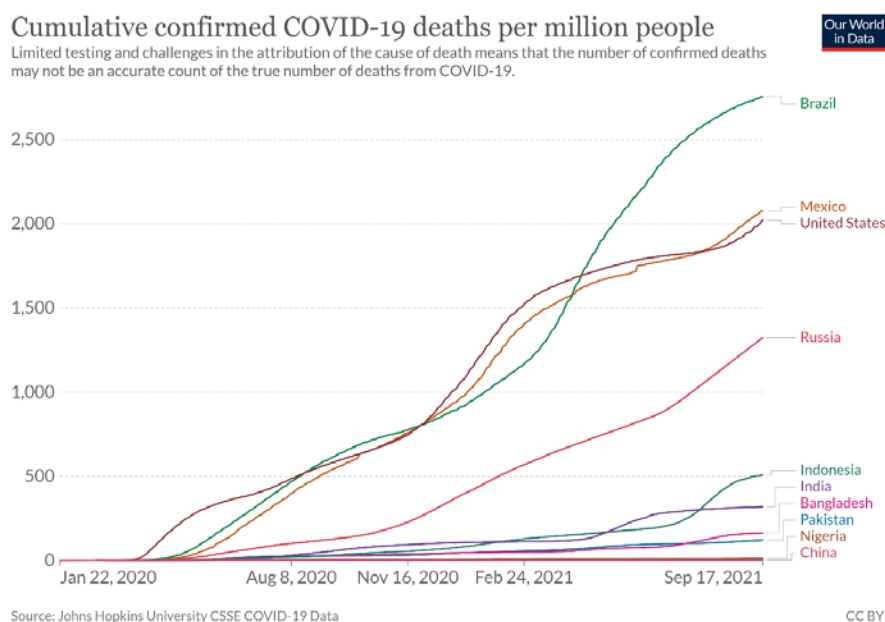
2 No endereço: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>. Acesso em: 20/09/2021.

por 1 milhão de habitantes, na mesma data. A diferença é de 4,6 vezes, muito parecida com a obtida no método de comparação pelo tamanho da população.

Novamente, é possível afirmar que quatro de cada cinco mortes ocorridas por Covid-19 no Brasil poderiam ter sido evitadas caso o País estivesse na média mundial de enfrentamento da pandemia. Para ser exato, no momento em que o Brasil possui 590 mil mortes, 462 mil poderiam ter sido evitadas caso nosso desempenho no enfrentamento da pandemia fosse igual ao da média mundial.

Analisando-se o *ranking* dos países com maior mortalidade acumulada por Covid-19 no Planeta, o Brasil ocupa a 8ª posição, atrás apenas de Peru, Hungria, Bósnia, Macedônia, Montenegro, Bulgária e República Tcheca. Entre os dez países com maior população do mundo, o Brasil é disparadamente aquele com maior mortalidade acumulada, sendo o único com mais de 2500 mortes por 1 milhão de pessoas. Seis dos dez países mais populosos do mundo possuem mortalidade acumulada inferior a 500 mortes por 1 milhão de pessoas (figura 2).

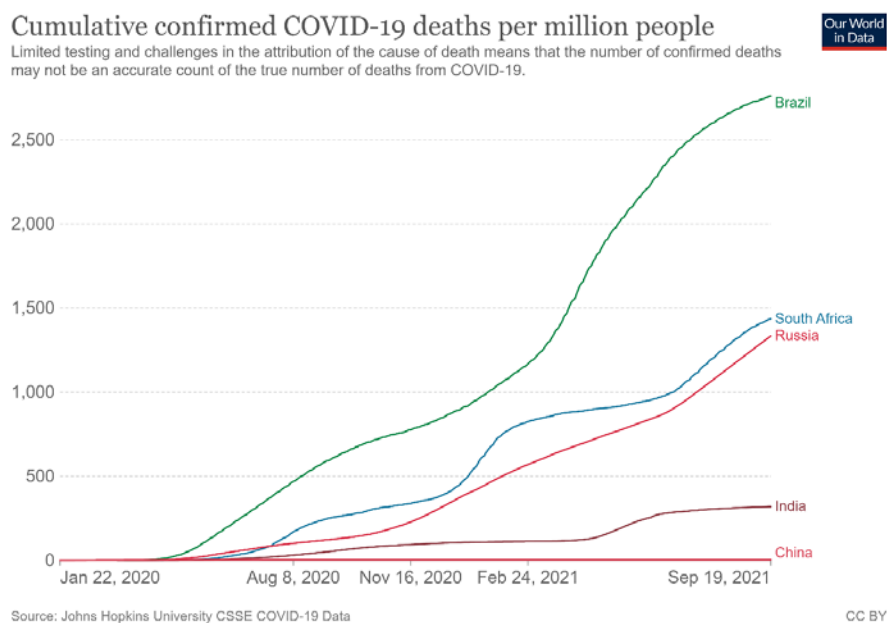
Figura 2. Mortalidade acumulada por Covid-19 nos dez países mais populosos do mundo.



Fonte: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data.

Outro recorte é comparar o desempenho brasileiro com os outros países dos BRICS (Rússia, Índia, China e África do Sul). Novamente, o desempenho brasileiro é disparadamente o pior (figura 3): enquanto o Brasil tem mortalidade acima de 2500 mortes por 1 milhão de habitantes, nenhum outro país dos BRICS tem mortalidade acima de 1500 mortes por 1 milhão de habitantes.

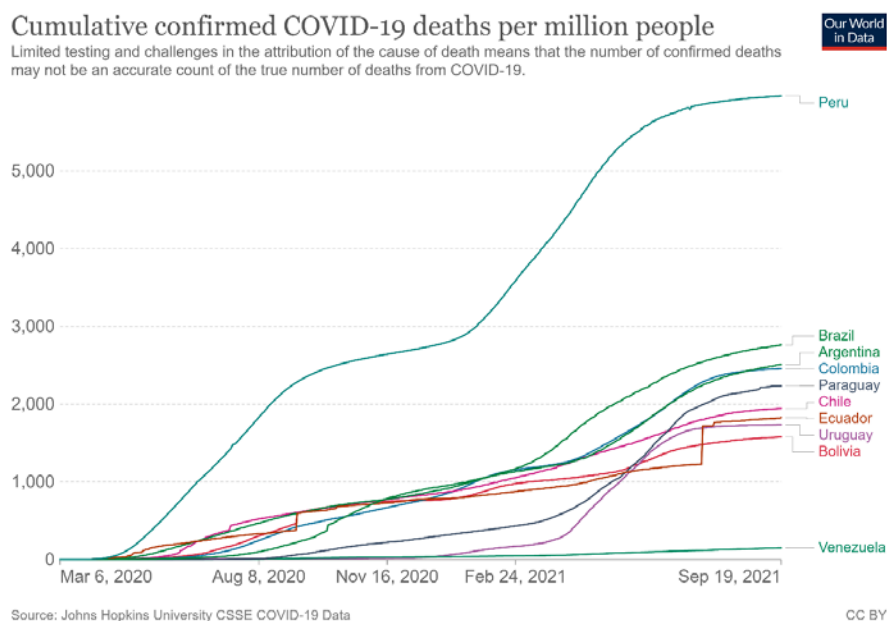
Figura 3. Mortalidade acumulada por Covid-19 nos cinco países que compõem o bloco BRICS.



Fonte: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data.

Ainda, a figura 4 apresenta os dados de mortalidade por Covid-19 nos países da América do Sul. O Brasil apresenta a segunda maior mortalidade da região, atrás apenas do Peru.

Figura 4. Mortalidade acumulada por Covid-19 na América do Sul.



Fonte: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data.

Por fim, cabe aprofundar o conceito das “ondas epidemiológicas”, tão difundido na interpretação dos dados da pandemia. A curva brasileira é bastante divergente das curvas epidêmicas tradicionais, simplesmente pelo fato de que no Brasil nunca foram feitas as medidas restritivas necessárias para a completude de qualquer onda da pandemia. O Brasil optou por utilizar restrições longas e flexíveis, em vez de restrições curtas e rígidas, mas eficazes sob o ponto de vista da saúde pública, e, também, para garantir a recuperação econômica.

1.3. Vacinação

A análise da vacinação no Brasil, em comparação com o resto do mundo, foi realizada utilizando dados disponíveis até o dia 20 de setembro de 2021 (RITCHIE et al., 2020)³. Quanto ao percentual da população completamente vacinada (duas doses no caso de todas as vacinas, exceto a Janssen, de uma dose apenas), o Brasil ocupava a posição 86, com 37,6% da população completamente imunizada contra Covid-19.

2. Impacto do atraso na aquisição de vacinas

Considerando somente as informações prestadas nos depoimentos dos senhores Carlos Murillo (Pfizer) e Dimas Covas (Butantan) à Comissão Parlamentar de Inquérito, estimamos, conservadoramente, que o atraso na compra de vacinas pelo Governo Federal resultou na morte de 95.500 pessoas, utilizando equação simples: considerando a eficácia das vacinas, a taxa de infecção e a letalidade da doença. O cálculo é conservador porque, ao considerar a eficácia das vacinas, utilizamos a eficácia global, e não a eficácia contra mortalidade, que é maior tanto para a Coronovac quanto para a vacina da Pfizer. Além disso, utilizamos a letalidade média, desconsiderando que as vacinas seriam inicialmente aplicadas para a população idosa, que possui letalidade por Covid-19 bastante superior à observada nas outras faixas etárias.

Estudo recente, liderado pelo doutor Eduardo Massad, professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e professor de matemática aplicada da Fundação Getúlio Vargas, estimou que esse número é, na verdade, de 145 mil mortes (AMAKU et al., 2021). O estudo reuniu um grupo de pesquisadores; o modelo utilizado adota técnicas de cálculo mais complexas e considera 24 variáveis, como a taxa de infecção de pessoas expostas, a mortalidade natural dos brasileiros, a taxa de recuperação de quem pegou Covid-19, a taxa de hospitalização e o ritmo de vacinação. A pesquisa identificou o comportamento dessas variáveis desde o início da pandemia até o final de 2020 e, a partir dessa dinâmica, projetou a evolução para 2021. Importante destacar que esse número ignora mortes que poderiam ter sido evitadas por outras políticas públicas, como maior incentivo ao uso de máscaras e

3 No endereço: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em: 20/09/2021.

ao distanciamento social. Segundo o pesquisador principal, doutor Massad, “Essas 145 mil mortes neste ano são atribuíveis **apenas** ao fato de o Governo ter rejeitado as ofertas de vacina.”

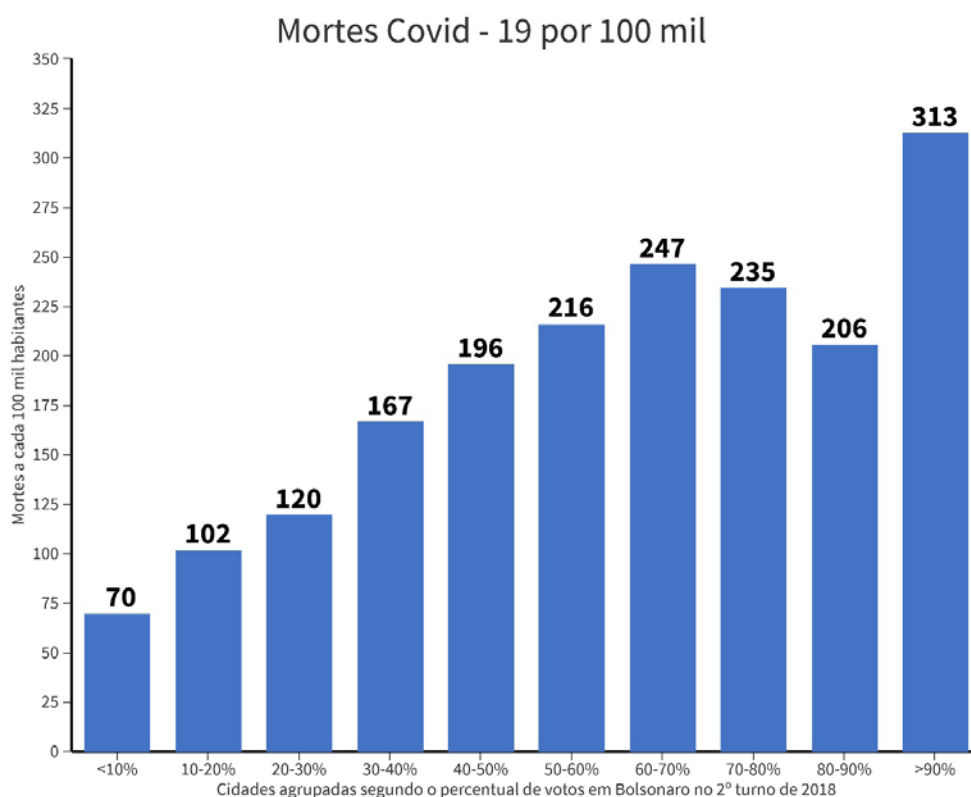
3. Causalidade: negacionismo e mortes por Covid-19 no Brasil

Em 1965, Sir Austin Bradford Hill publicou um artigo histórico (HILL, 1965), no qual introduziu nove critérios científicos para avaliar se uma associação observada em uma análise epidemiológica é causal ou não. Embora o conhecimento científico sobre saúde e doença tenha evoluído consideravelmente nas últimas décadas, os Critérios de Hill continuam válidos e têm sido aplicados em diversas situações para avaliar se as associações observadas são causais ou não. É importante destacar que nem todos os nove critérios precisam estar preenchidos para confirmar uma associação causal. Por exemplo, a tradicional associação causal entre tabagismo e câncer de pulmão não preenche o critério de especificidade, visto que o tabagismo causa várias outras doenças, além do câncer de pulmão.

A fim de trazer novos conhecimentos, analisamos a associação entre negacionismo e mortalidade por Covid-19 no Brasil à luz dos critérios de causalidade de Sir Austin Bradford Hill. As análises aqui apresentadas são preliminares e farão parte de um artigo científico, a ser submetido a publicação em um periódico científico nos próximos dias.

Critério 1 – Força de associação: quanto maior a diferença na frequência da doença (Covid-19) entre pessoas ou lugares expostos em comparação a pessoas e lugares não expostos ao fator de risco (negacionismo), maior a probabilidade de que a relação observada seja causal. No caso concreto, conforme demonstrado na figura 1, a mortalidade por Covid-19 é 4,6 vezes maior no Brasil em comparação com o resto do mundo. As diferenças ficam ainda mais marcantes se considerada a estrutura etária da população. Utilizando-se uma análise distinta, tem-se na figura 5 a relação entre percentual de votos obtidos por Bolsonaro no segundo turno das eleições de 2018 e a mortalidade por Covid-19. A mortalidade por Covid-19 nas cidades que mais votaram em Bolsonaro em 2018 (60% ou mais dos votos) é 3,4 vezes maior do que nas cidades que menos votaram em Bolsonaro (<10% dos votos).

Figura 5. Mortalidade por Covid-19 conforme percentual de votos em Bolsonaro no segundo turno das eleições de 2018.



Critério 2 – Consistência: a relação é observada em diferentes estudos, com diferentes métodos, conduzidos por diferentes pesquisadores? No caso concreto, há diversos estudos descrevendo uma associação entre negacionismo e Covid-19. O Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (Cepedisa) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP, em conjunto com a Conectas Direitos Humanos, conduziu estudo resultante na seguinte conclusão: “[...] identificamos uma estratégia que parece ser focada em atrapar aqueles que estão tentando reduzir ou minimizar os malefícios que essa pandemia está causando à coletividade e aos indivíduos particularmente.” (PESQUISA..., 2021)

No mesmo sentido, artigo publicado na revista *Nature* (TAYLOR, 2021) traz a opinião científica de vários pesquisadores sobre o tema: “Eu acho que nenhum de nós poderia prever que a resposta brasileira à pandemia seria tão ruim.” (Pasternak). “É triste que, no século 21, nós estejamos falhando no nível nacional em incorporar ferramentas antigas e eficazes que teriam salvado milhares de vidas.” (Orellana). “Na ausência de uma ação coordenada no nível federal, vimos diferentes respostas no nível local, que não foram suficientes para baixar o número de mortes.” (Castro). “O Governo tem sido um negacionista da pandemia. Ele nega que a pandemia é séria, nega que ela exige intervenções, e nega as medidas defendidas pela ciência para enfrentá-la” (Lotta).

Ainda, artigo publicado na mídia também traz a opinião científica de pesquisadores brasileiros, das áreas de microbiologia e epidemiologia, sobre o assunto (RAMIRES, 2020):

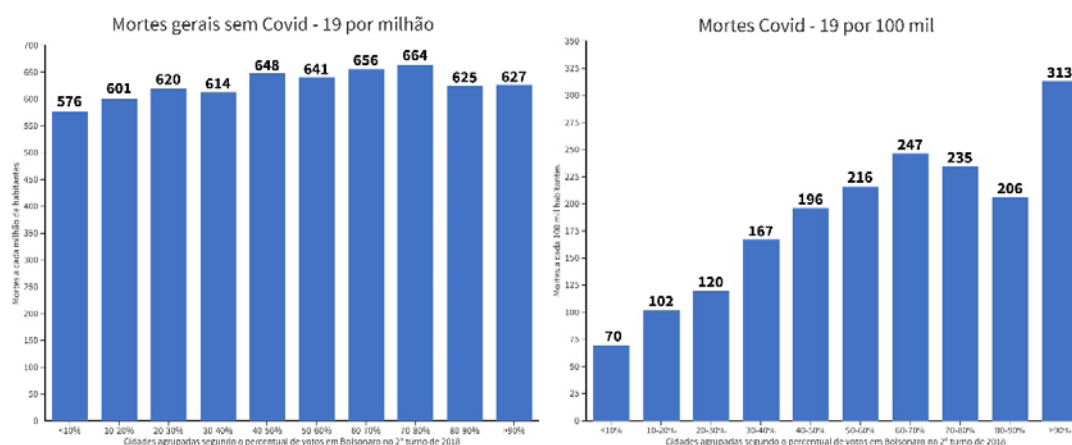
Não havia necessidade de a doença chegar nesse ponto. Com um bom planejamento, metade dessas mortes poderia ter sido evitada. Além de não fazer o que precisava ser feito, com ausência de planejamento, o Governo Federal atrapalhou o trabalho dos estados e municípios que queriam fazer um trabalho sério. (Pasternak).

Tem um sistema de atenção básica, experiência em saúde pública e uma capacidade científica já comprovada. Temos os recursos para enfrentar de uma forma melhor do que foi feita. Estamos em uma posição que poderíamos não estar. (Werneck).

Por fim, estudo conduzido nos Estados Unidos (NEELON *et al.*, 2021) mostrou diferenças nos indicadores de Covid-19 entre os estados liderados por Republicanos, aliados do presidente negacionista Donald Trump, e os estados liderados por Democratas.

Critério 3 – Especificidade: o fator em estudo (negacionismo) está relacionado especificamente a um tipo de doença (Covid-19)? Este é um dos Critérios de Hill mais difíceis de serem comprovados, visto que a maioria dos fatores de risco está relacionada com múltiplas doenças. Para testar esse critério, analisou-se a mortalidade geral no Brasil em 2020 por todas as causas agrupadas (exceto Covid-19), conforme o percentual de votos obtidos por Bolsonaro no segundo turno das eleições de 2018. Similarmente, analisou-se a mortalidade específica por Covid-19 conforme o mesmo indicador de percentual de votos. A figura 6 mostra que, no caso do negacionismo, a associação é específica com Covid-19, doença sobre a qual o negacionismo debruçou-se nos últimos meses no Brasil.

Figura 6. Relação entre votos em Bolsonaro no segundo turno das eleições de 2018 e mortalidade geral (excluindo-se Covid-19; gráfico da esquerda) e mortalidade por Covid-19 (gráfico da direita).



Critério 4 – Temporalidade: o fator causal (negacionismo) veio antes da doença (Covid-19)? No caso concreto, esse é o critério de mais fácil comprovação. O Presidente foi eleito em 2018, tendo seu mandato iniciado em 2019, enquanto a pandemia de Covid-19 só chegou ao Brasil no início de 2020. Além disso, algumas das declarações mais anticiência do Presidente e do Governo Federal vieram a público antes da maior aceleração dos óbitos no País, ocorrida em 2021, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1. Resumo das principais declarações anticiência feitas pelo Presidente da República e pelo Governo Federal durante a pandemia de Covid-19.

Março 2020 – o Presidente sugere que a Covid-19 é uma “gripezinha” e passa a defender o tratamento com “cloroquina” como capaz de frear a pandemia.

Abril 2020 – o Presidente declara haver “sinais de que a pandemia está acabando”.

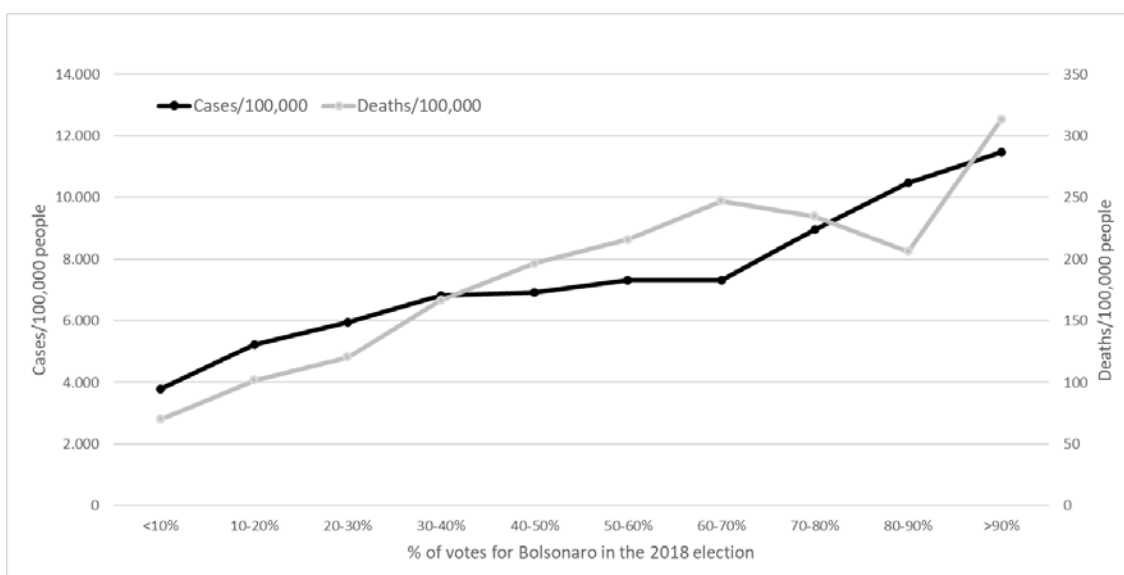
Maio 2020 – o Presidente intensifica o discurso de que “isolamento não funciona”, além de declarar “e daí?” sobre a alta mortalidade por Covid-19 observada no País até aquele momento.

Dezembro 2020 – o Presidente intensifica as declarações antivacina, sugerindo que as vacinas eram experimentais e que seus efeitos adversos eram desconhecidos.

Janeiro 2021 – Twitter bane publicação do Ministério da Saúde, por violar as regras de saúde pública.

Critério 5 – Gradiente biológico: quando há maior exposição, há maior risco? Também conhecido como efeito dose-resposta. No caso concreto, os dados apresentados na figura 5 confirmam a relação dose-resposta entre exposição ao negacionismo e mortalidade por Covid-19. Destaque-se que, conforme pode ser observado na figura 7, esses dados são observados não apenas para mortalidade por Covid-19, mas também para os casos da doença.

Figura 7. Relação entre o percentual de votos de Bolsonaro no segundo turno das eleições de 2018 e (a) casos; (b) mortes por Covid-19.



Critério 6 – Plausibilidade biológica: há uma explicação plausível para a relação em estudo? No caso concreto, são várias as explicações para uma possível relação causal entre negacionismo e mortalidade por Covid-19. O negacionismo está relacionado com o não uso de máscaras, com a não adesão ao distanciamento físico, com a promoção de aglomerações, com a não vacinação e promoção de notificações falsas sobre as vacinas e, por fim, com exposição ao vírus, por crença de que há medicamentos capazes de curar a doença.

Critério 7 – Coerência: os achados são coerentes com outras relações conhecidas? No caso concreto, há múltiplos indicadores para confirmar o preenchimento do critério. Estudo publicado em 2019 (antes da pandemia) no periódico científico *The Lancet* evidenciou forte relação entre intensidade da democracia e indicadores de saúde (BOLLYKY *et al.*, 2019). Outro artigo publicado na mesma revista científica analisou as implicações da era Trump para as políticas de saúde nos Estados Unidos (WOOLHANDLER *et al.*, 2021). As ações baseadas em evidências científicas (UNITE..., 2021) fazem com que a Nova Zelândia seja um dos países com menor mortalidade acumulada do mundo (5,4 mortes por 1 milhão de habitantes). Apenas para fins de comparação, caso o Brasil tivesse a mesma mortalidade acumulada da Nova Zelândia, seriam 1161 óbitos no País até o dia 19 de junho de 2021.

Critério 8 – Evidências experimentais: quando há estudos experimentais que comprovem a relação, a probabilidade de ela ser causal é maior. No caso concreto, por questões éticas, é inviável conduzir um estudo experimental, expondo aleatoriamente populações ao negacionismo. No entanto, as intervenções questionadas pelo negacionismo já foram submetidas a diversos estudos experimentais. Em relação ao uso de máscaras, por exemplo, estudo de metanálise (LIANG *et al.*, 2020) demonstrou uma forte evidência de proteção contra transmissão de vírus respiratórios.

Em relação às vacinas, múltiplos são os estudos de intervenção comprovando sua eficácia (em situações controladas) (BADEN *et al.*, 2021) e efetividade (no mundo real) (DAGAN *et al.*, 2021). Estudo recente apresenta informações sobre a efetividade das vacinas em uso no Brasil. Em poucas semanas, a campanha de vacinação foi capaz de prevenir 44 mil mortes de idosos no País, em comparação ao que seria esperado caso a vacinação não houvesse iniciado (VICTORA *et al.*, 2021).

Critério 9 – Analogia: o resultado é análogo ao que se sabe sobre outras relações causais? No caso concreto, o estudo de Bollyky *et al.*, publicado no *The Lancet* em 2019, traz analogia com o caso do negacionismo ao estudar a relação entre democracia e indicadores de saúde. A expectativa de vida entre 1970 e 2015 aumentou 3% a cada dez anos nos países que fizeram transição para democracia no período. Para doenças cardiovasculares, acidentes e câncer, por exemplo, a experiência democrática tem maior influência sobre a mortalidade do que o produto interno bruto dos países. No mesmo sentido, os países que tiveram privada a oportunidade de votarem em eleições democráticas apresentaram aumentos em doenças não transmissíveis e violência.

Em resumo, a associação entre negacionismo e mortalidade por Covid-19 no Brasil preenche absolutamente todos os critérios de causalidade de Sir Austin Bradford Hill, não deixando dúvidas de que se trata de uma relação causal.

4. Um fracasso monumental

O enfrentamento brasileiro ao coronavírus foi classificado pelo autor pelo depoente e pelo doutor Cesar Victora, em artigo publicado na revista *Nature Medicine*, como um fracasso monumental (HALLAL; VICTORA, 2021). Resumidamente, os principais erros no enfrentamento brasileiro da pandemia podem ser divididos em sete pecados capitais.

4.1. O tripé do enfrentamento de doenças infecciosas

O enfrentamento de doenças infecciosas baseia-se no tripé testagem, rastreamento de contatos e isolamento. O objetivo é diminuir a disseminação do vírus, por meio do isolamento dos suspeitos, até que a possibilidade de doença seja descartada. Infelizmente, os dados sobre testagem do Brasil não podem ser comparados aos do resto do mundo, visto que não estão disponíveis no sítio eletrônico Our World in Data⁴ (RITCHIE et al., 2021). Destaque-se que não houve, em nenhum momento da pandemia, uma política de testagem de larga escala, efetiva, em âmbito nacional. É necessário também ressaltar que o objetivo da testagem em larga escala não é apenas quantificar os casos, mas especialmente identificá-los precocemente, evitando que essas pessoas transmitam a doença para outras. Os poucos casos de sucesso em relação à testagem de Covid-19 no Brasil restringem-se a estudos epidemiológicos, nos quais a testagem é feita por amostragem. O rastreamento de contatos consiste em identificar as pessoas que tiveram contatos com indivíduos com confirmação da doença, testá-los e isolá-los, para evitar a disseminação do vírus.

4.2. Abordagem clínica (individual) *versus* abordagem epidemiológica (populacional)

Conforme destacado anteriormente, o Brasil adotou, equivocadamente, uma abordagem clínica para o enfrentamento da pandemia, em vez de adotar uma abordagem epidemiológica. O aumento do número de leitos, a compra de respiradores, a tentativa de garantir oxigênio e medicamentos para kits intubação são exemplos dessa estratégia. Não há aqui uma defesa contrária a essas medidas, mas é um equívoco achar que uma pandemia pode ser controlada sem reduzir a transmissão do vírus (abordagem populacional).

4.3. Desestímulo ao uso de máscaras

Não há dúvida científica sobre a eficácia do uso de máscaras para o controle da disseminação do vírus. No Brasil, as constantes aparições públicas do Presidente sem máscara passam uma mensagem dúbia à população, estimulando o descrédito na eficácia do uso de máscaras.

4.4. Promoção de tratamento ineficazes

É necessário pontuar que, independentemente da ineficácia dos medicamentos do chamado “kit de tratamento precoce”, e independentemente dos riscos associados à

4 No endereço: <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>. Acesso em: 20/09/2021.

administração em altas doses desses medicamentos, o mais grave é a falsa sensação de segurança passada à população. Quando o Presidente está infectado e levanta uma caixa de medicamentos como se fosse um troféu de Copa do Mundo, a mensagem passada à população é nítida: “podem se contaminar que esse medicamento é capaz de salvá-los”.

4.5. Atraso na compra e desestímulo à vacinação

O desestímulo à vacinação foi observado em várias manifestações do Presidente da República. Além do efeito maléfico das declarações em si, o mais grave foi a ação de negligenciar as ofertas de vacinas feitas no ano de 2020. Estudo estimou que 95.500 mortes poderiam ter sido evitadas caso o Brasil tivesse adquirido as vacinas da Pfizer e da Coronavac nas ofertas iniciais. Estudo mais recente, de outro grupo de pesquisa, estima em 145.000 vidas perdidas em função da negligência na compra de vacinas.

4.6. Falta de liderança do Ministério da Saúde e de um comitê de especialistas

Conforme muito bem explicado na Comissão Parlamentar de Inquérito pelo doutor Cláudio Maierovicht, a falta de uma liderança nacional, centralizando as ações de combate à pandemia, foi decisiva para explicar o vexatório desempenho brasileiro no enfrentamento do coronavírus. Nem mesmo a mais elementar decisão em uma situação dessa gravidade, que era a criação de um comitê de especialistas, foi feita, com exceção de grupos que agiam “nas sombras”, conforme já comprovado na egrégia comissão.

4.7. Falta de uma comunicação unificada

Uma mensagem unificada auxilia a população na adoção das medidas recomendadas pela ciência. No caso brasileiro, a única tentativa nesse sentido ocorreu durante a gestão do ministro Mandetta, que promovia coletivas de imprensa diárias para informar à população sobre a evolução da pandemia. Infelizmente, todas essas iniciativas foram boicotadas pelo próprio Presidente da República, que diariamente promoveu a disseminação de informações anticiência.

5. EpiCovid19

O EpiCovid19 foi um estudo idealizado pela UFPel e operacionalizado por um comitê científico composto por pesquisadores de diversas universidades brasileiras. Originalmente, foi idealizado o EpiCovid19-RS, para monitorar a evolução da pandemia no estado do Rio Grande do Sul. A seguir, após contato com o Secretário de Atenção Primária à Saúde, doutor Erno Harzheim, integrante da equipe do ministro Mandetta,

foi decidido expandir o estudo para âmbito nacional, denominando-o EpiCovid19-BR. O estudo gaúcho concluiu, até hoje, 11 fases de coletas de dados, cada uma entrevistando e testando 4.500 pessoas espalhadas por nove cidades em todas as regiões do estado. O estudo nacional concluiu, até hoje, cinco fases de coletas de dados, cada uma visitando 33.250 domicílios espalhados por 133 cidades de todos os estados da Federação. As três primeiras fases do estudo foram financiadas pelo Ministério da Saúde, ao custo de R\$12 milhões.

O EpiCovid19-BR é uma pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelo Todos pela Saúde e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Estudo de revisão recente (CHEN *et al.*, 2021) classificou o EpiCovid19 como um dos mais bem ranqueados entre todos os estudos sorológicos do mundo sobre Covid-19.

Os dados do EpiCovid19-BR foram alvo de tentativa de censura por parte do Ministério da Saúde, na coletiva de imprensa de divulgação dos resultados do projeto. No meio de 2020, o Ministério da Saúde, sem apresentar qualquer razão técnica, decidiu interromper o monitoramento da pandemia no Brasil por meio do EpiCovid19-BR.

Conclusões

O Brasil é um dos países do mundo com pior desempenho no enfrentamento da pandemia. Não há outra explicação para esse fracasso que não a postura anticidência adotada pelo Governo Federal. A promoção da imunidade de rebanho como política de saúde mostrou-se equivocada em todos os locais do mundo, e apenas o Brasil manteve essa estratégia. A negativa em adotar as políticas de distanciamento adequadas auxiliou na disseminação do vírus no Brasil.

Referências

AMAKU, Marcos; COVAS, Dimas Tadeu; COUTINHO, Francisco Antonio Bezerra; AZEVEDO, Raymundo Soares; MASSAD, Eduardo. Modelling the impact of delaying vaccination against SARS-CoV-2 assuming unlimited vaccine supply. **Theoretical Biology and Medical Modelling**, v. 18, n. 1, p. 14, dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12976-021-00143-0>. Acesso em: 20 set. 2021.

BADEN, Lindsey R.; EL SAHLY, Hana M.; ESSINK, Brandon; KOTLOFF, Karen; FREY, Sharon; NOVAK, Rick; DIEMERT, David; SPECTOR, Stephen A.; ROUPHAEL, Nadine; CREECH, C. Buddy; MCGETTIGAN, John; KHETAN, Shishir; SEGALL, Nathan; SOLIS, Joel; BROSZ, Adam; FIERRO, Carlos; SCHWARTZ, Howard; NEUZIL, Kathleen; COREY, Lawrence; ZAKS, Tal. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 5, p. 403–416, 4 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2035389>. Acesso em: 20 set. 2021.

BOLLYKY, Thomas J; TEMPLIN, Tara; COHEN, Matthew; SCHODER, Diana; DIELEMAN, Joseph L; WIGLEY, Simon. The relationships between democratic experience, adult health, and cause-specific mortality in 170 countries between 1980 and 2016: an observational analysis. **The Lancet**, v. 393, n. 10181, p. 1628-1640, abr. 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30235-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30235-1). Acesso em: 20 set. 2021.

CHEN, Xinhua; CHEN, Zhiyuan; AZMAN, Andrew S; DENG, Xiaowei; SUN, Ruijia; ZHAO, Zeyao; ZHENG, Nan; CHEN, Xinghui; LU, Wanying; ZHUANG, Tingyu; YANG, Juan; VIBOUD, Cecile; AJELLI, Marco; LEUNG, Daniel T; YU, Hongjie. Serological evidence of human infection with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 5, p. e598-e609, maio 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00026-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00026-7). Acesso em: 20 set. 2021.

DAGAN, Noa; BARDA, Noam; KEPTEN, Eldad; MIRON, Oren; PERCHIK, Shay; KATZ, Mark A.; HERNÁN, Miguel A.; LIPSITCH, Marc; REIS, Ben; BALICER, Ran D. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 15, p. 1412-1423, 15 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2101765>. Acesso em: 20 set. 2021.

HALLAL, Pedro C; HARTWIG, Fernando P; HORTA, Bernardo L; SILVEIRA, Mariângela F; STRUCHINER, Claudio J; VIDALETTI, Luís P; NEUMANN, Nelson A; PELLANDA, Lucia C; DELLAGOSTIN, Odir A; BURATTINI, Marcelo N; VICTORA, Gabriel D; MENEZES, Ana M B; BARROS, Fernando C; BARROS, Aluísio J D; VICTORA, Cesar G. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 11, p. e1390-e1398, nov. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30387-9). Acesso em: 20 set. 2021.

HALLAL, Pedro C. SOS Brazil: science under attack. **The Lancet**, v. 397, n. 10272, p. 373-374, jan. 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00141-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00141-0). Acesso em: 20 set. 2021.

HALLAL, Pedro C.; VICTORA, Cesar G. Overcoming Brazil's monumental COVID-19 failure: an urgent call to action. **Nature Medicine**, v. 27, n. 6, p. 933, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01353-2>. Acesso em: 20 set. 2021.

HILL, Austin Bradford. The Environment and Disease: Association or Causation? **Proceedings of the Royal Society of Medicine**, v. 58, n. 5, p. 295-300, maio 1965. DOI: <https://doi.org/10.1177/003591576505800503>. Acesso em: 20 set. 2021.

LIANG, Mingming; GAO, Liang; CHENG, Ce; ZHOU, Qin; UY, John Patrick; HEINER, Kurt; SUN, Chenyu. Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: A systematic review and meta-analysis. **Travel Medicine and Infectious Disease**, v. 36, p. 101751, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101751>. Acesso em: 20 set. 2021.

NEELON, Brian; MUTISO, Fedelis; MUELLER, Noel T.; PEARCE, John L.; BENJAMIN-NEELON, Sara E. Associations Between Governor Political Affiliation and COVID-19 Cases, Deaths, and Testing in the U.S. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 61, n. 1, p. 115-119, jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.01.034>. Acesso em: 20 set. 2021.

PESQUISA identifica estratégia do executivo federal em atrapalhar combate à pandemia. *Jornal da USP*, São Paulo, 22 jan. 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/pesquisa-identifica-estrategia-do-executivo-federal-em-atrapalhar-combate-a-pandemia/>. Acesso em: 20 set. 2021.

POLLÁN, Marina; PÉREZ-GÓMEZ, Beatriz; PASTOR-BARRIUSO, Roberto; OTEO, Jesús; HERNÁN, Miguel A; PÉREZ-OLMEDA, Mayte; SANMARTÍN, Jose L; FERNÁNDEZ-GARCÍA, Aurora; CRUZ, Israel; FERNÁNDEZ DE LARREA, Nerea; MOLINA, Marta; RODRÍGUEZ-CABRERA, Francisco; MARTÍN, Mariano; MERINO-AMADOR, Paloma; LEÓN PANIAGUA, Jose; MUÑOZ-MONTALVO, Juan F; BLANCO, Faustino; YOTTI, Raquel; BLANCO, Faustino; ... VÁZQUEZ DE LA VILLA, Antonia. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. **The Lancet**, v. 396, n. 10250, p. 535-544, ago. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31483-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31483-5). Acesso em: 20 set. 2021.

RAMIRES, Ana Rute. 100 mil óbitos no Brasil: Quantas mortes por Covid-19 poderiam ter sido evitadas? *OPOVO+*, 8 ago. 2020. Disponível em: <https://mais.opovo.com.br/jornal/cidades/2020/08/08/quantas-mortes-por-covid-19--poderiam-ter--sido-evitadas.html>. Acesso em: 31 out. 2021.

RITCHIE, Hannah; MATHIEU, Edouard; RODÉS-GUIRAO, Lucas; APPEL, Cameron; GIATTINO, Charlie; ORTIZ-OSPINA, Esteban; HASELL, Joe; MACDONALD, Bobbie; BELTEKIAN, Diana; ROSER, Max. *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. 2020. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 20 set. 2021.

TAYLOR, Luke. 'We are being ignored': Brazil's researchers blame anti-science government for devastating COVID surge. *Nature*, v. 593, n. 7857, p. 15-16, 6 maio 2021. DOI 10.1038/d41586-021-01031-w. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/d41586-021-01031-w>. Acesso em: 20 set. 2021.

UNITE Against COVID-19. 2021. Disponível em: <https://covid19.govt.nz/>. Acesso em: 20 set. 2021.

VICTORA, Cesar G. What's the denominator? **The Lancet**, v. 342, n. 8863, p. 97-99, jul. 1993. DOI: [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)91291-s](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)91291-s). Acesso em: 20 set. 2021.

VICTORA, Cesar G.; CASTRO, Marcia C.; GURZENDA, Susie; MEDEIROS, Arnaldo C.; FRANÇA, Giovanni V.A.; BARROS, Aluisio J.D. Estimating the early impact of

vaccination against COVID-19 on deaths among elderly people in Brazil: Analyses of routinely-collected data on vaccine coverage and mortality. **EClinicalMedicine**, v. 38, p. 101036, ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101036>. Acesso em: 20 set. 2021.

WOOLHANDLER, Steffie; HIMMELSTEIN, David U; AHMED, Sameer; BAILEY, Zinzi; BASSETT, Mary T; BIRD, Michael; BOR, Jacob; BOR, David; CARRASQUILLO, Olveen; CHOWKWANYUN, Merlin; DICKMAN, Samuel L; FISHER, Samantha; GAFFNEY, Adam; GALEA, Sandro; GOTTFRIED, Richard N; GRUMBACH, Kevin; GUYATT, Gordon; HANSEN, Helena; LANDRIGAN, Philip J; ... VENKATARAMANI, Atheendar. Public policy and health in the Trump era. **The Lancet**, v. 397, n. 10275, p. 705-753, fev. 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32545-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32545-9). Acesso em: 20 set. 2021.

WORLDOMETER COVID-19 Data. 2021. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Acesso em: 20 set. 2021.

Excesso de mortes no Brasil durante a pandemia de Covid-19

Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco¹

Contextualização

Até 4 de outubro de 2021, mais de 598.000 óbitos por Covid-19 foram notificados no Brasil. Sabe-se que ainda há sub-registro de óbitos por Covid-19, ou seja, a causa do óbito foi Covid-19 mas na declaração do óbito foi atribuída outra causa. Em uma pandemia, esse fato é esperado devido a um conjunto de razões relacionadas à qualidade da gestão e à implementação do sistema de vigilância de casos e de óbitos. Entre essas razões, podem ser citadas sub-registro – situação em que o diagnóstico é intencionalmente omitido ou não é realizado; subnotificação – quando o profissional de saúde, mesmo tendo conhecimento de que a doença é de notificação compulsória, não notifica; atraso de notificação – o que pode levar ao represamento da notificação durante semanas ou meses; falta ou pouca estrutura para investigação de casos e de óbitos; ocorrência de óbitos em domicílio; utilização de diferentes definições de casos e de óbitos por diferentes países, estados ou municípios; entre outras razões.

Nesse contexto, é recomendado que, para se avaliar a magnitude dos óbitos durante uma pandemia, se analise o excesso de óbitos, calculado a partir do número de óbitos observados comparado com o número de óbitos esperados para aquele período, estimado a partir de uma série histórica. O excesso de óbitos pode ser analisado a partir das causas naturais (morte resultante de uma doença, ou seja, não causada diretamente por forças externas) ou a partir de todas as causas (somatório de causas naturais e externas). Essa escolha também é a mais adequada à realidade brasileira, pois permite identificar o padrão de excesso de mortes que ocorreu entre as diferentes regiões do País. Ao mesmo tempo, pode contribuir como um contraponto à desinformação de que

1 Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Internacional pelo Instituto de Medicina Tropical de São Paulo da Universidade de São Paulo (2012). Mestrado em Saúde e Ambiente, pela Universidade Federal do Maranhão, UFMA (1999). Residência Médica em Infectologia pelo Hospital Emílio Ribas, Secretaria de Saúde de São Paulo (1989). Professora associada da UFMA e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA). Coordena dois projetos de pesquisa financiados (CNPq e FAPEMA) sobre Covid-19. Em 23 de março de 2020, publicou um site (www.mariadosremedios.com.br) com informações sobre Covid-19 em resposta à necessidade de democratização e popularização do conhecimento e de combate à desinformação. Em 2020, recebeu o prêmio da Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH) em “Reconhecimento do empenho e compromisso com a luta em defesa da vida contra a pandemia da Covid-19”. Em 2021, recebeu o reconhecimento da Fundação Lemann na campanha “Toda mulher é uma potência”, que conta 18 histórias de mulheres e sua atuação durante a pandemia de Covid-19 no Brasil.

houve supernotificação de mortes por Covid-19 no País, ou seja, o médico, mesmo tendo conhecimento de que a causa do óbito não estaria relacionada à Covid-19, supostamente teria registrado o óbito como Covid-19.

É importante ressaltar que os óbitos escancararam problemas como desigualdades sociais e inequidades em saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os vazios assistenciais, a baixa qualidade da assistência ambulatorial e hospitalar prestada, a má gestão da pandemia por parte do poder público, fragilidades do sistema de vigilância de óbitos, entre outras.

Entre as consequências do excesso de mortes, destaca-se que, além do sofrimento e da perda das vítimas, temos as órfãs, os órfãos, as viúvas e os viúvos da pandemia, expostos ao sofrimento emocional e a várias perdas, a exemplo da impossibilidade de convivência e de troca de afetividade com os entes perdidos, proibição de velórios, além das perdas financeiras, gerando mobilidade social descendente e acentuando mais ainda a desigualdade social no País. Adicionalmente, quando a causa da morte por Covid-19 não é registrada na declaração de óbito, a dificuldade para os familiares da vítima conseguirem indenização do Estado se torna ainda maior.

Hillis *et al.* (2021) estimam que, de março de 2020 a abril de 2021, no mundo, 1.134.000 menores de 18 anos ficaram órfãos de um ou ambos os pais e 862.365 perderam pelo menos um dos cuidadores primários (pais ou avós). Por essa estimativa, o Brasil tem 113.150 órfãos e 130.363 menores de idade com perda de um dos cuidadores primários, ocupando a quarta posição entre os países com as maiores proporções de perda de pelo menos um dos cuidadores primários a cada mil crianças. Os autores também encontraram que o número de órfãos excede o número de óbitos na faixa etária de 15 a 50 anos de idade. A perda do pai foi de 2 a 5 vezes mais frequente do que a da mãe.

Ressalta-se, ainda, que o excesso de mortes leva à banalização da morte e do sofrimento, à redução da expectativa de vida, à perda de recursos humanos qualificados, além das perdas das histórias, lembranças e riqueza de vida.

Excesso de mortes no mundo durante a pandemia de Covid-19

Segundo Karlinsky e Kobak (2021), o excesso de mortes por todas as causas no mundo pode ser 1,6 vezes maior que o número de registros de mortes por Covid-19. Os autores disponibilizam os dados atualizados periodicamente². Em 3 de outubro de 2021, o Brasil ocupava a décima posição entre os países com as maiores proporções de excesso de óbitos, entre 107 que permitem o acesso aos dados: Peru (159,8%), Equador (85,4%), Bolívia (84,5%), México (68,2%), Irã (58,8%), Colômbia (54,2%), Macedônia (50,9%), Paraguai (48,8%), Omã (48,7%), Brasil (47,7%).

2 Ver o repositório GitHub de Dmitry Kobak em: <https://github.com/dkobak/excess-mortality/blob/main/excess-mortality.csv>. Acesso em: 14 out. 2021.

Excesso de mortes no Brasil durante a pandemia de Covid-19

O Brasil é um país de dimensão continental, com enormes desigualdades regionais e intrarregionais. Por isso, é necessário fazer um recorte do excesso de óbitos por macrorregião e por unidade federativa (UF).

Santos *et al.* (2021), analisando registros de óbitos por todas as causas a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mostraram que houve, no País, 187.070 óbitos em excesso em 2020, 13,7% além do total de mortes esperadas para o período. Entre as dez UFs com maiores proporções de excesso de óbitos por todas as causas, estão Amazonas (AM) (34,6%), Distrito Federal (DF) (27,6%), Mato Grosso (MT) (24,4%), Amapá (AP) (23,8%), Pará (PA) (23,6%), Rondônia (RO) (22,9%), Maranhão (MA) (21,8%), Pernambuco (PE) (21,3%), Alagoas (AL) (20,5%) e Sergipe (SE) (20,1%) (tabela 1, figura 1).

Sabe-se que o excesso de óbitos em 2020 se deve à pandemia. Santos *et al.* (2021) mostraram que, quando se divide o excesso de mortes por todas as causas pelas mortes por Covid-19, a razão do Brasil é 0,9, sinalizando que o número de pessoas que morreram de Covid-19 foi superior ao excesso de mortes, significando que em 10% dos casos houve substituição de causas de morte. Em outras palavras, a Covid-19 causou a morte de pessoas que morreriam em 2020 por outras causas como câncer e doenças cardiorrespiratórias, por exemplo. A maior razão do País é a do MA (1,51), indicando que, nesse estado, Covid-19 não foi computada como a causa do óbito em 49% do excesso de mortes, tendo sido, então, registrada em outras causas, como doenças respiratórias ou causas mal definidas. Na sequência, temos mais oito UFs com razão superior a 1: PE (1,28), PA (1,27), SE (1,23), AL (1,18), AM (1,17), MT (1,07), DF (1,07) e PB (1,01) (tabela 1, figura 2).

Entre as dez UFs com mais de 20,0% de proporção de excesso de óbitos por todas as causas (AM, DF, MT, AP, PA, RO, MA, PE, AL e SE), oito apresentaram razão de excesso de mortes por todas as causas pelas mortes por Covid-19 superior a 1 (MA, PE, PA, SE, AL, AM, MT e DF) (tabela 1, figuras 1 e 2). Dessas dez UFs, quatro estão localizadas na região Norte, quatro são do Nordeste e duas são do Centro-Oeste do País.

Em contraponto, em 16 UFs (MS, CE, SP, ES, GO, RJ, AP, RN, TO, PR, AC, MG, PI, RR, SC, RS), a razão de excesso de mortes por todas as causas pelas mortes por Covid-19 foi inferior a 1; ou seja, nessas UFs, houve substituição de causas de morte (tabela 1, figura 2).

Carvalho, Boschiero e Marson (2021), analisando registros de óbitos da Central de Informações do Registro Civil (CRC), encontraram 118.406 óbitos em excesso por causas naturais no País em 2020 (22%): 15.405 na região Norte (48%), 47.055 no Nordeste (35%), 8.521 no Centro-Oeste (25%), 43.514 no Sudeste (18%) e 3.912 no Sul (5%) (figura 3). Já a taxa de mortalidade por Covid-19 (razão entre o número de óbitos e a população, multiplicado por 100 mil habitantes) no País foi 71,9: na região Centro-Oeste, 84,3; no Norte, 83,6; no Sudeste, 77,5; no Nordeste, 70,9; no Sul, 43,0 – sugerindo sub-registro de óbitos por Covid-19, especialmente na região Nordeste (figura 3).

Segundo Carvalho, Boschiero e Marson (2021), em 2020, a taxa de incidência de Covid-19 (razão entre número de casos e a população, multiplicado por 100 mil habitantes) no País foi 2.433,40: na região Centro-Oeste, 3.919,40; no Norte, 3.563,70; no Nordeste,

2.438,40; no Sul, 2.128,60; no Sudeste, 2.023,70 (figura 3). A taxa de letalidade (razão entre os óbitos e os casos de Covid-19) em 2020, no País, foi 3,0%: na região Sudeste, 3,8%; no Nordeste, 2,9%; no Norte, 2,3%; no Centro-Oeste, 2,1%; no Sul, 2,0% (figura 3).

Em um país com pouca disponibilidade de exames para confirmação diagnóstica, a taxa de incidência tende a ser subestimada, enquanto a taxa de letalidade pode ser superestimada pela confirmação prioritariamente dos casos graves e óbitos. Além disso, sabe-se que a maioria dos casos de Covid-19 não tem sintomas ou apresenta sintomas leves, podendo não ser identificada, o que também contribui para a superestimação da taxa de letalidade. No Brasil, poucos casos foram testados e há diferenças de acesso a testes confirmatórios entre diferentes regiões do País e classes sociais.

Ainda segundo Carvalho, Boschiero e Marson (2021), as treze UFs com as maiores proporções de excesso de óbitos por causas naturais foram AM (74%), MA (58%), CE (53%), PA (47%), RR (46%), AP (41%), AL (40%), PE (37%), DF (36%), MS (35%), BA (32%), ES (32%) e AC (31%) (tabela 1, figura 4). Enquanto as treze UFs com as maiores taxas de mortalidade por Covid-19 por 100 mil habitantes foram DF (114,9), RR (110,6), MT (103,5), AM (102,6), CE (100,1), SE (91,7), ES (91,6), PE (88,1), AP (86,0), SP (81,3), RO (79,1), PA (77,4) e AC (76,5) (tabela 1, figura 5). Embora o MA tenha a segunda maior proporção de excesso de óbitos por causas naturais, apresenta a 20ª taxa de mortalidade por Covid-19, o que sugere proporção muito alta de sub-registro de óbitos por Covid-19 no estado. Neste contexto, destaca-se também AL, com a sétima maior proporção de excesso de óbitos por causas naturais e a 18ª taxa de mortalidade por Covid-19 (tabela 1, figuras 4 e 5).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) disponibiliza o “Painel de análise de excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil 2020-2021” (CONASS, 2020), construído a partir de dados do Portal da Transparência do Registro Civil, da Central de Informações do Registro Civil (CRC). Segundo esse painel, da semana epidemiológica 12 à 52 de 2020, houve 275.587 mortes em excesso no País, um aumento de 22%. E até a semana epidemiológica 35 de 2021 foram registradas 448.411 mortes em excesso, um incremento de 55%. A distribuição do excesso de mortalidade segundo macrorregião em 2020 foi a seguinte: Norte, 12%; Nordeste, 32%; Centro-Oeste, 10%; Sul, 9%; Sudeste, 38%. E em 2021: Norte, 7%; Nordeste, 22%; Centro-Oeste, 10%; Sul, 17%; Sudeste, 45%. Destaca-se o aumento proporcional do excesso de óbitos nas regiões Sul e Sudeste em 2021.

O Conass ressalta que Covid-19 não é necessariamente a causa direta do excesso de mortalidade. O número de óbitos superior ao que era esperado para o período pode também ser reflexo indireto da pandemia. Mortes provocadas, por exemplo, pela sobrecarga nos serviços de saúde, pela interrupção de tratamento de doenças crônicas ou pela resistência de pacientes em buscar assistência à saúde.

Considerando que o excesso de mortes está relacionado também a desigualdades sociais e regionais, pode ser útil observar a proporção de domicílios com insegurança alimentar no País. Segundo o IBGE, em 2017/2018, a proporção de domicílios com insegurança alimentar em cada macrorregião era a seguinte: Norte, 57%; Nordeste, 50,3%; Centro-Oeste, 35,2%; Sudeste, 31,2%; Sul, 20,7% (figura 6). Oito UFs apresentavam mais de 50% dos domicílios com insegurança alimentar: MA (66,2%), AM (65,5%), PA (61,2%), AP (59,4%), AC (58,7%), AL (56,7%), RN (54,7%) e PB (53,5%). Enquanto os três estados

do Sul apresentavam as menores proporções de domicílios com insegurança alimentar: RS (23,5%), PR (22,5%) e SC (13,1%) (figura 6).

As proporções de excesso de óbitos por causas naturais em 2020 (CARVALHO; BOSCHIERO; MARSON, 2021) e de domicílios com insegurança alimentar por macrorregião (IBGE, 2017/2018) seguem, coincidentemente, a seguinte ordem decrescente: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, indicando que, no País, essa pandemia afetou desproporcionalmente as regiões mais pobres (figuras 3 e 6). Quanto às dez UFs com as maiores proporções de excesso de óbitos por todas as causas, de excesso de óbitos por causas naturais e de domicílios com insegurança alimentar, percebe-se a coincidência de seis UFs: AM, AP, PA, MA, PE e AL – três da região Norte e três da região Nordeste (tabela 1, figuras 1, 4 e 6).

Comparando-se a proporção de excesso de óbitos por todas as causas com a proporção de excesso de óbitos por causas naturais, sete UFs (AM, DF, AP, PA, MA, PE e AL) estão entre as nove com os maiores valores em ambas as proporções (CARVALHO; BOSCHIERO; MARSON, 2021; SANTOS *et al.*, 2021). Adicionalmente, em ambas as proporções, o AM ocupa a primeira posição, enquanto o DF ocupa a segunda e a nona, respectivamente (CARVALHO; BOSCHIERO; MARSON, 2021; SANTOS *et al.*, 2021) (tabela 1, figuras 1 e 4).

Quando se compara a razão de excesso de mortes por todas as causas pelas mortes por Covid-19 por UF com a taxa de mortalidade por Covid-19 por 100 mil habitantes por UF em 2020, nota-se que os três estados da região Sul têm razão de excesso $\leq 0,77$ e taxa de mortalidade $\leq 45,4$, estando entre as cinco UF com as menores taxas de mortalidade do País (CARVALHO; BOSCHIERO; MARSON, 2021; SANTOS *et al.*, 2021) (tabela 1, figuras 2 e 5).

Esses dados mostram que, para se entender a mortalidade, a simples contagem dos eventos não garante a ampla compreensão e interpretação da epidemiologia do agravo responsável pela pandemia. No caso da pandemia da Covid-19, torna-se necessário observar o excesso de mortalidade nos anos de pandemia em relação à série histórica dos anos anteriores. Essa escolha pode ajudar os gestores e os profissionais de saúde a compreenderem melhor seu padrão de ocorrência em um cenário com dramáticas desigualdades regionais, privações socioeconômicas, pobreza social e institucional.

Referências

CARVALHO, Tatiana Aline; BOSCHIERO, Matheus Negri; MARSON, Fernando Augusto Lima. COVID-19 in Brazil: 150,000 deaths and the Brazilian underreporting. **Diagnostic Microbiology and Infectious Disease**, v. 99, n. 3, p. 115258, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115258>. Acesso em: 14 out. 2021.

CONASS. Painel de análise de excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil 2020-2021. 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>. Acesso em: 14 out. 2021.

HILLIS, Susan D; UNWIN, H Juliette T; CHEN, Yu; CLUVER, Lucie; SHERR, Lorraine; GOLDMAN, Philip S; RATMANN, Oliver; DONNELLY, Christl A; BHATT, Samir; VILLAVECES, Andrés; BUTCHART, Alexander; BACHMAN, Gretchen; RAWLINGS, Laura; GREEN, Phil; NELSON, Charles A; FLAXMAN, Seth. Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study. **The Lancet**, v. 398, n. 10298, p. 391-402, jul. 2021. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)01253-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01253-8). Acesso em: 14 out. 2021.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Orcamentos_Familiares/Pesquisa_de_Orcamentos_Familiares_2017_2018/Analise_da_Seguranca_Alimentar/05_unidades_da_federacao.xls. Acesso em: 10 set. 2021.

KARLINSKY, Ariel; KOBAC, Dmitry. **The World Mortality Dataset: Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic**. preprint. [S. l.]: Epidemiology, 29 jan. 2021. DOI: [10.1101/2021.01.27.21250604](https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250604). Acesso em: 14 out. 2021.

SANTOS, A. M. *et al.* Excess deaths from all causes and by covid-19 in Brazil in 2020. **Revista de Saúde Pública**, 2021. No prelo.

Tabela e figuras

Tabela 1. Excesso de óbitos por todas as causas e por causas naturais e taxa de mortalidade por Covid-19, segundo unidade federativa, Brasil, 2020.

UF	Excesso de óbitos por todas as causas (%) ^a	UF	Razão excesso de óbitos por todas as causas pelos óbitos por Covid-19a	UF	Excesso de óbitos por causas naturais (%) ^b	UF	Mortalidade por 100 mil habitantes ^b
AM	34,6	MA	1,51	AM	74	DF	114,9
DF	27,6	PE	1,28	MA	58	RR	110,6
MT	24,4	PA	1,27	CE	53	MT	103,5
AP	23,8	SE	1,23	PA	47	AM	102,6
PA	23,6	AL	1,18	RR	46	CE	100,1
RO	22,9	AM	1,17	AP	41	SE	91,7
MA	21,8	MT	1,07	AL	40	ES	91,6
PE	21,3	DF	1,07	PE	37	PE	88,1
AL	20,5	PB	1,01	DF	36	AP	86
SE	20,1	RO	1	MS	35	SP	81,3
CE	18,2	BA	1	BA	32	RO	79,1
RJ	16,6	MS	0,92	ES	32	PA	77,4
ES	16,5	CE	0,9	AC	31	AC	76,5
GO	16,4	SP	0,89	SE	28	GO	74,2
SP	13,9	ES	0,87	RO	28	PB	73,3
AC	13,5	GO	0,87	RJ	28	RN	69,1
RR	13,2	RJ	0,8	GO	23	PI	68,3
PB	12,7	AP	0,79	TO	22	AL	64,5
MS	11,9	RN	0,78	RN	20	TO	64,3
TO	11,6	TO	0,77	SP	15	MA	54,9
BA	11,3	PR	0,77	PB	14	MS	52,1
RN	10,9	AC	0,72	MG	11	BA	48,3
PR	8,7	MG	0,69	MT	11	RS	45,4
PI	8,5	PI	0,66	PI	8	PR	42
MG	6,5	RR	0,51	PR	7	SC	40,9
SC	4,6	SC	0,41	SC	7	MG	38,5
RS	3,3	RS	0,33	RS	2	RJ	11,2
Brasil	13,7		0,9		22		71,9

Fonte: ^aSantos *et al.* (2021); ^bCarvalho, Boschiero e Marson (2021).

Figura 1. Proporção de excesso de óbitos por todas as causas, segundo unidade federativa, Brasil, 2020.

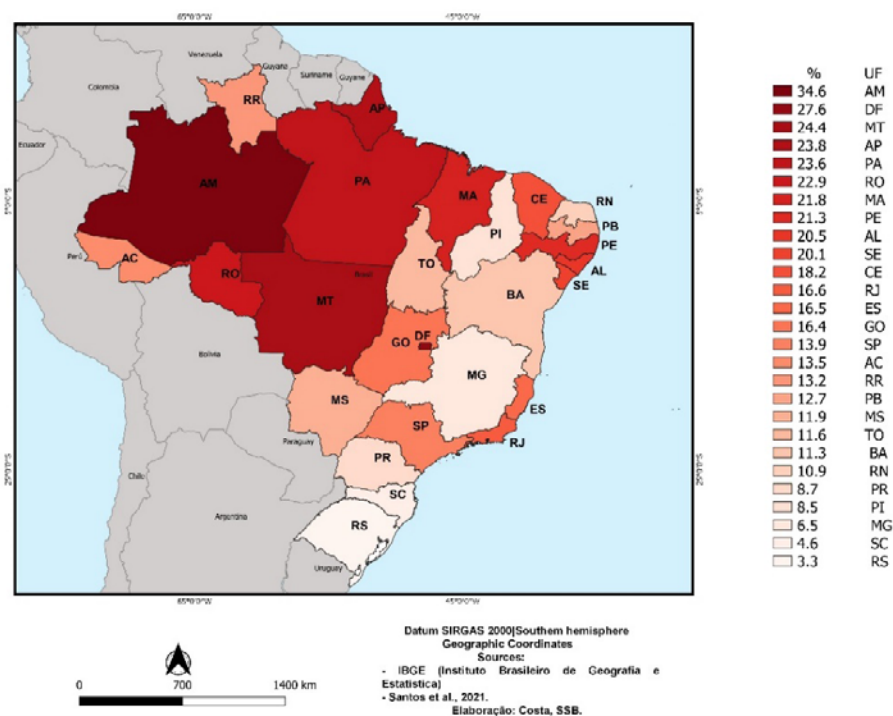


Figura 2. Razão entre o excesso de mortes por todas as causas pelas mortes por Covid-19, segundo unidade federativa, Brasil, 2020.

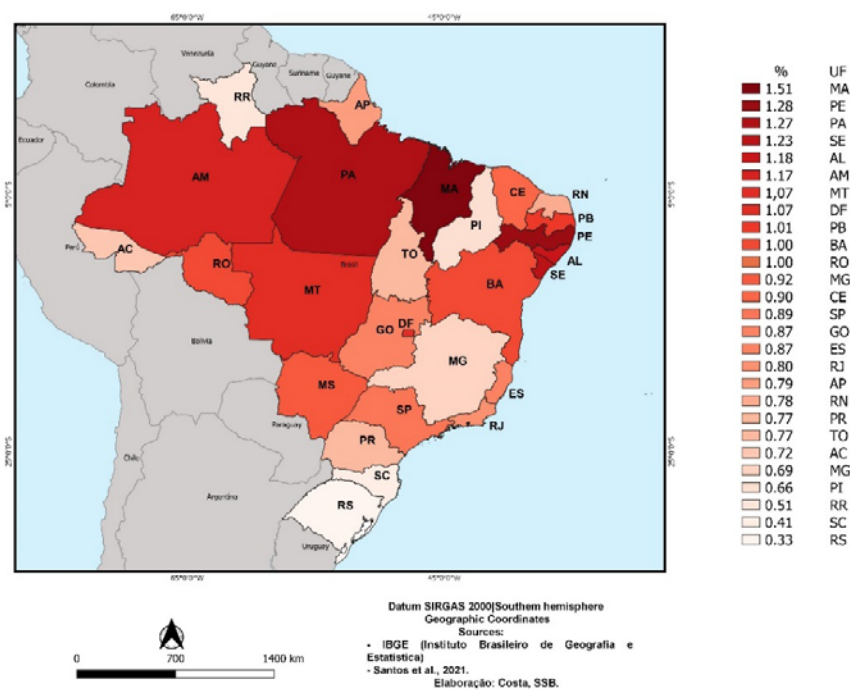
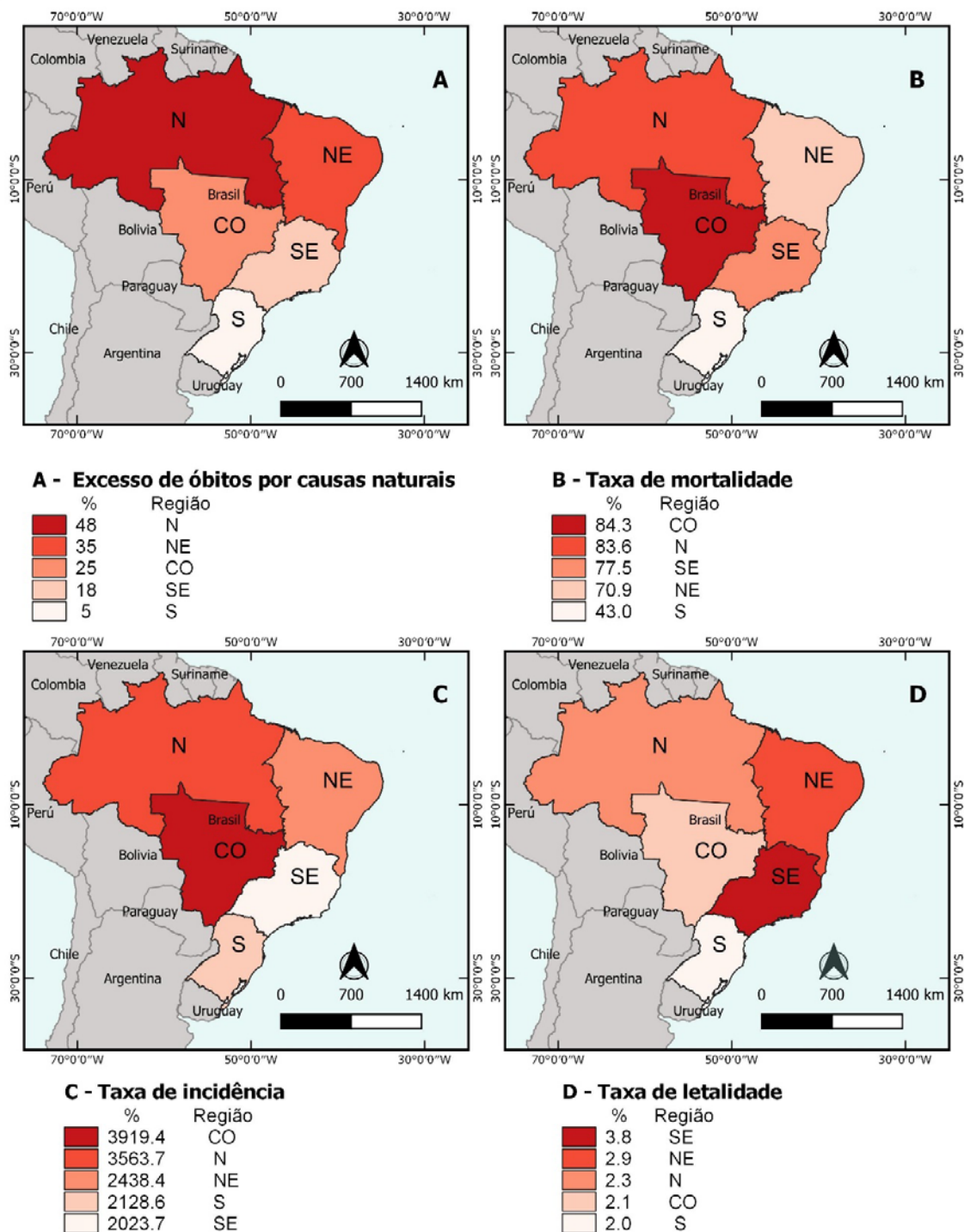


Figura 3. Proporção de excesso de óbitos por causas naturais, taxa de mortalidade por Covid-19 por 100 mil habitantes, taxa de incidência por Covid-19 por 100 mil habitantes e taxa de letalidade por Covid-19, segundo macrorregião, Brasil, 2020.



Datum SIRGAS 2000 | Southern hemisphere
Geographic Coordinates

Sources:

- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)
- Carvalho, Boschiero e Marson, 2021.

Elaboração: Costa, SSB.

Figura 4. Proporção de excesso de óbitos por causas naturais, segundo unidade federativa, Brasil, 2020.

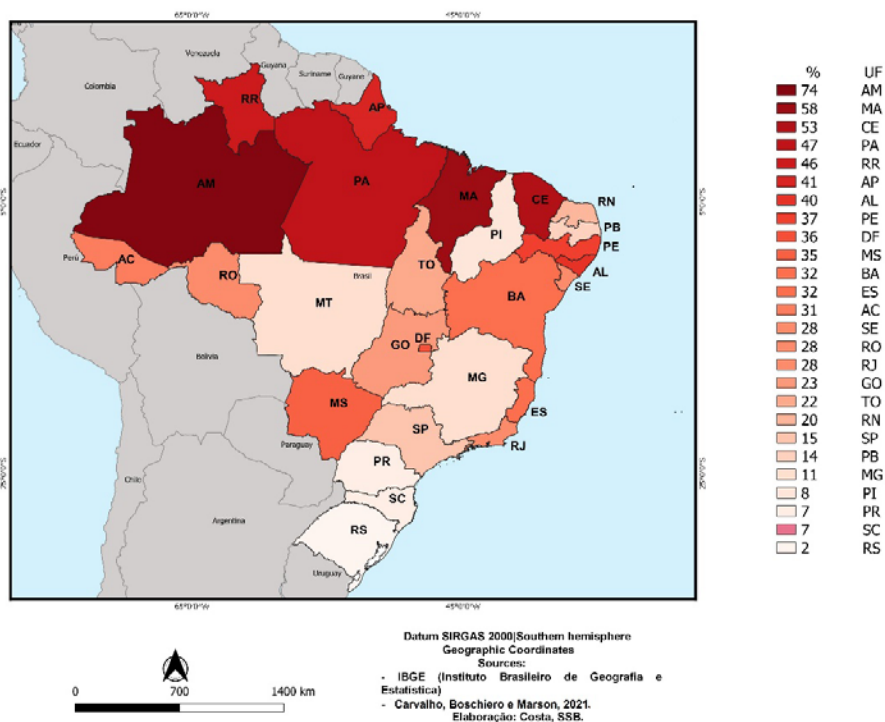


Figura 5. Taxa de mortalidade por Covid-19 por 100 mil habitantes, segundo unidade federativa, Brasil, 2020.

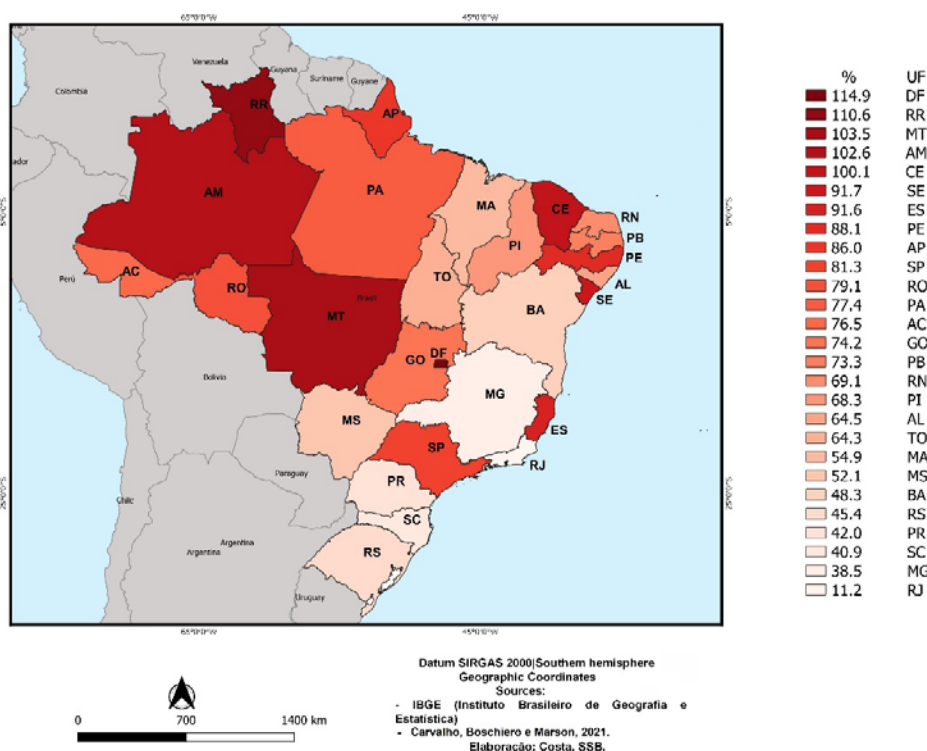
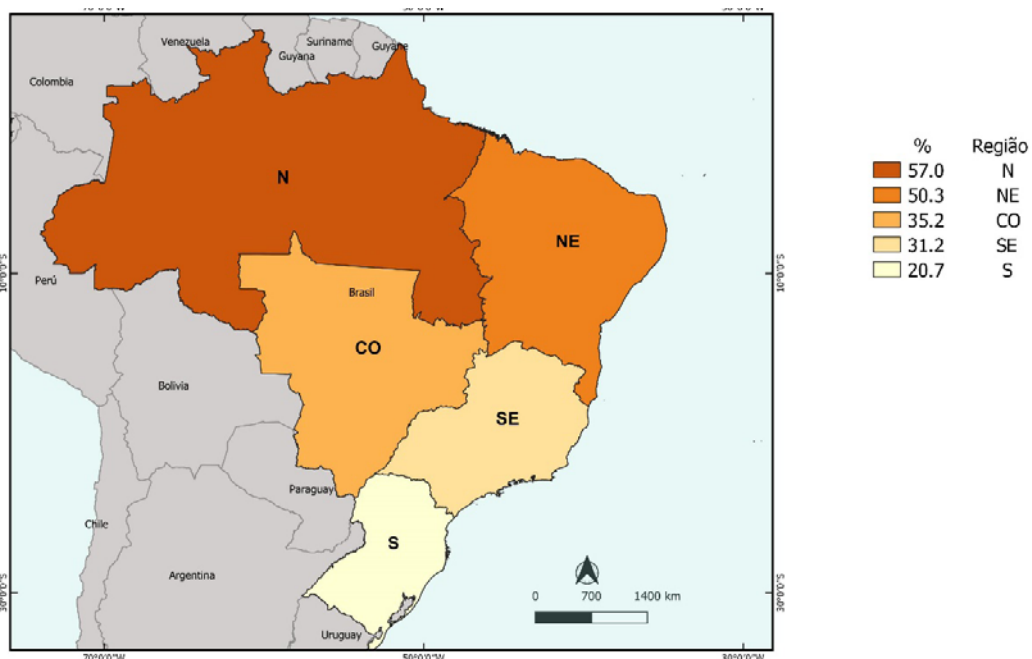
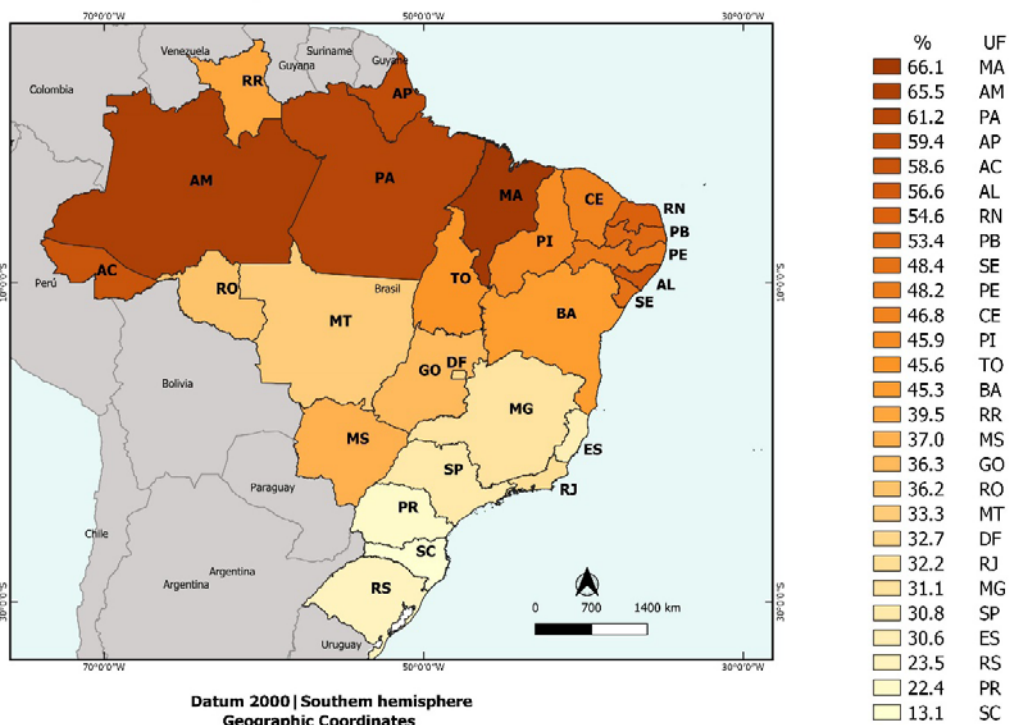


Figura 6. Proporção de domicílios com insegurança alimentar, segundo macrorregião e unidade federativa, Brasil, 2017-2018.



Domicílios com insegurança alimentar segundo as Unidades Federativas



Datum 2000 | Southern hemisphere
Geographic Coordinates

Source:
- IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018.
Elaboração: Costa, SSB.

Orçamento público e direito à saúde em tempos de pandemia: análise do caso brasileiro

Bruno Moretti¹

Introdução

Desde 1948, a saúde comparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Seu artigo 25 dispõe-se que

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

No Brasil, o direito à saúde foi obtido mediante a luta do movimento da Reforma Sanitária, culminando na criação do Sistema Único de Saúde através da Constituição Federal (CF) de 1988. A CF determina, em seu artigo 196, que “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 a promoção, proteção e recuperação”.

Não há, nos limites deste trabalho, como detalhar, a partir de 1988, como se deu a luta pelo financiamento do SUS, nos termos previstos na CF. De modo geral, é possível afirmar que o SUS jamais contou com financiamento adequado. Por exemplo, em 2019, o gasto público de saúde de todos os entes equivalia a R\$3,79 *per capita*/dia para garantia universal da vacina ao transplante (CHIORO *et al.*, 2021, p. 49).

1 Economista pela UFF (2000), mestre em Economia pela UFRJ (2003), doutor em Sociologia pela UnB (2012), estágio pós-doutoral em Sociologia pela UnB (2017). Assessor no Senado Federal. Especialista em orçamento público. Escreveu recentes publicações a respeito do tema “Questão fiscal e SUS: propostas para o financiamento da saúde” (*Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento*, v. 11, n. 1, p. 20-36, 2021); em parceria com FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O., “O teto de gastos faz mal à saúde”, publicado em “Economia pós-pandemia: desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico” (São Paulo: Autonomia Literária, 2020, p. 172-180); com DWECK, E. e MELO, M. F. G. C., “Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas” (*Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021).

Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 29 (EC 29), que determinou a execução mínima de valores em saúde para todos os entes. Para estados e municípios, o piso de aplicação foi indexado à receita (respectivamente, 12% e 15% da receita de impostos). Para a União, seria o valor empenhado acrescido da variação nominal do PIB, ambos do exercício anterior.

O saldo foi o crescimento nominal e real dos gastos de saúde de União, estados e municípios; no entanto, os entes subnacionais cresceram em ritmo maior. O resultado é que, desde 2000, caiu a participação da União nos gastos públicos de saúde. Esse dado é preocupante para a sustentabilidade financeira do SUS, já que a União dispõe de maior capacidade financeira para realizar gastos, tendo em vista que emite moeda, na qual é denominada sua dívida soberana (CHIORO *et al.*, 2021, p. 49).

Mas o quadro de financiamento federal do SUS se agravou a partir da aprovação de novas regras de aplicação federal para a saúde. Em 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 86 (EC 86), que indexou o gasto federal mínimo de saúde à Receita Corrente Líquida da União. Os percentuais mínimos (iniciando-se em 13,2% da RCL e atingindo, em cinco anos, 15% da RCL) eram baixos, sobretudo considerando o impacto da crise econômica sobre a arrecadação. Ademais, a EC 86 previu que emendas parlamentares individuais fossem contabilizadas no piso de saúde, prejudicando ainda mais o financiamento do setor (ou seja, as emendas não seria um recurso extraordinário do SUS).

A situação se tornou ainda mais delicada em 2016, com o advento da Emenda Constitucional n. 95 (EC 95), que instituiu Novo Regime Fiscal, a partir do qual as despesas primárias da União seriam corrigidas apenas pela inflação, considerando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para o período de doze meses acumulado até junho do exercício anterior àquele ao qual se refere a lei orçamentária.

A EC 95 também congelou, a partir de 2018, os valores mínimos obrigatórios de saúde no patamar de 2017, equivalente a 15% da RCL. A partir de então, esse valor seria apenas atualizado pelo IPCA.

A EC 95 afronta diretamente o direito à saúde, pois, ao atualizar o gasto mínimo de saúde apenas pela inflação, não considera uma série de fatores estruturais e conjunturais que pressionam o SUS. Dentre eles, vale citar: a) crescimento populacional; b) transição demográfica e epidemiológica; c) incorporação de tecnologias ao SUS; d) vazios assistenciais; e) inflação de saúde, usualmente mais elevada que a inflação média no Brasil.

Ao contrário do que advogaram os defensores da EC 95, seu objetivo central é a desvinculação do gasto de saúde, que passa a ser atualizado apenas pela inflação. Afinal, o congelamento das despesas primárias não demandaria uma Emenda à Constitucional. Na prática, ante o crescimento da Receita Corrente Líquida acima da inflação, os valores não precisam ser repassados ao orçamento de saúde.

Em 2018 e 2019, esse dispositivo retirou R\$17,56 bilhões do orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde, correspondendo à diferença entre 15% da RCL (piso da EC 86, que estaria vigente, nos termos de decisão do Ministro Ricardo Lewandowski) e os recursos empenhados em ações e serviços públicos de saúde nos referidos exercícios.

Ou seja, sempre que há crescimento real da Receita Corrente Líquida, a EC 95 permite que os ganhos de arrecadação não sejam repassados ao SUS. Em 2017, segundo os dados oficiais do Siops e do Tesouro Nacional, os valores empenhados em ações e

serviços públicos de saúde foram de 15,8% da RCL, tendo tal indicador caído para 13,5% da RCL. Em outros termos, a EC 95 configura uma espécie de confisco de receitas que deveriam ser canalizadas para o SUS.

Logo, o subfinanciamento estrutural do SUS se converteu em redução de despesas da saúde a partir do congelamento do piso de saúde pela EC 95. Em 2020, a EC 95 determinaria, mais uma vez, perdas para a saúde. O quadro se agravaria diante da combinação da EC 95 com a meta de resultado primário. Esta última corresponde à diferença entre receitas e despesas primárias. Ante a baixa arrecadação, seria necessário contingenciar recursos em 2020, levando a despesa para um patamar aquém do teto.

Percebe-se, pois, que o arcabouço fiscal vigente era impeditivo do enfrentamento à pandemia, que requeria recursos adicionais na área de saúde, mas também em assistência social, auxílio aos entes federados, apoio aos trabalhadores formais, às microempresas, entre outros. Ante o exposto, o Congresso Nacional reconheceu o estado de calamidade (Decreto Legislativo n. 6, de 2020) e aprovou emenda constitucional que suspendeu as regras fiscais (Emenda Constitucional n. 106, de 2020 – EC 106). A partir de então, o Governo estava autorizado a editar créditos extraordinários não computados no teto de gasto. Ademais, a meta de resultado primário e a regra de ouro (que limita a emissão de títulos da dívida ao montante das despesas de capital, restringendo o financiamento por dívida de despesas correntes como serviços de saúde e auxílio emergencial) foram suspensas.

Chegamos, assim, ao nosso objetivo central: discutir o orçamento público de saúde como instrumento de realização do direito à saúde, no contexto da Covid-19. A próxima seção discute o ano de 2020. A seguinte, o ano de 2021. Por fim, procede-se à breve avaliação da proposta orçamentária para o ano de 2022.

A conclusão aponta que diversas decisões acerca do orçamento público, no período 2020-2022, afrontaram sistematicamente a realização do direito à saúde, contribuindo para o caos sanitário que resultou, até setembro de 2021, em mais de 590 mil óbitos.

A suspensão das regras fiscais em 2020

Conforme exposto na introdução, o reconhecimento do estado de calamidade e a promulgação da EC 106 viabilizaram a expansão fiscal para o combate à pandemia, mediante despesas realizadas fora do teto de gastos.

Para a saúde, em particular, a EC 95 é especialmente restritiva, já que congela o valor mínimo de aplicação nos níveis de 2017, atualizando-o apenas pela inflação. Caso vigorasse a regra anterior (EC 86), o piso de saúde seria, desde 2018, de 15% da RCL de cada exercício.

Em 2020, o orçamento foi aprovado pelo Congresso Nacional com R\$125,2 bilhões de dotações para ações e serviços públicos de saúde, valor abaixo dos 15% da RCL, considerando a expectativa de receita do relatório final da lei orçamentária, aprovada pelo Congresso Nacional.

Ademais, a rigidez do arcabouço fiscal brasileiro é ainda maior em razão da combinação da regra do teto e do resultado primário. Neste último caso, ante a frustração de

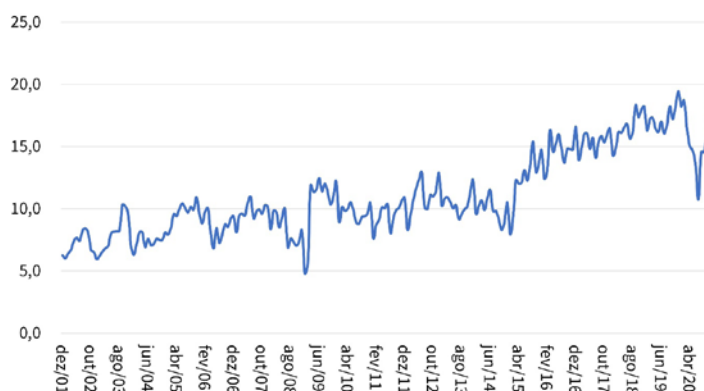
receitas, o Governo pode ser obrigado a contingenciar despesas para cumprir a meta de resultado primário². Em função dos efeitos da crise sobre a receita da União, havia expectativa de contingenciamento de recursos (TOMAZELLI; WARTH, 2020), o que poderia levar a despesa a se situar abaixo do limite da EC 95, afetando ainda mais os gastos em saúde em plena pandemia.

Manifesta-se, assim, a absoluta incompatibilidade entre a rigidez fiscal, resultante da combinação das regras existentes, e a garantia do direito à saúde, especialmente no contexto da pandemia, que demanda recursos para atendimento à população. Suspensas as regras fiscais, foi possível aplicar R\$36 bilhões adicionais. O orçamento inicialmente previsto previa R\$125,2 bilhões, tendo sido empenhados, ao fim do exercício, R\$161 bilhões³.

A primeira lição que se pode depreender é a de que a tese da falta de recursos não procede. Considerando todo o orçamento extraordinário, foram gastos R\$524 bilhões em 2020, mais da metade voltada ao auxílio emergencial. Os recursos foram viabilizados pelo uso dos valores da Conta Única do Tesouro Nacional e pela ampliação da dívida, sem que houvesse explosão dos juros sobre os títulos. Pelo contrário, entre dezembro de 2019 e dezembro de 2020, o custo médio acumulado em 12 meses do estoque da Dívida Pública Mobiliária Federal Interna teve redução de 8,66% para 7,27% ao ano, alcançando o menor valor da série histórica (MORETTI, 2021).

Ao fim de 2020, a Conta Única do Tesouro (a partir da qual são realizados os pagamentos das despesas da União) tinha saldo de R\$1,45 trilhão, equivalente a 19,5% do PIB, recorde da série histórica, segundo os dados do Banco Central. Sem entrar em detalhes da política fiscal – que não são objeto do presente texto –, o elevado saldo, resultante da normalização das captações junto ao mercado e da transferência do lucro cambial das reservas do Banco Central ao Tesouro, mostra a capacidade da União em expandir gastos e fazer frente aos vencimentos da dívida, afastando a tese que justifica a austeridade fiscal por um suposto “Estado quebrado”.

Gráfico 1. Saldo da Conta Única do Tesouro Nacional (% do PIB).



Fonte: elaboração própria com base no BCB. Consulta em 1 out. 2021.

- 2 Resultado primário é a diferença entre receitas e despesas, excluindo-se as financeiras, especialmente as relacionadas à dívida pública.
- 3 Todos os dados de execução orçamentária utilizados neste trabalho são do Siop, atualizados até 19 de setembro de 2021, a não ser quando disposto em contrário.

O aspecto mencionado no parágrafo anterior – acerca das condições do Estado brasileiro para financiar gastos públicos – será especialmente relevante para compreensão das escolhas orçamentárias de 2021 e 2022. Em relação a 2020, resta fazer a seguinte indagação: a suspensão dos limites artificiais impostos pelas regras fiscais, resultando na expansão dos gastos, foi suficiente para alinhar o orçamento público à garantia do direito à saúde, no contexto da pandemia?

Para responder à questão, é fundamental examinar como se deu a aplicação dos recursos. Primeiro, **importa assinalar que só houve autorização de recursos adicionais no Ministério da Saúde para combate à pandemia em abril de 2020, sendo que o primeiro caso notificado de Covid no Brasil se deu ainda em fevereiro**. A primeira medida provisória, editada em 13 de março de 2020, apenas remanejava recursos internos ao orçamento da saúde, no valor de R\$4,8 bilhões, para combate à pandemia (BRASIL, 2020).

A tabela 1 mostra a execução dos valores carimbados para a pandemia, considerando apenas a execução centralizada do Ministério da Saúde. Somando-se os valores autorizados entre março e junho de 2020, percebe-se que havia R\$11,3 bilhões disponíveis, dos quais só havia sido pago R\$1,5 bilhão (13% do total).

A baixa execução das compras centralizadas contribuiu para as restrições de oferta de ventiladores mecânicos, equipamentos de proteção individual, medicamentos de UTI, testes, entre outros itens, em um contexto de aumento da demanda e dos preços. A inexecução do Ministério da Saúde levou entes subnacionais a fazerem compras de forma descoordenada, com perda de escala, resultando em preços mais elevados e desabastecimento (licitações desertas).

Em períodos de “normalidade” a compra de medicamentos para o *kit* intubação é de responsabilidade dos entes subnacionais; todavia, nos termos da Lei n. 8.080 e do § 1º do artigo 10 do Decreto n. 7.616/2011, ao Ministério da Saúde, competem a coordenação do sistema, planejamento, organização, coordenação e controle das medidas a serem empregadas durante a emergência de saúde pública. Inclusive, o Ministério Público Federal ajuizou ação civil pública para garantir abastecimento dos medicamentos de UTI⁴. Ante a inação do Ministério da Saúde, vale fazer menção ao Acórdão 1.873/2021, no qual o Tribunal de Contas da União determinou ao órgão federal que

9.1.1.2. elabore e execute, buscando articulação com os entes subnacionais, plano detalhado para a viabilização de medidas de assistência farmacêutica, contendo, por exemplo, medidas para garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção pelo novo coronavírus; garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de infecção pelo vírus Sars-CoV-2; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual; rever

4 Para o estado de São Paulo, trata-se do Inquérito Civil n. 1.34.001.00546/2020-65. Ademais, o subprocurador-geral da República, Lucas Barreto, entrou com representação junto ao Tribunal de Contas da União (TCU) pra que o órgão investigue a razão pela qual o Ministério da Saúde, negligenciando as orientações do Conselho Nacional de Saúde, cancelou compra internacional de medicamentos do *kit* intubação. Na Resolução n. 54/2020, o Conselho Nacional de Saúde fez menção ao cancelamento da “Operação Uruguai”, relacionada à compra de medicamentos para o intubação, sem esclarecimentos por parte do Ministério da Saúde.

e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda; garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes (BRASIL, 2021).

Além disso, no referido acórdão, **o TCU determinou construção de processo apartado específico para apuração da responsabilidade dos gestores em razão da 1) omissão na implementação de medidas efetivas de assistência farmacêutica**, em desacordo com o disposto nos artigo 16, inciso III e parágrafo único, da Lei n. 8.080/1990, artigo 10, § 1º, incisos I e II, do Decreto n. 7.616/2011 e artigo 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto n. 9.795/2019; **2) omissão na implementação de política nacional de testagem da Covid-19**, em desacordo com o disposto no artigo 16, inciso III e parágrafo único, da Lei n. 8.080/1990, e no artigo 10, § 1º, incisos I e II, do Decreto n. 7.616/2011 e artigo 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto n. 9.795/2019.

Tabela 1. Aplicação direta dos recursos da pandemia pelo Ministério da Saúde (em R\$).

Período	Autorizado	Empenhado	Pago
03/2020	1.032.117.500	396.564.403	10.368.053
04/2020	7.987.080.823	3.006.302.886	412.554.183
05/2020	2.584.289.284	- 638.647.996	511.126.500
06/2020	- 251.817.640	248.005.526	607.254.061
07/2020	- 3.787.194.548	1.051.804.209	499.984.013
08/2020	1.444.239.564	419.704.475	558.454.376
09/2020	1.527.397.064	1.792.002.945	1.594.368.134
10/2020	- 638.319.865	122.103.107	363.256.885
11/2020	- 283.299.693	395.597.108	326.755.153
12/2020	19.090.895.100	- 10.647.326	690.820.500
TOTAL	28.705.387.590	6.782.789.336	5.574.941.857

Fonte: Elaboração própria com base no SigaBrasil. Consulta em 1 out. 2021.

Ainda sobre a tabela 1, vale salientar que, em julho de 2020, foram cancelados R\$3,79 bilhões relacionados à execução direta do Ministério da Saúde, reforçando a inação do órgão federal em relação à garantia de insumos de saúde para a rede, justamente no momento de maior demanda.

Por fim, em relação à execução direta pelo Ministério da Saúde, importante destacar as graves lacunas relacionadas aos gastos para vacinação contra a Covid. **Em 2020, foram autorizados R\$24,5 bilhões para a aquisição de vacina, considerando a transferência de tecnologia da AstraZeneca no âmbito da Fiocruz, Covax Facility e as demais compras. Todavia, desse total, R\$21,6 bilhões não foram sequer empenhados (88% do total), tendo sido reabertos em 2021.**

A CPI da Covid, no âmbito do Senado Federal, descortinou a negligência do Governo federal na aquisição de vacinas no ano de 2020 (JUNQUEIRA, 2021). Ademais, em 2021, o Governo utilizou o saldo orçamentário de 2020 para celebrar contrato irregular para

vacina Covaxin, no valor de R\$1,6 bilhão, tendo sido o contrato posteriormente suspenso (BRASIL, 2021b).

Em última instância, o resultado do atraso na execução e no uso indevido dos recursos é que o Brasil segue atrás de diversos países no que se refere ao percentual de pessoas totalmente imunizadas contra a Covid. Entre os países à frente do Brasil, podem-se citar Emirados Árabes, Portugal, Espanha, Cingapura, Uruguai, Chile, China, Canadá, Irlanda, Finlândia, Itália, Argentina, Estados Unidos e Turquia. Até meados de setembro de 2021, **o Brasil tinha menos de 37% da população totalmente imunizada** (OUR WORLD IN DATA, 2021).

Vale agora observar os dados dos repasses federais aos entes subnacionais para enfrentamento à pandemia na área de saúde. O gráfico 2, adiante, mostra a evolução mensal dos valores transferidos a estados e municípios.

Tabela 2. Repasses federais de saúde a estados e municípios para enfrentamento à pandemia (em R\$).

Período	Autorizado	Empenhado	Pago
03/2020	3.806.678.479	1.026.809.562	1.026.809.562
04/2020	6.050.894.467	4.312.957.941	4.255.625.629
05/2020	12.439.793.607	2.644.875.488	2.369.107.058
06/2020	4.721.041.640	1.977.757.079	2.218.291.452
07/2020	4.105.386.650	13.998.848.821	6.415.110.128
08/2020	551.490.411	2.269.581.520	9.118.296.386
09/2020	682.925.007	3.485.670.665	2.591.924.562
10/2020	- 246.657.603	- 688.541.032	780.919.867
11/2020	283.299.695	877.661.753	851.040.804
12/2020	801.686.202	3.228.755.589	2.445.909.872
TOTAL	33.196.538.554	33.134.377.385	32.073.035.321

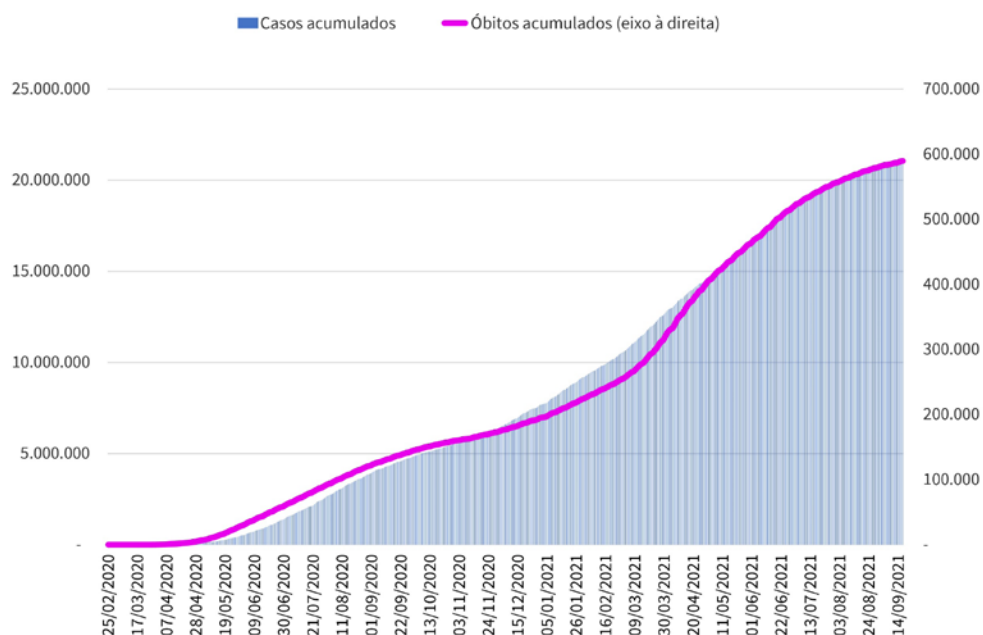
Fonte: Elaboração própria com base no SigaBrasil. Consulta em 1 out. 2021.

Ainda que houvesse recursos autorizados, os dados mostram expressiva redução de repasses entre abril (R\$4,25 bilhões) e maio (R\$2,37 bilhões), ao mesmo tempo que a pandemia recrudescia, conforme mostrado no gráfico 2. Em junho, os valores repassados representavam cerca de metade dos valores de abril. No acumulado entre março e junho de 2020, havia R\$27 bilhões disponíveis para repasse a estados e municípios no âmbito do Ministério da Saúde para enfrentamento à pandemia, tendo sido pagos, no período referido, apenas R\$9,9 bilhões (37% do valor autorizado). A maior parte dos recursos disponíveis só foi transferida em agosto, prejudicando fortemente o combate à pandemia por parte dos entes subnacionais, sobretudo os mais dependentes de transferências federais. Afinal, **enquanto os repasses se concentraram nos meses de julho e agosto, houve aceleração do crescimento dos casos de Covid entre abril e junho.**

Convém lembrar que a execução direta do Ministério da Saúde também foi lenta, criando obstáculos para distribuição de insumos à rede e somando-se à baixa transfe-

rência de recursos aos entes nos meses iniciais, em circunstância em que havia demanda crescente por serviços de saúde. Isto é, ainda que houvesse recursos disponíveis, o Ministério da Saúde falhou em sua missão institucional de coordenar a estruturação de rede de saúde para garantir o acesso aos serviços de saúde durante a pandemia⁵.

Gráfico 2. Casos e óbitos acumulados de Covid-19.



Fonte: Elaboração própria com base em Painel Coronavírus.. Consulta em 1 out. 2021.

Ainda sobre repasses, o TCU, no Acórdão 1.335/2020 (BRASIL, 2020b), havia determinado ao Ministério da Saúde que adotasse critérios técnicos para disponibilizar recursos relacionados ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 aos entes subnacionais, considerando, por exemplo, a incidência *per capita* da doença, as estimativas de sua propagação, a taxa de ocupação de leitos e a estrutura dos serviços de saúde existentes.

No Acórdão 1.888/2020, o TCU salientou que, com os dados até 28 de maio, **não era identificável a relação entre recursos *per capita* repassados aos estados e a sua taxa de mortalidade, ou mesmo em relação a variáveis como internações hospitalares e disponibilidade de leitos.**

Nos limites deste texto, não há como detalhar a análise da alocação entre unidades da federal dos recursos do Ministério da Saúde para a Covid. Convém apenas observar os dados de 2020, tanto dos repasses federais para enfrentamento à pandemia como para mortalidade por Covid, de modo a identificar a correlação entre as variáveis.

A tabela 3 mostra que, das trezes unidades da federação que menos receberam recursos *per capita* em 2020, seis apresentaram coeficiente por mortalidade igual ou superior à mediana (RJ, MT, PB, GO, SP e CE). O caso do Rio de Janeiro é o que mais cha-

5 O Conselho Nacional de Saúde, em diversas ocasiões, apontou para a baixa execução dos recursos de enfrentamento à pandemia pelo Ministério da Saúde. Ver, por exemplo, BRASIL, 2021c.

ma a atenção, com o pior indicador de mortalidade da federação, tendo sido a segunda unidade que menos recursos federais recebeu.

Tabela 3. Mortalidade por Covid e repasses do Ministério da Saúde às UF.

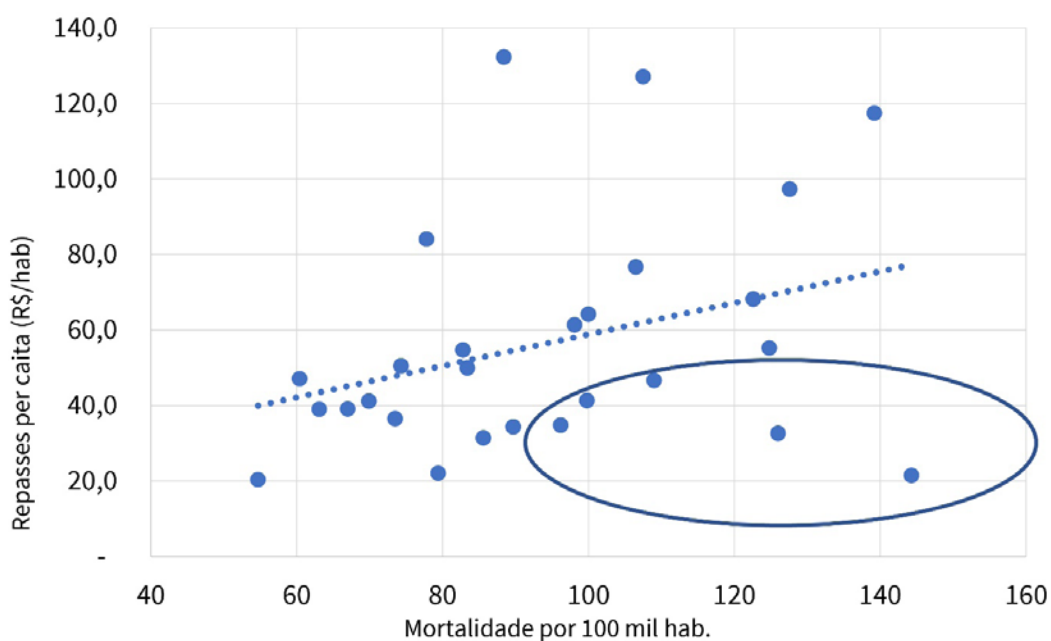
UF	Mort. Covid (100 mil hab.)	Repasses <i>per capita</i> (R\$/hab.)
MG	54,7	20,4
RJ	144,3	21,5
MS	79,4	22,1
PI	85,6	31,4
MT	126,0	32,7
PB	89,7	34,4
GO	96,2	34,8
AL	73,5	36,5
MA	63,1	39,0
PR	67,0	39,1
SC	69,9	41,2
SP	99,8	41,4
CE	109,0	46,7
BA	60,4	47,1
RN	83,4	50,0
RS	74,3	50,5
PA	82,8	54,7
AM	124,8	55,2
RO	98,1	61,4
PE	100,0	64,2
ES	122,6	68,2
SE	106,5	76,7
TO	77,8	84,1
RR	127,6	97,3
DF	139,2	117,5
AP	107,5	127,1
AC	88,4	132,3
Mediana	89,7	47,1

Fonte: Elaboração própria com base no Boletim Epidemiológico MS (mortalidade) e FNS (recursos). Consulta em 1 out. 2021.

Embora o assunto requiera um exame mais detalhado, as evidências expressas no gráfico 3 reforçam a baixa correlação⁶ entre mortalidade e repasses do Ministério da Saúde, destacando-se o conjunto de estados com menores valores *per capita* e mortalidade por Covid superior à mediana.

6 O coeficiente de correlação linear entre as variáveis é de 32%.

Gráfico 3. Mortalidade por Covid x repasses do Ministério da Saúde aos estados para Covid.



Fonte: Elaboração própria com base no Boletim epidemiológico MS (mortalidade) e FNS (recursos). Consulta em 1 out. 2021.

Por fim, importante assinalar que **há indícios de utilização política dos recursos destinados ao orçamento extraordinário de enfrentamento à Covid, com repasses efetuados a municípios mediante indicações de parlamentares**. Segundo denúncias apuradas pela mídia, há, inclusive, confirmação por parte de parlamentares que fizeram indicações. Além do óbvio problema associado à necessidade de critérios sanitários para efetuar os repasses, especialmente no contexto da pandemia, o atraso na transferência dos recursos pode estar associado a tais indicações (GODOY, 2020).

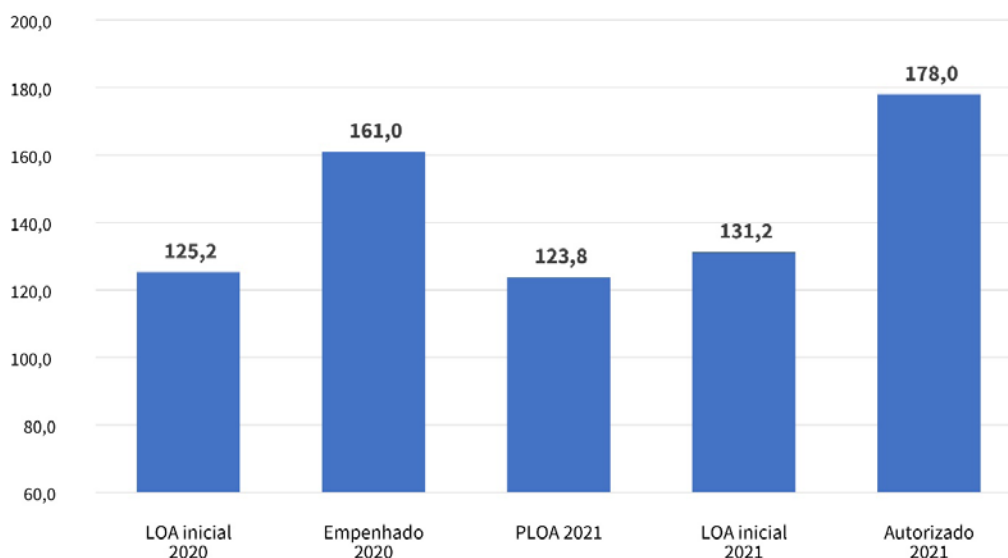
Por exemplo, a Medida Provisória n. 969, de 20 de maio de 2020, autorizou gastos adicionais de R\$10 bilhões no Ministério da Saúde para repasse aos entes subnacionais, no contexto de aumento da demanda por serviços e queda da arrecadação. Todavia, segundo os dados oficiais, só houve transferência aos entes subnacionais dos recursos da MP a partir de julho, restando manifestada, mais uma vez, a gestão inadequada dos recursos pelo Ministério da Saúde na pandemia.

O orçamento de 2021: a pandemia não havia acabado

O projeto de lei orçamentária do Poder Executivo foi encaminhado ao Congresso Nacional no piso congelado pela EC 95, no valor de R\$123,8 bilhões. No Congresso Nacional, em termos líquidos, foram acrescentados R\$7,4 bilhões ao orçamento da saúde. Ainda assim, as dotações de saúde ficaram cerca de R\$30 bilhões abaixo dos valores empenhados em 2020, conforme mostrado no gráfico 4.

Pode-se perceber uma espécie de “gangorra” no orçamento de saúde. Conforme já exposto, a grande ampliação nas despesas em 2020 foi decorrente da suspensão das regras fiscais. Em 2021, contudo, houve a retomada do arcabouço fiscal restritivo na elaboração da peça orçamentária, implicando nova redução das despesas.

Gráfico 4. Orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde em 2020 e 2021 (em bilhões de R\$).



Fonte: Elaboração própria com base no Siop. Consulta em 1. out. 2021. Nota: exclui *royalties* do pré-sal e reposição de RAP cancelado.

A absoluta inviabilidade de enfrentamento à pandemia no interior do arcabouço fiscal vigente se manifestou no fato de que a proposta orçamentária não reservou sequer R\$1,00 para gastos no Ministério da Saúde especificamente relacionados à Covid.

A proposta orçamentária de 2021 constitui uma das mais graves violações ao direito à saúde nos últimos anos, à medida que não previu valor para enfrentamento à pandemia, de modo a adequar o orçamento ao teto de gastos, ao mesmo tempo que se verificava inflexão dos casos de Covid, conforme gráfico 2.

Além da submissão do direito à saúde à austeridade fiscal em plena pandemia, o fato aponta para a aplicação da tese da imunidade de rebanho no orçamento público, conforme declarado pelo próprio Secretário de Política Econômica do Ministério da Economia: “Vários estados já atingiram ou estão próximos de atingir imunidade de rebanho ... acho baixíssima a probabilidade de segunda onda” (PUPO, 2021).

O Ministério da Economia encaminhou ofício à CPI da Covid no Senado Federal justificando a não alocação de recursos para combate à pandemia.

Não obstante à competência originária dos Ministérios Setoriais em propor a criação de ações orçamentárias para atendimento de suas políticas, a **previsão de alocação de dotação orçamentária para combate à COVID-19**, no momento da elaboração do PLOA 2021, pelo Poder Executivo, em 2020, **tornou-se incerta** uma vez que naquele momento não se

vislumbrou a continuidade bem como o recrudescimento da pandemia da COVID-19 no patamar atingido em 2021.⁷

Ainda que fosse admissível a justificativa do Ministério da Economia, a questão que vem a seguir é, ante o recrudescimento da pandemia, por que o Poder Executivo não encaminhou errata ao Congresso Nacional, prevendo valores para a Covid-19 no âmbito do Ministério da Saúde? Trata-se de prática usual e prevista na legislação, sobretudo considerando que o orçamento só foi votado na Comissão Mista de Orçamento em março de 2021.

É imperioso assinalar que, nos termos do artigo 65 da lei de diretrizes orçamentárias, os valores previstos para ações e serviços públicos de saúde podem ser integralmente executados, mesmo sem aprovação da lei orçamentária anual⁸. Ou seja, se houvesse dotações orçamentárias para combate à pandemia no projeto de orçamento do Ministério da Saúde, elas poderiam ter sido integralmente utilizadas, mesmo antes da aprovação pelo Congresso Nacional.

Recorrendo novamente ao gráfico 2, é indubitável que, na passagem de 2020 para 2021, houve uma inflexão no número de casos e óbitos de Covid. Diante desse contexto, cumpre novamente questionar: por que não houve o ajuste do projeto de lei do orçamento para incluir despesas para combate à pandemia que recrudescia? Evidentemente, o acréscimo de despesas à proposta orçamentária não era possível, tendo em vista que os recursos já estavam programados no teto de gastos. **Isto é, houve uma evidente restrição do orçamento da saúde em razão da manutenção do teto de gastos, comprometendo a garantia do direito à vida e à saúde em circunstâncias de aumento do número de casos de Covid.**

Essa escolha teve consequências dramáticas para o enfrentamento à pandemia. Por exemplo, **houve redução significativa dos leitos de UTI Covid habilitados pelo Ministério da Saúde, mesmo diante do aumento do número de pacientes**, conforme explicitado na nota do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, cujo trecho é reproduzido a seguir.

Em dezembro de 2020, dos 20.770 leitos então em uso, 12.003 encontravam-se habilitados, ou seja, financiados pelo Ministério da Saúde. **Porém, a expiração dos recursos extraordinários para o enfrentamento da pandemia, em dezembro de 2020, levou à queda do número de leitos para 7.717 em janeiro de 2021 e para apenas 3.187 em fevereiro**, em um cenário de aumento crescente do número de pacientes. Tal situação exige a urgente habilitação de leitos e a garantia do financiamento necessário a seu funcionamento, inclusive para a contratação de recursos humanos. (Grifo nosso).⁹

O mapa 1 traz a taxa de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos em março de 2021, quando o orçamento foi votado pelo Congresso Nacional. Pode-se perceber

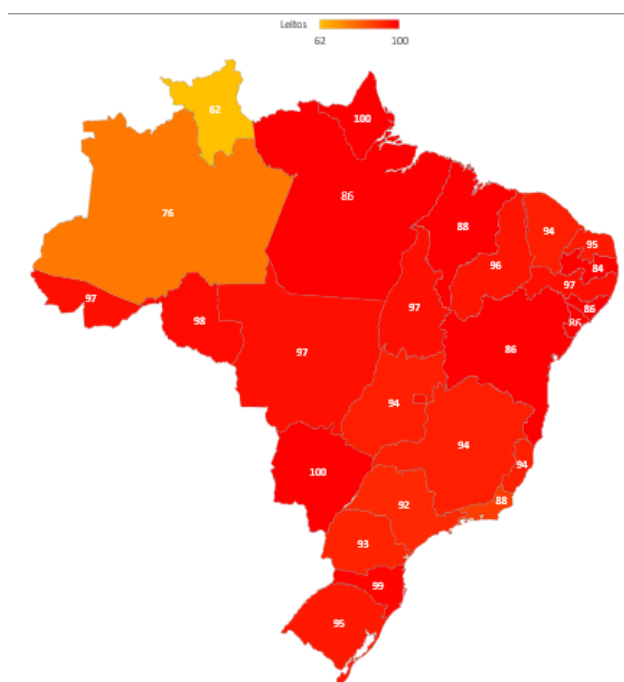
7 O documento pode ser consultado em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/docsRecCPI?codcol=2441>.

8 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.116-de-31-de-dezembro-de-2020-297470533>.

9 Disponível em: <https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-habilitacao-de-leitos-de-uti-para-covid-19/>.

que dezoito unidades da federação apresentavam taxa de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos superior a 90%: Rondônia (98%), Acre (97%), Amapá (100%), Tocantins (97%), Piauí (96%), Ceará (94%), Rio Grande do Norte (95%), Pernambuco (97%), Minas Gerais (94%), Espírito Santo (94%), São Paulo (92%), Paraná (93%), Santa Catarina (99%), Rio Grande do Sul (95%), Mato Grosso do Sul (100%), Mato Grosso (97%), Goiás (94%) e Distrito Federal (97%).

Mapa 1. Taxa de ocupação de leitos de UTI Covid-19 do SUS para adultos.



Fonte: Elaboração própria com base no Boletim Observatório Covid Fiocruz. Consulta em 1. out. 2021.

Durante a tramitação no Congresso Nacional, conforme já exposto, os recursos de ações e serviços públicos de saúde foram acrescidos, em termos líquidos (considerando acréscimos e reduções), em R\$7,4 bilhões. No entanto, a rubrica específica para enfrentamento à pandemia recebeu apenas R\$620,8 milhões. Enquanto isso, foram acrescentadas emendas de relator no valor de R\$7,6 bilhões, quase integralmente voltadas ao incremento temporário de custeio de atenção básica, de média e alta complexidades.

As emendas de relator (Resultado Primário n. 9 – RP 9) não possuem critérios objetivos de alocação, comprometendo seriamente a transparência e a equidade na alocação de recursos, nos termos da Constituição Federal¹⁰. Ainda assim, **o Poder Executivo não utilizou seu poder de veto, mantendo, inicialmente, R\$7,6 bilhões no orçamento para emendas de relator na saúde**¹¹.

A área técnica do TCU se manifestou sobre a matéria da seguinte forma: “Nesse cenário de ausência de divulgação dos critérios objetivos e de instrumento centralizado

10 Para maiores detalhes, ver: <https://www.conjur.com.br/2021-set-09/opiniao-emendas-parlamentares-onde-orcamento-publico>.

11 Posteriormente, foram remanejados alguns recursos do RP 9 na saúde, de modo que a dotação atual (em 20 de setembro de 2021) era de R\$7,26 bilhões.

de monitoramento das demandas voltadas para a distribuição das emendas de relator-geral (RP-9), fica comprometida a transparência da alocação de montante expressivo do orçamento da União.”¹²

Na saúde, tendo em vista a falta de parâmetros objetivos, os recursos pagos pelas emendas de relator não guardam relação com critérios sanitários. Até vinte de setembro, foram pagos R\$2,45 bilhões nessas emendas. Convém reforçar que, uma vez aprovada a lei orçamentária anual, para ações e serviços públicos de saúde, havia R\$7,6 bilhões em emendas de relator e apenas R\$620,8 milhões para enfrentamento à pandemia (sendo que esses valores foram incluídos no Congresso Nacional, já que a proposta do Executivo não continha recursos para combate à Covid-19).

Tendo em vista a falta de recursos no orçamento para combate à Covid, o Governo alegou que havia imprevisibilidade na evolução da pandemia, além da urgência e relevância, que são requisitos constitucionais para edição de Medida Provisória. Conforme exposto anteriormente, a tese é juridicamente questionável, já que as alterações ao orçamento poderiam ter sido efetuadas por meio de errata do Poder Executivo ao projeto de orçamento até a votação na Comissão Mista de Orçamento (que ocorreu apenas em março de 2021), quando já havia um cenário evidente de recrudescimento da pandemia.

No entanto, a opção por créditos extraordinários, autorizados por meio de Medida Provisória, ocorreu em razão de eles não serem contabilizados no teto de gastos. Com a edição das MPs, o orçamento da saúde chegou a R\$178 bilhões, conforme o gráfico 4. Ou seja, foram acrescentados R\$46,8 bilhões ao orçamento de saúde ao longo do exercício, demonstrando, mais uma vez, que não procede a tese da falta de recursos.

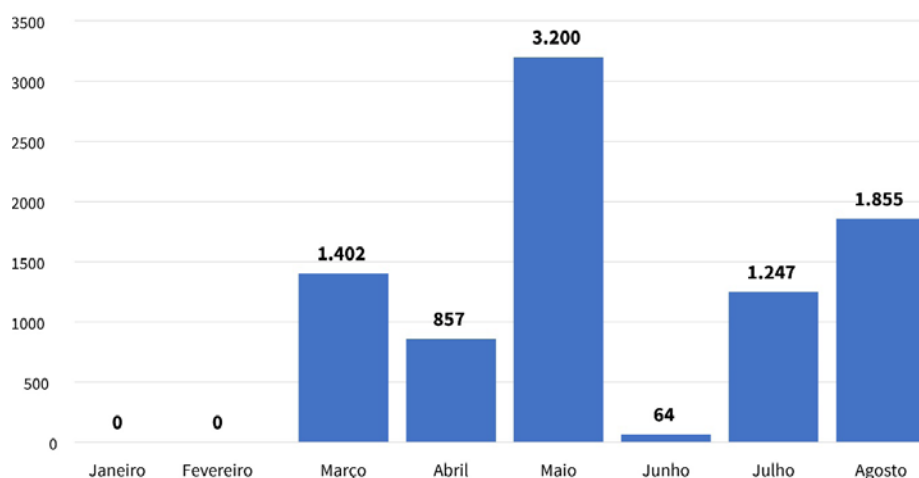
A ausência de recursos para enfrentamento à pandemia no projeto orçamentário de 2021 é explicada pela retomada do arcabouço fiscal, especialmente o teto de gasto, bem como pela inclusão de emendas de relator, consumindo espaço no teto, sem critérios objetivos de alocação.

Para resolver o impasse fiscal, seria suficiente o Poder Executivo decretar estado de calamidade em 2021, o que suspenderia as regras fiscais; no entanto, optou-se por não fazê-lo, de modo a manter a vigência do teto de gasto no referido exercício.

O acréscimo de recursos por Medidas Provisórias se deu de forma tardia, após a piora dos números da pandemia nos primeiros meses de 2021. O gráfico 5 mostra que **os repasses aos entes para combate à pandemia pelo Ministério da Saúde só foram efetuados a partir de março de 2021, não havendo qualquer valor pago nos primeiros meses do ano, mesmo com a piora observada da pandemia.**

12 Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/parecer-previo-do-tcu-propoe-aprovacao-com-ressalvas-das-contas-do-presidente-da-republica-8A81881E79E7B55B017A5ED46C616BC0.htm>.

Gráfico 5. Repasses do Ministério da Saúde aos entes subnacionais para combate à Covid em 2021 (em milhões de R\$).



Fonte: Elaboração própria com base no SigaBrasil. Consulta em 1 out. 2021.

Importa comentar que essa mesma lógica de retomada da austeridade fiscal em prejuízo do combate à pandemia se verificou em outras áreas cruciais para o enfrentamento à pandemia. Especialmente, o auxílio emergencial foi extinto em 2020 e retomado apenas em abril de 2021. Isto é, no primeiro trimestre de 2021, tendo em vista o orçamento elaborado sob a égide do teto de gastos, **a população não contou com o auxílio emergencial, inviabilizando o protocolo de distanciamento social, em virtude da falta de apoio do poder público à população mais vulnerável, que sofria os efeitos econômicos da pandemia.**

O auxílio foi retomado após promulgação da Emenda Constitucional n. 109, de 2021 (EC 109), que suspendeu as regras fiscais apenas para efeito de pagamento do benefício, até o montante de R\$44 bilhões, equivalendo a cerca de 15% do valor pago em 2020.

Por fim, outras políticas de mitigação dos efeitos econômicos da pandemia também foram descontinuadas em razão da retomada das regras fiscais restritivas em 2021. Foi o caso do Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequenos Porte (Pronampe), que apoia micro e pequenas empresas, e do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (BEM), que garante parcela dos salários dos trabalhadores formais das empresas que aderem à iniciativa e, em contrapartida, não podem ter seu contrato de trabalho rescindido por determinado período.

Uma modificação à lei de diretrizes orçamentárias, proposta pelo Parlamento e sancionada em abril de 2021, previu que despesas emergenciais para combate à pandemia relacionadas aos dois programas referidos e ao SUS não seriam contabilizadas na meta de resultado primário (cuja lógica foi explicada na nota 1)¹³. Ainda que tais despesas não sejam contabilizadas no teto, não havia espaço fiscal para realização concomitante de despesas das três áreas citadas, demonstrando-se, mais uma vez, a incompatibilidade

13 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14143.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.143%2C%20DE%2021%20DE%20ABRIL%20DE%202021&text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%2014.116,Art.

do arcabouço fiscal vigente com a garantia de direitos, especialmente no contexto da pandemia.

Somente após o Parlamento aprovar a lei prevendo que essas despesas não seriam contabilizadas na meta de resultado primário, foi possível retomar o BEM e o Pronampe, respectivamente, em maio e julho. No caso do SUS, **somente com a sanção da referida lei, foi possível editar Medida Provisória de R\$5,5 bilhões adicionais¹⁴ para aquisição de vacinas, o que só ocorreu em 10 de maio de 2021.**

A Exposição de Motivos trata dos objetivos da MP¹⁵:

a) Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz: produção, fornecimento e distribuição de mais 50 milhões de doses de vacina contra a Covid-19 no segundo semestre de 2021, por meio de insumo farmacêutico ativo fornecido pela empresa AstraZeneca;

b) Fundo Nacional de Saúde – FNS: aquisição de mais 100 milhões de doses de vacina e outras despesas associadas à imunização.

Enfim, a flexibilização fiscal tardia mostra que a ausência de orçamento para combate à pandemia no projeto de lei orçamentária não se deveu à falta de recursos, mas à imposição de limites artificiais ao gasto pelas regras fiscais, que poderia ser contornada pela decretação de calamidade em 2021.

A retomada extemporânea de tais regras atrasou o combate à pandemia, em seus aspectos sanitários, econômicos e sociais, com prejuízos evidentes à realização do direito à saúde, sobretudo em um cenário de aumento do número de casos e óbitos por Covid-19 no início de 2021.

Somando-se todas as despesas emergenciais relacionadas à pandemia autorizadas em 2021 (até vinte de setembro), há a previsão de gastos da ordem de R\$120 bilhões. Tais despesas extraordinárias mitigam a ausência de recursos para enfrentamento à Covid no projeto de lei do orçamento, mas ainda representam menos de ¼ do valor pago em 2020 para conter a crise provocada pela pandemia.

Projeto de lei do orçamento de 2022: novo ano, velhos erros

Esta seção será breve, dedicando-se a uma análise preliminar do projeto de lei orçamentária de 2022 para ações e serviços públicos de saúde.

O projeto de orçamento foi encaminhado com despesas no teto de gasto. Deste modo, o Congresso Nacional só poderá ampliar dotações caso cancele outras. O IPCA que corrigiu o teto de gasto foi de 8,35% (acumulado de doze meses até junho de 2021). Com isso, imaginava-se a abertura de espaço fiscal no teto; contudo, a aceleração do INPC, que corrige benefícios da seguridade social, limitou ainda mais as despesas sujeitas ao teto.

14 Conforme já exposto, em 2021, foi reaberto o valor de R\$21,6 bilhões, referente ao orçamento não utilizado em 2020, para aquisição de vacinas contra a Covid.

15 Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/148351>.

Estima-se que o INPC deve fechar o ano de 2021 com valor entre 8% e 9%. Como os parâmetros para elaboração do PLOA consideraram INPC de 6,2%, será necessário corrigir a previsão orçamentária dos benefícios do INSS, o que exigirá novos cortes de despesa.

Para evitar esse quadro, o Governo pretende alterar a regra de pagamento de precatórios, abrindo espaço no teto de gasto, sobretudo para ampliar a transferência de renda à população mais pobre. O PLOA não prevê aumento de orçamento para esta finalidade.

É neste contexto restritivo que o orçamento de saúde é mais uma vez afetado. O PLOA para ações e serviços públicos de saúde foi encaminhado no valor de R\$134,5 bilhões, próximo ao piso congelado da EC 95 (R\$134,1 bilhões).

Em relação a despesas especificamente voltadas ao combate à pandemia na saúde, a previsão do PLOA 2022 é de R\$7,1 bilhões. Em relação aos valores autorizados em 2021, há uma perda de cerca de R\$40 bilhões.

Para a vacinação contra a Covid, há R\$3,9 bilhões previstos na proposta orçamentária de 2022. Segundo o próprio Ministério da Saúde, para revacinar toda a população, são necessários R\$11 bilhões¹⁶. Isto é, **o orçamento elaborado sob a égide da EC 95 não é suficiente sequer para vacinar a população contra a Covid-19, manifestando, mais uma vez, a violação do direito à saúde em função da adoção das regras de austeridade fiscal.** A obtenção de recursos para vacinar a população dependerá de manobras fiscais que flexibilizem o arcabouço fiscal ou que permitam gastos não computados no teto.

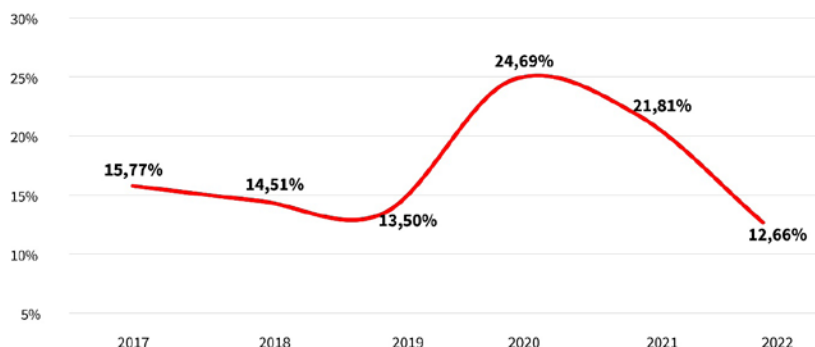
Ademais, é importante observar que se espera um crescimento da arrecadação. Todavia, esse aumento da receita não reverterá em ampliação dos gastos de saúde, já que os recursos do setor estão próximos ao piso da EC 95, que congela o orçamento nos níveis mínimos de 2017, atualizados pela inflação.

Se vigorasse a regra anterior, em que o piso era definido por 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) do exercício, o orçamento da saúde seria, pelo menos, de R\$159,4 bilhões, dada a estimativa de RCL informada pelo Poder Executivo. Isto é, em 2022, **o SUS perderá R\$25 bilhões em função do congelamento do piso de aplicação.**

O gráfico 6 mostra o impacto da EC 95 sobre o SUS, reduzindo-se quase pela metade o valor aplicado em saúde como proporção da RCL entre 2020 e 2022. Tal perda se dá num contexto em que ainda há enormes desafios relacionados à pandemia, como a necessidade de vacinação e a incorporação de tecnologias, e demandas represadas no sistema, para citar algumas pressões conjunturais sobre o SUS. Estima-se que mais de 1 milhão de cirurgias deixaram de ser realizadas no SUS desde março de 2020.

16 Ver <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/10/08/queiroga-diz-que-as-vacinas-pfizer-e-astrazeneca-que-tem-registro-definitivo-da-anvisa-sao-prioridade-para-2022.ghtml>.

Gráfico 6. Despesas federais com ações e serviços públicos de saúde (% da RCL).



Fonte: Elaboração própria com base no Siop e STN. Consulta em 1 out. 2021. Nota: entre 2017 e 2020, empenho. Para 2021, LOA. Para 2022, PLOA.

Novamente, demonstra-se o impacto da EC 95 sobre a saúde, cujo orçamento passou de 15,77% da RCL em 2017 para 12,66% da RCL em 2022. Em última instância, esse é o objetivo pretendido pelo Novo Regime Fiscal, reduzindo os gastos de saúde como proporção da receita, à medida que o piso de aplicação foi congelado nos patamares de 2017. Desta forma, ganhos de arrecadação são canalizados para o resultado primário, e não para o financiamento de serviços públicos de saúde, reforçando-se que a austeridade fiscal, especialmente em sua forma radical, adotada no Brasil em 2016, é incompatível com o direito à saúde.

Conclusão

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais dispõe que os Estados Partes **reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.** Para conferir materialidade ao Pacto, é necessário avançar na institucionalização de práticas estatais sob a perspectiva dos direitos humanos. Em especial, é crucial adotar uma política fiscal que confira ao Estado capacidade para financiar a realização de direitos, afastando da lógica da austeridade.

Conforme afirmam Rossi, David e Chaparro (2021), a austeridade fiscal é nociva aos direitos da população, afetando de forma mais intensa os grupos mais vulneráveis.

Por fim, o debate econômico sobre regras fiscais pouco incorpora a dimensão dos direitos humanos. A visão de regras rígidas de política fiscal submetidas exclusivamente à visão de sustentabilidade da dívida e a ideia de Estado mínimo é perigosa para os direitos humanos, uma vez que não reconhece adequadamente o papel da política fiscal na garantia do emprego e na amenização dos ciclos econômicos, muito menos na provisão de serviços públicos essenciais à vida digna. Os programas de austeridade e consolidação fiscal em resposta a crises econômicas têm impacto desigual na população, afetando direitos e prejudicando grupos mais vulneráveis (ROSSI; DAVID; CHAPARRO, 2021, p. 5).

Após a crise da Covid-19, diversos países estão adotando regras fiscais mais flexíveis, permitindo que o Estado estabilize a economia e garanta direitos às suas populações. A União Europeia, por exemplo, já declarou que mudará seu arcabouço fiscal, evitando o equívoco cometido após a crise financeira de 2008, quando o bloco adotou uma política de austeridade, com consequências drásticas sobre os direitos dos cidadãos¹⁷.

No caso brasileiro, contudo, há a vigência de um arcabouço fiscal cuja rigidez é sem paralelo no resto mundo. As regras – em particular, o teto de gasto – operam sob a diretriz da redução estrutural de gastos públicos em relação ao tamanho da economia, independentemente do comportamento da arrecadação (DWECK; MORETTI; MELO, 2021; ROSSI; DWECK, 2016).

Especialmente no contexto da pandemia, procuramos demonstrar como a política fiscal e o orçamento público atuaram sob uma lógica de violação do direito à saúde e à vida. Mesmo quando houve suspensão das regras fiscais, verificaram-se diversas decisões que afastaram o orçamento público da garantia do direito à saúde, reduzindo a capacidade estatal de enfrentamento à pandemia. Evidentemente, não fosse o SUS, o quadro de mais de 590 mil óbitos por Covid seria ainda mais drástico.

Ainda assim, o caos sanitário que marca o Brasil guarda forte relação com decisões no âmbito federal que enfraqueceram a capacidade de resposta do SUS, inclusive as relacionadas ao orçamento público, seja em função da redução de valores em contexto de aumento da demanda por serviços, seja pela má alocação e aplicação dos recursos adicionais autorizados, conforme tentou-se demonstrar ao longo deste trabalho.

Referências

BRASIL. Medida Provisória nº 924, de 13 de março de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União**: seção 1 extra, Brasília, DF, p. 1, 13 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-924-de-13-de-marco-de-2020-247887516>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Boletim Cofin 2020/12/31 (dados até 31/12/2020) Comissão de Orçamento e Financiamento – CNS. 4 mar. 2021c. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde suspende contrato de compra da vacina Covid-19 da Covaxin. 29 jun. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-suspende-contrato-de-compra-da-vacina-covid-19-da-covaxin>. Acesso em: 11 ago. 2021.

¹⁷ Ver: <https://www.efe.com/efe/portugal/economia/ce-quer-acordo-sobre-revis-o-das-regras-fiscais-antes-de-2023/50000443-4630041>.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1873/2021 – Plenário**. Relator: Benjamin Zymler. 4 ago. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-2472249%22>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. TCU determina que Ministério da Saúde informe tempestivamente sobre contratações de enfretamento à Covid-19. 4 jun. 2020b. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-determina-que-ministerio-da-saude-informe-tempestivamente-sobre-contratacoes-de-enfretamento-a-covid-19.htm>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CHIORO, A. et al. **Financiamento do SUS e garantia de direitos** [livro eletrônico]: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: UNIFESP, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/61055>. Acesso em 11 ago. 2021.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. F. G. C. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/559>. Acesso em 11 ago. 2021.

GODOY, Marcelo. Governo atrai base com verba contra a covid, diz Major Olímpio. 17 jul. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/07/17/governo-atrai-base-com-verba-contra-a-covid-diz-major-olimpio.htm>. Acesso em: 11 ago. 2021.

JUNQUEIRA, Caio. CPI aponta que Pfizer buscou governo 34 vezes. **CNN Brasil**, seq. Política, 27 maio 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/cpi-aponta-que-pfizer-buscou-governo-34-vezes/>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MORETTI, B. Questão fiscal e SUS: propostas para o financiamento da saúde. **RBPO - Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**, v. 11, n. 1, p. 20-36, 2021. Disponível em: https://www.assecor.org.br/files/4716/2126/6033/2021_revista_RBPO-vol11_art3.pdf. Acesso em 11 ago. 2021.

OUR WORLD IN DATA. Share of people vaccinated against COVID-19. 2021. Disponível em: https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2021-10-10&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=People+vaccinated+%28by+dose%29&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=ARE~PRT~ESP~SGP~URY~DNK~CHL~IRL~CAN~FIN~CHN~IND~USA~IDN~PAK~BRA~NGA~BGD~RUS~MEX~JPN~ETH~PHL~EGY~VNM~TUR~IRN~DEU~THA~GBR~FRA~TZA~ITA~ZAF~KEN~OWID_WRL~ARG~PER~COL. Acesso em: 11 ago. 2021.

PUPO, Fábio. Chance de nova onda de Covid é baixíssima, diz secretário de Guedes. **Folha de S. Paulo**, seç. Mercado, 17 nov. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/11/chance-de-nova-onda-de-covid-e-baixissima-diz-secretario-de-guedes.shtml>. Acesso em: 11 ago. 2021.

ROSSI, P.; DAVID, G.; CHAPARRO, S. **Política fiscal e direitos humanos**: redefinindo responsabilidade fiscal. Disponível em: <https://derechosypoliticafiscal.org/pt/recursos/documentos-e-fontes/108-politica-fiscal-e-direitos-humanos-redefinindo-responsabilidade-fiscal>. Acesso em: 11 ago. 2021.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. e00194316, 2016. DOI: [10.1590/0102-311x00194316](https://doi.org/10.1590/0102-311x00194316). Acesso em: 1 nov. 2021.

TOMAZELLI, Idiana; WARTH, Anne. Mansueto diz que, se for necessário, meta fiscal de 2020 será mudada - Economia - Estadão. **Estadão**, seç. Economia, 16 mar. 2020. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,mansueto-diz-que-se-for-necessario-meta-fiscal-de-2020-sera-mudada,70003235855>. Acesso em: 11 ago. 2021.

Pandemia da Covid-19 e o descumprimento da vigilância em saúde no Brasil

Euzamara de Carvalho¹

“Guardiões das sementes, protetores dos encantados!”²

O Cacique Nailton Muniz Pataxó e o Povo Hã hã hãe, do alto da ancestralidade de sua cultura, costumes e tradições, sabem o significado de cuidar do corpo, do espírito, da nação. A pandemia não passa ao largo dessas práticas remotas, despertando a preocupação da comunidade indígena em adotar medidas de contenção aptas a evitarem a disseminação da doença. Assim é que se organizaram na construção (e manutenção) de barreira sanitária, na entrada da Terra Indígena. A proteção de crianças, jovens e adultos, para não serem atingidas pela Covid-19, alastrada “intensamente” em cidades próximas às aldeias (Ilhéus, Itabuna), é realizada pelos “guerreiros que fazem plantões nas barreiras sanitárias, única forma de resguardar as comunidades indígenas no contexto do Brasil hoje”³. Com efeito, é verdade que Jair Bolsonaro promoveu a disseminação do vírus da Covid-19 no Brasil com irretocável envergadura, eficiência e deliberada determinação de buscar assegurar o retorno das atividades econômicas no tempo mais exíguo e a qualquer custo, o que de fato aconteceu. As razões para tais condutas são desumanas, pela ausência de empatia e de capacidade de se preocupar com os sujeitos em sua humanidade.

É nesse ambiente, de um país apontado como o pior do mundo na pandemia, que acontecem transgressões agudas de direitos humanos e constitucionais com consequên-

1 Mestra em Direitos Humanos pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos (PPGIDN/UFG), pesquisadora do Instituto de Pesquisa Direito e Movimentos Sociais (IPDMS), membro da Secretaria de Assuntos Acadêmicos e da Executiva Nacional da ABJD, integrante da Comissão Permanente de Monitoramento e Ações na Implementação das Obrigações Internacionais em matéria de Direitos Humanos do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), assessora da Comissão Pastoral da Terra (CPT), integrante do coletivo de Direitos Humanos da Via Campesina Brasil, pesquisadora SMDH/OPAS. Colaboradores: *Jean Uema, Marília Lomanto, José do Carmo Siqueira*, da Secretaria de Assuntos Acadêmicos da ABJD.

2 “Encantados” são os “seres que habitam vários domínios naturais, como as matas, as serras, os rios e os mares, e que possuem poderes para auxiliar os homens na sua labuta diária. [...]. Encantados como Tupinambá, Eru, Beri, índios bravios residentes no topo das serras (lugar inacessível são convocados pelos Tupinambá, quando necessário, para auxiliar na cura de doenças ou alguma aflição pessoal.” (COUTO, On line).

3 Disponível em: www.saberestradicionalis.org/pedido-de-ajuda-do-cacique-nailton-dos-pataxo-ha-ha-hae/. Acesso em: 23 set. 2021.

cias irreversíveis, como a letalidade evitável de milhares de brasileiros/as, em decorrência de uma ausência deliberada de política de enfrentamento ao vírus (SARS-CoV-2).

Saúde como direito humano à luz das normativas internacionais e nacionais

A gravidade da crise que enfrentamos no Brasil – econômica, política, sanitária e ambiental –, com a deflagração da pandemia de Covid-19 no ano de 2020, e que segue em 2021, demanda a centralidade da defesa da vida como ato a ser materializado nos próximos períodos. Em diálogo com Mendes (2020, p. 2):

A Covid-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, afetou todos os aspectos da vida humana, desorganizando os sistemas de atenção à saúde do mundo inteiro e provocando uma crise econômica e social sem precedentes e de dimensões planetárias. A rapidez com que se alastrou globalmente, o seu potencial de contaminação, o baixo conhecimento do vírus e de sua fisiopatologia, a insuficiência das evidências sobre abordagens farmacológicas e a inexistência de vacinas eficazes agregaram complexidade e incertezas às estratégias de seu enfrentamento.

O direito humano à saúde e ao bem-estar integra o rol de direitos universais que devem nortear a ação política dos Estados-Nações no seu dever de realizar direitos humanos, tornando eficazes os direitos positivados nos textos políticos, resultantes de conquistas que a civilização acumulou ao longo da história da humanidade.

Mediante o desafio global provocado pelo alastramento do vírus SARS-CoV-2, consoante declara Mendes, tem-se a necessidade de elaborar estratégias eficazes e sinérgicas como forma de preservar vidas humanas. Desse modo, lutar pelos direitos humanos inclui a luta pela efetivação de políticas públicas que possibilitem a dignidade e a manutenção da vida na sua integralidade.

Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos prescreve e significa, em seu Preâmbulo, valores e princípios que identificam e reconhecem a dignidade da família humana, “de seus direitos iguais e inalienáveis” como “fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”, ressaltando o ultraje à consciência da humanidade resultante do “desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos”⁴. O artigo 25.1 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (DUDH) de 1948 declara que

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

4 Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.

O texto do referido artigo da Declaração Universal aponta necessidades elementares que devem ser asseguradas para que as pessoas desfrutem de um padrão mínimo humanizado da vida em sociedade. Nesse sentido, enfrentar o tema dos direitos humanos no campo de disputas numa relação dialética entre denúncia (violações) e efetividade (ação de direitos humanos) faz-se necessário para o reposicionamento do campo que tem o dever de assegurar tais direitos.

De acordo com o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC),⁵

Artigo 4º Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem que, no gozo dos direitos assegurados pelo Estado, em conformidade com o presente Pacto, o Estado só pode submeter esses direitos às limitações estabelecidas pela lei, unicamente na medida compatível com a natureza desses direitos e exclusivamente com o fim de promover o bem-estar geral numa sociedade democrática.

O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do qual o Brasil é signatário, consoante Carta de Adesão ao Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, depositada em 24 de janeiro de 1992, prevê, dentre outras relevantes regulamentações, orientações para o direito à saúde a serem implementadas pelos Estados Partes do referido Pacto. Vale ser transcrito o artigo 12, como segue:

Artigo 12. 1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir. 2. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar: a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o seu desenvolvimento da criança; b) O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial; **c) A profilaxia, tratamento e controlo das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras; d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.**⁶ (Grifo nosso).

Observe que o direito humano à saúde é regulamentado no Pacto como norma a ser seguida e materializada pelos Estados signatários, que têm a obrigação de efetivá-los. Referente ao tema da vigilância em saúde, existe previsão explícita na letra (C) como medida necessária de prevenção e controle de doenças que deve ser garantida, acentuando-se como medida fundamental num contexto pandêmico.

No caso específico do Brasil, desde a confirmação da primeira morte por Covid-19, a cifra de mortalidade alcança mais de meio milhão de vidas de brasileiros e brasileiras que foram interrompidas. Nos termos do levantamento da página do Ministério da Saúde (MS),⁷ o País acumula 600.000 mortes desde o início da pandemia. No ordenamento

5 Decreto n. 591, de 6 de Julho de 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm.

6 Disponível em: www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf.

7 Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

jurídico brasileiro, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que proclama o acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde, tem-se o surgimento de diferentes iniciativas institucionais, legais e comunitárias que foram desenvolvidas com o intuito de criar condições de materialização irrestrita desses direitos.

O direito à saúde é previsto como um direito humano fundamental que deverá ser garantido pelo Estado. Está inserido no rol dos Direitos e Garantias Fundamentais, no bojo dos direitos sociais, consoante artigo 6º da Constituição Federal⁸ de 1988:

Artigo 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

A Constituição Federal de 1988 prescreve, no artigo 196, o comando sobre a saúde como direito:

Artigo 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.

O arcabouço constitucional preconiza o dever do Estado de garantir políticas sociais e econômicas numa conformação de ações que possibilitem a realização integral do direito humano à saúde. Ressalta-se a declaração do Ministro Celso de Mello (BRASIL, 2007), ao afirmar entendimento sobre necessária implementação dessa previsão constitucional:

O caráter programático da regra inscrita no artigo 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro não pode converter-se em promessa constitucional insequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

O chamado à responsabilidade presente na declaração do Ministro Celso de Mello alerta para a forma programática do artigo 196 e sua essencialidade, que não “pode converter-se em promessa constitucional insequente”; no entanto, é isso que presenciemos, hoje, no Brasil, quando confrontamos o direito humano à saúde.

Valeria Lerck Lunardi (1999), em artigo em que problematiza conceitos hegemônicos da saúde, refere-se ao que lhe empresta a OMS quando concebe a saúde “como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Ressalta a autora o “conceito ampliado” de “saúde”, emergente da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, quando expressa em Relatório Final:

8 Disponível em: www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.12.2017/art_6_.asp.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987 *apud* LUNARDI, 1999).

Destaca-se como desdobramento desse acumulado a criação do sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Estruturando-se, desse modo, o sistema de saúde como um campo integrado de ações que visam assegurar o direito humano à saúde, estando a vigilância em saúde inserida no rol de regulamentações previstas na Lei do SUS, destacada inclusive dentre seus objetivos no artigo 5º da lei.

A vigilância em saúde, no seu sentido amplo, situa-se entre as prioridades do Sistema Único de Saúde e se apresenta fundamental para o enfrentamento de risco de doenças e agravos. Conforme prevê o sistema de saúde, possibilita atuação integrada para prevenção, promoção e proteção da vida humana.

No contexto de descaso com a população brasileira e de violações dos direitos humanos e constitucionais duramente conquistados pela sociedade civil popular organizada, tem-se travado uma batalha dolorosa e difícil na defesa da manutenção de políticas públicas necessárias para o combate à crise, porém ainda não suficientes para tão grave colapso sanitário que violou a previsibilidade legal e institucional da vigilância em saúde.

A atuação do Estado brasileiro no não comprometimento para superação da pandemia e a promoção da defesa da vida tem violado as normas constitucionais que regem o Estado Democrático de Direito, declarações e pactos de direitos humanos que objetivam a defesa da vida. Enfrentar o quadro de violações que se agrava torna-se, desse modo, um ato emergencial de exigência por equidade de justiça.

Contextualização da vigilância em saúde consonante documentos e normas nacionais e internacionais

Com base em estudos e normativas que regulamentam e registram o aprimoramento de práticas para o direito à saúde, o início das intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob bases científicas modernas, tem como marca o início do século XX e foi norteador pelo avanço do período bacteriológico e por descobrimentos de ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias. Desse modo, o campo da vigilância em saúde passa a ocupar um lugar central para a práxis – teoria e prática – da saúde pública no mundo. Arreaza e Moraes (2010, p. 2216), em abordagem sobre o tema, expressam que,

No século XX, assistimos a expansão do conceito de vigilância e ao desenvolvimento de diferentes sistemas com métodos de coleta, análise e difusão de dados diversificados; contudo, somente a partir dos anos cinquenta, observamos uma modificação desse conceito, que passava a ter um sentido mais abrangente: o de acompanhamento sistemático da

incidência e distribuição das doenças por meio da consolidação e avaliação dos registros de morbimortalidade como de outros dados relevantes para a saúde pública, cabendo a vigilância disseminar regularmente as informações a todos que fossem necessário.

Vale lembrar que, por ocasião da realização da 21ª Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1968, a vigilância epidemiológica foi assunto central, possibilitando sua ampliação para desempenho em diversos temas de saúde pública, para além das doenças transmissíveis. A relevância do tema concomitante à realização da Assembleia Mundial impulsionou a criação de espaços para coordenação de agendas pautando debates sobre a vigilância epidemiológica no Brasil. Assim, Cátia Martins e Marly Cruz (*apud* WAKIMOTO, 2015, p. 258):

Com a realização da XXI Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1968, o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) foi implantado no Brasil, estabelecendo-se o primeiro Sistema Nacional de Notificação Semanal de Doenças. Contudo, a concepção de vigilância epidemiológica enquanto ‘informação para ação’ só veio a ser introduzida oficialmente no País na década de 1970 com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), impulsionada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Nessa perspectiva, acompanhando a pauta mundial no aprimoramento histórico que envolve o direito à saúde e às formas institucionais de assegurar tal direito perante a evolução de novas doenças, o Brasil incorpora na agenda pública a vigilância epidemiológica. Com isso, em 1975⁹, seguindo recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).¹⁰ A institucionalização do referido sistema aconteceu por meio da promulgação da Lei n. 6.259/75, na sequência, regulamentada pelo Decreto n. 78.231/76, que congregou doenças transmissíveis consideradas de maior relevância sanitária no País. Com o passar dos anos e o aprofundamento da ausência de um sistema de saúde com práticas integradas que correspondessem ao componente preventivo e assistencial à população, em paralelo à escassez de orçamento público para desenvolvimento das práticas coletivas, tem-se um nível crítico da saúde no Brasil.

Esse processo do setor saúde, acompanhado pelo aumento da consciência sanitária no País, insere-se no contexto de democratização, não só do movimento das suas categorias profissionais, como também de setores da população (MS, 2005)¹¹. Desse modo, com o período da Nova República, ampliam-se os espaços de debate e acúmulo sobre o tema com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que culminou

9 O quadro nosológico brasileiro apresentava, no início da década de 70, ao lado das doenças infectocontagiosas, características das sociedades subdesenvolvidas, as doenças crônico-degenerativas, características de sociedades industrializadas. Endemias antes relacionadas com o meio rural, tornaram-se urbanas; agravaram-se a desnutrição, a tuberculose e a hanseníase; e a malária voltou a ocorrer em larga escala. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiologia.pdf.

10 Ver: www.e-sanar.com.br/aluno/mural-post/652,sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica.html.

11 Ver: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiologia.pdf.

na constituição do Sistema Único de Saúde o SUS. Transcreva-se, por oportuno, o que disciplina o artigo 6º, § 2º da Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) (n. 8080/1990):

Artigo 6º

§2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Parece evidente que o dispositivo amplia a concepção de “vigilância epidemiológica” ao controle das doenças transmissíveis, sugerindo uma investigação mais dirigida e integrada para os condicionantes do processo da saúde-doença entre os planos coletivo-individual. E insere-se num campo abrangente que envolve a vigilância em saúde. Na compreensão de Arreaza e Moraes (2010, p, 2219):

O esquema de trabalho da vigilância estaria relacionado a priori à descrição dos padrões de ocorrência das doenças notificáveis, ao monitoramento de tendências de agravos relevantes em saúde pública, como no alerta às pessoas suscetíveis a determinados agentes, vias e fontes de exposição, para os quais existam intervenções eficazes de prevenção, proteção e controle. De outro lado, destacamos a alocação apropriada de recursos, a priorização dos problemas de saúde, as bases técnicas dos programas de prevenção e controle, a avaliação das estratégias de intervenção, como do impacto dessas medidas na população-alvo.

Tal concepção vai ao encontro da definição prevista no Regulamento Sanitário Internacional (SRI) 2005, para o qual “vigilância” significa a coleta, a compilação e a análise contínua e sistemática de dados, para fins de saúde pública, e a disseminação oportuna de informações de saúde pública, para fins de avaliação e resposta em saúde pública, conforme necessário.

Dando continuidade ao acumulado do conceito, da ação e vigilância em saúde, avulta-se definição inserida na Resolução n. 588, de 12 de julho de 2018, que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS):

Artigo 2º-§ 1º Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.¹²

Com a instituição da PNVS, tem-se a possibilidade de fortalecimentos das ações de vigilância em saúde no Brasil, de forma a atuar de modo integrado em acordo com o

12 Ver: www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36469447/doi-10.12018-08-13-resolucao-n-588-de-12-de-julho-de-2018-36469431.

desempenho do SUS. Assinale-se que, enquanto os diversos países no mundo e seus respectivos chefes de Estado se empenharam em criar estratégias de proteção da vida e diminuição de propagação do vírus com priorização das ações de vigilância, o Governo brasileiro negligenciou na defesa da vida, em especial das pessoas mais necessitadas.

De acordo com estudo divulgado pela Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares, lugares com IDH baixo tiveram 38,3% de cura e 61,7% de óbitos; os com índices médios, 35,7% de alta médica e 64,3% de mortes. Os dados de cidades com taxa altas de desenvolvimento são os mais equilibrados: 48,5% de altas e 51,5% de óbitos. Já os municípios com IDH muito alto apresentam 67,1% de cura contra 32,9% de mortes. A cor da pele também interfere na taxa de letalidade: 56% nos pacientes brancos internados com Síndrome Respiratória comprovada e 79% entre os não brancos¹³.

Cabe acentuar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, no dia 30 de janeiro de 2020, em Genebra, na Suíça, que o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).¹⁴ Naquele ato, recomendou uma série de medidas a serem adotadas que constituem ação integral de vigilância em saúde:

Conclamamos todos os países a implementar decisões consistentes e baseadas em evidências. A OMS está pronta para orientar qualquer país que esteja considerando quais medidas tomar. Segundo, devemos apoiar países com sistemas de saúde mais fracos. **Terceiro, acelerar o desenvolvimento de vacinas, terapêuticas e diagnósticos. Quarto, combater a disseminação de rumores e desinformação. Quinto, revisar os planos de preparação, identificar lacunas e avaliar os recursos necessários para identificar, isolar e cuidar de casos, e impedir a transmissão. Sexto, compartilhar dados, conhecimentos e experiências com a OMS e o mundo.** E sétimo, a única maneira de derrotar este surto é ter todos os países trabalhando juntos em um espírito de solidariedade e cooperação. Estamos todos juntos nisso e só podemos pará-lo juntos. (Grifos nossos).

No entanto, a sequência dolorosa de atos advindos do atual Presidente da República, incluindo as declarações que orientam a atuação do Estado brasileiro no **NÃO** combate à pandemia, demonstrou a violação explícita dessas recomendações, do acumulado político e institucional da OMS no tema da vigilância em saúde. Mais maculada na sua dignidade fica a Nação, diante da espantosa resposta do Presidente à indagação sobre o recorde de mortes pelo vírus: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre.”¹⁵

Consonantes dados da imprensa datada de 28 de junho de 2021,

O Presidente Jair Bolsonaro já veiculou em seus perfis no Facebook, no Twitter e no YouTube ao menos 144 declarações falsas e distorcidas em defesa do “tratamento precoce” que violam regras dessas plataformas para coibir desinformação sobre a Covid-19. A maioria

13 Ver: <https://noticias.r7.com/saude/perfil-de-mortos-mantem-pobres-e-homens-como-maiores-vitimas-08032021>.

14 Ver: www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus.

15 DW Brasil. *Notícias e análises do Brasil e do mundo*. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/brasil-fez-a-pior-gest%C3%A3o-do-mundo>.

dessas falas (91%) foi propagada em transmissões ao vivo e alcançou até agora 63 milhões de visualizações no Facebook e 8,9 milhões no YouTube.¹⁶

Vejam que integra o rol de recomendações da OMS “combater a disseminação de rumores e desinformação”. Bolsonaro não só desrespeita como assume a responsabilidade da **contrainformação** mediante as medidas preventivas e protetivas necessárias para combate da pandemia da Covid-19, o que resta comprovado aqui também por meio dos dados que demonstram a disseminação de declarações falsas sobre o tratamento precoce.

O contexto de perpetuação da pandemia e o crescente número de mortes ocorreram por ausência de uma ação integrada e estratégica que atendesse os requisitos precisos da vigilância em saúde. A caracterização de uma epidemia é muito útil para a elaboração de hipóteses, com vistas à identificação das fontes e dos modos de transmissão, além de auxiliar na determinação da sua duração¹⁷ (BRASIL, 2019).

Cabe registrar as práticas coletivas internalizadas pelos grupos sociais que, mesmo em situação de vulnerabilidade, criaram seus próprios mecanismos de vigilância de forma a proteger a coletividade do contágio do vírus, e da morte, por consequência – como o exemplo do Cacique Nailton Muniz Pataxó e do Povo Hã hã hãe, apresentado no início deste texto. Essas práticas possibilitam a reinvenção de direitos humanos como uma “invenção da tradição” a partir das resistências dos grupos sociais em diferentes frentes de atuação, que se apresentam como diferenciais no aperfeiçoamento de pensar e fazer direitos humanos no contexto atual, de graves violações do direito humano à saúde.

Medidas de vigilância em saúde violadas por Jair Bolsonaro

O cenário de tragédia que o Brasil apresenta para o mundo, em razão do modo desastroso como o Governo Federal conduz o enfrentamento da pandemia, poderia ter sido de menor proporção, com letalidade dentro dos prognósticos da ciência nas hipóteses de doenças e/ou agravos. Enfrentar o quadro de violações que se agrava a cada dia requer uma ação unificada pela defesa e efetivação dos direitos humanos que os propósitos civilizatórios legaram à população brasileira.

O arcabouço jurídico internacional e nacional aponta uma série de medidas que possibilitam adotar ações integradas para o enfrentamento de crises agravadas num contexto pandêmico de forma a preservar o direito humano à saúde.

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19), por meio da Portaria MS n. 188, conforme Decreto n. 7.616, de 17 de novembro de 2011¹⁸, e em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional

16 Ver: www.aosfatos.org/noticias/falas-de-bolsonaro-sobre-tratamento-precoce-ferem-regras-de-redes-sociais-mas-seguem-no-ar/.

17 Ver: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf. Acesso em: 6 set. 2020.

18 Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>.

(SRI). Na sequência, apresentou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus Covid-19, elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS). Esse plano sinalizava um conjunto de ações emergenciais a serem tomadas na perspectiva de estudo e monitoramento do novo coronavírus para diminuir o impacto da pandemia no Brasil. O referido documento inclui no rol de respostas ao novo coronavírus (Covid-19) o tema da vigilância, nos seguintes termos:

- a) Instituir comunicação com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras organizações internacionais e autoridades de saúde para obter de modo oportuno e preciso, as diretrizes dos desdobramentos internacionais.
- b) Monitorar eventos e rumores na imprensa, redes sociais e junto aos serviços de saúde. Revisar as definições de vigilância sistematicamente, diante de novas evidências ou recomendações da OMS.
- c) Reforçar a importância da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).
- d) Fortalecer os serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19), conforme a definição de caso estabelecida, no devido sistema de informação orientado pelo MS.
- e) Articular com a rede de serviços públicos e privados de atenção à saúde o aprimoramento e a detecção de possíveis casos suspeitos nos serviços de saúde. Emitir alertas para as Secretarias Estaduais de Saúde sobre a situação epidemiológica global, com orientações para a preparação de resposta, com medidas de prevenção e controle para a infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).
- f) Monitorar o comportamento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), nos sistemas de informação da rede, para permitir avaliação de risco e apoiar a tomada de decisão.
- g) Elaborar e divulgar Boletins Epidemiológicos com periodicidade para atualização das informações. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus Covid-19 11 COE/SVS/MS | Fev. 2020
- h) Atualizar a rede de vigilância e atenção à saúde sobre a situação epidemiológica do país e as ações de enfrentamento.
- i) Monitorar semanalmente a rede de Unidades Sentinelas de SG e SRAG. Sensibilizar os profissionais de saúde e população em relação a etiqueta respiratória e higiene das mãos.
- j) Elaborar e promover a capacitação de recursos humanos para a investigação de casos suspeitos de infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).
- l) Elaborar e divulgar materiais de educação em saúde para o trabalhador da saúde. (BRASIL, 2020).

Naquele momento o Ministério da Saúde demonstra um esforço organizativo para vigilância e combate ao novo coronavírus. Diversos foram os esforços para ampliar, fortalecer ou criar medidas administrativas, legislativas e judiciais para defesa e manutenção da vida perante a propagação do vírus da Covid-19 no Brasil. No entanto, o chefe de Estado, ocupante do cargo de Presidente – Jair Bolsonaro – atuou na direção

contrária da vida do povo brasileiro, realizando intervenções ilegais para conter medidas eficazes e sinérgicas no combate à pandemia.

Considerando o grande número de medidas, destaco algumas, apresentadas como principais na perspectiva da vigilância em saúde com foco na vigilância epidemiológica:

1. **Lei n. 6.437/1977:** infrações à legislação sanitária federal e sanções respectivas;
2. **Lei n. 8.080/1990:** condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
3. **Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020:** declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV);
4. **Decreto n. 10.212/2020:** texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional;
5. **Lei n. 13.979/2020 (Artigos 3º ao 3º-J):** medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (artigos mantidos pelo STF na ADI 6.625);
6. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.341/DF:** assegura autonomia dos estados, Distrito Federal e municípios para determinarem regras de isolamento, quarentena, restrição de transporte e de trânsito em rodovias durante a pandemia;
7. **Portaria n. 1.565/2020 (MS):** publicação de orientações visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da Covid-19, à promoção da saúde física e mental da população brasileira (revoga: I – o parágrafo único do artigo 2º; e II – as alíneas “b” e “c” do inciso V, artigo 3º da Portaria n. 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020).

O filtro de apresentação das referidas medidas foi embasado na pesquisa¹⁹ sobre o tema, bem como na gravidade das violações das normativas protagonizadas por Jair Bolsonaro no que se refere à vigilância em saúde. Diante disso, destacam-se algumas normas centrais no tema da vigilância em saúde que foram abertamente confrontadas; apresentam-se, aqui, alguns desses atos realizados por meio de atos administrativos e dos discursos oficiais do Presidente da República em redes nacionais de rádio e televisão²⁰ na produção de contrainformação científico-legal sobre a gravidade do novo coronavírus.

O Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005, promulgado na versão mais recente no Brasil por meio do Decreto n. 10.212, de 30 de janeiro de 2020²¹, congrega um rol de capacidades a ser aplicada no campo da saúde pública mundial. O supracitado Regulamento Sanitário é reconhecido como instrumento central mundial de proteção contra a propagação internacional de doenças. Destacam-se algumas definições contidas na parte I do regulamento que se relacionam com o tema da vigilância em saúde:

19 Ver: https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/40271/recomendacoes_medidas_gomes.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

20 Ver: www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos.

21 Ver: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm#anexo1.

- “doença” significa uma doença ou agravo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para seres humanos;
- “medida de saúde” significa os procedimentos aplicados para evitar a propagação de contaminação ou doença; uma medida de saúde não inclui medidas policiais ou de segurança;
- “princípios científicos” são as leis fundamentais e os fatos naturais aceitos e conhecidos mediante os métodos científicos;
- “quarentena” significa a restrição das atividades e/ou a separação de pessoas suspeitas de pessoas que não estão doentes ou de bagagens, contêineres, meios de transporte ou mercadorias suspeitos, de maneira a evitar a possível propagação de infecção ou contaminação;
- “recomendação” e “recomendado” referem-se a recomendações temporárias ou permanentes emitidas nos termos desse regulamento.

Dentre os princípios contidos no RSI, acentua-se que “A implementação deste Regulamento será feita com pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas.” Na parte II, que trata da informação e resposta em saúde pública, de forma mais específica ao tema da vigilância, determina-se:

Artigo 5º Vigilância

1. Cada Estado Parte deverá desenvolver fortalecer e manter, o mais breve possível, no mais tardar dentro de cinco anos a contar da entrada em vigor deste Regulamento para este Estado Parte, as capacidades para detectar, avaliar, notificar e informar eventos de acordo com este Regulamento, conforme especificado no Anexo 1.

ANEXO 1 A. CAPACIDADE BÁSICA NECESSÁRIA PARA VIGILÂNCIA E DE RESPOSTA

1. Os Estados Partes utilizarão as estruturas e os recursos nacionais existentes para satisfazer às exigências de capacidades básicas, nos termos desse Regulamento, inclusive relativas a:

(a) suas atividades de vigilância, informes, notificação, verificação, resposta e de colaboração que lhe competem;

6. No nível nacional - Avaliação e notificação. Capacidades para:

c) prestar assistência no local, conforme necessário, para complementar as investigações locais;

(d) fornecer um elo operacional direto com as autoridades superiores de saúde e de outras áreas, a fim de aprovar rapidamente e implementar medidas de contenção e controle;

Resposta de saúde pública. Capacidades para:

(a) determinar rapidamente as medidas de controle necessárias para evitar a propagação nacional e internacional.

Atento ao surgimento de novas variantes, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é contribuir com a comunidade internacional para prevenir e responder a

graves riscos de saúde pública que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar pessoas em todo o mundo²².

Dentre as exigências para os países, está a notificação de certos surtos de doenças e eventos de saúde pública. Mediante experiência acumulada da OMS em vigilância global de doenças, alerta e resposta, o RSI determina direitos e obrigações dos países signatários em relatar eventos de saúde pública e estabelecer procedimentos que possam contribuir com o trabalho da OMS para defender a segurança pública mundial.

O Brasil não respeitou e nem internalizou as normas sanitárias destacadas, conforme pronunciamento oficial do Presidente Jair Messias Bolsonaro sobre o surto do coronavírus e a gravidade de uma pandemia global por meio de rádio e televisão:

Grande parte dos meios de comunicação foram na contramão. Espalharam exatamente a sensação de pavor, tendo como carro-chefe o anúncio do grande número de vítimas na Itália. Um país com grande número de idosos e com um clima totalmente diferente do nosso. O cenário perfeito, potencializado pela mídia, para que uma verdadeira histeria se espalhasse pelo nosso País. Contudo, percebe-se que de ontem para hoje parte da imprensa mudou o seu editorial: pedem calma e tranquilidade. Isso é muito bom, parabéns imprensa brasileira. É essencial que o equilíbrio e a verdade prevaleçam entre nós. O vírus chegou, está sendo enfrentado por nós e brevemente passará. Nossa vida tem que continuar. Os empregos devem ser mantidos. O sustento das famílias deve ser preservado. Devemos, sim, voltar à normalidade. Algumas poucas autoridades estaduais e municipais devem abandonar o conceito de terra arrasada, a proibição de transportes, o fechamento de comércio e o confinamento em massa. O que se passa no mundo tem mostrado que o grupo de risco é o das pessoas acima dos 60 anos. Então por que fechar escolas? Raros são os casos fatais de pessoas sãs com menos de 40 anos de idade. 90% de nós não teremos qualquer manifestação, caso se contamine. (Pronunciamento do senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão. 24 mar. 2020).²³

Observa-se que o referido pronunciamento não inclui qualquer menção às regras necessárias de vigilância em saúde recomendadas pela OMS e já regulamentadas no RSI. Pelo contrário, há uma diminuição da gravidade do problema e um chamado à normalidade das atividades, ignorando as medidas de vigilância em saúde recomendadas internacionalmente, numa ação autônoma de conscientização sobre a importância da vigilância nesse contexto.

Demonstra, ainda, a **INCAPACIDADE** básica necessária para vigilância e resposta num cenário pandêmico, conforme anexo I da RSI. A previsão (6.a) – RSI) exige agilidade na aplicação de medidas de controle necessárias para evitar a propagação nacional e internacional do vírus. De igual modo, negligencia a assistência para complementação das investigações locais junto aos estados e municípios (6.c) - RSI). E, ainda, pressiona para o descumprimento das regras básicas de isolamento social conforme destaque no

22 Ver: www.paho.org/pt/regulamento-sanitario-internacional-rsi.

23 Ver: www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/pronunciamentos/pronunciamentos-do-presidente-da-republica/pronunciamento-em-cadeia-de-radio-e-televisao-do-senhor-presidente-da-republica-jair-bolsonaro.

seu discurso. De igual modo, ignora a Declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) conforme Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020.

Considerando o contexto global, correspondente ao seu dever institucional prestacional perante o mundo, no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou **o surto de coronavírus uma “pandemia global”**. O diretor-geral da organização afirmou, em entrevista coletiva, que o alto número de casos fora da China tornava necessário mudar a definição de “pandemia”. Tedros Ghebreyesus assinalou: “Estamos preocupados com os níveis alarmantes de propagação e com os níveis alarmantes de inação.” **Ele disse que a palavra ‘pandemia’ não pode ser usada à toa**, acrescentando: “É uma palavra que, mal usada, pode causar um medo irracional, ou a aceitação injustificada de que a luta acabou, o que levará a um sofrimento desnecessário e à morte”.²⁴

O Presidente Jair Messias Bolsonaro, ao realizar pronunciamento oficial sobre o surto do coronavírus e a gravidade de uma pandemia global por meio de rádio e televisão, declarou:

O vírus é uma realidade, ainda não existe vacina contra ele ou remédio com eficiência cientificamente comprovada, apesar da hidroxicloroquina parecer bastante eficaz. O coronavírus veio e um dia irá embora, infelizmente teremos perdas neste caminho. Eu mesmo já perdi entes queridos no passado e sei o quanto é doloroso. Todos nós temos que evitar ao máximo qualquer perda de vida humana. Como disse o diretor-geral da OMS, “todo indivíduo importa”. Ao mesmo tempo, devemos evitar a destruição de empregos, que já vem trazendo muito sofrimento para os trabalhadores brasileiros. [...] Nesse sentido, o Sr. Tedros Adhanom, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, disse saber que “muitas pessoas, de fato, têm que trabalhar todos os dias para ganhar seu pão diário” e que “os governos têm que levar esta população em conta”. Continua ainda, “se fecharmos ou limitarmos movimentações, o que acontecerá com estas pessoas, que têm que trabalhar todos os dias e que têm que ganhar o pão de cada dia todos os dias?” Ele prossegue, “Então, cada país, baseado em sua situação, deveria responder a esta questão”. O diretor da OMS afirma ainda que, com relação a cada medida, “temos que ver o que significa para o indivíduo nas ruas” e complementa “eu venho de família pobre, eu sei o que significa estar sempre preocupado com seu pão diário e isso deve ser levado em conta porque todo indivíduo importa. A maneira como cada indivíduo é afetado pelas nossas ações tem que ser considerada”²⁵ (Pronunciamento do senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão. 31 mar. 2020).

Nota-se que não está presente no discurso de Bolsonaro nenhuma sinalização de adesão às normas e/ou pactuações internacionais para o enfrentamento a uma pandemia

24 Ver: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-03-11/oms-declara-que-coronavirus-e-uma-pandemia-global.html>.

25 Ver: www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/pronunciamentos/pronunciamentos-do-presidente-da-republica/pronunciamento-em-cadeia-de-radio-e-tv.

global. De igual modo, nenhum anúncio de incentivo e/ou de reconhecimento do isolamento social, medida protetiva importante para enfrentamento à propagação do vírus.

Destaca-se, ainda, no referido discurso, a distorção da declaração do senhor Tedros Adhanom, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS). A declaração que colocou o mundo em alerta pela gravidade do surto do coronavírus, bem como pelo chamado à seriedade sobre o tema, foi minimizada e desvirtuada na fala do Presidente, conforme destaque apresentado. Diante disto, Bolsonaro descumpra as regras de vigilância em saúde previstas no Regulamento Sanitário Internacional (SRI) e ignora o estado de emergência em saúde pública já declarada no País.

Outra iniciativa importante foi a promulgação da Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que “Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do surgimento do novo coronavírus”. A lei passou por diferentes reformulações mediante os diversos questionamentos e vetos oriundos do Poder Executivo. Consonante o artigo 1º, “Esta Lei dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”.

Na contramão das medidas de saúde conforme definição prevista no SRI, em mais um pronunciamento do senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão (de 12 de março de 2020),²⁶ acentua-se o descumprimento das medidas a serem adotadas:

O Sistema de Saúde Brasileiro, como os demais países, tem um limite de pacientes que podem ser atendidos. O Governo está atento para manter a evolução do quadro sob controle. É provável, inclusive, que o número de infectados aumente nos próximos dias, sem, no entanto, ser motivo de qualquer pânico. Há uma preocupação maior, por motivos óbvios, com os idosos. Há também, recomendação das autoridades sanitárias para que evitemos grandes concentrações populares. Queremos um povo atuante e zeloso com a coisa pública, mas jamais podemos colocar em risco a saúde da nossa gente. Os movimentos espontâneos e legítimos, marcados para o dia 15 de março, atendem aos interesses da nação.

Ainda sobre o descumprimento das medidas previstas na lei no que se refere ao tema do isolamento social, destaca-se o conflito entre os entes federados provocado pelo Presidente Jair Bolsonaro. Não conformado com o cumprimento legal dos Poderes estaduais e municipais na instauração de regras de isolamento social e adoção de outras medidas para diminuição do impacto da pandemia, o Presidente editou Medida Provisória 926/2020²⁷ para restringir atuação de governadores e prefeitos na tomada de ações contra a pandemia. Em conformidade com ato administrativo seguindo o percurso de violações por meio de seus discursos, externou, em um dos seus pronunciamentos, o ataque aos poderes:

26 Ver: www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/pronunciamentos/pronunciamentos-do-presidente-da-republica/pronunciamento-do-senhor-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-em-cadeia-de-radio-e-televisao-5.

27 Ver: www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-926-de-20-de-marco-de-2020-249094248.

Nós todos, Poder Executivo, Poder Legislativo, decisões do Judiciário, têm que ser, essas decisões, com muita prudência. O Governo não é uma fonte de socorro eterna. Em nenhum momento eu fui consultado sobre medidas adotadas por grande parte dos governadores e prefeitos. Tenho certeza que eles sabiam o que estavam fazendo. O preço vai ser alto. **Tinham que fazer alguma coisa? Tinham, mas se, porventura, exageraram, não bote essa conta, não no Governo Federal, não bote essa conta, mais essa conta, nas costas do nosso sofrido povo brasileiro.** (Parte do pronunciamento do senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, para anúncio do novo Ministro da Saúde – Palácio do Planalto. 16 abr. 2020).

A gravidade do conflito e da ação do Bolsonaro resultou na **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 6.341/DF**, protocolada pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), que questionou a tentativa de violação da autonomia dos entes federados por meio da MP 926/20. Em conformidade com a precisa atuação da Corte Suprema para defesa dos princípios constitucionais que regem o Estado Democrático de Direito, houve decisão liminar do Ministro Marco Aurélio afirmando a competência concorrente da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios sobre a saúde pública, nela acrescentando em relação à interpretação do § 9º: “A adoção das medidas previstas neste artigo deverá resguardar o abastecimento de produtos e o exercício e o funcionamento de serviços públicos e de atividades essenciais, assim definidos em decreto da respectiva autoridade federativa, do artigo 3º, da Lei n. 13.979, deve ser feita conforme a Constituição Federal – CF.”

Uma outra violação cometida por Jair Bolsonaro no que se refere às políticas preventivas não farmacológicas que poderiam ser adotadas pelo Estado brasileiro se deu por meio de vetos importantes na Lei n. 13.797/20. Destaca-se exemplo que dialoga com o tema da vigilância e sua previsibilidade para tomada de medidas de vigilância em saúde.

Veto

Artigo 3º-I da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, alterado pelo artigo 3º do projeto de lei Artigo 3º-I. O Poder Executivo deverá veicular campanhas publicitárias de interesse público que informem a necessidade do uso de máscaras de proteção individual, bem como a maneira correta de sua utilização e de seu descarte, observadas as recomendações do Ministério da Saúde.

Razões do veto

A propositura legislativa, ao estabelecer a obrigatoriedade ao Poder Executivo de veiculação de campanhas publicitárias de interesse público, informando a necessidade do uso de máscaras de proteção individual, bem como a maneira de sua utilização e de seu descarte, em que pese a boa intenção do legislador, cria obrigação aos entes federados, impondo-lhe atribuição de caráter cogente, em violação ao princípio do pacto federativo inscrito no **caput** do artigo 1º da Constituição da República de 1988, bem como a autonomia dos estados, Distrito Federal e municípios, inscrita no artigo 18 da Carta Magna. Ademais, tal

medida institui obrigação ao Poder Executivo e cria despesa obrigatória ao Poder Público, sem que se tenha indicado a respectiva fonte de custeio, ausente ainda o demonstrativo do respectivo impacto orçamentário e financeiro no exercício corrente e nos dois subseqüentes, violando assim, as regras do artigo 113 do ADCT.

Ao vetar a previsão de veicular campanhas de concentração sobre a necessidade do uso de máscaras e a forma adequada de sua utilização, viola o inciso V, artigo 7º da Lei n. 8080/90: “V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde”; e o inciso IV da Portaria n. 188/20: “IV- divulgar à população informações relativas à ESPIN”. Conforme o *Centers for Diseases Control and Prevention*, as máscaras são recomendadas como uma barreira simples para ajudar a evitar que gotículas respiratórias se propaguem no ar quando a pessoa tosse, espirra, fala ou levanta a voz. Isso é chamado “controle de fonte”²⁸.

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica em Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença do Coronavírus 2019 – Covid-19 (2021), dentre as medidas de prevenção e de controle indicadas pelo Ministério da Saúde, estão **as não farmacológicas, como distanciamento físico, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras**, limpeza e desinfecção de ambientes, isolamento de casos suspeitos e confirmados e quarentena dos contatos dos casos de Covid-19, conforme orientações médicas²⁹.

Em depoimento prestado à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), a microbiologista Natalia Pasternak estabelece um comparativo entre as mortes no Brasil e a média mundial. Para a pesquisadora, três de cada quatro mortes por Covid-19 não teriam ocorrido caso o País tivesse cumprido os protocolos recomendados pela ciência para combater o vírus. “O processo de desinformação orquestrado pelo Governo Federal e pelo Ministério da Saúde levou com certeza muito mais vidas do que se houvesse um processo honesto, transparente, comunicativo e baseado em ciência.”³⁰

Dialogando com o poder da comunicação nos processos de vigilância em saúde e o contexto de emergência de saúde pública, destaca-se:

A Comunicação de Risco torna-se, em muitos casos, a única ferramenta disponível para a resposta a essa emergência e um dos mais importantes componentes na gestão do risco. A Comunicação de Risco estimula a população a tomar decisões fundamentadas epidemiologicamente, fomenta comportamentos de prevenção e complementa o sistema de vigilância existente. Propicia ainda a interlocução da instituição com os meios de comunicação e outros setores, reduzindo ao mínimo a perturbação social e econômica, criando a confiança necessária para se preparar para graves ameaças à saúde pública, assim como para ajudar na resposta e na recuperação à emergência. (BRASIL, 2010).

Constata-se que Bolsonaro violou abertamente escopo da vigilância em saúde, como se alinha:

28 Ver: www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-guidance.html.

29 Ver: www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigila%CC%82ncia-epidemiolo%CC%81gica-da-covid_19_15.03_2021.pdf.

30 Ver: www.redebrasilatual.com.br/politica/2021/06.

1. descumpre as normas e legislações – nacionais e internacionais – que visam contribuir no combate à pandemia da Covid-19, a exemplo do descumprimento das orientações da OMS;
2. desrespeita as formulações sistematizadas no interior do Ministério da Saúde (MS) com vistas ao monitoramento da pandemia e diagnóstico para reversão do quadro pandêmico;
3. não implantou formas educacionais de orientação sobre mecanismos de prevenção e de proteção individual e coletiva;
4. recomendou medida farmacológica cientificamente não comprovada como eficaz na imunização para a Covid-19 (conforme cita no pronunciamento, o uso da hidroxicloroquina);
5. atuou constantemente produzindo contrainformação sobre as medidas não farmacológicas necessárias para diminuição do contágio do coronavírus (utilizando meios oficiais para produzir contrainformação negacionista);
6. não priorizou o fortalecimento da Política Nacional de Vigilância em Saúde como medida eficaz no combate à pandemia.

O Instituto Lowy, de Sidney, na Austrália, utilizando critérios metodológicos para respostas a questões formuladas em torno das mortes, dos casos, em testagem em 98 países, identificou, de um lado, como resposta melhor à crise da Covid-19, a Nova Zelândia. Do outro lado, em último lugar, o Brasil, que, “durante toda a pandemia, minimizou seus perigos e ignorou as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)”³¹. Cabe ressaltar que a testagem, como ação em vigilância epidemiológica, só foi adotada como ação preventiva e protetiva no Brasil quando o País já ultrapassava a cifra de mais de 500 mil mortes. O anúncio tardio de um Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19 pelo Ministério da Saúde³² situa-se como medida violadora das ações integrativas de vigilância em saúde.

Conclusão

Dentro deste escopo federativo, acentua-se o artigo 1º, inciso II: “a dignidade da pessoa humana” prevista como princípio fundamental na Carta de Direitos. Ao percorrer a discussão-chave deste trabalho, no que tange à vigilância em saúde, as medidas violadas em um contexto de pandemia, agravado pelo descumprimento das normas constitucionais e de direitos humanos, constata-se que o chefe de estado – Jair Bolsonaro – é protagonista central da violação da dignidade humana de milhões de brasileiras e brasileiros. Dignidade humana de acessar condições básicas de sobrevivência mediante um vírus, uma pandemia que se sobrepôs às vidas de milhões de pessoas no mundo.

Assim, nenhum outro conceito, no presente, captura tão bem a ideia de que cada pessoa, não importa o seu lugar na sociedade, é merecedora de respeito como uma pessoa. Certamente o conceito de “dignidade humana”, apesar do poder de *dignitas*

31 Ver: www.dw.com/pt-br/um-governo-entre-a-crueldade-e-a-burrice/a-56360052.

32 Ver: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/ministerio-da-saude-lanca-plano-nacional-de-expansao-da-testagem-para-covid-19.

como um conceito de *status* na Roma Antiga (WIRSZUBSKI, 1960, p. 12-13), agora carece de força conceitual num apelo a direitos (DAGGER, 1995).

Impulsionados para o bom combate por meio do processo investigatório, que norteou o percurso desta pesquisa na perspectiva de elucidar as violações do Governo brasileiro na ação da vigilância em saúde, como ação de direito humano à saúde, apontam-se alguns, dentre outros, crimes praticados, em tese, por Jair Bolsonaro no contexto da Pandemia da Covid-19, no Brasil.

Dos crimes contra a saúde pública

Epidemia

Artigo 267 – Causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos

No caso do tema em voga, da responsabilidade positiva de preservar vidas do povo brasileiro, mediante princípios constitucionais nacionais para implementação de medidas de vigilância em Saúde, Bolsonaro, em tese, cometeu crime de epidemia ao:

1. omitir-se do cuidado, proteção e vigilância da saúde da população brasileira, contribuindo para aumento da contaminação de mais pessoas pela Covid-19;
2. confrontar as regras epidemiológicas e sanitárias de distanciamento físico como medida eficaz (não farmacológica) para preservação da vida, colocando em risco a vida da população; conseqüentemente, maior programação do vírus em território nacional.

Infração de medida sanitária preventiva

Artigo 268 – Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:

1. recomendou insistentemente e, inclusive, na tribuna da Assembleia Geral da ONU, durante abertura da 76ª Assembleia-Geral das Nações Unidas, no dia 21 de setembro de 2021, o uso de medida farmacológica não comprovada cientificamente para uso clínico preventivo para a Covid-19, expondo as pessoas ao risco, por transitarem em espaços público acreditando que estavam curadas, dessa forma provocando aumento do contágio pela coronavírus;
2. infringiu regras epidemiológicas e sanitárias de distanciamento físico, transitando em espaços públicos causando aglomerações;
3. recomendou atos de rua, conforme pronunciamento apresentando anteriormente neste trabalho.

Dos crimes de reponsabilidade

Artigo 85 – São crimes de responsabilidade os atos do Presidente da República que atentem contra a Constituição Federal e, especialmente, contra:

III – o exercício dos direitos políticos, individuais e sociais.

Conforme o recorte das medidas problematizadas no trabalho, Jair Bolsonaro atentou contra fundamento da República brasileira ao negar manutenção da vida com dignidade elementar com acesso ao direito humano à saúde, conforme artigo 1º, inciso II: “a dignidade da pessoa humana”. Também, contra o exercício dos direitos sociais, conforme artigo 6º, ao realizar cortes de medidas protetivas e preventivas para o cumprimento da vigilância em saúde no Brasil.

VII – o cumprimento das leis e das decisões judiciais.

De modo relacional, descumpriu normas nacionais a exemplo dos artigos 1º, 2º e seus respectivos incisos, 3º, § 1º, § 2, inciso III da **Lei n. 13.979/20**, ao defender, em rede aberta de rádio e televisão, aglomeração e, conseqüentemente, os movimentos de ruas, convocados por ele, confrontando todas as regulamentações epidemiológicas (internacionais e nacionais), de orientação ao isolamento físico para inibir contágio pelo coronavírus.

Do crime de extermínio

Na análise preliminar desenvolvida neste trabalho, destacando alguns atos concorrentes do Presidente Jair Bolsonaro, que, em tese, violou as normas nacionais e internacionais de vigilância em saúde, bem como teve atuação voluntária de produzir contrainformações sobre as medidas preventivas, protetivas e eficazes para tratamento da Covid-19, provocando aumento de mortes, confirma-se a gravidade extremada de tais ações.

Acompanhando a formulação coletiva da Associação Brasileira de Juristas pela Democracia (ABJD), sobre cometimento de Crime Contra a Humanidade previsto no artigo 7º, 1, “b” do Estatuto de Roma³³, nos somamos à afirmação. Conforme Estatuto de Roma, artigo 7º, 2, alínea “b”, que declara: “b) O ‘extermínio’ compreende a sujeição intencional a condições de vida, tais como a privação do acesso a alimentos ou medicamentos, com vista a causar a destruição de uma parte da população.”

Os atos de infringir e de tentar obstruir as medidas administrativas, judiciais e/ou legislativas que visam proteção da vida no combate ao agravamento da pandemia atestam descaso com parte da população brasileira. De igual modo, os pronunciamentos recorrentes, apresentados no percurso do trabalho, violam e deslegitimam as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), as medidas epidemiológicas e sanitárias regulamentadas.

O negacionismo, a produção acentuada de contrainformações sobre as medidas coletivas a serem adotadas para combate à perpetuação do coronavírus e a não prio-

33 Ver: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4388.htm.

rização de disponibilização de insumos farmacológicos – a exemplo da grave falta de oxigênio para manutenção da vida da população do Estado do Amazonas infectada pela Covid-19 – comprovam a intencionalidade imbuída em cada ato que se conforma numa ação sinérgica de ataque ao direito humano à saúde da população brasileira.

Referências

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 4, p. 2215-2228, 2010.

BARATA, R. B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. *In*: Seminário Nacional De Vigilância Epidemiológica, 1993, Brasília. **Anais**. Brasília: FNS, CENEPI, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). **Estratégia de Gestão Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia da COVID-19 na esfera local**. Brasília, 2020. set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, 2010. 108 p. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Organização: Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes/Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis. **CBVE Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico]. 4. ed. Brasília, 2019. 725 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília, 2009. 816 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19**. Brasília, 2020.

BRASIL. **RE-AGR N. 393175/RS**, 2ª Turma, Rel. Min. Celso de Mello, DJ 02-02-2007.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

OLIVEIRA, Cátia Martins de, e CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, Jan-Mar. 2015.

CNS [CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE]. **Resolução n. 588**, de 12 de julho de 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

COUTO, Patrícia Navarro de Almeida. **Morada dos Encantados**: identidade e religiosidade entre os Tupinambá da Serra do Padeiro – Buerarema, BA. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10887>. Acesso em: 22 set. 2021

DAGGER, Richard. Rights. In: BALL, Terence; FARR, James; HANSON, Russell L. (Org.). **Political innovation and conceptual change**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 292-308.

LAFER, Celso. A internacionalização dos direitos humanos: o desafio do direito a ter direitos. In: AGUIAR, Odílio Alves *et al.* (Org.). **Filosofia e direitos humanos**. Fortaleza: UFC, 2006.

LUNARDI, Valeria Lerck. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. 2020.

MOYN, Samuel. Prologue. In: _____. **The last utopia**: human rights in History. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 2010. p. 1-10.

OMS [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE]. 58o Conselho Diretor 72a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. **Sessão virtual**. 28-29 set. 2020.

WAKIMOTO, M. D. **Avaliação da Qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Município do Rio de Janeiro – 1994-1996**. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

WIRSZUBSKI, C. **Libertas as a political idea at Rome during the late Republic an Early Pricipate**. Cambridge: University Press, 1960.

Sindemia e cárcere no Brasil: descartabilidade dos corpos e a gestão dos indesejáveis no contexto da Covid-19

Cristian de Oliveira Gamba¹

1. A sindemia e o estado de coisas inconstitucional do sistema carcerário brasileiro

No contexto da epidemia do HIV-Aids no final do século XX, a epidemiologia social, após longa trajetória para entender a dinâmica de doenças transmissíveis, passou a perceber que os danos à saúde eram mais graves em populações mais socialmente vulnerabilizadas, porque essas populações se encontram em condições mais desfavoráveis, logo, os efeitos das doenças eram potencializados. Assim, passou a descrever a categoria “sindemia” para os estudos da epidemiologia, pois, no contexto da disseminação descontrolada de uma doença, não se podem ignorar que as dinâmicas de contágio, assim como de interação com outras enfermidades, que provocam sinergias distintas no âmbito dos variados sistemas sociais.

“Sindemia”, portanto, caracteriza-se como um neologismo (sinergia + epidemia) que explica “como a interação entre doenças ou agravos à saúde em populações [...] magnifica os efeitos deletérios umas das outras”, segundo lembram Claudia Codeço e Flávio Coelho (2008, p. 1772). Não se trata da soma de comorbidades individuais verificáveis universalmente durante uma epidemia que extrapola fronteiras geográficas, mas como as doenças interagem nas variadas populações, em determinados lugares, e, assim, “multiplicam sua carga geral de doenças e as maneiras pelas quais os ambientes sociais, especialmente as condições de desigualdade e injustiça social, contribuem para o agrupamento e interação da doença, bem como para a vulnerabilização” (SINGER *et al.* apud MORENO; MATTA, 2021, p. 46).

Então, a dinâmica das pandemias sob a abordagem sindêmica demonstra o agravamento do quadro clínico dos pacientes sujeitos a fatores sociais e ambientais mais

1 Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça pela Universidade Federal do Maranhão com ênfase em pesquisas sobre Direito Penal, Processual Penal e Sistema Carcerário, advogado e psicólogo, pesquisador da Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH) no projeto “Enfrentando o seletivismo penal e suas consequências”, pesquisador SMDH/OPAS. Em coautoria com *Jorge Alberto Mendes Serejo*, mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça/UFMA, pesquisador da Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH) no projeto “Enfrentando o seletivismo penal e suas consequências”, professor universitário e advogado

adversos porque se trata de verificar a interação de comorbidades com as desigualdades em saúde.

Logo, no atual contexto da Covid-19, parte da comunidade científica internacional, apesar da manutenção da categoria *pandemia* pela Organização Mundial de Saúde, tem entendido que não se trata de uma pandemia apenas, mas de uma sindemia, pois, como disse Richard Horton (2020, p. 874), a sindemia revela “interações biológicas e sociais entre condições e estados, interações que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a prejudicar ou piorar seus resultados de saúde”². Por isso, defende o autor que

A consequência mais importante de ver a Covid-19 como uma sindemia é sublinhar suas origens sociais. A vulnerabilidade dos cidadãos mais velhos; negros, asiáticos, minorias étnicas; e trabalhadores essenciais que são comumente mal pagos com menos proteções de bem-estar apontam para uma verdade até agora mal reconhecida - a saber, que não importa o quão eficaz seja um tratamento ou vacina protetora, a busca por uma solução puramente biomédica para Covid-19 falhará. A menos que os governos elaborem políticas e programas para reverter profundas disparidades, nossas sociedades nunca estarão verdadeiramente protegidas pela Covid-19.³

Assim, o olhar sindêmico propõe uma abordagem complexa sobre as patologias, requer o enfretamento através da análise de questões estruturais, pois os “vulnerabilizados se apresentam como o grupo de risco definitivamente penalizado pela pandemia” (MORENO; MATTA, 2021, p. 45), já que aqueles “que carecem dos mecanismos de proteção social são invisibilizados e empurrados para os espaços das ausências e conformam, de fato, o principal grupo de risco da pandemia de Covid-19” (MORENO; MATTA, 2021, p. 45).

O presente trabalho parte dessa discussão para entender quais os efeitos da gestão da pandemia no Brasil considerando a população carcerária, hipervulnerabilizada em decorrência de um estado de coisas determinado por escolhas políticas sobre quem deve viver e quem deve morrer como forma de exercício da soberania na quadra histórica contemporânea, o que se agrava no contexto descontrolado de disseminação de uma doença.

De acordo com diretrizes internacionais previstas nas *Regras de Mandela* (ONU, 2015)⁴, as pessoas privadas de liberdade, sob custódia dos Estado, devem usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade, e os serviços de saúde necessários devem ser gratuitos, sem discriminação motivada pela sua situação jurídica.

2 Tradução livre de “[...] *biological and social interactions between conditions and states, interactions that increase a person’s susceptibility to harm or worsen their health outcomes.*”

3 Tradução livre de “*The most important consequence of seeing COVID-19 as a syndemic is to underline its social origins. The vulnerability of older citizens; Black, Asian, and minority ethnic communities; and key workers who are commonly poorly paid with fewer welfare protections points to a truth so far barely acknowledged – namely, that no matter how effective a treatment or protective a vaccine, the pursuit of a purely biomedical solution to COVID-19 will fail. Unless governments devise policies and programmes to reverse profound disparities, our societies will never be truly COVID-19 secure.*”

4 Resolução 70/175 da Assembleia-Geral, adotada em 17 de dezembro de 2015.

Além dela, no âmbito do sistema interamericano, a Comissão Interamericana (CIDH) aprovou um conjunto de princípios⁵ destinados ao atendimento às pessoas privadas de liberdade, sendo um deles o da saúde (Princípio X), segundo o qual as pessoas terão direito à saúde, “entendida como o gozo do mais alto nível possível de bem-estar físico, mental e social, que inclui, entre outros, o atendimento médico, psiquiátrico e odontológico adequado” (CIDH, 2009, p. 14), e, nele, há previsão de ações de promoção em saúde, imunização, prevenção e tratamento de doenças infecciosas.

Na emergência da propagação da Covid-19, a mesma Comissão Interamericana editou a Resolução n. 01/2020⁶, que recordou aos Estados-Membros do sistema interamericano que, ao emitirem medidas de emergência e contenção perante a sindemia⁷, devem aplicar perspectivas interseccionais e prestar especial atenção às necessidades e ao impacto diferenciado dessas medidas nos direitos humanos dos grupos historicamente excluídos, como pessoas privadas de liberdade⁸.

Depois, em específico, na Resolução n. 4/2020⁹, a Comissão tratou de especificar o tratamento a ser dado pelos Estados às pessoas que estão em fase pré-sintomática, sintomática (leves, moderados, severos e críticos), alertando quanto aos estigmas sociais associados à Covid-19 atinente a grupos sujeitos à discriminação estrutural, como as pessoas privadas de liberdade, no sentido de garantia do acesso adequado e oportuno à atenção à saúde (CIDH, 2020b).

Outros regramentos importantes na esfera internacional vieram ao encontro das recomendações regionais. O escritório do Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos (ACNUDH) alertou, em maio de 2020, para as condições preocupantes de muitas prisões nas Américas em razão de suas condições preexistentes, como a superlotação crônica, péssimas condições de higiene, juntamente com a falta de acesso adequado aos cuidados de saúde (ONU, 2020)¹⁰.

No Brasil, a emergência sanitária imposta colocava diante das autoridades uma questão de máxima relevância, pois é o país que possuía, em 2020, a terceira maior população

5 “Princípios e boas práticas para a proteção das pessoas privadas de liberdade nas Américas”, documento aprovado no 131º período ordinário de sessões da CIDH.

6 “Pandemia e direitos humanos nas Américas”, aprovado em 10 de abril de 2020.

7 Embora não utilize a categoria sindemia, a Comissão reconhece, no documento, que “[...] a região apresenta desafios maiores em termos de políticas e medidas sanitárias, como em capacidade econômica, que permitam adotar medidas de atenção e contenção urgentes e necessárias para proteger efetivamente suas populações, uma vez que a pandemia gera impactos diferenciados e interseccionais sobre a realização dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais para certos coletivos e populações em situação de especial vulnerabilidade.” (CIDH, 2020a, p. 3).

8 Com base nisso, a CIDH recomendou a) adoção de medidas para enfrentar a aglomeração (leia-se ainda na realidade brasileira a superlotação) nas unidades de privação da liberdade; b) em caso de risco, que os Estados avaliassem os pedidos de benefícios carcerários e medidas alternativas à pena de prisão; c) adequação das condições alimentação, saúde, saneamento e medidas de quarentena, para impedir o contágio intramuros, garantindo-se atenção médica em todas as unidades; d) estabelecimento de protocolos para prevenção de atos de violência relacionados com a pandemia (CIDH, 2020a).

9 “Petrechos humanos de las personas con Covid-19”, aprovada em 27 de julho de 2020.

10 Para a ONU (2020), os Estados, na condução da pandemia, deveriam a) garantir nível mínimo de contatos pessoais com membros da família e acesso adequado a alimentos e água potável; b) garantir condições sanitárias, amplo acesso a testes e acesso aos cuidados de saúde necessários para os detidos; c) fornecer informações com regularidade e transparência sobre o impacto da doença nos prisioneiros; d) prisioneiros que adoecem devem ser colocados em isolamento em quarentena em instalações onde possam receber cuidados médicos adequados; e) liberação de prisioneiros que cumprem sentenças curtas por crimes não violentos.

carcerária do mundo (668 mil presos), segundo dados do Sisdepen (BRASIL, 2020c). E aqui, diferentemente de outros países, o próprio Estado reconheceu cautelarmente, em 2015, a situação de graves violações e direitos humanos no ambiente carcerário, em ação judicial que pede o reconhecimento de um “estado de coisas inconstitucional”¹¹ do sistema carcerário brasileiro.

O precário quadro do sistema prisional brasileiro já havia sido objeto de controvérsia internacional perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos, que determinou uma série de medidas cautelares a serem observadas pelo Estado Brasileiro¹² no sentido de “garantir a erradicação das situações de risco e providenciar a proteção à vida e à integridade pessoal, psíquica e moral de pessoas privadas de liberdade em várias penitenciárias do País” (GUIMARÃES, 2017, p. 91). Naquela ocasião, o Conselho Nacional de Justiça¹³ já havia anunciado a potencialidade de uma tragédia em razão das condições das penitenciárias. Já na ação de descumprimento de preceito fundamental n. 347/DF, o Supremo Tribunal Federal manifestou-se cautelarmente sobre o reconhecimento jurídico do estado de coisas inconstitucional como aquele em que há

[...] a violação massiva e generalizada de vários direitos constitucionais que afetam um número significativo de pessoas; (ii) a prolongada omissão das autoridades em cumprir com suas obrigações de garantia de direitos; (iii) A adoção de práticas inconstitucionais, como a incorporação da ação de tutela como parte do procedimento para garantir o direito violado; (iv) a não emissão de medidas legislativas, administrativas ou orçamentárias necessárias para evitar a violação de direitos; (v) A existência de um problema social cuja solução envolve a intervenção de diversas entidades, requer a adoção de um conjunto de ações complexas e coordenadas e requer um nível de recursos que exija um esforço orçamentário adicional significativo; (vi) Se todas as pessoas afetadas pelo mesmo problema solicitassem a tutela para obter proteção de seus direitos, haveria maior congestionamento judicial¹⁴ (COLÔMBIA, 2004, não paginado).

De 2015 até o momento em que a Covid-19 se instalou no País, em 2020, os dados relativos ao encarceramento não variaram muito. Atentando para a articulação proposta

11 O estado de coisas inconstitucional “é uma técnica decisória desenvolvida pela Corte Constitucional da Colômbia para o enfrentamento e a superação de situações de violações graves e sistemáticas dos direitos fundamentais, as quais exigem uma atuação coordenada de vários atores sociais” (GUIMARÃES, 2017, p. 81). A categoria nasce na sentença unificada 559/1997, para a garantia dos direitos fundamentais de educadores daquele país.

12 Um dos casos foi o do Complexo Penitenciário de Pedrinhas (MA), denunciado à Comissão Interamericana pela Sociedade Maranhense de Direitos Humanos, que resultou em 60 mortes e 3 decapitações de detentos. A Corte, em razão da gravidade e da urgência, determinou uma série de medidas a serem implementadas para a proteção da vida e da integridade física dos detentos.

13 Relatório do mutirão carcerário de 2011.

14 Tradução livre de “(i) la vulneración masiva y generalizada de varios derechos constitucionales que afecta a un número significativo de personas; (ii) la prolongada omisión de las autoridades en el cumplimiento de sus obligaciones para garantizar los derechos; (iii) la adopción de prácticas inconstitucionales, como la incorporación de la acción de tutela como parte del procedimiento para garantizar el derecho conculcado; (iv) la no expedición de medidas legislativas, administrativas o presupuestales necesarias para evitar la vulneración de los derechos. (v) la existencia de un problema social cuya solución compromete la intervención de varias entidades, requiere la adopción de un conjunto complejo y coordinado de acciones y exige un nivel de recursos que demanda un esfuerzo presupuestal adicional importante; (vi) si todas las personas afectadas por el mismo problema acudieran a la acción de tutela para obtener la protección de sus derechos, se produciría una mayor congestión judicial.”

no presente trabalho, as condições do cárcere verificadas em qualquer inspeção que se faça, associadas ao estado de coisas inconstitucional reconhecido em parte pelo STF, olhados sob o prisma sindêmico, oferecem condições propícias para uma tragédia anunciada com o advento da Covid-19, o que requeria de imediato uma atuação integrada do Estado para a contenção do vírus no ambiente prisional.

O estado de coisas inconstitucional se relaciona necessariamente com o encarceramento em massa e o seletivismo penal. Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), noticiados pela Carta Capital (OHANA, 2020), o número de encarcerados no Brasil triplicou entre 2000 e 2019. Em 2000, esse número era 232.755 pessoas. Em 2019, esse índice saltou para 773.151 pessoas¹⁵. Dados do Monitor da Violência (REIS et al., 2021)¹⁶ apontam que o Brasil tem registrado, nos últimos 30 anos, um aumento de 5% a 10% da sua população carcerária ao ano.

Os números de 2021 mostram que hoje são 682,1 mil detentos (REIS et al., 2021). Embora tenha havido uma ligeira diminuição da população carcerária em relação aos anos anteriores, considerando que a capacidade do sistema hoje é de 440,5 mil, há um déficit de 241,6 mil vagas no sistema carcerário brasileiro (regime fechado, provisório, semiaberto), o que quer dizer que as prisões no Brasil estão ocupadas 54,9% acima da capacidade¹⁷. Esse total não considera os presos em regime aberto e os que se encontram em carceragens de delegacias da Polícia Civil (cerca de 5 mil); se forem contabilizados, o número chegaria a quase 746,8 mil¹⁸.

Dados do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Sisdepen), compilados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021), apontam que 66,3% da população carcerária do País são negros e 32,5% brancos. Entre 2005 e 2020, a variação de negros foi de 13,5% enquanto a de brancos foi de -18,3%. Tais dados relacionam-se com a noção de “seletividade penal”, projetada historicamente para encarcerar negros e pobres. Os dados empíricos evidenciam essa realidade, assim como a realidade de que são negros (78,9%) os mais vitimados em termos de letalidade policial, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (*apud* FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021, p. 67)

Sob o ponto de vista sindêmico, esses dados se relacionam também com as condições sanitárias encontradas pelo vírus no ambiente carcerário e a precária assistência médico-hospitalar. Os dados Sisdepen do primeiro semestre de 2020 (BRASIL, 2020c), embora com uma ligeira melhora em relação a 2019, mostravam que, em relação ao acesso à saúde no ambiente prisional, havia 1.042 consultórios médicos, 807 salas de atendimento multiprofissional, 488 salas de coleta laboratorial, 871 salas de curativo, sutura vacinação e postos de enfermagem, 10 equipes de ginecologia, 846 dentistas,

15 Ver: www.cartacapital.com.br/sociedade/numero-de-encarcerados-triplicou-entre-2000-e-2019-no-pais-diz-depen/.

16 Portal G1. Núcleo de Estudos da Violência – USP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

17 Em 2018, esse percentual foi de 68,6%; em 2019, 63,9%; em 2020, 67,5%.

18 Os estados que apresentam maior índice de superlotação no sistema carcerário, segundo a mesma fonte, são Amazonas (196,2%), Mato Grosso do Sul (165,5%), Pernambuco (141,4%), Alagoas (106,2%) e Distrito Federal (114,2%), números em grande parte impulsionados pelas prisões provisórias, isto é, aquelas em relação às quais as pessoas são encarceradas sem sentença condenatória definitiva. No Brasil, o número de presos provisórios atualmente é de 31,9%, sendo de Bahia (49,4%), Ceará (48%), Maranhão (46,3%), Piauí (45%) e Rio de Janeiro (43,3%) os maiores números do País.

1.534 enfermeiros, 868 clínicos gerais, 71 médicos especialistas para um contingente de mais de 700 mil pessoas.

Um dado relevante que o Infopen traz é sobre a verificação de patologias dentro dos presídios: do total de 25.504 patologias investigadas no mesmo período, 28% da população masculina (6.645 homens) e 45% da feminina (1004 mulheres) eram portadoras de HIV; 28,4% (6.607) eram homens com tuberculose e 30,3% (680) eram mulheres com sífilis. Sobre esses pontos:

As populações privadas de liberdade têm uma prevalência aumentada de doenças infecciosas, como infecções por HIV e vírus da hepatite C (HCV). As iniquidades nos determinantes sociais da saúde que afetam grupos que são desproporcionalmente passíveis de encarceramento – minorias raciais e sexuais, pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias psicoativas, indivíduos sem acesso ao sistema de saúde ou à educação – levam a maiores concentrações de algumas doenças em populações encarceradas. O risco para uma pessoa privada de liberdade desenvolver tuberculose no Brasil é 30 vezes maior do que a população geral brasileira. As doenças infecciosas são responsáveis por cerca de 17,5% das mortes nas prisões (CARVALHO *et al.*, 2020, p. 3495-3496).

Carvalho *et al.* (2020), em revisão de publicações sobre a matéria até então, evidenciaram estudos mostrando que a dinâmica epidemiológica da Covid-19, caso não houvesse qualquer intervenção, levaria a um surto consideravelmente mais grave do que a população em geral e que adiar a prisão de 90% de pessoas em grupo de risco reduziria em 56,1% a mortalidade pela doença em ambiente prisional. Dados da OMS (2021b) apontam que mais de 527 mil presos em todo o mundo foram contaminados pela Covid-19 em 47 países e que cerca de 3800 perderam a vida.

No Brasil, desde a confirmação do primeiro caso de Covid-19, em 26 de fevereiro de 2020, de acordo com dados de infográfico do Depen (BRASIL, 2021c), foram 61.539 casos confirmados. Considerando a população prisional indicada¹⁹, o percentual de infecções é de 8,8%²⁰. **Se forem considerados os dados compilados pelo Monitor da Violência (682,1 mil detentos em 2021), o percentual de pessoas privadas de liberdade adulta acometida de Covid-19 foi de 9,7%.**

Nos tópicos seguintes do presente trabalho, com base em fontes de dados oficiais, serão discutidos mais elementos relativos às providências tomadas para o planejamento e a implementação de medidas de prevenção e combate ao vírus e, na sequência, a questão da vacinação; em suma, atos de ação e omissão que caracterizam a responsabilidade interna e internacional do Estado brasileiro perante o estado de coisas inconstitucional no ambiente prisional diante da sindemia do coronavírus²¹.

19 O indicador aponta uma população de 702.069 detentos.

20 Para chegar a esse resultado, considerou-se o painel da Covid-19 do Ministério da Saúde em 20 de setembro de 2021, que apontava um número de 21.247.667 casos acumulados para uma população de 210.147.125. Subtraiu-se esse número da população prisional considerada no painel do Depen, isto é, 61.539 casos para uma população de 702.069. O resultado, portanto, da população em liberdade considerada é de 21.186.128 casos para 209.445.056 habitantes. O número é proporcionalmente próximo ao comparado com a população geral em liberdade acometida da doença em relação ao número total da população brasileira em liberdade (cerca de 10%).

21 Como referências, dados do Depen, do Ministério da Saúde e do CNJ.

2. Providências relacionadas ao planejamento e à implementação de medidas de prevenção e combate ao vírus

A primeira providência adotada pelo Poder Executivo Federal voltada para a adoção de medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública (Covid-19) no ambiente carcerário foi a edição da **Portaria Interministerial n. 7, de 18 de março de 2020**, confeccionada em conjunto pelos Ministérios da Justiça e Segurança Pública e da Saúde. A referida portaria trata genericamente de algumas medidas destinadas à contenção da pandemia no cárcere: identificação de custodiados que apresentem sinais e sintomas gripais (priorizando integrantes dos grupos de risco), adoção de procedimentos para identificação de casos suspeitos em relação aos ingressantes no sistema carcerário, uso de máscaras e isolamento individual, afastamento de servidores em caso de testagem positiva, controle durante a entrada de visitas externas, adoção de medidas informativas sobre a Covid-19, com ações de profilaxia para os custodiados, e mudanças na rotina do estabelecimento prisional.

Em caso de suspeita ou confirmação de infecção pela Covid-19, o Artigo 3º, em seu §1º, dispõe que, “caso não seja possível o isolamento em cela individual dos casos suspeitos ou confirmados, recomenda-se à administração penitenciária adotar o isolamento pelo coorte e o uso de cortinas ou marcações no chão para a delimitação de distância mínima de dois metros entre os cuidados”.

Veja-se a precariedade da medida adotada pelo Governo Federal diante de um caso suspeito/confirmado de Covid-19 dentro da realidade brasileira de superlotação carcerária. Dessa forma, a adoção de medidas “improvisadas”, como separação por cortinas ou marcações no chão, tende ao inevitável fracasso, não sendo elas suficientes para garantir a segurança daqueles que ocupam o ambiente prisional.

A portaria ainda autoriza os presídios a adotarem temporariamente a redução ou mesmo a suspensão total de visitas, e também a redução ou suspensão do acesso de pessoas externas, dificultando a realização de inspeções.

Por fim, trata-se de uma medida bastante genérica, que não prevê de forma especificada como esses procedimentos devem ser realizados, nem mesmo como serão fornecidos os materiais e insumos necessários para o seu respectivo cumprimento. Também, é de se destacar a ausência de um Plano de Contingência especificamente voltado para o sistema carcerário, tendo ficado a cargo dos estados sua confecção em relação a cada território.

Posteriormente, a **Resolução n. 62 do Conselho Nacional de Justiça**, embora principalmente voltada para orientação dos julgadores quanto à adoção de medidas de desencarceramento, também previu medidas preventivas à proliferação da Covid-19 nos presídios (Artigos 8º a 11). Para isso, recomenda aos juízes que, como parte de sua atribuição de fiscalização dos estabelecimentos prisionais e unidades socioeducativas, zelem pela elaboração e implementação de um plano de contingências pelo Poder Executivo, que preveja minimamente realização de campanhas informativas, procedimento de triagem pelas equipes de saúde na entrada dos estabelecimentos e adoção de medidas preventivas de higiene, abastecimento de remédios e fornecimento obrigatório de itens básicos de higiene pela administração pública, ampliação do rol de itens permitidos, fornecimento ininterrupto de água, designação de equipes médicas em todos os estabelecimentos e fornecimento de equipamentos de proteção individual.

Recomenda, ainda, o procedimento a ser adotado em casos de suspeita ou confirmação de caso de Covid-19, prevendo separação da pessoa que apresentar sintomas, encaminhamento imediato para tratamento em unidade de saúde de referência e comunicação imediata ao juízo competente para avaliar a substituição da prisão ou medida socioeducativa por medida não privativa de liberdade.

Quanto às regras de visitação e entrega de itens, determina que qualquer alteração deverá ser comunicada previamente ao juízo competente e devem ser notificados o defensor, familiares e visitantes; higienização dos espaços de visita e fornecimentos de itens de proteção individual aos visitantes; fracionamento das visitas em diferentes dias e horários; previsão de medidas alternativas compensatórias às restrições de visitas.

Em relação à aplicação de testes na população privada de liberdade, haviam sido aplicados, até agosto de 2021, 354.019 testes no sistema prisional, com confirmação de 66.040 casos positivos. Já no sistema socioeducativo foram aplicados 20.879 testes e confirmados 2.673 casos (BRASIL, 2021a).

Tabela 1. Testes realizados x casos confirmados em indivíduos privados de liberdade.

	Testes realizados	Casos confirmados
Sistema prisional	354.019	66.040 ²²
Sistema socioeducativo	20.879	2.637

Fonte: dados organizados a partir de informações do Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2021a).

A fragilidade das medidas preventivas também expôs a grave risco os servidores atuantes dentro do sistema prisional, uma vez que foram confirmados 32.927 casos de Covid-19 entre esse público.

Tabela 2. Testes realizados x casos confirmados em servidores atuantes no sistema penitenciário.

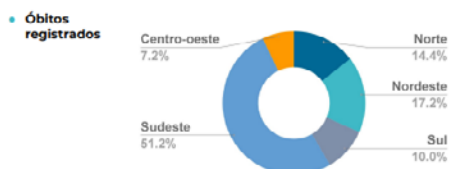
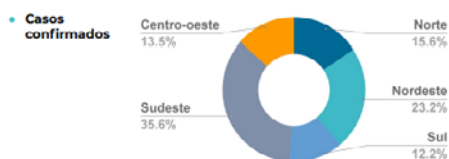
	Testes realizados	Casos confirmados
Sistema prisional	79.958	24.952
Sistema socioeducativo	29.655	7.975

Fonte: dados organizados a partir de informações do Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2021a).

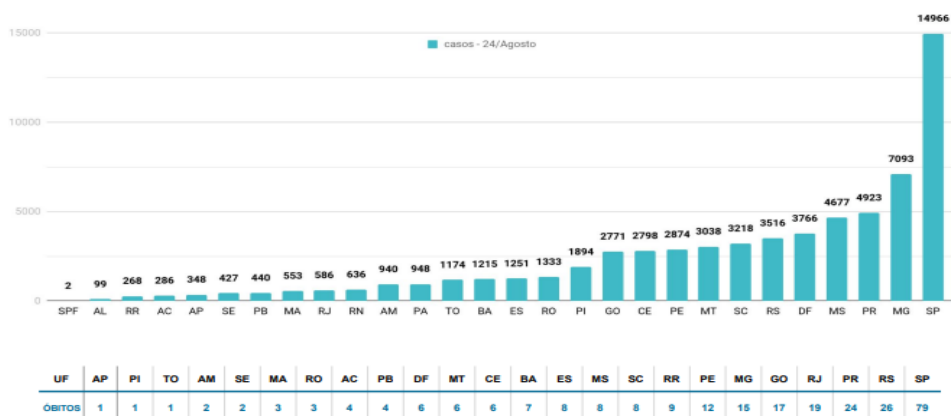
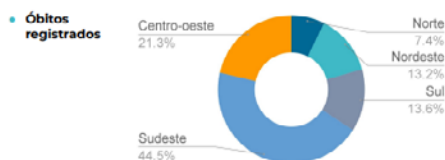
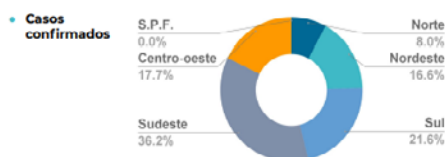
Ao todo, foram constatados **90.992 casos de Covid-19 no sistema prisional** – incluindo presos e servidores – e registrados 563 óbitos. Já em relação ao sistema socioeducativo, foram confirmados 10.612 casos e 101 óbitos. Podemos ver, nos gráficos a seguir, a distribuição dos casos e óbitos por região do País e o número de casos confirmados por estado da Federação.

22 Perceba-se que existe uma leve diferença entre o número de infecções apontadas pelo Depen (61.539) e aquelas verificadas pelo Conselho Nacional de Justiça (66.040). Essa disparidade de informações, ambas oriundas de órgãos estatais, dificulta o exato diagnóstico da dimensão que a pandemia assumiu no interior do cárcere.

Servidores



Pessoas Presas



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2021a).

Já em relação ao fornecimento de insumos pelo Governo Federal, o Departamento Penitenciário Nacional (Depen), ligado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, informa que foram encaminhados aos estados os seguintes materiais e suas respectivas quantidades.

Tabela 3. Insumos fornecidos pelo Governo Federal aos estados.

Insumo	Quantidade fornecida (unidades)
Testes rápidos IgC/IgM	130.500
Oxímetro	2.115
Termômetro	2.648
Máscaras cirúrgicas	17.253.887
Máscaras N95	63.662
Luvas - 100	25.406
Aventais	794.420
Toucas	1.191.650
Álcool (1000 ml)	87.348
Óculos	9.238
Sabonete líquido	40.971
Água sanitária (5L)	43.560

Fonte: BRASIL (2021c)

2.1. Medidas relacionadas ao desencarceramento durante a síndrome

Inicialmente, é válido destacar que o sistema prisional brasileiro é um ambiente extremamente propício para a propagação de doenças infectocontagiosas, principalmente em virtude da superlotação carcerária²³ e das péssimas condições estruturais das prisões (falta de saneamento básico, ausência de materiais para realização da higiene pessoal, dentre outras). Eis aqui um marcador de diferença que se coaduna com uma perspectiva sindêmica.

Neste tópico, é importante ressaltar que, de plano, foi constatada a **total omissão do Poder Executivo Federal**, não tendo sido encontrado nenhum ato normativo que contenha determinações ou orientações voltadas para a redução da superlotação carcerária nos espaços de privação de liberdade²⁴. Com isso, a tarefa de promover as medidas necessárias nessa seara ficou a cargo dos demais poderes, sobretudo o Judiciário e os Executivos Estaduais.

Prevedo os efeitos nefastos que a propagação da nova pandemia poderia gerar no sistema carcerário, o Instituto de Defesa do Direito de Defesa (IDDD) pleiteou a concessão de liminar junto ao Supremo Tribunal Federal para evitar a disseminação da Covid-19 no ambiente carcerário, beneficiando pessoas enquadradas no chamado “grupo de risco” (pessoas com mais de 60 anos, soropositivos, portadores de tuberculose, câncer, doenças respiratórias, cardíacas, imunodeprimidas, diabéticas), bem como gestantes, lactantes e acusados de crimes não violentos. O julgamento da liminar ocorreu nos dias 17 e 18 de março de 2020, podendo-se dizer que foi o primeiro pronunciamento do Estado brasileiro voltado para uma possível redução da população privada de liberdade no contexto da pandemia de Covid-19²⁵.

O Ministro Marco Aurélio Melo decidiu pelo não acolhimento do pedido de tutela incidental, contudo, conclamou os Tribunais de Justiça e os Tribunais Regionais Federais a analisarem medidas propostas no corpo da peça postulatória, considerando a excepcional crise de saúde pública (BRASIL, 2020). Considerando a situação, ventilou uma série de possibilidades de desencarceramento²⁶; se aplicadas a todos os casos, as medidas

23 Segundo dados do Infopen referentes ao mês de junho de 2019, o Brasil possuía 758 mil presos, com uma taxa de ocupação de 197% das prisões.

24 Embora se saiba que a soltura de pessoas presas seja atividade de competência do Poder Judiciário, era possível que outras medidas fossem adotadas pelo Executivo Federal, como, por exemplo, o remanejamento de presos, a abertura de novas vagas ou mesmo atividades de cooperação com o Poder Judiciário.

25 Ainda no mês de fevereiro de 2020, o Superior Tribunal de Justiça negou *habeas corpus* coletivo impetrado por Defensorias Públicas Estaduais (HC n. 596.189/DF) em relação a presos provisórios que se enquadrassem em grupos de risco. A justificativa utilizada residia no fato de que as alegações deveriam ser analisadas individualmente, uma vez que cada estado enfrentaria uma situação distinta, sendo inviável uma decisão única. Contudo, no mês de dezembro de 2020 (quase um ano depois e após dezenas de milhares de vidas perdidas), o Supremo Tribunal Federal concedeu *habeas corpus* coletivo impetrado pela Defensoria Pública da União para que pessoas presas em locais com ocupação acima da capacidade e que fossem integrantes de grupos de risco cumprissem sua pena em prisão domiciliar ou tivessem concedida a liberdade provisória.

26 a) Liberdade condicional a encarcerados com idade igual ou superior a 60 anos de idade; b) Regime domiciliar para os pacientes integrantes dos grupos de risco; c) Regime domiciliar às gestantes e lactantes; d) Regime domiciliar aos presos por crimes cometidos sem violência ou grave ameaça; e) Substituição da prisão provisória por medida alternativa em razão de delitos praticados sem violência ou grave ameaça; f) Medidas alternativas para presos em flagrante ante o cometimento de crimes sem violência ou grave em ameaça; g) Progressão de pena aqueles que, atendido o critério temporal, aguardam exame criminológico; h) Progressão antecipada da pena a submetidos ao regime semiaberto.

sugeridas liminarmente teriam impacto direto sobre grande parcela da população carcerária, uma vez que somente os presos provisórios compunham, ao final do ano de 2019, 34,35% do total de pessoas encarceradas (BRASIL, 2019). Além disto, a determinação de medidas cautelares alternativas à prisão para indivíduos presos em flagrante diminuiria significativamente o número de novos ingressantes no sistema carcerário.

Porém, uma vez submetida ao plenário, sua decisão não prevaleceu, sob alegação de que circunstâncias processuais apontavam para a ilegitimidade do peticionário, além de extrapolar o objeto do objeto de conhecimento da ADPF n. 347 (“estado de coisas inconstitucional”) (BRASIL, 2015)²⁷. No exame do mérito, restou evidente que a maior discordância dos Ministros se deu em torno do caráter mandamental da decisão, uma vez que a manutenção da decisão monocrática geraria uma obrigação aos juízes de conhecimento e de execução para que realizassem a apreciação dos casos concretos e, presentes os requisitos objetivos, promovessem o imediato desencarceramento.

Assim, apesar de reconhecer a gravidade da situação, uma vez que a chegada da Covid-19 aos presídios brasileiros poderia ocasionar incontáveis mortes, a Corte optou por não emitir uma decisão mandamental sobre a matéria, preferindo reservar aos juízes e tribunais pátrios a análise dos casos concretos de forma individual. A provável repercussão negativa de uma decisão diversa, que impactaria na soltura de milhares de presos, centralizaria as críticas na figura do tribunal superior, o que, dentro de um contexto de ataque sistemático por parte do chefe do Executivo federal, que já naquele momento apresentava uma ameaça golpista, fragilizaria ainda mais a sistemática de controles recíproco dos Poderes. Esse movimento, portanto, teve como consequência a diversificação das figuras decisórias, evitando a centralização dos movimentos de inconformismo²⁸.

Buscando remediar esse cenário, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a **Recomendação n. 62/2020**, posteriormente atualizada pelas Recomendações n. 68 e 78/2020 e 91/2021, que versam sobre a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. O texto da recomendação congrega todas as medidas citadas pelo Ministro Marco Aurélio Melo no corpo de sua decisão, acrescidas de novas disposições, ampliando seu alcance até mesmo ao sistema socioeducativo, só que agora destituídas do caráter mandamental e vinculante da decisão anterior.

Pode-se dizer que a Recomendação n. 62 do CNJ foi a **principal medida** adotada pelo Estado brasileiro para o enfrentamento da superlotação carcerária durante a pandemia. Trata-se de um documento substancial, uma vez que traz disposições amplas que visam

27 No mérito, o Ministro Alexandre de Moraes entendeu que a liminar continha uma determinação implícita para que os juízes de conhecimento e execução realizassem um mutirão reavaliando a situação de todos os encarcerados no País, no que foi acompanhado pelos Ministros Edson Fachin, Luís Roberto Barroso, Rosa Weber, Luiz Fux, Cármen Lúcia e Dias Toffoli, sendo que apenas o Ministro Gilmar Mendes votou por referendar as diretrizes determinadas pelo Ministro Marco Aurélio Melo.

28 A determinação para que os casos sejam analisados individualmente tem como consequência a necessidade de que cada preso apresente sua situação concreta ao sistema de justiça. Caso leve-se em consideração que a maioria esmagadora dos presos advém das camadas populacionais menos abastadas, contando com parca assistência jurídica, sendo ainda, na sua maioria, assistidos pela Defensoria Pública, que conta com um imenso contingente de casos para análise, é bastante possível que muitas situações passíveis de liberação não tenham nem mesmo chegado ao conhecimento do Poder Judiciário.

não apenas retirar aqueles que já estavam dentro do sistema carcerário, como também diminuir suas portas de entrada, evitando o ingresso de novos detentos.

As recomendações dirigem-se, principalmente, aos seguintes grupos de magistrados: aqueles competentes para a fase de conhecimento na apuração de atos infracionais nas Varas da Infância e da Juventude, aos magistrados com competência para a execução de medidas socioeducativas, aos magistrados com competência para a fase de conhecimento criminal e aos magistrados com competência sobre a execução penal.

Os **principais pontos** tratados pela Recomendação n. 62 podem ser resumidos nos tópicos que seguem.

1) Determina a aplicação preferencial de medidas socioeducativas em meio aberto e a revisão das decisões de internação provisória, em especial aos seguintes grupos: adolescentes que se encontrem no grupo de risco; adolescentes que se encontrem em unidades com ocupação superior à capacidade ou que estejam em unidades que não disponham de equipe de saúde; adolescentes que estejam internados pela prática de atos infracionais sem violência ou grave ameaça. Também determina a revisão das medidas de internação e semiliberdade para possível substituição por medidas em meio aberto.

2) Para os presos provisórios (sistema penitenciário), recomenda revisão das prisões provisórias decretadas, com prioridade para mulheres gestantes, presos em estabelecimentos prisionais com ocupação superior à capacidade e pessoas presas provisoriamente por período superior ao prazo de 90 dias ou em virtude de crimes praticados sem violência ou grave ameaça.

3) Para a população prisional condenada, recomenda concessão de saída antecipada para os presos do regime fechado e semiaberto; concessão de prisão domiciliar em relação aos presos do regime semiaberto e aberto; concessão de prisão domiciliar das pessoas presas que tenham diagnóstico suspeito ou confirmado de Covid-19.

4) Recomenda a redesignação de audiências em processos em que o réu esteja solto, e sua realização por videoconferência para aqueles que estejam presos. Caso seja necessária a realização das audiências, deverá haver restrição de visitantes, feita em espaços abertos e ampliados, com garantia do distanciamento e adoção dos protocolos de higiene e prevenção.

5) Determina a não realização de audiências de custódia durante o período e que o controle da prisão em flagrante seja feito por meio da análise do auto de prisão em flagrante. O exame de corpo de delito deve ser feito pelos profissionais da saúde no local em que a pessoa estiver presa e complementado por registro fotográfico do rosto e de corpo inteiro, a fim de que seja possível documentar indícios de tortura ou maus-tratos.

6) Para os casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 no sistema penitenciário, recomenda separação da pessoa que apresentar sintomas; encaminhamento imediato para tratamento em unidade de saúde de referência; comunicação ao juízo competente para avaliar a substituição da prisão por medida não privativa de liberdade.

7) Recomenda aos magistrados que priorizem a destinação de penas pecuniárias para aquisição de equipamentos de limpeza, proteção e saúde.

Percebe-se que a recomendação não trata apenas sobre desencarceramento, mas aborda também temas relacionados à prevenção da disseminação da doença no ambiente

carcerário (medidas de prevenção e protocolos de segurança), bem como protocolos de segurança a serem cumpridos em caso de identificação de casos suspeitos.

A leitura detalhada da Recomendação n. 62 do CNJ transparece o caráter facultativo da grande maioria das medidas, sendo que o texto evita o emprego de expressões contundentes, capazes de vincular os juízes responsáveis pela análise dos casos concretos, o que, em si, demonstra a debilidade da medida e compromete sua efetividade. Além disso, a medida possui **públicos preferenciais**²⁹, cuja análise do caso deve ser priorizada pelos juízes responsáveis.

Apenas no que tange aos integrantes do grupo de risco a medida parece assumir caráter mandamental, haja vista a fragilidade desses grupos em face da crescente pandemia. Aos presos que se encontravam em estabelecimentos penais com ocupação superior à capacidade ou que não dispunham de equipe de saúde³⁰ lotada no estabelecimento, apenas recomenda-se a análise prioritária dos casos. Contudo, essa prioridade é de difícil implementação, uma vez que a quase totalidade dos estabelecimentos carcerários nacionais enquadram-se em, pelo menos, uma das situações descritas.

Nestes contornos, é importante destacar que, segundo o Infopen (2019), o Brasil possui uma população carcerária de 773 mil presos, sendo que 11.300 possuem mais de 60 anos de idade. Existem, ainda, 8.600 presos diagnosticados com tuberculose e 7.700 com HIV. Considerando esses números totais, a medida atingiria apenas 3,5% da população carcerária, produzindo efeitos praticamente nulos em relação à superlotação total, que, segundo dados do mesmo relatório, aproxima-se dos 197%.

A Recomendação n. 62 também faz referência expressa aos presos provisórios, que representam aproximadamente um terço do contingente carcerário brasileiro. Contudo, a medida limita-se a determinar a reavaliação das cautelares impostas, com preferência para análise dos indivíduos inseridos nos grupos destacados, bem como daqueles que se encontram presos provisoriamente há mais de 90 dias ou que estejam presos em virtude de crimes praticados sem violência ou grave ameaça à pessoa. Mais uma vez, a situação deverá ser analisada individualmente pelos juízes, não havendo uma determinação de liberação.

Feitas essas considerações sobre os principais elementos contidos na Resolução n. 62 do CNJ, buscar-se-á, a partir de agora, avaliar o nível de implementação de suas disposições. Para isso, serão usados os dados de monitoramento divulgados pelo próprio CNJ através do Projeto Justiça Presente (BRASIL, 2020b, 2021).

Após a edição da Resolução n. 62 do CNJ, foram editadas 203 normativas estaduais (portarias, resoluções, etc.) voltadas para o combate à pandemia no sistema carcerário. Do total, 133 delas advieram do Poder Judiciário, 69 do Poder Executivo e 1 Portaria Conjunta.

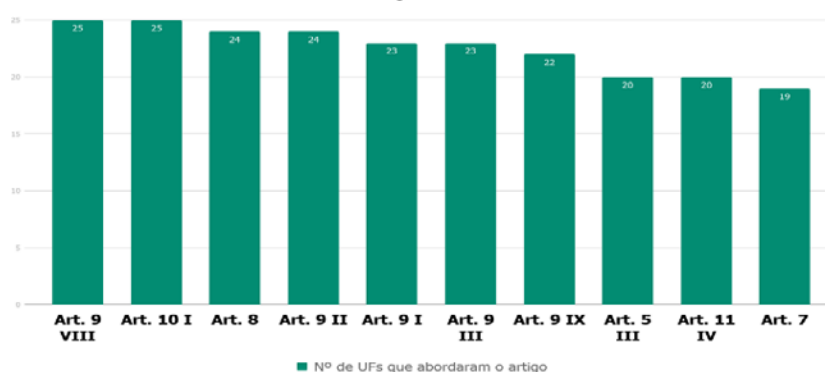
29 Foram considerados públicos preferenciais os seguintes grupos: 1) mulheres gestantes, lactantes, mães ou pessoas responsáveis por criança de até doze anos ou por pessoa com deficiência, assim como idosos, indígenas, pessoas com deficiência ou que se enquadrem no grupo de risco; 2) pessoas presas em estabelecimentos penais que estejam com ocupação superior à capacidade, que não disponham de equipe de saúde lotada no estabelecimento, que estejam sob ordem de interdição, com medidas cautelares determinadas por órgão do sistema de jurisdição internacional, ou que disponham de instalações que favoreçam a propagação do novo coronavírus; 3) pessoas presas preventivamente que tenham excedido o prazo de 90 (noventa) dias ou que estejam relacionadas a crimes praticados sem violência ou grave ameaça (BRASIL, 2020a).

30 Apenas 37% dos estabelecimentos penais contam com unidade básica de saúde (BRASIL, 2019).

Através das análises efetivadas, o CNJ (BRASIL, 2020b) verificou que grande parte dessas normativas não fazia qualquer menção à Recomendação n. 62, demonstrando uma ausência de preocupação com a redução da população carcerária e, portanto, a debilidade da medida. Dentre as 133 normativas elaboradas pelo Poder Judiciário, 37 não faziam menção à recomendação. Em relação ao Executivo, a proporção foi ainda maior: 55 das 69 normativas não se referiam à diretriz do CNJ.

Já em relação às normativas que fizeram referência expressa à Recomendação n. 62, percebeu-se que os principais artigos aos quais faziam menção não eram voltados à redução da população privada de liberdade. Os dispositivos mais citados pelas normativas estaduais foram os artigos 8º a 11 da mencionada recomendação. Vejam-se, no gráfico a seguir, os dispositivos mais citados e a quantidade de estados que se referiram a cada um deles.

Gráfico 1. Artigos da Recomendação n. 62/CNJ mais abordados pelas normatizações estaduais.



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2020).³¹

31 “Artigo 5º Recomendar aos magistrados com competência sobre a execução penal que, com vistas à redução dos riscos epidemiológicos e em observância ao contexto local de disseminação do vírus, considerem as seguintes medidas: III – concessão de prisão domiciliar em relação a todos as pessoas presas em cumprimento de pena em regime aberto e semiaberto, mediante condições a serem definidas pelo Juiz da execução; Artigo 7º Recomendar aos Tribunais e magistrados com competência penal que priorizem a redesignação de audiências em processos em que o réu esteja solto e a sua realização por videoconferência nas hipóteses em que a pessoa esteja privada de liberdade, com vistas à redução dos riscos epidemiológicos e em observância ao contexto local de disseminação do vírus. Artigo 8º Recomendar aos Tribunais e aos magistrados, em caráter excepcional e exclusivamente durante o período de restrição sanitária, como forma de reduzir os riscos epidemiológicos e em observância ao contexto local de disseminação do vírus, considerar a pandemia de Covid-19 como motivação idônea, na forma prevista pelo artigo 310, parágrafos 3º e 4º, do Código de Processo Penal, para a não realização de audiências de custódia. Artigo 9º Recomendar aos magistrados que, no exercício de suas atribuições de fiscalização de estabelecimentos prisionais e unidades socioeducativas, zelem pela elaboração e implementação de um plano de contingências pelo Poder Executivo que preveja, minimamente, as seguintes medidas: I – realização de campanhas informativas acerca da Covid-19, ações de educação em saúde e medidas de prevenção e tratamento para agentes públicos, pessoas privadas de liberdade, visitantes e todos os que necessitam adentrar nos estabelecimentos; II – procedimento de triagem pelas equipes de saúde nas entradas de unidades prisionais e socioeducativas, com vistas à identificação prévia de pessoas suspeitas de diagnóstico de Covid-19 e prevenção do contato com a população presa ou internada; III – adoção de medidas preventivas de higiene, tais como aumento da frequência de limpeza de todos os espaços de circulação e permanência das pessoas custodiadas e privadas de liberdade, com atenção especial para higienização de estruturas metálicas e algemas, instalação de dispensadores de álcool gel nas áreas de circulação, entre outros; VIII – fornecimento de equipamentos de proteção individual para os agentes públicos da administração penitenciária e socioeducativa; e IX – planejamento preventivo para as hipóteses de agentes públicos com suspeita ou confirmação de diagnóstico de Covid-19, de modo a promover o seu afastamento e substituição, considerando-se a possibilidade de revisão de escalas e adoção de regime de plantão diferenciado. Artigo 10. Recomendar o procedimento a ser adotado para os casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 no âmbito dos sistemas prisional e socioeducativo, adotando-se as providências: I – separação de pessoa que apresentar sintomas envolvendo tosse seca, dor de

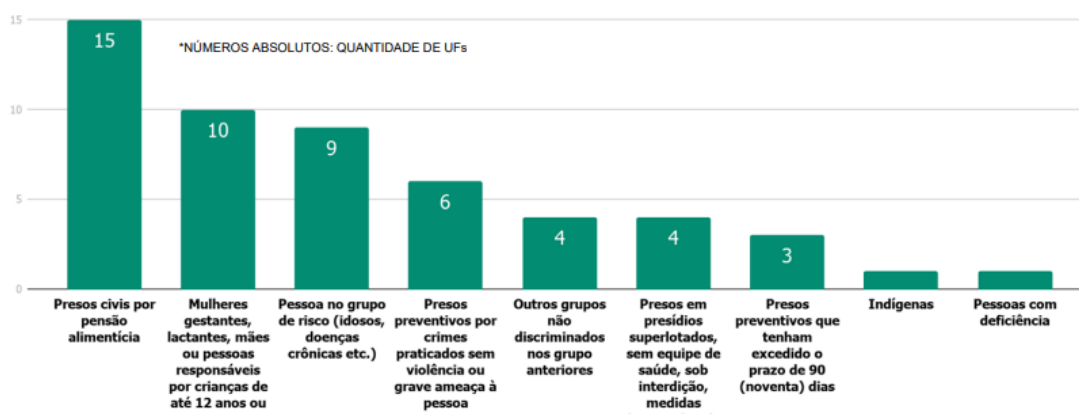
Perceba-se que, entre os dez dispositivos mais citados pelas normativas estaduais, apenas um faz referência a uma medida voltada para a redução da população carcerária. Trata-se do artigo 5º, que determina a concessão de prisão domiciliar para aqueles presos que estejam cumprindo pena em regime semiaberto. Diante dessas medidas, pode-se constatar que o caminho escolhido pelo Estado brasileiro para remediar os efeitos da pandemia pelo sistema carcerário não passou pela diminuição de sua população privada de liberdade. Pelo contrário, a maioria das medidas utilizadas como forma de prevenção à disseminação gerou ainda mais restrições aos direitos dos apenados: redesignação de audiências, estendendo o tempo de permanência no cárcere; paralisação da realização de audiências de custódia, instrumento essencial para apuração dos casos de maus tratos e tortura; suspensão ou restrição de visitas e entrada de alimentos, dentre outras. Tanto que, dos 27 estados brasileiros, 24 determinaram a suspensão de visitas durante a pandemia, 24 suspenderam processos, prazos judiciais e expedição de mandatos, 23 suspenderam a realização de audiências e 16 suspenderam a realização de julgamentos (BRASIL, 2020).

No que tange efetivamente à redução da população carcerária, dividiremos a análise em três grupos: avaliação da situação dos presos provisórios, dos condenados cumprindo pena em regime fechado e daqueles cumprindo pena no regime semiaberto.

2.1.1. Presos provisórios

Em suas normativas, 16 estados previram algum tipo de medida voltada para a soltura de presos provisórios; 6 não previram qualquer tipo de ação; 4 não informaram. As previsões voltaram-se para os seguintes grupos de presos:

Gráfico 2. Aplicação efetiva de soltura de presos provisórios pro grupo de referência.



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2020).

garganta, mialgia, cefaleia e prostração, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais ou febre, ou que teve contato próximo de caso suspeito ou confirmado de infecção pelo vírus, bem como o encaminhamento imediato para implementação de protocolo de tratamento de saúde previsto pelo Ministério da Saúde para os casos suspeitos de Covid-19 e sua devida notificação à Secretaria Municipal de Saúde; Artigo 11. Quanto às regras de visitação em estabelecimentos prisionais e unidades socioeducativas, recomendar aos magistrados que zelem pela elaboração de plano de contingência pelos gestores competentes, o qual deverá observar preferencialmente os seguintes aspectos: IV – proibição da entrada de visitantes que apresentem febre ou sintomas respiratórios associados à Covid-19 e encaminhamento para o serviço de saúde de referência.”

Conforme depreende-se do gráfico, a maioria das medidas tomadas voltou-se para grupos bastante específicos e delimitados: presos civis por pensão alimentícia, mulheres gestantes, lactantes, mães ou pessoas responsáveis por crianças até 12 anos ou por pessoa com deficiência, pessoas no grupo de risco. Trata-se de parcelas diminutas da população carcerária, cuja soltura impactaria de forma mínima no contingente total de encarcerados.

Medidas mais amplas, como aquelas voltadas à soltura de presos provisórios alocados em presídios superlotados ou sem equipe de saúde, e presos preventivos que tenham excedido o prazo de 90 dias, foram adotadas por poucos estados, o que impediu a geração de efeitos mais concretos na redução da população carcerária.

2.1.2. Presos em regime fechado

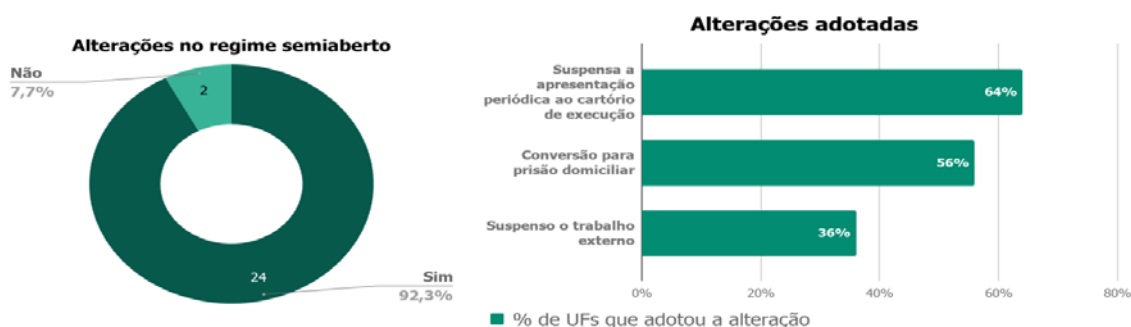
Em suas normativas, 13 estados previram algum tipo de medida voltada para a realização de alterações no regime fechado; 7 não previram qualquer tipo de ação; 6 não informaram (BRASIL, 2020).

A medida adotada pelos estados residiu na conversão da medida privativa de liberdade em prisão domiciliar. Contudo, o material elaborado pelo CNJ não é claro sobre como ocorreu a implementação da medida: se foi uma medida destinada a todos os grupos de presos ou se foi voltada para grupos específicos.

2.1.3. Presos em regime semiaberto

Em relação aos presos do regime semiaberto, a ampla maioria dos estados (24) adotou alguma medida, sendo as principais destacadas a seguir.

Gráfico 3. Principais medidas adotadas em relação aos presos em regime semiaberto.



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2020).

A maioria dos estados adotou como medidas a suspensão da apresentação periódica ao cartório de execução, a conversão para prisão domiciliar e a suspensão do trabalho externo. Assim como no item anterior, não ficou claro quais grupos foram favorecidos com a concessão da prisão domiciliar.

2.2. Vacinação da população privada de liberdade

O mundo assiste, ainda hoje, mesmo após o esquema de vacinação preconizado pelas autoridades sanitárias (duas doses) já ter atingido cerca de 46% da população brasileira segundo painel da OMS, o discurso do Presidente da República em defesa do chamado “tratamento precoce” e a indicação de medicamentos para a Covid-19 sem qualquer comprovação científica.

Em 2021, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos editou a Resolução n. 1, estabelecendo que as vacinas contra a Covid-19 constituem obrigações interamericanas aplicáveis aos Estados, os quais

[...] devem considerar a especial situação de vulnerabilidade das pessoas que se encontram em contexto de privação de liberdade, inclusive pessoas idosas em centros de acolhimento e cuidado, pessoas detidas em recintos carcerários ou centros de detenção policial, pessoas com deficiência em hospitais psiquiátricos e outras instituições de longa permanência e pessoas em contexto de mobilidade humana detidas por razões estritamente migratórias. Especial atenção deve receber a população em situação de detenção que pertença ao grupo de pessoas com comorbidades que, em consequência, tenha risco agravado de contrair o vírus da Covid-19 (CIDH, 2021, p. 6-7).

Ainda em 2020, o mandatário da Nação foi denunciado ao Tribunal Penal Internacional por crimes contra a humanidade em razão do boicote presidencial às iniciativas de isolamento social, ao minimizar os impactos sanitários da sindemia, negar as orientações da OMS e por não testar a população em massa³².

Ao longo de um ano, há suspeitas de que o Governo Federal tenha atrasado intencionalmente a aquisição de vacinas que poderiam, de acordo com o cronograma apresentado pelas empresas, ter sido entregues até o primeiro trimestre de 2021 e poupado aproximadamente de 95 a 145 mil vidas, conforme indicou depoimento do epidemiologista Pedro Hallal à Comissão Parlamentar de Inquérito no Senado Federal³³, instalada para apurar as responsabilidades do Governo Federal na atual crise sanitária. Disse, ainda, o pesquisador que o Brasil poderia ter salvado 400 mil vidas caso tivesse implementado medidas de distanciamento e se antecipado quanto ao programa nacional de imunização³⁴.

Naturalmente, à medida que o Governo Federal aderiu à estratégia isolada de combater a sindemia através da imunização pelo contágio (“imunização de rebanho”), ao tempo em que descredibilizou a eficácia das vacinas que estavam se viabilizando, as posturas do Presidente vão deixando claras as suas intenções ao criar uma falsa polarização entre economia x saúde para impedir as tentativas de isolamento social conduzidas pelos governos subnacionais.

32 Para mais informações, vide a denúncia em: www.conjur.com.br/dl/pdt-denuncia-bolsonaro.pdf.

33 Ressalte-se a entrega de parecer de juristas à CPI com indicação de responsabilização de agentes públicos, incluindo o Presidente da República, por crime de responsabilidade, crimes de natureza penal e crimes contra a humanidade. Para mais informações, ver: www.conjur.com.br/dl/parecer-crimes-bolsonaro.pdf.

34 Ver: www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/06/29/brasil-covid-19-mortes-pedro-hallal.htm.

Pelo menos, 120 mil vidas até março de 2021 teriam sido poupadas se o Brasil tivesse adotado uma política efetiva de controle baseada em ações não farmacológicas (WERNECK *et al.*, 2021, p. 19), mas o Presidente da República se valeu de uma narrativa segundo a qual qualquer tentativa de isolamento ou distanciamento social como forma de mitigar o avanço da doença (não havia vacinação prevista) significava um boicote à economia nacional e ao seu governo.

Depois de pressões nacionais e internacionais, mas sem o mandatário abandonar a política de incentivo de medicamentos não comprovados, de desincentivo do uso de máscaras e outros protocolos sanitários, e com uma escalada assustadora do número de casos, o Governo brasileiro passou a elaborar um Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (BRASIL, 2020c). Desde a sua primeira versão, constava a priorização das vacinas, que ainda seriam adquiridas, por agrupamentos, considerando a vulnerabilidade das pessoas privadas de liberdade. Para o plano,

[...] outro grupo vulnerável é a população privada de liberdade, suscetível a doenças infecto-contagiosas, como demonstrado pela prevalência aumentada de infecções nesta população em relação à população em liberdade, sobretudo pelas más condições de habitação e circulação restrita, além da inviabilidade de adoção de medidas não farmacológicas efetivas nos estabelecimentos de privação de liberdade, tratando-se de um ambiente potencial para ocorrência de surtos, o que pode fomentar ainda a ocorrência de casos fora desses estabelecimentos (BRASIL, 2020c, p. 16).

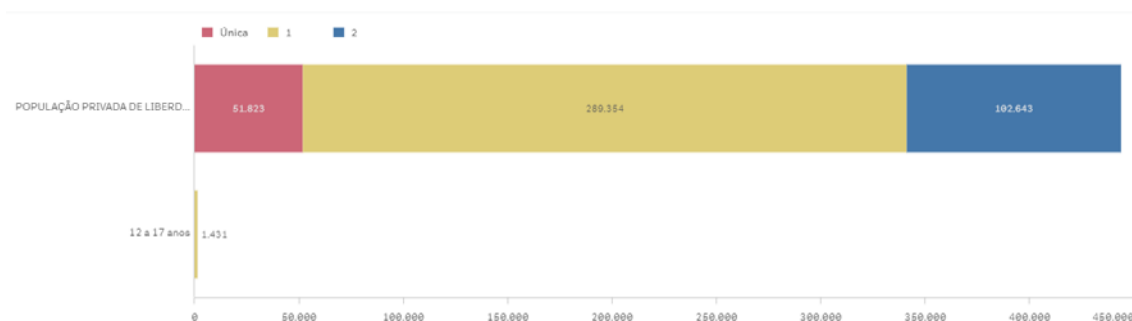
Desde a primeira versão do Plano (de 16 de dezembro de 2020) até sua 6ª edição (de 27 de abril de 2021), a população privada de liberdade, estimada em 668.135 (BRASIL, 2020c), e os trabalhadores do sistema carcerário, estimados em 108.949 (BRASIL, 2020), figuram entre o público escolhido como prioritário, o que foi confirmado pela Resolução n. 14/21 (BRASIL, 2021b).

Ocorre que, à medida que as vacinas foram sendo distribuídas dentro da sistemática de gestão de competências do Sistema Único de Saúde³⁵, aquelas destinadas à população privada de liberdade, ao que parece, foram tendo destinações diversas e sendo readequadas de acordo com entendimento dos planos locais. Ressalte-se que, por conta dessa divergência de interpretação, por ser o PNI uma orientação geral, e em decorrência do atraso do envio de vacinas para atender os contingentes diversos na escala de prioridade, as vacinas do grupo privado de liberdade foram sendo combinadas com outros critérios, por exemplo, idade. Por isso, em alguns estados, a Defensoria Pública ajuizou ações para garantir a imunização da população carcerária.

Conforme o gráfico a seguir, considerando o quantitativo aproximado de 748 mil detentos (sistema prisional), 51.823 (7%) receberam a dose única, 289.354 (37%) receberam a 1ª dose e 102.643 (13%) receberam a 2ª dose. Quanto ao sistema socioeducativo, dos cerca de 22 mil adolescentes em conflito com a lei internados (BRASIL, 2018), 1.431 (6,5%) receberam a 1ª dose.

35 União: aquisição e gestão das informações; estados: logística de distribuição de vacinas; municípios: execução das ações de vacinação elencadas pelo PNI (BRASIL, 2020, p. 91).

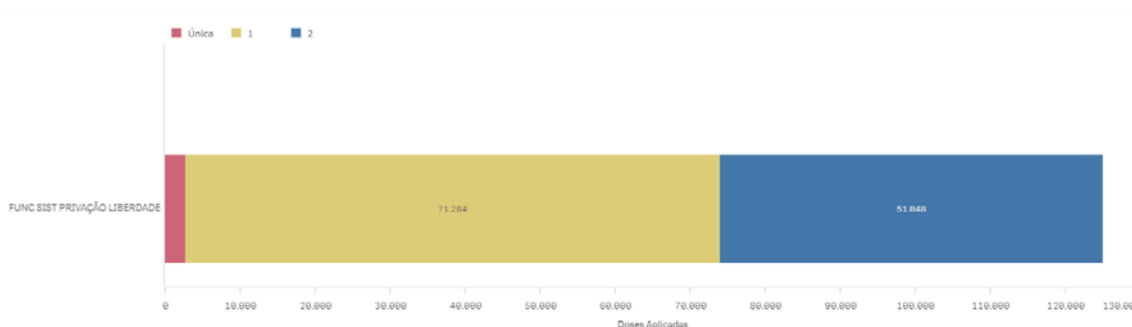
Gráfico 4. Vacinação da população privada de liberdade.



Fonte: BRASIL (2021e).

Quanto aos funcionários do sistema prisional, considerando o quantitativo de 108.949, 2.690 (2,4%) receberam a dose única, 71.284 (65%) receberam a 1ª dose e 51.048 (46 %) receberam a 2ª dose.

Gráfico 5. Vacinação de funcionários atuantes no sistema de privação de liberdade.



Fonte: BRASIL (2021e).

Outra fonte consultada quanto à vacinação foram os bancos de dados do Depen, que mostram que 338.939 internos³⁶ (45%) tomaram a 1ª dose e 126.238 tomaram a 2ª dose (17%). A mesma base aponta que 84.261 (77%) servidores³⁷ tomaram a 1ª dose e 47.743 (43%), tomaram a 2ª dose.

Como se pode observar, hoje há uma oferta maior de dados para análises comparativamente ao início da sindemia, inclusive muitos deles conflitantes, o que faz com que a confiabilidade dos achados seja questionada. Por exemplo, em relação a óbitos, o painel do Depen (BRASIL, 2021c) considera o número de 279, o que, em comparação com o número de casos confirmado (61.632), representa 0,5%; porém, há que se considerar que foram realizados 349.245 testes (49% do total de detentos) e, ainda, é registrado o número de 29.501 casos suspeitos. Já o CNJ (BRASIL 2021a)³⁸ considera que foram 563

36 População de 748 mil.

37 População de 108.949.

38 Dados de 24 de agosto de 2021.

óbitos registrados (272 presos + 291 funcionários) de 90.992 casos confirmados (66.040 presos + 24.952 funcionários).

Quanto às vacinas, o CNJ (BRASIL, 2021b)³⁹ considera que as pessoas 430.431 privadas de liberdade tomaram a 1ª dose e 92.740 receberam a 2ª dose, além de 21.402 terem tomado a dose única. Já, entre os funcionários, 62.049 tomaram a 1ª dose, 41.856 a 2ª dose e 1.575 a dose única.

Assim, considerando que o Estado brasileiro deve pautar sua atuação conforme recomendações dos sistemas de direitos humanos que integra, e dedicar especial atenção para as normativas criadas por ocasião da sindemia, suscita-se aqui, no presente estudo, que, seja pela ação deficitária, seja pela omissão, o País violou direitos humanos da população privada de liberdade no que tange à oferta e cobertura de vacinação da população privada de liberdade, com prioridade no próprio Plano Nacional de Imunização.

Conclusões

Diante do exposto, percebe-se que o caminho escolhido pelo Estado brasileiro para contenção da sindemia no sistema carcerário passou pela imposição de um número ainda maior de restrições de direitos à população privada de liberdade. A suspensão de visitas, a interrupção na realização de audiências de custódias, ou mesmo audiências de instrução e julgamento, e a paralisação das inspeções realizadas por agentes externos foram medidas adotadas por quase todos os estados brasileiros, contando com a chancela do Executivo Federal e também do Poder Judiciário.

Além disso, não se percebeu um movimento efetivo de enfrentamento do cenário de superlotação carcerária durante a sindemia, mesmo diante das consequências catastróficas que poderiam advir da proliferação da doença em um ambiente insalubre e aglomerado. As medidas normativas adotadas, destituídas de caráter mandamental, possuíram um aspecto muito mais simbólico do que efetivo, acalmando o anseio de determinados grupos que clamavam pela tomada de medidas no ambiente prisional.

Já os protocolos de segurança e prevenção voltados para o sistema carcerário, além de genéricos, previam práticas e instrumentos de inviável realização diante do cenário prisional do País. As medidas ali previstas exigiram uma reordenação dos espaços prisionais, o que demandaria uma dotação orçamentária específica e significativa, sendo que os instrumentos normativos sequer tratam de ditar como seriam fornecidas as condições para implementação das mudanças desejadas.

Por isso, pode-se dizer que houve um misto de omissão e tomada de medidas ineficientes por parte do Estado brasileiro na contenção à disseminação da Covid-19 nos presídios. Essa situação assume maior gravidade se constatarmos que são indivíduos sob custódia direta do Estado, o qual, por isso, deve responsabilizar-se pela manutenção da sua integridade física, não submetendo-os a situações de risco.

Com o atraso intencional da vacinação em razão das escolhas políticas quanto à insistência por tratamentos e terapias não comprovados por parte do Governo Federal,

39 Dados de 10 de setembro de 2021.

a população em geral e a população privada de liberdade ficaram cada vez mais vulneráveis. Considerando, ainda, nesse cenário, as condições do cárcere e o perfil dos internos, que tanto caracterizam uma visão sindêmica da problemática, pode-se estabelecer uma relação com as omissões históricas e a restrição de direitos da população privada de liberdade como uma omissão que opera na racionalidade neoliberal e necropolítica que coloca os corpos ali em suspenso, num espectro de horrores, experimentando um “permanente estado de injúria” (MBEMBE, 2018, p. 28).

Esse movimento do Estado brasileiro não é surpreendente se considerarmos que há anos o sistema penitenciário nacional tem sido utilizado como um espaço de expansão das práticas necropolíticas, servindo para a contenção e, por vezes, extermínio das parcelas vulnerabilizadas da população brasileira. No cenário sindêmico, a mera omissão serviu para dar continuidade a esse projeto, não sendo ainda possível, a partir dos dados apresentados, constatar a real dimensão dos estragos causados pela proliferação do vírus no cárcere, mas a simples postura estatal já demonstra o desrespeito real, sistêmico e articulado aos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade no Brasil.

Outrossim, as ações ou omissões aqui relatadas no contexto da sindemia, além de atraírem a responsabilidade do Estado brasileiro perante os sistemas internacionais que o País integra, possibilitam responsabilizar civilmente o Estado no plano interno pelas mortes de funcionários do sistema prisional e das pessoas privadas de liberdade que ostentavam condições para serem desencarceradas e/ou aquelas que não tiveram tratamento adequado, ante a inobservância do dever específico de proteção previsto no artigo 5º, XLIX da Constituição Federal de 1988⁴⁰.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Adolescentes internados**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/11/1020c8c889d5fd7c0ec2b7bc29850d50.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Boletim CNJ de Monitoramento Covid-19 – Registros e óbitos**. 24 ago. 2021. Brasília, 2021a.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Covid-19 no Sistema Prisional**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/09/monitoramento-casos-e-obitos-covid19-100921-info.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021b.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Monitoramento CNJ Covid-19 – Efeitos da Recomendação nº 62/2020 de 20 de abril de 2020**. Brasília, 2020b.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação n. 62, de 17 de março de 2020**. Brasília, 2020a.

40 “Artigo 5º, XLIX – é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral.”

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Medidas de combate à Covid-19**. Brasília, 2021c. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYThhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informações penitenciárias** – dezembro de 2019. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Sisdepen** – julho a dezembro de 2020. Brasília, 2020c.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Detecções/suspeitas do coronavírus** – painel regional. Brasília, 2021d. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYThhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19 no Brasil**. Brasília, 2021e. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. Brasília, 2020d. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/1a-Edic%CC%A7a%CC%83o-Plano-Nacional-de-Vacinac%CC%A7a%CC%83o-contr-Covid_V1_16dez20.pdf. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ementa Arguição de descumprimento de preceito fundamental n. 347/MC**. Requerente: Partido Socialismo e Liberdade. Requerido: União. Relator: Min. Marco Aurélio, 9 set. 2015. Brasília, 19 fev. 2016. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4783560>. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional/Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução n. 14, de 4 de fevereiro de 2021**. Priorização da Vacinação dos Servidores do Sistema Prisional e Pessoas Privadas de Liberdade no Plano Nacional de Operacionalização da Vacina Contra a Covid-19.

Brasília, 2021f. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-14-de-4-de-fevereiro-de-2021-302791438>. Acesso em: 18 set. 2021.

CARVALHO, Sergio *et al.* A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3493-3502, 2020.

CIDH [COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS]. **As vacinas contra a Covid-19 no âmbito das obrigações interamericanas de direitos humanos.** Resolução n. 1, de 06 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-pt.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

CIDH [COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS]. **Derechos humanos de las personas con Covid.** Resolução n. 4, de 27 julho de 2020b. OEA, 2020b. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf>.

CIDH [COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS]. **Pandemia e direitos humanos nas Américas.** Resolução n. 1, de 10 abr. 2020. OEA, 2020a. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021. Acesso em: 18 set. 2021.

CIDH [COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS]. **Princípios e boas práticas sobre a proteção de pessoas privadas de liberdade nas Américas.** OEA: Ser. L/V/II.131 doc. 38, 2009. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/26326.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

CODEÇO, Claudia; COELHO, Flavio. Redes: um olhar sistêmico para a epidemiologia de doenças transmissíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1767-1774, 2008. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2021.

COLÔMBIA. **Sentencia T-025/04.** Bogotá D.C., 17 jun. 2004. Disponível em: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>. Acesso em: 18 set. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** São Paulo, 2021.

GUIMARÃES, Mariana. O estado de coisas inconstitucional: a perspectiva de atuação do Supremo Tribunal Federal a partir da experiência da Corte Constitucional colombiana. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, ano 16, n. 49, p. 79-111, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://escola.mpu.mp.br/publicacoes/boletim-cientifico/edicoes-do-boletim/boletim-cientifico-n-49-janeiro-junho-2017/o-estado-de-coisas-inconstitucional-a-perspectiva-de-atuacao-do-supremo-tribunal-federal-a-partir-da-experiencia-da-corte-constitucional-colombiana>. Acesso em: 18 set. 2021.

HORTON, Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, Reino Unido, v. 396, n. 10255, p. 874, set. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>. Acesso em: 18 set. 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. 3 ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MORENO, Arlinda; MATTA, Gustavo. Covid-19 e o Dia em que o Brasil Tirou o Bloco da Rua: acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco. In: MATTA, Gustavo *et al.* (Orgs.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 41-50.

NÚCLEO DE OPERAÇÕES E INTELIGÊNCIA EM SAÚDE. **Análise socioeconômica da taxa de letalidade da Covid-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2020. Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

OHANA, VICTOR. Número de encarcerados triplicou entre 2000 e 2019 no país, diz Depen. **Carta Capital**, 14 fev. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/numero-de-encarcerados-triplicou-entre-2000-e-2019-no-pais-diz-depen/>. Acesso em: 18 set. 2021.

OMS [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE]. **Covid-19 já contaminou mais de meio milhão de presos em todo o mundo, aponta UNODC**. OMS, 2021b. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/03/covid-19-ja-contaminou-mais-de-meio-milhao-de-presos-em-todo-o-mundo--aponta-unodc.html>. Acesso em: 18 set. 2021.

OMS [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE]. **WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard**. OMS, 2021a. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 18 set. 2021.

OMS [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE]. **ONU alerta para condições precárias nas prisões das Américas em meio à pandemia e cita Brasil**. 6 maio 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/85718-onu-alerta-para-condicoes-precarias-nas-prisoas-das-americas-em-meio-pandemia-cita-brasil>. Acesso em: 18 jun. 2020.

OMS [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE]. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela)**. ONU, 2015. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf. Acesso em: 18 set. 2021.

REIS, Thiago. População carcerária diminui, mas Brasil ainda registra superlotação nos presídios em meio à pandemia. **G1**, 17 maio 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2021/05/17/populacao-carceraria-diminui-mas-brasil-ainda-registra-superlotacao-nos-presidios-em-meio-a-pandemia.ghtml>. Acesso em: 17 set. 2021.

WERNECK *et al.* **Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil.** São Paulo: OXFAM Brasil, 2021.

Povos indígenas e as violações do direito humano à saúde no contexto da pandemia da Covid-19: subsídios à denúncia internacional

Luiz Eloy Terena¹

A pandemia da Covid-19 escancarou problemas estruturais relacionados aos povos e comunidades indígenas no Brasil. Demandas sociais ligadas à proteção territorial, atendimento à saúde indígena em diversos contextos territoriais e formulação de políticas públicas identitárias acabaram desaguando no judiciário. Se, por um lado, exigiu-se dos povos indígenas a capacidade política de demandar ações junto às instâncias nacionais e internacionais, a análise situacional nos aponta, de igual modo, para rotinas e práticas administrativas incapazes de lidar com a diversidade indígena, bem como uma indisposição governamental em acatar os preceitos constitucionais de proteção dos povos indígenas.

A presente análise tem por objetivo oferecer subsídios para a elaboração de documento denúncia que aponte as violações ao direito à vida e à saúde dos povos indígenas no Brasil no contexto da pandemia de Covid-19. O enfoque metodológico se pautará a partir de análise documental produzida pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), consistente em relatórios compilados a partir de denúncias recebidas de organizações e lideranças locais. Além disso, ter-se-á como fonte de exame os documentos oficiais juntados nos autos da ADPF 709, em trâmite no Supremo Tribunal Federal (STF), proposta pela APIB e mais seis partidos políticos, em junho de 2020, bem como as decisões judiciais desencadeadas até o presente momento.

Tais fatos não podem ser examinados de forma estanque; pelo contrário, deve-se conjuntar o exame ao desenvolvimento da atual política indigenista adotada pelo Governo Federal, que, inclusive, é objeto de denúncia no Tribunal Penal Internacional (TPI).

1 Advogado e pesquisador indígena. Coordenador do Departamento Jurídico da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB). Doutor em Antropologia Social pelo Museu Nacional (UFRJ). Possui pós-doutorado em Antropologia na École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), de Paris. Realizou estágio de pesquisa na Brandon University, com foco em conflitos territoriais indígenas, por meio do Emerging Leaders in the Americas Program (ELAP), do Governo do Canadá. É membro do Grupo de Trabalho Direitos Indígenas: acesso à justiça e singularidades processuais, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); integrante do Observatório Fundiário Fluminense (OBFF-UFF); pesquisador associado do Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento, LACED (Museu Nacional, UFRJ).

1. Contextualizando os povos indígenas no Brasil

Mesmo que ultrapassados, acreditamos ser importante trazer os dados do IBGE (2010) sobre o “Brasil indígena: são mais de 305 povos indígenas, 274 línguas, além do registro de 114 povos isolados e de recente contato. Segundo o mais recente censo demográfico, realizado em 2010, 896 mil pessoas se declararam ou se consideravam indígenas no Brasil, sendo 572 mil (63,8%) residentes em áreas rurais. Desse total, 517 mil (57,7%) residiam em Terras Indígenas (TIs) oficialmente reconhecidas (IBGE, 2010). Isso demonstra a expressiva diversidade étnica da República Federativa do Brasil, e nos possibilita entender a guinada constitucional do texto de 1988 ao reconhecer a esses povos sua organização social, costumes, línguas, crenças, tradições e o direito originários às terras tradicionalmente ocupadas (artigo 231, CF/88). Inaugurou-se uma ordem jurídica consubstanciada num Estado pluriétnico², rompendo com o paradigma tutelar que operava sobre os povos originários e uma política indigenista pautada em ações que visavam a assimilação dos povos indígenas³.

Avanços significativos no campo legal foram reconhecidos aos povos indígenas e comunidade tradicionais desde a promulgação da Constituição até as normas infra-constitucionais implementadas nos últimos anos no contexto de governos de caráter relativamente mais progressistas. Porém, o campo político atual no Brasil é muito desfavorável aos povos indígenas, tendo em vista que, nas eleições de 2018, foi eleito para o cargo de Presidente Jair Bolsonaro, primeiro Presidente eleito pós-período de redemocratização declaradamente contrário aos direitos dos povos indígenas.

Desde então, a execução e a implementação da política indigenista brasileira passaram a ser pensadas e normatizadas a partir da lógica do patronato ruralista, na sua perspectiva mais retrógrada de todos os tempos. Como bem aponta o documento final do Acampamento Terra Livre (ATL), realizado em abril de 2020, organizado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), “Bolsonaro, logo que assumiu o Governo, editou a medida provisória 870/19, na qual determinava o desmembramento da Fundação Nacional do Índio (Funai) e suas atribuições, repassando a parte de licenciamento ambiental e de demarcação de Terras Indígenas ao Ministério de Agricultura, comandado pela

2 Sobre Estado pluriétnico, a subprocuradora-geral da república Déborah Duprat (2020, p. 41) aponta que “[...] a Constituição de 1988 representa uma clivagem em relação a todo o sistema constitucional pretérito, uma vez que reconhece o Estado brasileiro como pluriétnico, e não mais pautado em pretendidas homogeneidades, garantidas ora por uma perspectiva de assimilação, mediante a qual sub-repticiamente se instalam entre os diferentes grupos étnicos novos gostos e hábitos, corrompendo-os e levando-os a renegarem a si próprios ao eliminar o específico de sua identidade, ora submetendo-os forçadamente à invisibilidade. Idêntica mudança de paradigma pode ser observada no direito internacional: a Convenção 107 da OIT, de 5 de junho de 1957, afirmava já no preâmbulo o propósito de integrar as populações indígenas à comunidade nacional. A Convenção 169, de 7 de junho de 1989, tendo por pressuposta a evolução do direito internacional, passou a reconhecer *as aspirações desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico, e manter e fortalecer suas entidades, línguas e religiões, dentro do âmbito dos Estados onde moram.*”

3 Sobre tutela, há importante reflexões no livro *Um Grande Cerco de Paz* (1995), do antropólogo Antonio Carlos de Souza Lima. A partir de documentação interna do Serviço de Proteção aos Índios e Localização do Trabalhadores Nacionais (SPILTN), o autor desenvolve uma análise da organização e ação do primeiro poder estatal dirigido aos povos indígenas: o poder tutelar.

bancada ruralista, inimiga de nossos povos, na pessoa da ministra fazendeira Teresa Cristina, a ‘musa do veneno.’” (APIB, 2020a).

Além de voltar suas ações para os territórios indígenas, como inviabilizar as demarcações de Terras Indígenas e propor a legalização da mineração nesses territórios⁴, o Governo atual tem aparelhado o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro – a Funai – aos interesses do agronegócio, nomeando pessoas ligadas à bancada ruralista e militares para cargos estratégicos dentro do órgão⁵.

A partir do momento que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação de pandemia da Covid-19, as organizações e comunidades indígenas sabiam que a situação se agravaria sobremaneira, tendo em vista as violações que já estavam em curso, mas, sobretudo, como isso abriria caminho para outras violações que colocariam em risco a atenção a saúde e a vida dos povos indígenas. O cenário de caos se desenhou a partir da posição de um governo marcado pela irracionalidade e descrença na ciência, que priorizou políticas emergências voltadas para o mercado econômico e não para pessoas, especialmente aquelas pertencentes a grupos vulneráveis. Diante disso, o movimento indígena mais uma vez se reinventou e buscou articulações junto à sociedade civil no campo nacional e internacional, e também com agências institucionais do direito público interno com capacidade de incidir, sem necessariamente estar atrelado ao campo governamental.

Considerando a atitude governamental que manipula dados, e definitivamente subnotifica para esconder a dimensão real da pandemia no País, no caso das comunidades indígenas, destaca-se a quase total ausência de registros, dado que a coleta já nasce comprometida pelo aparelhamento da Sesai, que perdeu na sua diretoria técnicos com *expertise* nas questões indígenas, substituídos por militares sem qualquer noção sobre a questão. Nesse sentido, demonstrando a capacidade de autonomia desse segmento, a APIB, através da organização de uma comissão específica, assumiu a tarefa. Segundo o *Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena*⁶ da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), até o dia 3 de junho de 2020, o País registrava 211 indígenas falecidos, 2.178 infectados e 83 povos atingidos pelo vírus. Os estados com maior número de casos de mortes são Amazonas, Pará, Roraima, Pernambuco e Ceará. Nota-se que o vírus se alastrou de forma rápida entre os indígenas. Com base nos dados da APIB, denota-se que o índice de letalidade entre os povos indígenas é de 9,6%, enquanto que entre a população brasileira geral é de 5,6%.

Notou-se, também, uma discrepância entre os números apresentados por APIB e COIAB em relação aos dados oficiais da Secretaria Especial de Saúde Indígenas (Sesai),

4 Em fevereiro de 2020, o Presidente Jair Bolsonaro enviou ao Congresso Nacional o PL 191/2020, que autoriza a exploração de recursos minerais nas terras indígenas.

5 Conforme documento final do ATL 2020: “Bolsonaro desmontou, por um lado, as políticas públicas e órgãos que até então, ainda que precariamente, atendiam os nossos povos, aparelhando-os com a nomeação de pessoas assumidamente anti-indígenas, como o presidente da Fundação Nacional do Índio, o delegado Marcelo Augusto Xavier da Silva. Este, ex-assessor dos ruralistas na CPI da FUNAI /INCRA, que incriminou servidores públicos, lideranças indígenas, indigenistas e procuradores.”

6 O *Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena* foi criado pela APIB ao final da Assembleia Nacional da Resistência Indígena, realizada entre os dias 8 e 9 de maio de 2020. O grupo reúne ativistas e comunicadores indígenas que coletam diariamente dados das organizações locais e comunidades indígenas sobre o avanço da pandemia nas terras indígenas e indígenas que estão fora de seus territórios.

revelando de forma clarividente a subnotificação nos casos. O relatório *“Uma visualização da pandemia da Covid-19 entre os povos indígenas no Brasil a partir dos boletins epidemiológicos da Sesai”*, elaborado por Luís Roberto de Paula e Juliana Rosalen, aponta que a “subnotificação também está presente em relação a casos nas aldeias, o que faz com que outras variáveis entrem em jogo, dentre elas, a morosidade na alimentação do sistema de informação da Sesai”, aliado “à falta de autonomia dos distritos que implica uma ‘checagem’ de dados pela Sesai Brasília”.

Este cenário foi alertado pelos pesquisadores que trabalham com a temática indígena desde o início da pandemia. No dia 18 de abril de 2020, o *Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública*, em conjunto com o *Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de Covid-19*⁷, ambos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), publicou o relatório *“Risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica”*. Os resultados já apontavam para as condições de desvantagem dos indígenas em comparação à população não indígena em inúmeros indicadores sociodemográficos e sanitários, com destaque para as populações residentes nas Terras Indígenas (TIs), nas quais se observa, por exemplo, a) menor proporção de escolaridade formal; b) menor cobertura de saneamento; c) elevada mortalidade precoce.

Nesse relatório, alguns achados importantes merecem atenção: já apontava-se, na semana epidemiológica 16 de 2020, que, dos 817 mil indígenas considerados nas análises, 279 mil (34,1%) residiam em municípios com alto risco (50%) para epidemia de Covid-19, e 512 mil (62,7%) residiam em municípios com baixo risco (25%). Com a interiorização da epidemia, já era esperado um expressivo aumento do montante da população indígena em alto risco. O estudo foi preciso ao apontar que as Terras Indígenas em municípios com alta probabilidade de introdução de Covid-19 (50%) são, em sua maioria, próximas a centros urbanos como Manaus, eixo Rio Branco-Porto Velho, Fortaleza, Salvador e capitais do Sul e Sudeste.

O relatório apontou:

- cerca de 22% (89.000) da população indígena rural no Brasil residem em municípios com alto risco (50%) de epidemia no curto prazo, com destaque para a Amazônia Legal, com 21,1% da população rural nessa condição; a população residente em TIs tem padrão muito similar ao da totalidade da população indígena rural;
- a tendência temporal de casos e óbitos confirmados de Covid-19 em municípios localizados em territórios dos DSEIs evidencia um padrão distinto do observado para o conjunto dos municípios brasileiros, em que a Amazônia Legal se destaca

7 Grupo formado pelos(as) seguintes pesquisadores(as): Aline Diniz Rodrigues Caldas, Ana Lúcia Pontes, Andrey M. Cardoso, Bárbara Cunha e Ricardo Ventura Santos (FIOCRUZ). *Risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. 4º relatório sobre risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/4o-relatorio-sobre-risco-de-espalhamento-da-covid-19-em-populacoes-indigenas>. Acesso em: 2 jun. 2020).

- em segunda posição no acúmulo de casos e óbitos, concentrando mais de 50% dos casos confirmados na região, ficando abaixo apenas do Sul-Sudeste;
- a hospitalização por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em populações indígenas apresenta um padrão de aumento em relação à série histórica. Vê-se um aumento na proporção de internações de indígenas na Amazônia Legal e mudança no padrão de internações por idade, o que sugere atividade da doença em indígenas no País.

No mesmo período, foi publicado o relatório “*Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19*”⁸, da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), que analisou 471 Terras Indígenas do Brasil, com base no levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), levando em consideração fatores como a distância de centros com unidades de terapia intensiva (UTI), saneamento e porcentagem de idosos na comunidade. O estudo apontou que 62% das Terras Indígenas do Brasil que se encontravam em situação de alta vulnerabilidade estavam na região norte do País, ou seja, na região Amazônica. Ficou claro que a Amazônia concentrava a maioria das Terras Indígenas (TIs) em situação crítica para a pandemia do coronavírus no Brasil. Além de sete territórios com maior fragilidade, os estados da Amazônia Legal possuem 239 TIs com índices de vulnerabilidade intensos ou altos em relação à Covid-19.

A pesquisa da ABEP (2020) analisou o índice de vulnerabilidade demográfica e infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19 por Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). O DSEI é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas fundamentadas em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. E, ainda, é o DSEI que promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com base no controle social.

Atualmente, no Brasil, existem 34 (trinta e quatro) DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não obedecendo, assim, os limites dos estados. Sua estrutura de atendimento conta com unidades básicas de saúde indígenas, polos base e as Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai). Neste sentido, considerando o papel desempenhado pelos DSEIs na prevenção e gestão da pandemia de Covid-19 junto aos povos indígenas, os pesquisadores agregaram à análise as variáveis demográficas e infraestruturais que compõem o IDVIC e que foram calculadas pelas Terras Indígenas para os DSEIs. Assim, os DSEIs que apresentaram um nível crítico de vulnerabilidade foram Alto Rio Negro, Yanomami, Xavante, Xingu, Kaiapó do Pará e Rio Tapajós - todos localizados na Amazônia brasileira.

8 Essa pesquisa foi elaborada e coordenado pelos(as) pesquisadores(as) Marta Azevedo, Fernando Damasco, Marta Antunes, Marcos Henrique Martins e Matheus Pinto Rebouças.

O levantamento da ABEP mostrou que todas as TIs em situação mais crítica para enfrentar a Covid-19 possuíam um fator em comum: estão distantes dos centros urbanos com UTIs. Para se ter uma ideia, a TI Acapuri de Cima, habitada pelos Kokama, está a quase 700 km em linha reta da cidade de Manaus, o único município do estado que possui leitos de UTIs para tratamento dos casos mais graves da Covid-19. E alertava que mesmo Manaus já estava com o sistema de saúde em colapso: o Hospital Delphina Aziz, unidade de referência para atenção às vítimas do coronavírus, atingiu sua capacidade máxima em 10 de abril de 2020, assim como os outros três hospitais de apoio na cidade. No estado do Amapá, não havia nenhum município com UTI; em Roraima e no Acre, os leitos de tratamento intensivo existem apenas nas regiões metropolitanas das capitais.

Há de se registrar, ainda, que, visando facilitar a legalização da ocupação ilegal das áreas indígenas, a Funai publicou a Instrução Normativa n. 09, de 22 de abril de 2020. A partir dela, o órgão indigenista passou a considerar passível de emissão de Declaração de Reconhecimento de Limites (DRL), documento que atesta que a propriedade não incide em Terra Indígena, toda posse (sem escritura) ou propriedade que não incida apenas sobre Terra Indígena Homologada, Reserva Indígena ou Terras Indígenas Dominiais. Ou seja, libera para compra, venda e ocupação todas as TIs em estudo, as TIs delimitadas pela Funai, as TIs declaradas pelo Ministério da Justiça, além das áreas sob portarias de restrição de uso. Segundo o Instituto Socioambiental (ISA), além de permitir a emissão da DRL em áreas interditas para estudo sobre a presença de isolados, o texto da referida instrução não traz nenhuma menção aos demais territórios de povos em isolamento voluntários em estudo pela Funai. Essa nova norma abriu a possibilidade para excluir do cadastro no Sistema de Gestão Fundiária (Sigef), o que permite a negociação, regularização junto ao Incra e licenciamento de obras e atividades econômicas, 243 Terras Indígenas ainda não homologadas, além de 8 áreas sob restrição de uso.

2. Impacto da pandemia nos povos e territórios indígenas

O vírus que assolou várias partes do mundo assombrou de igual modo os territórios indígenas e, no caso do Brasil, vemos o resultado catastrófico de um governo negacionista e anticientífico, cujos atos apontam para uma política, isto é, um conjunto de atos intencionais voltados a implementar a sua política de enfrentamento da pandemia, a saber, a criação de uma imunidade natural coletiva contra o vírus ou “imunidade de rebanho”. Tais atos consistiram principalmente em i) desacreditar a necessidade de medidas sanitárias para evitar a propagação do vírus; ii) produzir narrativas falsas sobre tratamento da doença, incentivando a desobediência às medidas sanitárias preventivas; iii) espalhar desinformação e tornar equívoca a comunicação; iv) não prover insumos a hospitais para o tratamento de doentes; v) não prover imunizantes aos brasileiros – entre os quais, indígenas e outros grupos sociais têm-se mostrado particularmente afetados pela Covid-19.

O Presidente Jair Bolsonaro criou deliberadamente um ambiente de insegurança pandêmica, posicionando-se reiteradamente contra as medidas de isolamento social, adotando medicamentos sem eficácia para a Covid-19 e retardando a aquisição de va-

cinas. Como resultado, o Brasil tem reconhecidamente o pior desempenho no combate à pandemia de Covid-19, e se tornou um risco sanitário global.

Como o ataque aos povos indígenas, através de uma política anti-indígena, é um objetivo central do Presidente Jair Bolsonaro, não foi diferente em relação às ações, omissões e discursos sobre Covid-19 e sua incidência sobre os povos indígenas. A fragilização dos órgãos e da política de atenção à saúde indígena – iniciada ainda em 2019 – mostrou seus efeitos concretos durante a pandemia.

Sobre o tema, importantes elementos podem ser verificados em extensa pesquisa realizada pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) da Universidade de São Paulo (USP). O estudo revelou, a partir de uma minuciosa cronologia das ações discursivas e medidas adotadas pelo Governo Federal ao longo da pandemia, a existência de uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo Governo Federal sob a liderança do Presidente da República.⁹ Em síntese, a pesquisa mostra que há um sentido comum no conjunto discursivo e normativo da Presidência da República para a propagação da Covid-19.¹⁰ A disseminação intencional do vírus pelo Presidente Jair Bolsonaro e pelo Governo Federal brasileiro se deu a partir da defesa da tese de imunidade de rebanho por contágio ou transmissão; incitação constante à exposição; banalização das mortes e das sequelas causadas pela doença; obstrução sistemática de medidas de contenção da pandemia por governos locais; consciência da irregularidade epidemiológica, sanitária e jurídica das condutas. O Presidente Jair Bolsonaro implementou uma política deliberada de contágio por Covid-19, um ataque sistemático contra todos os brasileiros, afetando desproporcionalmente membros de alguns grupos específicos, como os indígenas.

Como resultado desta política de propagação do vírus, o Brasil se tornou o país com piores índices de mortalidade no mundo, tendo mais de 500 mil mortos pela pandemia em junho de 2021. Entre os indígenas, a letalidade da Covid-19 é 50% maior se comparada à da população não indígena. O avanço da pandemia sobre as comunidades dos 305 povos indígenas é brutal. Segundo dados do Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), até o dia 30 de junho de 2021, o País registrava 1.126 indígenas falecidos, 56.174 infectados e 163 povos atingidos pelo vírus. Os estados com maior número de casos de mortes são Amazonas, Pará, Roraima, Maranhão, Mato Grosso, Pernambuco e Ceará.

A pandemia expôs as fragilidades que as equipes de atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais intensamente, as do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) enfrentam cotidianamente há anos. Entre elas, enumeramos falta de infraestrutura adequada; insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI); reduzido estoque de insumos e medicamentos; alta rotatividade de profissionais; dificuldades de garantir formação adequada e implementar educação permanente com as equipes; problemas de integração com a rede de saúde; a situação de precariedade e insalubridade das Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai).

9 Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) da Universidade de São Paulo (USP). *A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19*. 2021. Disponível em: https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_v2.pdf.

10 Idem, *ibidem*.

Assim como ocorreu em relação às invasões, ao desmatamento e ao garimpo, a propagação da pandemia de Covid-19 entre povos indígenas é resultado do desmantelamento das políticas de proteção aos indígenas e da instrumentalização dos órgãos do Estado brasileiro para a promoção de ataques aos povos indígenas, sob comando do Presidente Jair Bolsonaro. Na consecução da política anti-indígena do Presidente Jair Bolsonaro, a Sesai expôs indígenas ao vírus (ao, por exemplo, recomendar a permanência de indígenas contaminados em quarentena domiciliar, em contato com outros indígenas, negar atendimento a indígenas que vivem nas cidades, ignorar a importância na testagem) e a Funai facilitou a contaminação, ao se omitir na retirada de invasores das Terras Indígenas¹¹.

2.1. Omissão governamental: ausência de plano de enfrentamento e monitoramento

Ao tempo que o vírus se alastrava pelas comunidades e territórios indígenas, em diversas regiões do País, o Governo Federal ficou inerte na adoção de medidas de proteção aos povos indígenas, mesmo depois de todos os indicadores e alertas que apontavam para o impacto extremamente nefasto nos territórios. O Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 709, proposta pela APIB e por partidos políticos, reconheceu a omissão do Governo Federal no combate à pandemia nas Terras Indígenas.

Ao reconhecer a omissão estatal, o STF determinou:

1º) *A instalação da Sala de Situação para tratar das barreiras sanitárias*: o STF determinou a instalação de barreiras sanitárias nas Terras Indígenas com presença de povos isolados e de recente contato: dos povos isolados, Alto Tarauacá, Arariboia, Caru, Himerimã, Igarapé Taboca, Kampa e Isolados do Rio Envira, Kulina do Rio Envira, Riozinho do Alto Envira, Kaxinauá do Rio Humaitá, Kawahiva do Rio Pardo, Mamoodate, Massaco, Piripkura, Pirititi, Rio Branco, Uru-Eu-Wau-Wau, Tanaru, Vale do Javari, Waimiri-Atroari, e Yanomami; dos povos de recente contato, Zo'é, Awa, Caru, Alto Turiaçu, Avá Canoeiro, Omerê, Vale do Javari, Kampa e Isolados do Alto Envira e Alto Tarauacá, Waimiri-Atroari, Arara da TI Cachoeira Seca, Araweté, Suruwahá, Yanomami, Alto Rio Negro, Pirahã, Enawenê-Nawê, Juma e Apyterewa.

2º) *Prestação de assistência à Saúde de Povos Indígenas localizados em Área Urbana (não aldeados)*: em relação aos indígenas em contexto urbano, a decisão foi parcial. Vejamos ponto da decisão:

No mesmo sentido, povos indígenas localizados em zona urbana também constituem povos indígenas e, nessas condições, gozam dos mesmos direitos que todo e qualquer povo indígena. O fato de se localizarem em área urbana pode-se dever: (i) ao avanço das cidades,

11 As informações sobre a atuação da Sesai e da Funai durante a pandemia de Covid-19 podem ser vistas em <https://covid19.socioambiental.org/> e também no *Relatório de pesquisa do núcleo de extensão e pesquisa Desenvolvimento e Direito dos Povos Indígenas (DPI)*, credenciado pela Comissão de Cultura e Extensão da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FDUSP) (p. 5-29).

(ii) à necessidade de deslocamento de lideranças, (iii) à busca de escolas ou de empregos, entre outros. A mera residência em área urbana não torna o indígena aculturado, tampouco implica a inexistência de necessidades, cultura e costumes particulares.

Neste sentido, o STF decidiu que indígenas em contexto urbano que, por qualquer razão, não tenham condições de acesso ao SUS fazem igualmente jus ao atendimento pelo Subsistema Indígena de Saúde ou a medidas que assegurem o acesso ao SUS geral, ao menos provisoriamente. Com base nesse entendimento, foi deferida parcialmente a cautelar para *estender o Sistema Indígena de Saúde apenas aos indígenas não aldeados (urbanos) sem condições de acesso ao SUS geral*. Na mesma decisão, o ministro indeferiu, por ora, a extensão à totalidade dos povos indígenas urbanos.

3º) *Prestação de assistência à Saúde de Povos Indígenas Aldeados localizados em Terras Indígenas não homologadas*: neste ponto, a decisão foi clara no sentido de determinar a imediata extensão dos serviços do Subsistema Indígena de Saúde aos povos aldeados situados em terras não homologadas. Em sua decisão, o STF apontou:

É inaceitável a postura da União com relação aos povos indígenas aldeados localizados em Terras Indígenas não homologadas. A identidade de um grupo como povo indígena é, em primeiro lugar, uma questão sujeita ao autorreconhecimento pelos membros do próprio grupo. Ela não depende da homologação do direito à terra.

4º) *Retirada de Invasores*: sobre a retirada dos invasores das Terras Indígenas Yanomami, Karipuna, Uru-Eu-Wau-Wau, Kayapó, Arariboia, Munduruku e Trincheira Bacajá, decidiu o ministro:

Indefiro, por ora, o pedido de retirada dos invasores diante do risco que pode oferecer à vida, à saúde e à segurança das comunidades. Observo, porém, que é dever da União equacionar o problema das invasões e desenvolver um plano de desintrusão. Portanto, se nenhum plano for desenvolvido a respeito da desintrusão, voltarei ao tema.

Neste sentido, a decisão aponta para a elaboração de um plano de retirada de invasores, que deverá ser implementado pelo Governo brasileiro. A APIB e demais entidades atuantes no processo têm levado petições ao ministro chamando a atenção para a necessidade de enfrentar este aspecto, mas, até o momento, não foi abordado novamente.

2.2. O impacto do vírus nos povos indígenas isolados e de recente contato

Povos indígenas isolados são povos ou segmentos de povos indígenas que não mantêm contatos intensos e/ou constantes com a população majoritária, evitando encontros com pessoas exógenas a seu coletivo. Já povos indígenas de recente contato, ainda segundo o Estado brasileiro, são povos ou agrupamentos indígenas que mantêm relações de contato ocasional, intermitente ou permanente com segmentos da sociedade

nacional, com reduzido conhecimento dos códigos ou incorporação dos usos e costumes da sociedade envolvente, e que conservam significativa autonomia sociocultural¹².

Os atos do Presidente Jair Bolsonaro se revestem de particular gravidade quando se trata dos Povos Indígenas isolados e de recente contato, pois, em que pese toda a população indígena se encontrar mais vulnerável à Covid-19 do que a média da população brasileira, a vulnerabilidade socioepidemiológica a que tais povos estão sujeitos faz com que a situação seja ainda mais crítica. Isso porque os povos indígenas isolados e de recente contato estão submetidos, de forma peculiar, a um grande leque de vetores de vulnerabilidade, que podem se concretizar em diferentes perspectivas:

- vulnerabilidade imunológica, que decorre da carência de defesas imunológicas em seus organismos para combater doenças externas corriqueiras;
- vulnerabilidade sociocultural, que decorre da morte dos mais frágeis (como crianças e anciãos) em virtude de epidemias, muitas vezes contraídas no contato com não indígenas; com a morte de anciãos, o grupo perde líderes políticos, conselheiros, guias espirituais; já com a morte de crianças compromete-se, no médio prazo, a capacidade da renovação da sociedade, podendo, inclusive, vir a alterar os padrões culturais para a formação de casais;
- vulnerabilidade territorial, que decorre da contínua pressão feita pela sociedade não indígena sobre seus territórios e as ameaças aos importantes elementos presentes nesses territórios para as cosmologias dos indígenas de recente contato;
- vulnerabilidade política, que decorre da impossibilidade desses povos de se manifestarem por meio dos mecanismos de representação comumente aceitos pelo Estado, bem como pela falta de difusão e implementação das leis que lhes dizem respeito;
- vulnerabilidade demográfica, uma vez que os atuais agrupamentos dos indígenas de recente contato, via de regra, já passaram por processos de massacre¹³.

Importa recordar que o Brasil é o país com a maior quantidade de povos isolados do Planeta. Atualmente, o Estado reconhece a existência de 114 registros de povos isolados, sendo 28 confirmados¹⁴ e outros 86 com vistas a qualificar as informações a respeito da presença dessas populações. Há, ainda, o reconhecimento de ao menos 18 povos indígenas de recente contato¹⁵. Dos 86 registros de povos isolados ainda não confirmados, 17 encontram-se desprotegidos, fora de terras demarcadas, em regiões com grandes taxas de desmatamento, segundo o último levantamento feito para o Conselho Nacional de Direitos Humanos que fundamentou a Resolução n. 44/2020¹⁶.

12 BRASIL. Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2018/dia28/portconj4094.pdf>. Acesso em: 26 maio 2020.

13 AMORIM, F. *et al.* Violações dos direitos à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil. *Mundo Amazônico*, v. 12 n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/issue/view/5527>. Acesso em: 26 set. 2021.

14 Essa informação consta na normativa da Funai Informação Técnica n. 16/2018/COPLII/CGIIRC/DPT-FUNAI.

15 Informação como base em i) Oficina “Diretrizes para o atendimento dos povos indígenas de recente contato: novas experiências, velhos desafios” – Funai; ii) 1ª Reunião do Conselho da Política de Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato – CGIIRC; iii) Portaria FUNAI n. 1.821/2011.

16 Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-n-44-de-10-de-dezembro-de-2020-2>.

Com efeito, são diversos – e dramáticos – os relatos de povos indígenas isolados ou de recente contato dizimados por epidemias de doenças infectocontagiosas causadas por contatos com grupos externos. É consenso na historiografia que as doenças foram mais fatais e rápidas no desaparecimento das populações autóctones do continente americano do que as armas dos europeus.

Os atos do Presidente Jair Bolsonaro durante a pandemia de Covid-19 intencionalmente ameaçam a existência dos povos indígenas isolados. Eles foram praticados tendo em vista aproveitar a oportunidade que a pandemia oferecia de implementar sua política anti-indígena, por concentrar a atenção pública no problema sanitário, e podem ser organizados identificados em três frentes: a) a abertura das terras de povos isolados para entrada de terceiros; b) o desmonte dos órgãos especializados de proteção os povos isolados; c) o ataque governamental ao território dos povos indígenas isolados.

2.2.1. Abertura das terras de povos isolados para entrada de terceiros

O distanciamento manifestado por esses povos é a forma como expressam o seu desejo de ter maior controle sobre as relações que estabelecem com grupos ou pessoas que os rodeiam¹⁷. Por essa razão, o não ingresso de terceiros em áreas com a presença confirmada de indígenas isolados é diretriz da política indigenista do Estado brasileiro desde 1987, como forma de garantir sua autonomia e sua integridade física.

Recentemente, contudo, o Presidente Jair Bolsonaro alterou essa política e passou a permitir a entrada de terceiros nas terras habitadas por esses povos, em plena pandemia de Covid-19.

A Portaria n. 419/2020, da Fundação Nacional do Índio (Funai), possibilitou que as unidades administrativas regionais do órgão autorizassem o contato com índios isolados, alterando a prerrogativa exclusiva da Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC), unidade desenvolvida, criada e aperfeiçoada ao longo de 33 anos para avaliar situações dessa natureza. Diante da gravidade da medida e da ampla oposição das organizações indígenas, ou seja, após forte rejeição da sociedade civil, a Funai recuou nessa proposta. Logo após, o Presidente Jair Bolsonaro sancionou a Lei n. 14.021/20 para permitir a entrada de missões de cunho religioso nas Terras Indígenas habitadas por povos isolados¹⁸.

Do ponto de vista epidemiológico, quando ocorre um processo de contato e, também, no período pós-contato, essas populações estão sujeitas a um conjunto de fatores, individuais e coletivos, que fazem com que elas sejam mais suscetíveis a adoecer e morrer em função, principalmente de doenças infecciosas, pelo fato de não terem

17 AMORIM, F.; YAMADA, E. Povos indígenas isolados: autonomia e aplicação do direito de consulta. *Revista Brasileira de Linguística Antropológica*, v. 8, n. 2, p. 41-60, dez. 2016.

18 Essa lei foi objeto de questionamento no STF, por meio da ADI 6622, proposta pela APIB. Em 23 de setembro de 2021, o ministro relator, Luís Roberto Barroso, deferiu liminar parcial para explicitar que está proibido o ingresso de missões religiosas em terras com presença de povos indígenas isolados e de recente contato. No entanto, a decisão do ministro manteve a permanência das missões que já estão dentro das terras indígenas.

memória imunológica para os agentes infecciosos corriqueiros na população brasileira e não terem acesso à imunização ativa por vacinas¹⁹.

2.2.2. Desmonte do órgão especializado na política de proteção de povos isolados

O Presidente Jair Bolsonaro desenvolve a sua política indigenista alinhado com grupos interessados em explorar os territórios indígenas e catequizar seus habitantes. Veja-se, por exemplo, a nomeação de Ricardo Lopes Dias, um missionário ligado à Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB), missão religiosa que busca o contato com povos isolados, para a chefia da Coordenação Geral de Índios Isolados e Recém Contatados (CGIIRC).

São inúmeros os casos de assédio de missionários religiosos nas Terras Indígenas com presença de povos indígenas isolados, como no Vale do Javari, no estado do Amazonas. Desde setembro de 2019, a União dos Povos Indígenas do Vale do Javari (Univaja) vem denunciando a atuação de missionários junto a povos indígenas isolados. Naquela ocasião, três missionários - dentre eles, Andrew Tonkin, que já havia tentado invadir a Terra Indígena em outras ocasiões - realizaram uma expedição em Igarapé, onde vive um povo isolado²⁰. No final de março de 2020, lideranças relataram que Andrew Tonkin e Josiah McIntyre estavam realizando reuniões na cidade de Atalaia do Norte, aliciando jovens indígenas e comprando equipamentos para invadir a TI Vale do Javari em busca de isolados²¹. Ante a recusa da Univaja a permitir a entrada dos missionários no território, o pastor Josiash McIntyre invadiu a associação e ameaçou colocar fogo na sede²².

Em 2019, técnicos da Funai, servidores de carreira do serviço público que não fazem parte das indicações políticas do Presidente Jair Bolsonaro, publicaram um documento²³ em que está registrada a escalada de violência contra povos indígenas isolados ou de contato recente:

Ressaltar especial preocupação com a crescente escalada de violência contra os servidores, sobretudo na região do Vale do Javari, onde constantes ataques à Base de Proteção Etnoambiental Ituí-Itaquai sofreu 05 ataques por invasores desde dezembro de 2018, igualmente, o assassinato do colaborador Maxciel Pereira dos Santos, coloca em risco todo o trabalho

19 Não se pode olvidar, ademais, todos os impactos, para além do epidemiológico, decorrentes de um processo de contato. (RODRIGUES, D. *Proteção e Assistência à Saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil*. São Paulo: OTCA, 2014. p. 80. Disponível em: https://boletimisolados.trabalhoindigenista.org.br/wp-content/uploads/sites/3/2017/08/Saude_PIIIRC_-Douglas-Rodrigues.pdf).

20 CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). *Univaja divulga nota denunciando invasões, assassinato, ameaças e proselitismo evangélico no Vale do Javari*. Disponível em: <https://cimi.org.br/2019/09/univaja-divulga-nota-denunciando-invasoes-assassinato-ameacas-e-proselitismo-evangelico-no-vale-do-javari/>.

21 O GLOBO. *Missionário americano prepara invasão a terras indígenas com povos isolados na Amazônia, dizem lideranças*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/missionario-americano-prepara-invasao-terras-indigenas-com-povos-isolados-na-amazonia-dizem-liderancas-24325032>.

22 INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). *Em meio a pandemia, indígenas do Javari denunciam ameaça de missionários a isolados*. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/em-meio-a-pandemia-indigenas-do-javari-denunciam-ameaca-de-missionarios-a-isolados>.

23 Carta aberta dos servidores lotados nas frentes de proteção etnoambientais/Funai à sociedade brasileira e às autoridades competentes. Disponível em: https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/blog/pdfs/carta_fpes.pdf.

desenvolvido há mais de três décadas pelo Estado brasileiro através da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari (FPEVJ). E mais recentemente o ataque de madeireiros que resultou na morte do indígena Paulo Paulino Guajajara na T.I. Arariboia, dentro da área de índios isolados no Maranhão. Devido a esta situação diversos servidores já vêm pedindo afastamento por questão de segurança.

Portanto, não faltaram alertas e avisos por parte dos servidores, cientistas e dos próprios povos indígenas a respeito da gravíssima situação vivenciada pelos povos isolados e os danos ocasionados pela política anti-indígena promovida pelo Presidente Jair Bolsonaro a partir de 2019.

2.2.3. Ataque aos territórios dos povos indígenas isolados

Denúncia feita pelo Observatório dos Direitos Humanos (OPI) dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, em 27 de novembro de 2020²⁴, mostra que o Presidente Jair Bolsonaro, através do ministro-chefe da Secretaria de Governo da Presidência da República, sem qualquer justificativa técnica, decidiu diminuir os limites da Terra Indígena Ituna-Itatá, no estado do Pará, habitada por povos indígenas isolados.

A Terra Indígena Ituna Itatá foi a TI mais desmatada em 2019 no Brasil, com 13% do total de devastação registrado nas áreas indígenas brasileiras pelo sistema Prodes, do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe). Somente no último ano, 23% da floresta foram devastados. Nesse mesmo ano, registrou-se aumento de 656% no desmatamento em relação a 2018, pela invasão sistemática de posseiros e grileiros.

Em uma fiscalização do Ibama realizada em agosto de 2019, com apoio da Polícia Federal e da Força Nacional, em um garimpo nas proximidades da Terra Indígena Ituna/Itatá, os agentes foram recebidos a tiros²⁵ e houve a queima de máquinas dos garimpeiros ilegais. Em operação de fiscalização realizada em janeiro de 2020, o Ibama encontrou cerca de cinco mil litros de combustível, os quais seriam usados para queimadas ilegais nos municípios próximos à Terra Indígena Ituna/Itatá.

Após permitir toda essa devastação e absurdos, a Terra Indígena Ituna/Itatá teve sua proteção alterada “considerando que as demais áreas do polígono se encontram muito degradadas, sendo pouco provável a presença de índios isolados nessas regiões: ‘é bastante improvável encontrar vestígios recentes de habitação de indígenas isolados na região centro-norte da Terra Indígena’”²⁶.

24 Relatório-denúncia do feito por indigenistas, indígenas, antropólogos e pesquisadores do OPI, intitulado “Relatório em defesa dos povos indígenas isolados no interflúvio Xingu-Bacajá”. Disponível em: <https://povosisolados.com/2020/11/27/relatorio-em-defesa-dos-povos-indigenas-isolados-no-interfluvio-xingu-bacaja/>.

25 TERRA. *Equipe do Ibama é alvo de tiros em operação perto de área indígena no Pará*. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/equipe-do-ibama-e-alvo-de-tiros-em-operacao-perto-de-area-indigena-no-para,3692e3c2f218d2ae9513007d3074d8d2vsxrj125.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.

26 Relatório-denúncia do feito por indigenistas, indígenas, antropólogos e pesquisadores do OPI, intitulado “Relatório em defesa dos povos indígenas isolados no interflúvio Xingu-Bacajá”. Disponível em: <https://povosisolados.com/2020/11/27/relatorio-em-defesa-dos-povos-indigenas-isolados-no-interfluvio-xingu-bacaja/>.

De acordo com o OPI, a redução da terra poderá causar aos índios isolados “a destruição física total ou de uma parte da população”, expô-los “a ataques violentos com vistas a desaparecer forçadamente com sua existência”, acarretar “danos à integridade mental de membros do grupo”, além de provocar, “por expulsão ou outro ato coercitivo, o deslocamento forçado da zona em que se encontram legalmente”.

A presença de invasores nas Terras Indígenas de povos isolados é extremamente grave neste contexto de pandemia. Ademais, o Presidente Jair Bolsonaro promove o aumento acelerado do desmatamento na Amazônia brasileira, inclusive nas Terras Indígenas, o que tem peculiar impacto em povos isolados.

Conforme dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe)²⁷, o desmatamento na Amazônia Legal em 2019 aumentou 30% em relação a 2018. O levantamento do Inpe apontou as terras mais desmatadas: Ituna/Itatá (Pará), Apyterewa (Pará), Cachoeira Seca (Pará), Trincheira Bacajá (Pará), Kayapó (Pará), Munduruku (Amazonas e Pará), Karipuna (Rondônia), Uru-Eu-Wau-Wau (Rondônia), Manoki (Mato Grosso), Yanomami (Roraima e Amazonas), Menkü (Mato Grosso), Zoró (Mato Grosso) e Sete de Setembro (Rondônia e Mato Grosso).

Nota-se que, dentre essas, Ituna/Itatá (restrição de uso), Munduruku (homologada), Kayapó (homologada) e Zoró (homologada) possuem evidências de povos isolados em estudo pela Funai, enquanto Uru-Eu-Wau-Wau (homologada) e Yanomami (homologada), além das evidências, também possuem povos isolados confirmados²⁸.

O movimento indígena tem denunciado sistematicamente a situação da Terra Indígena Uru-Eu-Wau-Wau, que vem sofrendo invasões por grileiros e madeireiros ilegais, e da Terra Indígena Arariboia, no Maranhão, que abriga o povo isolado Awá-Guajá. Em ambas, os próprios indígenas se organizaram para fazer a vigilância e proteção do território, denunciar a invasão e extração de madeira nas Terras Indígenas, o que acirrou os conflitos com os invasores.

Essas tensões resultaram, somente nos últimos seis meses, no assassinato de três membros dos grupos de proteção indígenas e lideranças: Ari Uru-Eu-Wau-Wau, em 18 de abril de 2020; Paulinho Guajarara, em 1º de novembro de 2019; Zezico Guajajara, em 31 de março de 2020²⁹.

Em relação às TIs Yanomami e Munduruku, os indígenas vêm relatando há anos a escalada da atividade garimpeira ilegal de ouro. Como dito antes, nesta comunicação, somente na Terra Indígena Yanomami são estimados mais de 20 mil garimpeiros em atividade ilegal dentro do território e em plena expansão. Em 2020, foi identificada uma nova área de garimpo distante apenas 5 km de um roçado dos isolados Moxihatetea³⁰.

27 INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPECIAIS (INPE). *A estimativa da taxa de desmatamento por corte raso para a Amazônia Legal em 2019 é de 9.762 km²*. Disponível em: http://www.inpe.br/noticias/noticia.php?Cod_Noticia=5294.

28 INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). *Relatório do ISA denuncia na ONU risco elevado de genocídio de povos indígenas isolados*. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/relatorio-do-isa-denuncia-na-onu-risco-elevado-de-genocidio-de-povos-indigenas-isolados>.

29 EL PAÍS. *Assassinato de líder Guajajara abala comunidade indígena e Moro garante que PF vai investigar*. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2019/11/02/politica/1572726281_632337.html.

30 BBC NEWS BRASIL. *Em meio à Covid-19, garimpo avança e se aproxima de índios isolados em Roraima*. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52225713>. Acesso em 15.jun.2020.

Além da preocupação com a violência dos invasores e o risco de contaminação por Covid-19 que esses atos trazem no contexto da pandemia, estudos têm mostrado alta contaminação por mercúrio nas zonas invadidas³¹. Na Terra Indígena Munduruku, no Pará, os indígenas vêm se organizando para coibir o garimpo e a mineração ilegal (realizada com máquinas pesadas, como retroescavadeiras) e denunciado o aumento paulatino da invasão e destruição causada no território em uma série de comunicados³². Em 2019, a região das cabeceiras do rio Cabitutu foi invadida e destruída pelas máquinas de garimpo em um território reconhecido como de presença de um povo em isolamento voluntário pelos Munduruku.

No início de março de 2020, o Ibama lançou outra série de ações de fiscalização em Terras Indígenas nas proximidades da TI Ituna/Itatá. A ação tinha em vista reprimir a invasão das TIs Apyterewa, Trincheira-Bacaja e Arawaté por garimpeiros e posseiros com o propósito primordial de impedir o contágio dos indígenas pela Covid-19. Na semana seguinte, o diretor de Proteção Ambiental do órgão, em Brasília, Olivaldi Borges Azevedo, foi exonerado do cargo, e outros servidores em cargos de chefia também estão sendo pressionados³³.

Essa série de ações e omissões perpetradas ou autorizadas pelo Presidente Jair Bolsonaro nos últimos dois anos causou danos irreversíveis nos territórios habitados por esses povos e tem impossibilitado a manutenção das suas formas de vida.

O guerreiro Aruká Juma, que faleceu em Porto Velho (RO), em 17 de fevereiro de 2021, vitimado pela Covid-19, é exemplo do extermínio estimulado pelo Presidente Jair Bolsonaro. Ele era o último homem do povo Juma, etnia que já teve entre 12.000 e 15.000 membros. A morte de Aruká Juma é extremamente grave e, “com ele, todos morremos um pouco”. Ela simboliza os efeitos devastadores da política em curso no Brasil, instituída pelo Presidente Jair Bolsonaro desde 1º de janeiro de 2019, que destruiu a política de não contato e adotou, no plano discursivo, legislativo e no âmbito administrativo, diversas medidas omissivas ou comissivas que agravaram significativamente as possibilidades de continuidade das formas de vida indígena em seus territórios.

2.3. Alguns casos

2.3.1. Contaminação e invasão nos Munduruku

O garimpo é uma forma de invasão e destruição ambiental das Terras Indígenas. Trata-se, portanto, de uma violação patente dos direitos territoriais dos povos indíge-

31 FIOCRUZ. *Contaminação por mercúrio se alastra na população Yanomami*. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/46979>.

32 Os comunicados emitidos pelos indígenas do Povo Munduruku podem ser lidos em <https://movimentomundurukuiperegayui.wordpress.com/blog/>.

33 UOL NOTÍCIAS. *Diretor do Ibama é exonerado após operação contra garimpos ilegais*. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/04/14/ibama-conoravirus-crise.htm?cmpid=copiaecola>. G1 NOTÍCIAS. *Áudios e vídeos revelam detalhes de esquema de grilagem dentro de terras indígenas*. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2020/04/19/audios-e-videos-revelam-detalhes-de-esquema-de-grilagem-dentro-de-terras-indigenas.ghtml>.

nas. Para se obter acesso a zonas de garimpo, muitas vezes, são construídos ramais e estradas que contribuem para o desmatamento, facilitando inclusive a extração de madeira e o loteamento das áreas afetadas.

A contaminação por mercúrio decorrente do garimpo produz graves impactos no meio ambiente e afeta sobremaneira a saúde indígena. O metal pesado é amplamente utilizado na extração de ouro, com o objetivo de separar o metal precioso dos sedimentos. Após sua liberação no ambiente, o mercúrio sofre diversas transformações químicas e é incorporado na cadeia alimentar, atingindo os seres humanos e podendo causar problemas neurológicos sensitivos e motores, bem como outras enfermidades graves. Na Amazônia, onde o garimpo tem avançado de forma pronunciada, a contaminação por mercúrio provoca danos diretos à saúde dos povos indígenas, que têm nos peixes um elemento indispensável de sua dieta.

Os Munduruku³⁴, povo indígena com mais de 16.000 habitantes que vive na região do Rio Tapajós, no sudoeste do estado do Pará, é um dos mais impactados pelo garimpo no Brasil. A ausência de fiscalização e, mais recentemente, os incentivos ao garimpo dentro e ao redor de suas terras têm levado a uma situação de calamidade ambiental e de saúde pública nesse povo.

Pesquisa realizada entre 2019 e 2020 pela Fiocruz, em parceria com a WWF, avaliou os impactos da contaminação por mercúrio em habitantes de três terras Munduruku: Sawré Muybu, Poxo Muybu e Sawré Aboy. Os resultados da pesquisa revelam a severidade da contaminação por mercúrio nessas aldeias e as graves doenças neurológicas que já estão se manifestando. É inquestionável que a atividade garimpeira está, aos poucos, levando ao adoecimento e à morte dos Munduruku. Trata-se de uma população inteira contaminada por um metal pesado que está presente em seus rios, seus alimentos e seus corpos. O estudo concluiu que os níveis de contaminação por mercúrio no rio Tapajós têm aumentado de forma significativa ao longo dos últimos anos, uma vez que pesquisas realizadas anteriormente, na mesma região, apontavam para níveis de mercúrio 2,6 vezes menor e 26,3% inferior aos observados nas amostras aqui estudadas. Tal estudo propôs uma série de recomendações claras para as autoridades públicas, dentre elas, a interrupção imediata das atividades garimpeiras e a completa desintrusão das Terras Indígenas afetadas pela mineração ilegal.

Em dezembro de 2020, provocada a se pronunciar pelo movimento indígena, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) reconheceu que o garimpo era o principal vetor levando a Covid-19 para dentro das terras Munduruku e solicitou que o Governo brasileiro tomasse as providências necessárias para proteger os direitos à saúde, à vida e à integridade pessoal dos membros do Povo Indígena Munduruku.³⁵ A decisão da Comissão Interamericana de Direitos Humanos foi descumprida. Como se vê, há um estreito nexo entre a destruição intencional da política socioambiental e indigenista que se conformou nas décadas de democracia no Brasil, o ataque às Terras Indígenas e estímulo às invasões, a destruição ambiental caracterizada pelo desmatamento e incêndios, o adoecimento e a morte de povos indígenas. Está em curso uma política

34 Para mais informações, ver <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Munduruku>.

35 CIDH. *Comunicado de imprensa*. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2020/302.asp>.

composta por atos deliberados, extensa e disseminada, implementada diretamente pelo Presidente Jair Bolsonaro através de vários órgãos governamentais sob seu comando.

O garimpo também destrói vidas indígenas de outra maneira: alimentando conflitos por territórios, que se traduzem em ataques às vidas das defensoras e defensores dos direitos territoriais indígenas, e principalmente dos que estão na linha de frente. A partir do final de 2020, as invasões e tensões envolvendo garimpeiros na TI Munduruku se intensificaram de forma inédita. A escalada dos conflitos foi amplamente registrada e divulgada, seja em cartas e notas assinadas pelas associações do povo Munduruku, seja pelas notas públicas de órgãos nacionais solicitando que o governo Jair Bolsonaro tomasse providências para conter a situação. A escalada dos conflitos chegou aos principais veículos da imprensa internacional, que trouxe notícias de um iminente conflito armado na TI Munduruku e da omissão do poder público brasileiro. Mesmo diante de tudo isso, o Presidente Jair Bolsonaro não tomou nenhuma providência.

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos e o Escritório Regional do Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos emitiram um comunicado à imprensa³⁶, em 19 de maio de 2021, demonstrando preocupação com os recentes conflitos nas Terras Indígenas Munduruku e Yanomami, onde garimpeiros armados, incentivados pelo Presidente Jair Bolsonaro, vitimaram crianças indígenas. A relação entre os atos e discursos do Presidente Jair Bolsonaro no incentivo aos ataques às Terras Indígenas através do desmatamento, da mineração e do garimpo e as graves violações a direitos humanos dos povos indígenas foi reconhecida pela CIDH e ACNUDH.

Os conflitos foram levados a conhecimento do Supremo Tribunal Federal, e a APIB demandou que o judiciário brasileiro fornecesse medidas de proteção à saúde e à terra dos povos indígenas, coibindo invasões, encerrando as atividades de garimpo ilegal e promovendo a desintrusão dos invasores - medidas que seriam capazes de amenizar a contaminação por mercúrio e por Covid-19. O judiciário aceitou apenas o primeiro pedido e determinou a atuação de forças policiais, com reforço do Exército brasileiro, para evitar conflitos e novas invasões³⁷.

A decisão foi descumprida pelas forças policiais e pelo Exército, subordinados ao Presidente Jair Bolsonaro. O ministro relator de ação judicial movida pela APIB, ao saber do descumprimento da decisão, “registrou com desalento o fato de que as Forças Armadas brasileiras não tenham recursos para apoiar uma operação determinada pelo Poder Judiciário para impedir o massacre de populações indígenas”³⁸.

Os indígenas do Povo Munduruku emitiram novo comunicado em 9 de junho de 2021, denunciando a interdição de vias de acesso e a ausência de proteção policial aos indígenas e a suas terras. Não obstante a existência de medidas cautelares concedidas ao povo Munduruku, a manifestação do ACNUDH e de decisões judiciais nacionais, a atuação da Polícia Federal para proteger os indígenas foi cancelada e permanece a violência crescente: crimes contra a humanidade e genocídio estão em curso contra o povo Munduruku.

36 A íntegra do comunicado por ser lida em <https://www.oas.org/pt/cidh/jsForm/?File=/pt/cidh/prensa/notas/2021/129.asp>.

37 STF. ADPF 709 MC. Decisão de 24 de maio de 2021.

38 STF. ADPF 709 MC. Decisão de 1º de junho de 2021.

2.3.2. Garimpo, morte e destruição na Terra Indígena Yanomami

O garimpo também está inviabilizando a vida dos povos indígenas que vivem na TI Yanomami, situada nos estados de Roraima e do Amazonas, na fronteira com a Venezuela. A TI Yanomami é coabitada pelos Yanomami³⁹, Yek'wana⁴⁰ e pelos indígenas Moxihatetea, que são considerados indígenas isolados. Há, ainda, evidências de grupos em isolamento voluntário em estudo. A população estimada é de 27.398 indígenas, que vivem em cerca de 331 comunidades. A TI Yanomami possui 9,6 milhões de hectares e foi homologada pelo Decreto s/n de 26 de maio de 1992.

As políticas de destruição implementadas por Jair Bolsonaro levaram a uma intensificação da invasão e exploração ilegal do garimpo dentro da TI Yanomami. Segundo o Prodes, 2019 foi o ano de maior taxa de desmatamento na TI Yanomami nos últimos 13 anos, totalizando 3.463 hectares. A TI já acumulou mais de 30 mil hectares em desmatamentos. Nos dois últimos anos, o desmatamento total (3.679 hectares) representou 12,2% do desmatamento acumulado no território. De acordo com o Sistema de Monitoramento do Garimpo Ilegal na TI Yanomami (SMGI), o somatório da área degradada pelo garimpo dentro dessa TI observada até dezembro de 2020 é da ordem de 2.400 hectares, sendo que, somente de janeiro a dezembro de 2020, foram degradados 500 hectares de território. Novos garimpos foram abertos e houve um influxo intenso de pessoas não indígenas para participar da exploração, tudo protegido pela inércia dos órgãos públicos.

A expansão do garimpo tem levado à destruição do território, dos corpos e das vidas dos Yanomami. Conforme apontado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)⁴¹, estamos voltando a uma situação semelhante à dos anos 1980, configurada pelo abandono do território pelo poder público, pelo enfraquecimento de políticas territoriais e sanitárias, por pandemias e pela violência levada pelo garimpo.

Assim como os Munduruku, os Yanomami também estão seriamente contaminados pelo mercúrio. Em estudo realizado em colaboração de diversas entidades [ENSP/Fiocruz; PUC-RJ; Instituto Socioambiental (ISA); Hutukara Associação Yanomami (HAY); Associação do Povo Ye'kwana do Brasil (APYB)], no qual se avaliaram os níveis de contaminação por mercúrio (considerando índices $\geq 6,0 \mu\text{g.g}^{-1}$) em 19 aldeias distribuídas na Terra Indígena Yanomami e agrupadas em 3 regiões (Paapiú, Waikás Ye'kwana e Waikás Aracaçá), no estado de Roraima, em 2014, os autores revelaram que as prevalências de contaminação foram distintas, variando de 6,7% em Paapiú, passando por 27,7% na região Waikás Ye'kwana, atingindo 92,3% das pessoas na região de Waikás Aracaçá⁴².

39 Para mais informações, ver <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Yanomami>.

40 Para mais informações, ver <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Ye%27kwana>.

41 Nota Técnica do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) apresentada para a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) no âmbito da Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, de 17 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Tecnica-Abrasco-17-05-final-corrigida-1-1.pdf>.

42 Nota Técnica do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) apresentada para a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) no âmbito da Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, de 17 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Tecnica-Abrasco-17-05-final-corrigida-1-1.pdf>.

Vale lembrar que Paapiú sofreu impactos do garimpo na primeira corrida do ouro na década de 1980 e, hoje em dia, aproximadamente 30 anos mais tarde, quase 7% das pessoas ainda apresentam elevados níveis de contaminação. Por sua vez, as áreas de Waikás Ye'kwana e Waikas Aracaçá, na ocasião da coleta de dados, encontravam-se sob pressão atual do garimpo.

O aumento dos casos de malária está intimamente associado às invasões, garimpo e degradação ambiental, já que áreas abertas facilitam a proliferação dos mosquitos vetores da doença. Não é à toa que a TI Yanomami enfrenta altíssima incidência da doença. De acordo com o Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) Yanomami, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, de 1º de janeiro a 12 de agosto de 2020, foram notificados 13.733 casos de malária no território e nove mortes.

Ao longo de 2020 e 2021, as associações Yanomami têm relatado uma escalada contínua de intimidações e violência praticadas por garimpeiros contra indígenas e pedido providências das autoridades públicas. Porém, nada foi feito. Na data de 14 de junho de 2020, duas lideranças Yanomami foram assassinadas na comunidade Xaruna, na Serra do Parima (Alto Alegre), devido a conflito com garimpeiros.⁴³ O ataque foi denunciado pela Hutukara Associação Yanomami. Em resposta, o Ministro da Defesa minimizou a tensão entre indígenas e garimpeiros na Terra Yanomami e disse que os conflitos “não são corriqueiros”.⁴⁴

Diversas instituições internacionais e nacionais se posicionaram ao longo dos últimos meses exigindo que o governo do Presidente Bolsonaro tome medidas para resguardar a vida e a saúde dos Yanomami. Em 20 de julho de 2020, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) deferiu o pedido de medidas cautelares enviado pela Hutukara Associação Yanomami em conjunto com o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), reconhecendo que existe um grave risco de dano irreparável à saúde, vida e integridade pessoal dos povos indígenas da Terra Yanomami e exigiu medidas urgentes a serem tomadas pela Estado brasileiro, como a retirada dos garimpeiros⁴⁵. Em Ação Civil Pública, promovida pelo Ministério Público Federal (MPF) e pela Hutukara Associação Yanomami, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1) deferiu uma liminar para que a União, o Ibama, a Funai, o ICMBIO e a Polícia Federal apresentassem um plano e executassem a retirada dos garimpeiros da Terra Yanomami como medida eficaz para prevenir a disseminação da doença Covid-19 nas aldeias.⁴⁶ As decisões vêm sendo sistematicamente descumpridas.

43 G1. Por Valéria Oliveira. *Jovens indígenas são mortos por garimpeiros em conflito na Terra Yanomami em Roraima*. 26 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/06/26/jovens-indigenas-sao-mortos-por-garimpeiros-em-conflito-na-terra-yanomami-em-roraima.ghtml>. Acesso em: 15 maio 2021.

44 G1 RORAIMA. Por Fabrício Araújo e Valéria Oliveira. *Ministro da Defesa minimiza tensão entre índios e garimpeiros na Terra Yanomami e diz que conflitos 'não são corriqueiros'*. 01 jul. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/07/01/ministro-da-defesa-minimiza-tensao-entre-indios-e-garimpeiros-na-terra-yanomami-e-diz-que-conflitos-nao-sao-corriqueiros.ghtml>. Acesso em: 15 maio 2021.

45 Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2020/168.asp>.

46 Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/regiao1/sala-de-imprensa/noticias-r1/covid-19-trf1-determina-a-retirada-imediata-de-garimpeiros-da-terra-indigena-yanomami>.

Em dezembro de 2020, uma adolescente Yanomami foi sequestrada por garimpeiros em Surucuru, revelando a escalada de violência na comunidade. Casos como esses expõem a tensão e a violência que a presença garimpeira em área indígena gera.

O povo Yanomami, mesmo beneficiário de medidas cautelares concedidas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, segue em risco. As medidas vêm sendo descumpridas pelo governo de Jair Bolsonaro. E, assim como nas terras Munduruku, os ataques contra indígenas escalaram nos primeiros meses de 2021.

Em março de 2021, garimpeiros atacaram a comunidade de Helepe, dando início a um tiroteio que resultou em um óbito e um ferido. Em ofício enviado pela HAY, os órgãos competentes foram alertados para a escalada dos conflitos entre garimpeiros e indígenas, bem como para possíveis retaliações por parte dos garimpeiros, que tomavam controle do acesso e da circulação de pessoas no rio Uraricoera. Na ocasião, nenhuma medida foi tomada para retomar a segurança no local e garantir a livre circulação para os indígenas, em sua própria terra.

Diante da completa omissão do governo Jair Bolsonaro, o conflito escalou desde então. Em 30 de abril de 2021, houve um tiroteio na comunidade de Palimiu, após desencontros com garimpeiros que trafegavam no rio Uraricoera. Temendo retaliações, a comunidade pediu apoio do poder público para a manutenção de sua segurança. Em 18 de fevereiro, lideranças da comunidade já haviam protocolado ofício à Polícia Federal alertando para a ameaça à sua saúde e vida representada pela intensa atividade garimpeira que vinha se impondo sobre as comunidades da região, solicitando apoio para a sua retirada.

No dia 10 de maio de 2021, a HAY recebeu denúncias de um ataque de garimpeiros à comunidade de Palimiu, deixando quatro garimpeiros baleados e um ferido. Nesse dia, os indígenas foram ameaçados de novas retaliações. No final do dia, o presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena Yanomami fez visita à comunidade e retornou confirmando o conflito, com quatro mortes.

Já em 11 de maio de 2021, a Polícia Federal realizou diligência na comunidade do Palimiu e foi recebida a tiros por garimpeiros, dando início a novo conflito na comunidade. Ao fim da diligência, o órgão se retirou do local, deixando os Yanomami vulneráveis a novas retaliações. Em 12 de maio de 2021, a equipe do Exército se deslocou para a comunidade do Palimiu, onde permaneceu por duas horas somente. Mais uma vez, o poder público se retirou deixando os Yanomami vulneráveis a novos ataques: às 22h45 do mesmo dia, os garimpeiros novamente atiraram contra a comunidade.⁴⁷

Mediante a inércia dos órgãos públicos locais responsáveis por manter sua segurança e deixados sozinhos para se defenderem dessa sequência de ataques armados, os Yanomami e Ye'kwana seguem pedindo a todas as instâncias que seu pedido de socorro seja escutado. Assim como ocorreu com o povo Munduruku, a CIDH e o ACNUDH se manifestaram em comunicado de imprensa, conclamando o Brasil a cumprir com seus compromissos internacionais. Até o momento, no entanto, a resposta do governo de

47 GI RORAIMA. Por Valéria Oliveira e Juliana Dama. *Exército deixa região de conflito e garimpeiros atiram mais uma vez contra comunidade na Terra Yanomami, diz associação*. 13 maio 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2021/05/13/exercito-deixa-regiao-de-conflito-e-garimpeiros-atiram-mais-uma-vez-contracomunidade-na-terra-yanomami.ghtml>. Acesso em: 16 maio 2021.

Jair Bolsonaro a essas decisões, e à reivindicação contínua do povo Yanomami, é inexistente. O Presidente Jair Bolsonaro segue incentivando a atividade minerária e a invasão de Terras Indígenas, não assumiu o compromisso de desintrusão da TI Yanomami, nem tomou medidas concretas para tanto. Segue, assim, promovendo e apoiando, de forma sistemática e contínua, a destruição da vida e formas de vida do povo Yanomami e dos demais povos indígenas que vivem dentro da TI Yanomami. Ainda em maio de 2021, no dia 16, houve novo ataque a tiros e bombas contra comunidade do Palimiu⁴⁸, realizado por garimpeiros, com uso de mais de uma dezena de barcos.

Ao trazer adoecimento, morte e violência, o garimpo inviabiliza as formas de vida indígenas. Em decorrência da destruição ambiental, não se pode mais tomar água dos igarapés, tomar banho nos rios, comer pescado. Elementos fundacionais da forma de vida indígena na floresta, da organização social indígena e da sua cultura vão sendo violentamente aniquilados.

2.3.3. Adoecimento e contaminações no Povo Terena

Situações semelhantes, também, foram denunciadas por outros povos indígenas de diversas regiões do País. Um caso sintomático desse tipo de ações pode ser verificado dos relatos recebidos pela APIB em relação ao povo Terena⁴⁹, sobretudo no que se refere ao ano de 2020. O povo Terena é hoje o terceiro povo indígena com o maior número de mortes por Covid-19 no Brasil, com mais de 60 óbitos confirmados⁵⁰.

Desde o início da crise sanitária, o Conselho Terena vem monitorando os casos de Covid-19 em seus territórios, fato que evitou uma expansão vertiginosa do vírus nos seus territórios até junho de 2020. Além do acompanhamento dos casos, a entidade realizou a instalação e manutenção de barreiras sanitárias, pois o poder público não tomou qualquer medida nesse sentido. Apesar dos esforços de se controlar possíveis vetores da doença, o primeiro caso de óbito do povo Terena aconteceu no dia 14 de julho de 2020 e, a partir daí, a Covid-19 se espalhou pelo território. Nem a Sesai ou qualquer outro órgão do Governo Federal apoiou ou instruiu o Conselho sobre como evitar a propagação do vírus, nem forneceu estruturas para isolamento dos doentes ou disponibilizou informações sobre protocolos de isolamento e cuidados. Ou seja, os órgãos públicos simplesmente se omitiram e deixaram de tomar as medidas sanitárias necessárias para a proteção da população indígena.

Diante do colapso sanitário e da falta de atendimento, o Conselho Terena acionou a organização humanitária internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF) como forma de enfrentar a pandemia em seus territórios. O grupo Médicos Sem Fronteiras já se en-

48 Informações reconhecidas pelo Supremo Tribunal Federal, em decisão de 24 de maio de 2021, pelo ministro Luis Roberto Barroso na ADPF 709, STF. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5952986>.

49 Para mais informações, ver <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Terena>.

50 Ainda, destaca-se a necessidade de investigação dos dados oficiais de óbitos da Sesai, dos dados coletados pela APIB e dos relatos recebidos nas denúncias, pois verifica-se uma subnotificação dos óbitos ocorridos durante 2020 e a impossibilidade de identificação do respectivo povo indígena que faleceu nesta pandemia. Nesse ponto, recorda-se que em torno de 377 óbitos de indígenas não contam com a identificação do seu povo, ou seja, cerca de 37% dos indígenas que morreram pela Covid-19 não estão devidamente identificados.

contrava no município de Aquidauana com profissionais de várias partes do País e do mundo, com experiência global em ações de emergência e em situações extremas de colapso sanitário. O apoio à organização médica foi solicitado desde o dia 24 de julho de 2020 pelo Conselho Terena, junto com a Defensoria Pública da União e a Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul.

No entanto, em agosto de 2020, a Secretaria Especial da Saúde Indígena (Sesai) chegou a proibir tal ajuda humanitária ao povo Terena, na Terra Indígena Taunay Ipegue, no município de Aquidauana (MS), em um momento no qual as aldeias encontravam-se em colapso sanitário e os casos de mortes aumentaram mais de 500%.

À época, as onze aldeias da cidade contavam com apenas dois médicos da Sesai, três médicos da Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, cinco médicos para todas as comunidades de Aquidauana.⁵¹ A proibição veio do secretário nacional da Sesai, Robson Santos da Silva. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) acionou o Ministério Público Federal (MPF) em 24 de agosto de 2020 para que o secretário fosse investigado por improbidade administrativa pela proibição da ajuda humanitária ao povo Terena.⁵²

Somente em setembro de 2020, após muito tempo perdido, a organização Médicos Sem Fronteiras recebeu autorização para começar a atender indígenas em Mato Grosso do Sul. O Ministério da Saúde voltou atrás e aprovou o plano de trabalho da ONG, que prevê atendimento nas onze aldeias de Aquidauana e Anastácio.⁵³ A autorização de atendimento dada aos Médicos sem Fronteiras, portanto, só foi viabilizada após forte mobilização indígena.

Quanto à vacinação de indígenas no Mato Grosso do Sul, de acordo com dados do Ministério da Saúde, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do referido estado vacinou 23.881 indígenas, de um total de 45.693 indígenas previstos pelo programa de vacinação. A Sesai excluiu do plano de vacinação contra Covid-19 os indígenas que vivem em terras não homologadas, como é o caso da Terra Indígena Taunay, a qual se encontra em estado avançado de demarcação, mas não entrou na cobertura de imunização.⁵⁴

Diante disso, a APIB e o Conselho Terena pediram ao Ministério Público Federal do Mato Grosso do Sul que seja instaurado inquérito civil para apurar os motivos da não inclusão dos indígenas do povo Terena, residentes no distrito de Taunay, na prioridade de vacinação contra Covid-19.⁵⁵ Essa diferenciação entre indígenas aldeados e não

51 Midiamax. *Mesmo só com 5 profissionais para 11 aldeias, Sesai barra Médicos Sem Fronteiras em MS*. 19 ago. 2020. Disponível em: <https://www.midiamax.com.br/cotidiano/2020/mesmo-so-com-5-profissionais-para-atender-11-aldeias-sesai-barra-medicos-sem-fronteiras-em-ms>. Acesso em: 25 mar. 2021.

52 Ofício n. 58/2020 – AJUR/APIB. Ref: Impedimento da atuação dos Médicos Sem Fronteiras na Terra Indígena Taunay-Ipegue em Aquidauana/MS pelo Secretário Especial de Saúde Indígena. 24 ago. 2020. Disponível em: https://apiboficial.org/files/2020/08/Of.-58-Impedimento-da-atuac%CC%A7a%CC%83o-dos-Me%CC%81dicos-Sem-Fronteiras-na-Terra-Indi%CC%81gena-Taunay-Ipegue-em-Aquidauana_MS-pelo-Secreta%CC%81rio-Especial-de-Sau%CC%81de-Indi%CC%81gena-.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.

53 G1. *Organização Médicos Sem Fronteiras começa a atender indígenas em Mato Grosso do Sul*. 04 set. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/09/04/organizacao-medicos-sem-fronteiras-comeca-a-atender-indigenas-em-mato-grosso-do-sul.ghtml>. Acesso em: 25 mar. 2021.

54 APIB. *APIB e Conselho Terena acionam MPF para vacinação do povo Terena, no distrito de Taunay (MS)*. 23 mar. 2021. Disponível em: <https://apiboficial.org/2021/03/23/apib-e-conselho-terena-acionam-mpf-para-vacinacao-do-povo-terena-no-distrito-de-taunay-ms/>. Acesso em: 25 mar. 2021.

55 Ofício n. 17/2021 - AJUR/APIB. Ref.: Prioridade na vacinação dos indígenas localizados no Distrito de Taunay, Terra Indígena Taunay-Ipegue, município de Aquidauana - MS. 23 mar. 2021. Disponível em: <https://apiboficial.org/2021/03/23/apib-e-conselho-terena-acionam-mpf-para-vacinacao-do-povo-terena-no-distrito-de-taunay-ms/>.

aldeados não encontra qualquer amparo legal e se caracteriza por uma lógica assimilacionista vedada no ordenamento jurídico brasileiro e nos tratados internacionais de direitos humanos.

Entretanto, como já mencionado, as decisões judiciais têm sido descumpridas⁵⁶.

2.3.4. Conflitos, ataques e mortes no Povo Guarani-Kaiowá

Desde maio de 2020, a APIB tem recebido, sistematizado e analisado denúncias sobre os impactos da política anti-indígena do Presidente Jair Bolsonaro em diferentes comunidades. São relatos feitos diretamente por lideranças indígenas e membros das comunidades, com informações sobre episódios de violência, adoecimento, mortes e perseguições promovidas e incentivadas pelo Presidente Jair Bolsonaro. São relatos diretos das vítimas dos crimes do Presidente da República. Um desses casos se refere ao povo Guarani Kaiowá⁵⁷, no Mato Grosso do Sul. A denunciante Adrieli Guarani, residente do município de Dourados (MS), informou que, durante a pandemia de Covid-19, os serviços públicos se negavam a fazer a remoção de doentes da comunidade Jaguapiru, razão pela qual membros da comunidade se viram obrigados a levar doentes em veículos particulares para buscar atendimento hospitalar, fato que ampliou a propagação do vírus entre os membros da comunidade que se viram obrigados a salvar os seus parentes sem o apoio dos órgãos estatais responsáveis pela assistência de saúde para os povos indígenas.

Nessa linha, o Cacique Isael Morales relatou situações graves de omissão de socorro, falta de assistência médica adequada para atender as demandas da comunidade indígena, apontando a prática de racismo institucional em face de indígenas contaminados pela Covid-19 por parte dos órgãos públicos responsáveis pelos serviços de saúde. Esse tipo de situação não ocorre apenas com os Guarani Kaiowá, no Mato Grosso; a APIB recebeu dezenas de denúncias de vários povos indígenas nas diversas regiões do País, confirmando que de forma recorrente os povos indígenas, durante a pandemia de Covid-19, vêm sofrendo pela omissão de socorro, falta de atendimento de saúde adequado, contaminação de indígenas (por contato com servidores públicos contaminados que não cumpriram as medidas quarentenárias adequadas para ingressar nos territórios

org/files/2021/03/Ofi%CC%81cio-17-apib-Prioridade-na-vacinac%CC%A7a%CC%83o-dos-indi%CC%81genas-localizados-no-Distrito-de-Taunay.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.

56 Em resposta às omissões do Governo Federal para combater a pandemia de Covid-19, a APIB apresentou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF), em conjunto com seis partidos políticos que compõem a oposição, perante o Supremo Tribunal Federal (STF). A decisão liminar determina ao Governo Federal a adoção de medidas para proteger os povos indígenas da pandemia de Covid-19. Todavia, a despeito de se averiguar importantes decisões em favor dos povos indígenas neste contexto adverso, há demandas emergentes que ainda carecem de ações imediatas e que colocam em risco as vidas indígenas. A retirada dos invasores de suas terras, sejam grileiros, madeireiros, mineradores, garimpeiros, caçadores, pescadores ou quaisquer outros expropriadores que se encontrem nestes territórios ilegalmente. Neste quesito, destacam-se as Terras Indígenas Yanomami, Karipuna, Uru-Eu-Wau-Wau, Kayapó, Arariboia, Munduruku e Trancheira Bacajá. Além disso, há um sistemático descumprimento das decisões judiciais por parte do governo Jair Bolsonaro. Isso fez com que fosse necessária a apresentação de quatro versões de um plano de enfrentamento à Covid-19, a qual foi homologada parcialmente em vistas de sua persistente precariedade. Vários documentos desta ação judicial subsidiam a presente comunicação e estão disponíveis em <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5952986>.

57 Para mais informações, ver https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guarani_Kaiow%C3%A1.

indígenas), pela falta de medicamentos e por ações discriminatórias que, ademais, são uma constante na relação entre o poder público e os povos indígenas.

Além do contexto específico de violações no âmbito na pandemia de Covid-19, a violação de direitos humanos dos povos indígenas, em especial as decorrentes da sua espoliação territorial, tem acarretado danos irreversíveis e inviabilizado a continuidade dos modos de vida e das suas práticas culturais. Dentre os diversos casos, o do Povo Guarani Kaiowá é paradigmático, uma vez que o avanço da fronteira agrícola e do latifúndio sobre os seus territórios ancestrais tornou os conflitos vivenciados por esse povo extremamente violentos e sangrentos.

Além disso, os Guarani Kaiowá têm sofrido com a contaminação das suas fontes de água e sérios problemas de saúde decorrentes da contaminação pelo uso indiscriminado de agrotóxicos nas fazendas da região. Segundo reportagem do jornal *El País*⁵⁸, os fatos ocorreram entre os dias 6 e 11 de maio de 2019, e teriam sido ocasionados pela aplicação de herbicidas a poucos metros da aldeia. Diante disso, vários indígenas — em sua maioria, crianças e idosos— apresentaram sintomas de intoxicação por pesticidas, como irritação da pele, enjoo, diarreia e dores de cabeça. Esses problemas não ocorrem apenas com os Guarani Kaiowá. Na região norte do País, diversos relatos apontam problemas semelhantes.

3 Considerações finais

Diante do exposto, não há dúvida de que o Governo brasileiro, sob gestão do Presidente Jair Bolsonaro, cometeu violações ao direito à vida e à saúde dos povos indígenas. Infringiu não apenas os artigos 196 c/c 231 da Constituição Federal, mas também tratados internacionais que protegem a dignidade humana e a cidadania cultural dos povos indígenas. Além de adotar uma conduta negacionista no enfrentamento da pandemia, deixou à própria sorte os povos e comunidades, pois, à medida que o vírus avançava sobre os territórios, as invasões aumentavam, e a Funai ficou-se inerte.

O Estado brasileiro é o único no mundo que possui uma agência estatal do tamanho e propósito da Funai, pois foi projetada para ser a entidade de defesa desses povos. Os indígenas, razão de ser da Funai, passaram a ser perseguidos e criminalizados. Ao mesmo tempo, o Governo legislou de modo a beneficiar os invasores ilegais dessas terras. São condutas criminosas que custaram a vida de indígenas brasileiros.

Referências

ABEP. **Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19**. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/Caderno-Demografia-Indigena-e-COVID19.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

58 Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/02/politica/1564773673_055738.html. Acesso em: 25 mar. 2021.

APIB. **Documento final do Acampamento Terra Livre 2020a**. Disponível em: www.apib.info. Acesso em: 19 out. 2021.

APIB. **Lideranças indígenas organizam assembleia para construir plano de enfrentamento à pandemia**. Disponível em: <http://apib.info/2020/05/07/assembleia-resistencia-indigena/>. Acesso em: 2 jun. 2020b.

APIB. **Plano de enfrentamento da Covid-19 no Brasil**. Brasília, 2020c. No prelo.

APIB. **Regimento Interno da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB**. Disponível em: www.apib.info. Acesso em: 19 out. 2021.

APIB. **Relatório do Acampamento Terra Livre 2020**. 16. ed. on-line. 27-30 abr. 2020. Disponível em: www.apib.info. Acesso em: 2 jun. 2020d.

APUBLICA. **Inédito: mais de 200 terras indígenas na Amazônia têm alto risco para Covid-19**. Disponível em: <https://apublica.org/2020/04/ineditomais-de-200-terras-indigenas-na-amazonia-tem-alto-risco-para-covid-19/#>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BBC NEWS BRASIL. **Em meio à Covid-19, garimpo avança e se aproxima de índios isolados em Roraima**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52225713>. Acesso em: 15 jun. 2020.

COIAB. **Nota de repúdio contra a tentativa de legalização de missões religiosas em territórios ocupados por indígenas em isolamento voluntário**. Disponível em: <https://coiab.org.br/conteudo/1590113259203x242154533360238600>. Acesso em: 2 jun. 2020.

CONFALONIERI, UEC. Saúde. p. 29-33. *In: Yanomami: a todos os povos da terra*. 1990.

DUPRAT, Deborah. O Estado pluriétnico. *In: LIMA, Antonio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (Orgs.). Além da tutela: bases para uma nova política indigenista*, III. Rio de Janeiro: Contra Capa; LACED, 2020. p. 41-47.

EL PAÍS. **Assassinato de líder Guajajara abala comunidade indígena e Moro garante que PF vai investigar**. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/11/02/politica/1572726281_632337.html. Acesso em: 19 out. 2021.

FIOCRUZ. **Contaminação por mercúrio se alastra na população Yanomami**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/46979>. Acesso em: 15 jun. 2020.

FIOCRUZ. **Risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e**

sociodemográfica. 4º relatório sobre risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/4o-relatorio-sobre-risco-de-espalhamento-da-covid-19-em-populacoes-indigenas>. Acesso em: 2 jun. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPECIAIS (INPE). **A estimativa da taxa de desmatamento por corte raso para a Amazônia Legal em 2019 é de 9.762 km².** Disponível em: http://www.inpe.br/noticias/noticia.php?Cod_Noticia=5294. Acesso em: 15 jun. 2020.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Em meio a pandemia, indígenas do Javari denunciam ameaça de missionários a isolados.** Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/em-meio-a-pandemia-indigenas-do-javari-denunciam-ameaca-de-missionarios-a-isolados>. Acesso em: 15 jun. 2020.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Relatório do ISA denuncia na ONU risco elevado de genocídio de povos indígenas isolados.** Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/relatorio-do-isa-denuncia-na-onu-risco-elevado-de-genocidio-de-povos-indigenas-isolados>. Acesso em: 15 jun. 2020.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu:** palavras de um xamã Yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

PAULA, L. R de; ROSALEN, J. **Uma visualização da pandemia da Covid-19 entre os povos indígenas no Brasil a partir dos boletins epidemiológicos da Sesai (01.04.20 a 29.05.2020).** São Paulo, 2020.

PITHAN, Oneron A.; CONFALONIERI, Ulisses EC; MORGADO, Anastácio F. The health status of Yanomami Indians: diagnosis from the Casa do Índio, Boa Vista, Roraima, 1987—1989. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 4, p. 563-580, 1991.

SOUZA LIMA, A. C. **Um Grande Cerco de Paz.** Poder Tutelar, Indianidade e Formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

TERENA, Luiz Eloy. **ADPF 709 no Supremo:** Povos Indígenas e o direito de existir! Disponível em: <https://midianinja.org/luizhenriqueeloy/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-e-o-direito-de-existir/>. Acesso em: 8 nov. 2020.

A responsabilidade criminal do Presidente da República, senhor Jair Messias Bolsonaro, por crimes de feminicídio de Estado durante a pandemia Covid-19

Soraia da Rosa Mendes¹

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Daí porque, à vista do cenário mundial, já nominado por representantes latino-americanas da ONU Mulheres como o de uma “pandemia silenciosa” de violência, o Brasil, de modo particular, ainda está longe de garantir a saúde de milhares de mulheres e meninas que continuam submetidas a um sistema de custódia consistente no conjunto de tudo o quanto se faz para reprimir, vigiar e cercear a liberdade (em casa ou em instituições totais), mediante a articulação de mecanismos de exercício de poder do Estado, da sociedade, de forma geral, e da família (MENDES, 2017, p. 170). Um estado de coisas que, se já era grave, tornou-se ainda mais preocupante com o advento da pandemia de Covid-19, em razão de demonstrações públicas e claras de misoginia por parte de agentes públicos e que culminaram com ações e omissões responsáveis por levar à morte milhares de mulheres por razões interseccionadas de gênero, de raça, de etnia e de classe social.

Sem dúvida alguma, a vedação de toda e qualquer forma de violência contra as mulheres em uma perspectiva alargada decorrente dos compromissos e obrigações in-

1 Pós-doutora em Teorias Jurídicas Contemporâneas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (UnB). Mestra em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Associada do PPG Mestrado e Doutorado em Direito do Centro Unificado de Brasília (UniCeub) e da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Consultora da Comissão Nacional de Direitos Humanos e da Comissão Especial de Proteção dos Direitos dos Povos Indígenas, ambas do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Ex-coordenadora nacional do Comitê para América Latina e o Caribe de Defesa dos Direitos das Mulheres (Cladem) nas gestões 2016-2018 e 2018-2020. Autora de obras doutrinárias de referência, tais como *Criminologia Feminista: novos paradigmas*, *Processo Penal Feminista* e *Pacote Anticrime: comentários críticos à Lei 13.964/2019*. Advogada criminalista especialista em direitos das mulheres.

ternacionais em relação a todas (cis e trans) está intimamente relacionada não somente ao direito à vida e à segurança, mas também ao exercício de liberdades e direitos, tais como a alimentação, a saúde, a habitação, o trabalho, a educação, a não discriminação, a igualdade, a vedação da tortura, a privacidade, o acesso à informação, dentre outras e outros.

De outra banda, no âmbito do direito interno, para além de assassinatos perpetrados por parceiros íntimos encerrados nas mais conhecidas e difundidas – contudo, mais restritivas - disposições legais internas referentes ao feminicídio² como decorrente de violência doméstica e familiar (artigo 121, § 2º, inciso VI c/c § 2º-A, I do Código Penal), entende-se, neste trabalho, que configuram **feminicídio de Estado**³ todas as condutas comissivas ou omissivas por parte de agentes estatais que, querendo o resultado ou assumindo o risco de produzi-lo, deem causa à morte de mulheres em razão da situação de desigualdade histórico-cultural de poder, construída e naturalizada como padrão de menosprezo ou discriminação ao gênero feminino (artigo 121, § 2º, inciso VI c/c § 2º-A, II do Código Penal).

Enquadram-se, assim, para fins de responsabilização penal de agentes de Estado todas as mortes de mulheres por atos deliberados ou decorrentes de omissão estatal em casos de misoginia interseccionados com raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, ideologia política, crença religiosa ou em situações de abortamentos clandestinos ou conduzidos em situações precárias, falta de atenção à saúde de gestantes e puérperas e de ações de grupos ou facções criminosas, bem como, para os fins especiais deste artigo, as mortes de mulheres ocorridas no período e contexto declarado pela Organização Mundial de Saúde como Pandemia Covid-19.

Neste sentido, neste trabalho, serão considerados feminicídios de Estado todas as mortes⁴ de:

Um, mulheres transexuais e travestis às quais é dificultado ou negado acesso às políticas emergenciais do Estado e que, devido à precarização das condições de trabalho nas ruas, foram expostas ao vírus em todas as fases da pandemia, consoante pesquisas e dados organizados pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra);

Dois, mulheres grávidas e puérperas durante o período pandêmico no Brasil, entendendo-se como por gestante (qualquer trimestre gestacional ou idade gestacional ignorada) ou

2 Segundo dados do 15º Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, a porcentagem de feminicídios no universo de todos os assassinatos de brasileiras foi de 35%. Há de se considerar nesse levantamento que, como apontam pesquisas mais aprofundadas, tais informações encontram-se centradas na figura do feminicídio íntimo, o que envia a compreensão do fenômeno da violência com o peso da identidade de gênero (mulheres trans e travestis), da raça e da etnia, bem como da classe social das vítimas.

3 Adotei a terminologia “feminicídio de Estado” pela primeira vez em minha obra *Processo Penal Feminista*, hoje na 2ª edição pela Editora Atlas (2021, p. 139). Contudo, em razão do trabalho de pesquisa realizado para os fins deste projeto, encontra-se no prelo o novo livro *Feminicídio de Estado: a misoginia bolsonarista e as mortes de mulheres por Covid-19*, a ser lançado pela editora Blimunda ainda em 2021. Nele, explícito mais detidamente o conceito e suas repercussões no campo jurídico de responsabilização criminal.

4 Este artigo não teria sido possível sem a colaboração de Ana Maria Martínez a quem coube a pesquisa sobre os dados coletados pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), pelo Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19), Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Quilombolas Rurais Negras (Conaq) e pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB).

puérpera, entre 10 e 55 anos, conforme definido pelo Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19);

Três, mulheres negras quilombolas, monitoramento da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Quilombolas Rurais Negras (Conaq); e

Quatro, mulheres indígenas, consoante dados referendados pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB).

Para os fins da responsabilidade penal do Presidente da República pelas mortes de mulheres e meninas, os atos misóginos praticados como chefe de Estado, considerado o reconhecimento da estrutura patriarcal que embala a hipótese de menosprezo ou discriminação à mulher (artigo 121, §2º-A, inciso II do Código Penal), são enquadrados tendo o contexto da pandemia de Covid-19 como o meio de execução cruel (artigo 121, §2º, II do Código Penal), com torpe motivação (artigo 121, §2º, I do Código Penal), para matar mulheres pelas razões da condição de sexo feminino (artigo 121, §2º, VI do Código Penal), por menosprezo e discriminação de gênero (artigo 121, §2º-A, inciso II do Código Penal).

Em considerações finais, recomenda-se a abertura e promoção de ações investigativas adequadas à averiguação de casos de mortes de mulheres em decorrência do feminicídio de Estado em face do senhor Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, pelos assassinatos reportados de mulheres transexuais, travestis, indígenas, quilombolas, gestantes e puérperas.

2 A vulneração e as mortes de mulheres transexuais, travestis, quilombolas, indígenas, gestantes e puérperas durante o período pandêmico

Preliminarmente, na linha do que venho afirmando em meus escritos (2017, 2021), não tomo aqui as mulheres transexuais, as travestis, as quilombolas, as indígenas, as gestantes e puérperas por *suas vulnerabilidades*; mas, sim, como coletividades de mulheres historicamente *vulneradas* pela estrutura patriarcal, racista, LGBTQIA+fóbica e neoliberal que as submete às mais diversas formas de violência, dentre as quais está o atentado às suas vidas durante o período pandêmico.

“*Vulnerável*” e “*vulnerabilidade*” são palavras corriqueiramente utilizadas para definir pessoas ou grupos de pessoas em situações de precariedade econômica, social, cultural e política. Pelo adjetivo “*vulnerável*”, entende-se a possibilidade de ser ferido, machucado ou violado. Alguém *vulnerável* é alguém que, por alguma circunstância, pode sofrer um dano em maior probabilidade que outra pessoa em uma mesma situação. Já pelo substantivo “*vulnerabilidade*” entende-se a característica de algo ou alguém que apresenta falhas ou incoerências. É sinônimo, pois, de fragilidades intrínsecas ao sujeito.

Essas concepções de “*vulnerável*” e “*vulnerabilidade*” são muito atraentes e convenientes em um mundo que separa perdedores e vencedores pela métrica de êxito do sujeito neoliberal, pois têm o condão de obscurecer as causas das *vulnerabilidades* que afetam as pessoas denominadas *vulneráveis*. Escondem, em verdade, que, econômica,

social, cultural e politicamente, não existem ontologicamente vulnerabilidades, mas vulnerações, que as pessoas não são vulneráveis, mas sim *vulneradas*.

Eis a razão principal para que a minha referência não esteja no adjetivo “vulnerável” ou no substantivo “vulnerabilidade”, mas, sim, no verbo “*vulnerar*”.

O verbo “vulnerar”, no latim *vulnus*, significa “ferida”, ou seja, o ato de ferir, de machucar. Uma reviravolta linguística que, tal como nos provoca a pensar António Madrid, tomado por essa raiz, permite identificar responsabilidades e reivindicar transformações. O verbo “vulnerar” nos auxilia a saber o que precisa mudar, contra o que precisamos lutar. Como diz Madrid (2015), “*si nos olvidamos de estas causas, o no las sabemos ver, o se contribuye a que nos despistemos en su identificación... ¿cómo vamos a transformarlas?*”

Los términos ‘vulnerabilidad’ y ‘vulnerable’ se han popularizado, mientras que los términos ‘vulneración’ o ‘vulnerar’ no han seguido el mismo rumbo. Nos cuesta, por ejemplo, entender cómo las estructuras económicas, políticas, mercantiles [...] vulneran los derechos de las personas. Sin embargo, se oye decir que los pobres, migrantes, refugiados, desplazados, gays, lesbianas, transexuales, personas mayores [...] son colectivos vulnerables. ¿Qué se quiere decir exactamente? ¿Qué estas personas son objeto de vulneraciones y que por tanto hay que luchar contra las causas estructurales que dañan? ¿O se está diciendo algo distinto? (MADRID, 2015).

O termo “vulnerável” encerra o perigo de pensarmos que a vulnerabilidade é uma característica da pessoa e não das estruturas nas quais vive.

Si se pierde de vista esta conexión entre vulneración y vulnerabilidad, la popularización del uso de los términos ‘vulnerable’ y ‘vulnerabilidad’ contribuirá a extender el discurso neoliberal según el cual cada persona es responsable, y sólo ella, de su suerte o mala suerte. Frente a esto, hay que identificar cuándo estamos ante situaciones de vulneraciones que, entre otros efectos, hacen vulnerables a las personas (MADRID, 2015).

Como bem aponta Madrid, na maioria dos casos, primeiro vem a vulneração, depois a vulnerabilidade⁵. Por isso, precisamos identificar as vulnerações de direitos e denunciá-las, pois o efeito da vulneração dos direitos é a vulneração das pessoas.

As travestis, as transexuais, as quilombolas, as indígenas, as gestantes e puérperas não são, nem nunca foram, vulneráveis. As estruturas do patriarcado, do machismo, do racismo, da transfobia e o neoliberalismo são as causas de sua vulneração, abrindo terreno fácil para que a misoginia as exterminasse tomando a pandemia como meio.

5 Somente como um adendo, é interessante notar que a Declaração e Programa de Ação de Viena, em certa altura, faz referência à proteção de grupos que se tornaram vulneráveis. Nos termos exatos: “II. C. 67 67. Deverá ser dado especial ênfase a medidas tendentes a estabelecer e fortalecer instituições relacionadas com os direitos humanos, ao reforço de uma sociedade civil pluralista e à proteção de grupos que se tenham tornado vulneráveis [...]”

2.1. A vulneração das travestis e transexuais

Entre aquelas ainda mais vulneradas em razão das políticas adotadas pelo Brasil durante a pandemia do coronavírus, estão as mulheres travestis e transexuais. Considerando, aqui, que a ausência de políticas públicas direcionadas a um grupo que já se sabe amplamente que sofre diversos ataques aos seus direitos fundamentais, sem dúvidas, configura também uma opção política em perpetuar ou aprofundar o cenário de violações de direitos humanos dessas pessoas.

Parte dessa política de Estado consiste na invisibilidade do(a) outro(a), seja para desfrutar direitos, seja quando da violação de direitos. Dentro desse segundo aspecto, encontra-se a sistemática de subnotificações de casos de violência (DOSSIÊ, 2021, p. 75), razão pela qual o levantamento considerado nas próximas linhas é fruto do Dossiê Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020, desenvolvido pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) e pelo Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE).⁶

O Dossiê aponta que, em 2020, a cada 48 horas, uma pessoa trans foi assassinada no Brasil, totalizando 175 vítimas e mantendo a infeliz marca de país número 1 em assassinatos de pessoas trans no mundo por 12 anos (DOSSIÊ, 2021, p. 7). Desse fato, o que certamente não se pode falar é que não havia conhecimento por parte das autoridades públicas de que essas pessoas se encontravam em situação de extremo perigo.

Somente após mais de dez anos dessa cruel marca internacional é que o Brasil, pela primeira vez em 2020, passou a levantar dados oficiais sobre a violência contra a população LGBTQIA+ no Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Ainda assim, o Dossiê muito bem destaca a contradição entre as violências sofridas no Brasil e o fato de que 15 estados e o Distrito Federal não apontarem violências com motivação de orientação sexual ou identidade de gênero (DOSSIÊ, 2021, p. 37). O Dossiê (2021, p. 37) salienta que, passados quatro anos de pesquisa, foi possível verificar que o ciclo de violências e exclusões por Estado, família e sociedade são os principais responsáveis pela vulneração, marginalização e morte das pessoas trans.

Outro aspecto revelado pelo Dossiê (2021, p. 50) é o de que todas as vítimas de assassinato em 2020 expressavam o gênero feminino, sendo reconhecidas como travestis ou mulheres trans, portanto, há uma conexão entre o gênero feminino e a violência fatal sofrida. Enquanto, entre pessoas cisgêneras, a maioria dos assassinatos se concentra no gênero masculino, entre as pessoas não cisgêneras, a maioria é no gênero feminino, comprovando que o machismo também é elemento motivador dos crimes LGBTQIA+fóbicos (DOSSIÊ, 2021, p. 52).

Nesse sentido, o Dossiê (2021, p. 73) é fundamental para traçar quem são essas vítimas da violência estatal – omissiva ou ativa –, dos conservadores e feministas radicais, da agenda neoliberal que aprofunda desigualdades sociais e da pandemia de coronavírus.

Dentro do cenário de enfrentamento a um vírus que paralisou o mundo, a linha de raciocínio é pensar que o número de assassinatos reduziria em decorrência do iso-

⁶ A Antra e o IBTE representam o Brasil no projeto de pesquisa internacional Trans Murder Monitoring (TMM), que monitora e fornece dados em todo o mundo sobre homicídios de pessoas trans e com diversidade de gênero.

lamento social. Entretanto, logo de início, o aumento do número de assassinatos de pessoas trans e travestis em 2020 revela que o direito a quarentena não é igualmente distribuído. E aqui não se fala no privilégio da quarentena, vez que isso nos remete a um não direito e, por consequência, um foco no indivíduo e não na responsabilidade do Estado em garantir o exercício do direito ao isolamento no curso de uma pandemia que matou mais de 500 mil brasileiros e brasileiras até o momento. Perpassando pelos primeiros meses da pandemia até os últimos meses de 2020, o Dossiê nos aponta:

Observamos logo no início do ano que, no primeiro bimestre de 2020 (jan/fev) registramos 40 casos de assassinatos. No segundo bimestre (mar/abr), enquanto o Brasil enfrentava o início da pandemia do coronavírus, o número de casos para o ano apresentou um aumento de 40 para 66 registros. Seguindo a mesma tendência de aumento, o terceiro bimestre (mai/jun) foi de 66 para 100 casos. No quarto bimestre (jul/ago), chegamos a 132 assassinatos. No quinto, (set/ out), saímos 132 para 149 assassinatos. Por fim, no último bimestre, fomos de 149 para 175 assassinatos (DOSSIÊ, 2021, p. 33).

Em 2019, foram 124 assassinatos de pessoas no Brasil; em 2020, esse número salta para 175 mortes – isso quer dizer, 52,5 pessoas a mais ou 43,5% a mais que a média assassinato/ano registrada (122,5) entre 2008 e 2020 (DOSSIÊ, 2021, p. 32). Essas mortes concentram-se majoritariamente na faixa entre 15 e 29 anos (56% das vítimas), seguida de 28,4% na faixa entre 30 e 39 anos, 7,3% entre 40 e 49 anos e 8,3% entre 50 e 59 anos (DOSSIÊ, 2021, p. 39). A morte na juventude trans nos recorda a exclusão familiar ainda durante o início da adolescência; segundo a Antra (DOSSIÊ, 2021, p.43), tem-se que a expulsão de casa pelos próprios genitores ocorre com 13 anos de idade, bem próximo a idade da adolescente trans de 15 anos assassinada em 2020.

Em relação ao local dos assassinatos e à profissão exercida pelas vítimas, o Dossiê (2021, p. 42) assinala que 71% ocorreram em espaços públicos, sendo que ao menos oito dessas vítimas se encontravam em situação de rua mesmo durante a pandemia, o que as colocava em uma situação de maior vulneração, seja pelo ataque fruto da transfobia, seja pela exposição ao coronavírus. O Dossiê continua e também revela que 72% eram travestis e mulheres transexuais profissionais do sexo, vítimas da exposição e marginalização imposta a essas profissionais, mas também da falta, em muitos casos, de liberdade e possibilidade, de vivenciar outras profissões; ou mesmo, em um período pandêmico, de ter assegurado o direito à saúde, que inclui outros direitos, como do isolamento, de moradia e alimentação.

Segundo o Dossiê (2021, p. 44), somente 4% das travestis e mulheres trans possuem trabalho formal, 6% estão em atividades informais e subempregos e a esmagadora maioria, 90%, necessita da prostituição como fonte primária de sobrevivência.

Essas pessoas obviamente não teriam direito ao isolamento e aqui, justamente, não haveria qualquer liberdade de escolha, a não ser entre deixar de ter uma cama para dormir e se expor à contaminação por Covid-19 ou a violências físicas e psicológicas que, no extremo, retiram e descartam suas vidas. Esse lugar da não escolha durante a pandemia é relatado pelo Dossiê (2021, p. 10):

Nossas pesquisas estimam que cerca de 70% da população de travestis e mulheres transexuais não conseguiram acesso às políticas emergenciais do Estado, devido à precarização histórica de suas vidas, chegando a terem perda significativa em suas rendas. Assim, não resta outra opção, a não ser continuar o trabalho nas ruas, impondo que tal grupo se exponha ao vírus em todas as fases da pandemia.

A maioria dessas travestis e mulheres transexuais que são deliberadamente excluídas da educação, do mercado formal de trabalho e das políticas públicas, e que são obrigadas a recorrer à prostituição nas ruas são as negras e, não por coincidência, são as mais expostas a violências e assassinatos, com o alarmante número de 80% dos casos de assassinatos (DOSSIÊ, p. 48 e 49). No ano de 2020 (DOSSIÊ, 2021, p. 48), o marcador da desigualdade racial também esteve presente: 78% das travestis e mulheres trans mortas eram negras (pretas e pardas).

O Dossiê (2021, p. 76) também destaca que, em 2020, três trans defensoras de direitos humanos foram assassinadas, o que, em qualquer cenário, já se mostra como uma perda alarmante, dado que morte de quem se dedica a lutar contra as injustiças que assolam um grupo representa mais que a perda de uma pessoa, pois é sentido no dia a dia de quem resiste para viver e avançar nas mínimas garantias de direitos. A política violenta de ausência do Estado que perdura durante a pandemia também foi responsável pela perda de muitas ativistas que foram linha de frente para garantir a sobrevivência de outras travestis e trans.

Diante de um cenário em que a população trans aponta como principais necessidades o direito ao emprego e renda (87,3%), seguido do acesso à saúde, segurança e moradia, e em que 58,6% declara pertencer ao grupo de risco para a Covid-19 (DOSSIÊ, 2021, p. 9), mas 70% desse grupo não têm acesso às medidas emergenciais ou auxílio por parte do Estado brasileiro, que nas fichas cadastrais deixou marcada sua política antitrans ao não inserir um campo para o uso do nome social, é evidente que há uma opção consciente em excluir essas pessoas (DOSSIÊ, 2021, p. 44).

O Dossiê (2021, p.123) teve acesso a 16 casos de pessoas trans vítimas de Covid-19 em 2020, mas pela não garantia de respeito ao nome social ou à identidade de gênero nos registros médicos e atestados de óbito, acreditam que esse número seja maior. Mediante todo esse quadro exposto, o Dossiê também aponta que “não houve um único projeto específico de apoio à população LGBTQIA+ para o enfrentamento da pandemia” (DOSSIÊ, 2021, p. 9).

Infelizmente, o cenário de morte em 2021 não é diferente com o novo ano: janeiro foi marcado pelo brutal assassinato de uma menina trans de apenas 13 anos (G1, 2021). O silenciamento dos gritos não pode perdurar por mais 12 anos; é preciso responsabilizar quem, no exercício de sua omissão, escolhe aquelas que irão morrer.

2.2. A vulneração das quilombolas

O racismo estrutural presente na sociedade brasileira foi marcador dos processos de enfrentamento e resistência dos Quilombos. Ainda assim, há quem se sinta no direito

de defender a igualdade racial no Brasil e, no contexto pandêmico, também a suposta e irreal distribuição igualitária do contágio e mortes por Covid-19.

No caso das quilombolas, há, ainda, o impacto do ser mulher, mulher negra. E mesmo que, antes e durante a pandemia, cumpram papéis cruciais de liderança e organização do Quilombos, não são sequer consideradas dentro dos boletins epidemiológicos estatais de forma separada dos homens quilombolas.

A subnotificação dos casos de Covid-19 também é vislumbrada nos Quilombos, que, a partir do monitoramento feito pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) e pelo Instituto Socioambiental (ISA), vêm construindo o *Observatório da Covid-19 nos Quilombos*, fundamental registro para minimizar os danos da subnotificação por parte do Estado.

Segundo a Conaq (2021), o processo de invisibilidade do coronavírus se dá por parte do poder público ao não informar os contágios e mortes pelo vírus na população quilombola, mas também pela grande mídia, que não informa na proporção que deveria a situação em que vivem os(as) quilombolas durante a pandemia. A Conaq também revela que, além da não notificação dos casos, as populações quilombolas não estão sequer conseguindo fazer exames, ou, quando conseguem, passam por muita dificuldade.

Até 14 de setembro de 2021, o *Observatório da Covid-19 nos Quilombos* registrou 5.654 casos confirmados, 1.492 monitorados e 298 óbitos. Entre as vítimas do vírus e da política de violência do Estado dado o não enfrentamento ao coronarívus, está a Tia Uia, de 78 anos, matriarca do Quilombo Perisse, localizado em Búzios.

Durante a pandemia, diversas mulheres quilombolas assumiram papéis estratégicos e de liderança na linha de frente dentro e fora dos territórios quilombolas. São elas as responsáveis pelo monitoramento dos casos de coronavírus e pela intervenção em possíveis impasses no contato com os quilombos (CONAQ, 2021).

Entre as mulheres quilombolas do Vale do Jequitinhonha, a histórica negligência ao direito à água se aprofundou durante a pandemia, momento em que obviamente a água é fundamental para a higienização e consequente diminuição do risco de contágio do vírus. Dadas essa falta de água, de um lado, e a ausência do Estado, de outro, lideranças femininas se mobilizaram para arrecadar comida, equipamentos de proteção individual (EPI) e álcool, o que foi crucial para manter as famílias mesmo diante do abandono do poder público, que deixou-as mais de 15 dias sem acesso à água durante uma pandemia mundial (VALENTE *et al.*, 2021, p. 174).

É evidente que lideranças femininas ascenderam ou demonstraram ainda mais sua importância no curso dessa pandemia, porém, quando o poder público se ausenta de suas responsabilidades, e outras mulheres tomam o dever de sobrevivência de seus iguais às custas da própria vida, não estamos por si só assistindo processos de rompimento com o machismo, mas sua perpetuação por parte do Estado na figura omissa que deixa as tarefas de planejar e garantir a sobrevivência às mulheres, algo tipicamente já relegado ao gênero feminino.

2.3. A vulneração das indígenas

A pandemia da Covid-19 veio aprofundar a política de extermínio dos povos indígenas no Brasil, o que ficou demonstrado no relatório “Nossa luta é pela vida” produzido pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e suas organizações de base e parceiros, que destrincha os oito primeiros meses da pandemia, entre março e novembro de 2020.

Mais uma vez, como é visto entre outros grupos historicamente segregados e que enfrentam verdadeiras políticas de violência institucionalizadas seja pela ação, seja pela omissão, nos deparamos com a necessidade imposta de encontrar formas de viver e sobreviver. A criação do Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena⁷, coordenado pela APIB, surge justamente da dificuldade de acesso aos dados produzidos pelo Estado, dos atrasos de notificações e da ausência sobre raça/cor nos registros de atendimento de saúde de indígenas em áreas urbanas (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2020, p. 42).

A existência desse não encontro entre os dados revelados pela Sesai e o número de indígenas vítimas da Covid-19 foi tema central no Acampamento Terra Livre (ATL) ocorrido virtualmente em abril de 2020. Naquele momento, foi organizada a Assembleia Nacional da Resistência Indígena, que deliberou pela criação do Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, e que vem monitorando nacionalmente os casos de Covid-19 no Brasil em conjunto com organizações regionais (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 70)

A importância dessa iniciativa da APIB e de outras organizações é também porque o acesso à informação verdadeira é sinônimo de poder, no sentido de ser um passo crucial para enfrentar uma pandemia mundial ou no de esconder os verdadeiros efeitos do vírus na vida e morte.

O relatório (2021, p. 102) dispõe que até recentemente, nos óbitos por Covid-19, mesmo sendo obrigatório, a partir de uma portaria do Ministério da Saúde desde 2017, mais de 26% dos casos não tiveram preenchidos o campo raça/cor, constando apenas “não declarado” ou ignorado”. Entre os declarados, foram 36,3% pardos, 36,8% brancos, pretos ou amarelos e 0,4%, indígenas. Nesse contexto, o relatório (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 77) aponta para o apagamento da população indígena quando do preenchimento raça/cor; muitos são colocados como pardos, o que reforma o racismo institucional, não revela o real dano da Covid-19 e da ausência de políticas emergências no combate ao vírus entre os povos indígenas.

Segundo o relatório (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 44), os povos indígenas “enfrentam fortes desigualdades em saúde”, além de que “[...] as doenças infecciosas tendem a se espalhar rapidamente, desestruturando a organização da vida cotidiana e os cuidados com saúde dos povos indígenas.” O relatório (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 16-17) também aponta que, além das desigualdades da saúde, os povos indígenas enfrentavam, e continuam enfrentando durante a pandemia mundial, situações de racismo, desmatamento ilegal, avanço do

7 O Comitê reúne dados das organizações de base da APIB, Frentes de Enfrentamento à Covid-19, Sesai, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Ministério Público Federal (RELATÓRIO, 2021, p. 70).

agronegócio, crimes por parte de grileiros, madeireiros e garimpeiros. No caso das meninas e mulheres indígenas, a ONU Mulheres (ONU MULHERES, 2020, p. 2), coloca, ainda, o aumento da violência sexual sofrida durante os conflitos e apropriações de terras.

Tanto o primeiro caso de contaminação como o de morte entre os indígenas foram de mulheres. O primeiro, de acordo com o relatório (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 11), foi de uma Agente Indígena de Saúde (AIS) de 20 anos, do povo Kokama, em Santo Antônio do Iça, Amazonas. E o primeiro óbito, em março de 2020, foi de uma senhora do povo Borari, em Alter do Chão, Pará (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 69).

Acerca da entrada do vírus em diversos Territórios Indígenas, é apontada pelo relatório (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 11) a negligência por parte do Estado ao não garantir a proteção devida aos trabalhadores(as) e usuários(as) do Subsistema de Saúde Indígena, exatamente como evidenciado no primeiro caso registrado, em que o contágio dos Kokama se deu pelo contato com um médico a serviço da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) vindo de São Paulo. E, posteriormente, a primeira morte de uma indígena por Covid-19 no Ceará, uma jovem Agente de Saúde do povo Tabajara, de apenas 30 anos, do município de Monsenhor Tabosa, em 10 de maio de 2020 (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 13).

Outro ponto fundamental levantado no relatório (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 14) é o descompasso entre o avanço de casos de Covid-19 entre os povos indígenas e o baixo investimento de recursos para enfrentar a situação, o que revela mais uma vez o que é historicamente perpetrado no Brasil, o genocídio dos povos indígenas:

Em um período crítico da pandemia, com um salto de 7 óbitos, no início do mês de abril, para 383 mortes, até o final do mês de junho, a Fundação Nacional do Índio (Funai) havia gasto apenas 1,18% do seu orçamento para o combate a Covid-19 entre os povos indígenas. Até o início de dezembro de 2020, a fundação indigenista gastou apenas 52% dos recursos previstos pelo órgão para o enfrentamento da pandemia, de acordo com levantamento feito pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas já se encontrava muito fragilizada quando a pandemia chegou ao Brasil e esse foi um fator determinante para o agravamento da situação entre os povos indígenas. Nos meses de abril e maio, quando os casos de contaminação por Covid-19 aumentavam no Brasil, os valores liquidados para a Saúde Indígena sofreram uma queda de R\$ 100 milhões em comparação com o mesmo período de 2019 (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 14).

O Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena (2021, p. 14) contabilizou que 161 povos tinham casos de Covid-19 até novembro de 2020. Em setembro de 2021, já são 59.118 casos, 1.203 indígenas mortos e 163 povos afetados:

Muito mais do que números, foram nossos pajés, nossas rezadeiras e rezadores, parteiras, anciões e anciãs, cacicas e caciques que partiram. Perdemos os nossos velhos que guardavam as lembranças da memória de nossa ancestralidade, guardiões do conhecimento,

dos cantos, das rezas, da nossa espiritualidade. Lideranças que dedicaram suas vidas à luta pela defesa do território, da integridade e da existência física e cultural de seus povos. Sofremos em nosso luto por essa tragédia que atinge não somente nós, indígenas, mas toda a humanidade (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 5).

Nesse cenário de extermínio, que não começa na pandemia, o relatório aponta que o governo Bolsonaro, após oito meses do primeiro caso de Covid-19 entre indígenas, não implementou um plano eficaz e transparente, vetando 22 itens do Projeto de Lei n. 1.142/2020, que era responsável por medidas contra a pandemia, dentre outros, dos indígenas, quilombolas, em relação ao qual persistiram seis vetos, sendo um deles o que garante orçamento para as ações formuladas (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 16-17).

Além disso, o Governo Federal foi responsável pela distribuição de cloroquina em alguns territórios indígenas, remédio que não possui qualquer comprovação da comunidade científica de que seria adequado nos casos de contágio de Covid-19; mais que isso, pode impor um grave risco para aqueles(as) que possuem problemas cardíacos (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 15).

Durante a pandemia, o Estado brasileiro perpetuou uma histórica política de perseguição aos povos indígenas e suas lideranças; entre elas, Sonia Guajajara, coordenadora da APIB, que foi alvo de falsas acusações por parte do chefe de Gabinete de Segurança Institucional (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 16-17).

Entre a população indígena no Brasil, que conta com cerca de 900 mil pessoas, formando 305 Povos, 448 mil são mulheres. Essas mulheres indígenas estão na linha de frente contra a Tese do Marco Temporal, pela demarcação das terras indígenas, na produção e distribuição de remédios caseiros, na luta pelo meio ambiente, na confecção de máscaras, na educação de seus parentes sobre o uso de EPIs e sobre os fatores de risco de transmissão da Covid-19, pelas políticas públicas indigenistas no Brasil (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2021, p. 71).

Diante de um projeto de dor, sofrimento, apagamento e extermínio, se não fossem os processos de luta e resistência destas e destes que se pretende que sumam do mapa do Brasil, possivelmente o cenário seria o dos sonhos daqueles que ilegitimamente sentem-se donos, a partir dos estupros, das armas de fogo ou de teses jurídicas nefastas, das terras do Brasil.

3.4. A vulneração de gestantes e puérperas

A pandemia de Covid-19 e a gestão dessa aprofundaram ainda mais a elevada taxa de mortalidade no grupo de mulheres gestantes e puérperas. Essas mulheres, já se sabia, encontravam-se em um período da vida que demanda maior atenção no quesito saúde, vez que passam por mudanças fisiológicas que podem agravar o quadro clínico em caso de contaminações, sendo o coronavírus mais um desses riscos (SANTOS *et al.*, 2021, p. 54078). Ainda assim, Rossana Francisco, docente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP, e uma das especialistas que mantém o

Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOb Covid-19), destaca o alto número de mortes dessas mulheres decorrentes da falta de assistência e tratamentos, revelando que uma em cada quatro mulheres grávidas e puérperas morreram sem serem internadas em uma unidade intensiva de saúde (ARAÚJO, 2021).

Outro elemento que demonstra a negligência estatal perante essas mulheres, que apresentavam altas taxas de mortalidade desde o início da pandemia, é que o Ministério da Saúde apenas divulgou a recomendação para a vacinação prioritária para gestantes e puérperas apenas em abril de 2021; até essa data, a imunização desse grupo somente contemplava as que possuíam comorbidades, estavam na faixa etária geral ou eram profissionais da saúde (ARAÚJO, 2021).

Da análise dos casos, o Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOb Covid-19) revela que, em 2020, foram 6.861 com 460 óbitos (6,7%), enquanto, em 2021, já são 10.955 casos, dos quais 1.409 (12,9%) são vítimas fatais. Ou seja, totalizando os dois anos, já são 1.869 (10,5%) mulheres vitimadas pela Covid-19. Entende-se por “gestante” mulher em qualquer trimestre gestacional ou idade gestacional ignorada ou puérpera, entre 10 e 55 anos, conforme definido pelo Observatório.

Sobre o momento gestacional dessas mortes, o Observatório traz os seguintes dados: 89 estavam no primeiro trimestre de gravidez, 391 no segundo trimestre, 707 no terceiro trimestre, 613 eram puérperas e 69 tiveram a idade gestacional ignorada.

O Observatório possibilita, ainda, a análise a partir do recorte de raça: das gestantes e puérperas vítimas de Covid-19, 632 eram brancas, 881 pardas, 135 pretas, 12 indígenas e 16 amarelas. Mais uma vez, temos que, quando se fala em vida ou morte, as mulheres negras (pretas e pardas) são as que mais representam os números que deixaram filhas e filhos, mães e pais, companheiros e companheiras; em um total de 1.676 mortes, elas são 1.016 ou, então, 60,6%.

Esses números também mostram o racismo estrutural que se encontra no sistema de saúde, no qual, por exemplo, o fator racial pode ser determinante para o grau de atenção a ser recebido, sendo criada “uma hierarquia no atendimento, deixar viver, deixar morrer” (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020, p. 2).

O fator escolaridade foi analisado pelo Observatório, que nos revela que o acesso à educação também pode conectar-se aos dados de saúde. Isso é muito marcante ao percebermos que as mulheres sem escolaridade, proporcionalmente, são as que menos se curaram quando contraíram Covid-19: foram 9 (15,3% em relação à contaminação) mulheres desse grupo vitimadas pelo vírus, em contraposição a 163 óbitos (11,1% em relação à contaminação) das mulheres com ensino superior. Entre as com fundamental 1, foram 72 vitimadas (11,2% em relação à contaminação); com fundamental 2, foram 171 (12% em relação à contaminação); com ensino médio, 500 mulheres vitimadas (12,1%) – totalizando 915 casos em que o Observatório trouxe esse recorte.

Quanto à idade, o Observatório ainda nos mostra que as mortes entre gestantes e puérperas também atinge mulheres jovens: da totalidade de 1.869 mortes, 78 eram mulheres menores de 20 anos e 1.129 tinham entre 20 e 34 anos. Mulheres acima de 35 anos foram 662 vítimas fatais, representando também a menor taxa de cura (75,3%), enquanto 81,3% das menores de 20 se curaram e 78,7% entre 20 e 34 anos.

Feitos esses necessários recortes dos dados que demonstram o processo de vulneração, a marca fundamental das mortes de mulheres, passo agora a tratar sobre a responsabilidade criminal do Presidente da República e o feminicídio de Estado.

4. A responsabilidade criminal do presidente da república

Processos por crimes comuns praticados por ocupantes da Presidência da República não deveriam ser corriqueiros em nossa histórica republicana. Contudo, no curto tempo de nossa vida democrática pós-1988, três ocasiões neste sentido são emblemáticas – duas delas por serem muito contemporâneas.

A primeira teve como réu ninguém menos que Fernando Collor de Mello, cujo processo resultou em absolvição pelo Supremo Tribunal Federal por falta de provas, muito embora tenha sofrido o *impeachment*. A segunda envolveu Michel Temer, cuja resolução ainda está pendente de julgamento em instância ordinária, em virtude da perda por ele do foro privilegiado. A terceira e última, ainda em fase de inquérito, envolve Jair Messias Bolsonaro, em nada menos que quatro investigações perante o Supremo Tribunal Federal e uma perante o Tribunal Superior Eleitoral.

Nosso sistema constitucional, portanto, não impede que investigações sejam imediatamente iniciadas em casos de crimes comuns do Presidente da República. E, tampouco, como referido anteriormente, Jair Bolsonaro é debutante nesse tipo de procedimento investigativo⁸. Por sinal, um dos quatro inquéritos em aberto no Supremo Tribunal Federal visa investigar seus atos diretos em relação à Covid no que diz respeito à negociação da vacina indiana Covaxin⁹.

Consoante estabelecido no artigo 86, *caput*, do Texto Maior, caberá ao Supremo Tribunal Federal, admitida a acusação por dois terços da Câmara dos Deputados, julgar o Presidente da República nas infrações penais comuns. Em tal hipótese, nos termos do

8 Os demais inquéritos em curso no Supremo Tribunal Federal versam sobre a interferência na autonomia da Polícia Federal, após as denúncias feitas pelo ex-ministro da Justiça e Segurança Pública Sérgio Moro, em 24 de abril de 2020; a divulgação de fake news (informações falsas); e o vazamento nas redes sociais da íntegra de inquérito sigiloso da Polícia Federal que apura suposto ataque ao sistema interno do TSE em 2018 – e que, conforme o próprio tribunal, não representou qualquer risco às eleições. Há, ainda, investigação no Tribunal Superior Eleitoral em inquérito administrativo, proposto pelo Corregedor-Geral da Justiça Eleitoral, Luís Felipe Salomão, para que sejam apresentadas provas que comprovem ocorrências de fraude no sistema eletrônico votação nas eleições de 2018, em particular nas urnas eletrônicas, pois Bolsonaro passou os últimos dois anos e meio afirmando que houve fraudes naquele pleito, sempre afirmando a existência de supostas provas, sem nunca apresentá-las. Convertido em inquérito, o objeto da apuração foi ampliado para englobar o possível abuso de poder econômico e político, o uso indevido dos meios de comunicação social, corrupção, fraude, condutas vedadas a agentes públicos e propaganda extemporânea em relação aos ataques contra o sistema eletrônico de votação e à legitimidade das eleições de 2022.

9 Conforme depoimentos prestados na CPI da Pandemia no Senado Federal pelos, como ficaram conhecidos, “irmãos Miranda”, o Presidente da República tomou conhecimento de irregularidades configuradoras de crime, em tese, na aquisição da vacina Covaxin, produzida na Índia, não tendo ele, o Presidente, adotado as providências cabíveis, a saber, comunicação às autoridades competentes (Polícia Federal e MPF) no tocante a tais irregularidades. Entendendo configurado o crime de prevaricação pelo Presidente da República (artigo 319 do Código Penal), os senadores Raulo Rodrigues e outros provocaram o STF para instaurar, na hipótese vertente, inquérito policial para averiguação dos fatos. Sorteada como relatora, a ministra Rosa Weber, determinou que o MPF o instaurasse, no que não foi atendida por razões pífias articuladas pelo Subprocurador da República. Diante desse fato, a Relatora pressionou o MPF, que não teve outra alternativa senão requerer a abertura do inquérito.

§1º, I desse mesmo preceito constitucional, recebida a denúncia ou queixa-crime pela Corte, o mandatário da República permanecerá por 180 dias suspenso das suas funções.

Reza também a Carta que, caso nesse prazo, não seja concluído o julgamento, cessará o afastamento (artigo 86, §2º da CF). E, de igual sorte que, não sobrevivendo sentença condenatória, nas infrações penais comuns, o Presidente da República não estará sujeito a prisão (artigo 86, §3º da CF).

Vale lembrar que, conforme o artigo 102, I, b da CF, c/c artigo 21, XV do Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal, compete à Corte processar e julgar o Presidente da República por infrações penais comuns, bem como supervisionar os respectivos inquéritos. Importante destacar que, diferentemente do que ocorre com os processos por infrações penais comuns do Presidente da República, que demandam autorização prévia da Câmara dos Deputados (artigo 51, I da CF), as investigações não dependem dessa anuência parlamentar prévia, posto que, nos termos do Regimento Interno do STF, no acima referido artigo 21, XV, assegurou-se à Suprema Corte a prerrogativa de supervisionar o inquérito, independentemente de autorização da Câmara.

É nesta esteira que proponho que, sem prejuízo da responsabilização penal por crimes de responsabilidade nos termos do artigo 86, § 1º, II da Constituição Federal, bem como por crimes de lesa-humanidade, capitulados no Estatuto de Roma, que rege o Tribunal Penal Internacional, deve responder também o Presidente da República por crimes comuns decorrentes de atos relativos ao exercício de suas funções, durante a vigência de seu mandato.

Como sobejamente foi apurado pela Comissão Parlamentar de Inquérito aberta no Senado Federal, dados apresentados em depoimento prestado pelo professor doutor Pedro Hallal, da Universidade Federal de Pelotas, apontam que os atos de ação e omissão do Estado e do Governo brasileiro na condução do enfrentamento da Pandemia da Covid-19 resultaram em mortalidade por Covid-19 no Brasil 4 a 5 vezes maior do que a média mundial.

Também, consoante documento preliminar firmado pelo eminente pesquisador Flavio Luiz Schieck Valente¹⁰, são reais e substanciais evidências que comprovam que o processo ao qual se refere o professor Hallal ocorreu (e ocorre) em uma orquestração flagrante que visou (e visa) ao retrocesso deliberado no campo da saúde e à desproteção crescente de grupos vulnerados, em uma postura que se tornou conhecida sob a nomenclatura de “negacionismo”.

10 O documento a que se faz referência trata-se do texto Violações de direitos humanos no contexto da pandemia pela Covid-19 no Brasil, produzido no bojo de projeto de pesquisa coordenado pela Articulação para o Monitoramento de Direitos Humanos no Brasil (AMDH), que reúne o Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH), o Processo de Articulação e Diálogo (PAD), o Fórum Ecumênico Act Brasil (FeAct) e organizações parceiras de Misereor no Brasil, o Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) direcionada aos Sistemas Regional e Global de Direitos Humanos. Tal documento foi tornado público em evento paralelo à 48ª Sessão Ordinária do Conselho de Direitos Humanos da ONU, intitulado “Direitos Humanos à Saúde e à Vida na Covid-19 no Brasil”, realizado em 30 de setembro de 2021, com acesso público disponível na plataforma YouTube, pelo link https://www.youtube.com/watch?v=z6M_QsH6vKQ.

Nas palavras de Valente (2021):

Existem provas conclusivas e evidências científicas que a evolução da pandemia em âmbito internacional e nacional denotavam o altíssimo grau de infectividade do vírus e a rapidez de expansão da pandemia, e que estava claro o risco de colapso do sistema de atenção à saúde, em particular das unidades de terapia intensiva, caso medidas severas de distanciamento social, uso de máscaras, higienização com álcool-gel e água e sabão neutro não fossem adotadas. Existem evidências que o Governo Federal tinha à sua disposição as informações e os recursos necessários para adotar uma postura de governança antecipatória e tomar todas as medidas para conter ao máximo a expansão da pandemia ao nível mais baixo possível, contendo a mortalidade. Ao contrário do esperado, o Governo Federal, sob a liderança explícita do Presidente da República, não só ignorou a evidência gerada pelo que vinha ocorrendo em outros países, não adotando as medidas necessárias, bem como passou a questionar, contestar e criticar publicamente as informações produzidas pela comunidade científica nacional e internacional, endossadas pela OMS.

Ademais, como assevera Valente (2021, grifos nossos),

O Presidente deixou de exercer a governança antecipatória e desenvolveu uma verdadeira campanha de desinformação, descaracterizando a pandemia como uma “gripezinha” e o uso da máscara como coisa de “**covardes**” e, pejorativamente, coisa de “**maricas**.” Além de ter promovido uso de medicações não eficazes como principal ação de enfrentamento.

Em dada passagem de sua obra, professor Juarez Cirino dos Santos (2014) relembra o famoso caso Thomas, de 1875, em que o agente Alexander Keith decidiu explodir o próprio navio com o objetivo de fraudar o seguro, apesar de, com esse ato, provocar a morte da tripulação e de passageiros. Eis a definição de “dolo direto de segundo grau”, isto é, quando os meios de ação escolhidos para realizar o fim e, de modo especial, os efeitos secundários são representados pela pessoa autora como certos ou necessários.

E, também, neste exemplo histórico o melhor paralelo para compreender as ações do senhor Jair Bolsonaro que, visando à consolidação de seu projeto de poder pautado no racismo, no machismo, na LGBTQIA+fobia, na intolerância religiosa, levaram o negacionismo às últimas consequências, deliberadamente provocando a morte de milhares de pessoas, dentre as quais estavam muitas das por ele consideradas indesejáveis, como as mulheres transexuais e travestis, as indígenas, as quilombolas, as gestantes e puérperas.

Como bem diz o mestre Juarez Cirino, os efeitos secundários podem ser até lamentados pelo autor (SANTOS, 2014, p. 133), mas o fato é que a vontade de Bolsonaro sempre esteve dirigida a determinado resultado, efetivamente desejado, e a utilização dos meios para alcançá-lo incluiu, obrigatoriamente, efeitos colaterais de verificação praticamente certa por ele reconhecidos e admitidos. E, de todas as frases emblemáticas do Presidente da República, quiçá sejam as três que recorto e colo a seguir as que melhor comprovam sua conduta dolosa.

“E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre.” (BOLSONARO, abr. 2020).

“A gente lamenta todos os mortos, mas é o destino de todo mundo.” (BOLSONARO, jun. 2020).

“Tudo agora é pandemia, tem que acabar com esse negócio, pô. Lamento os mortos, lamento. Todos nós vamos morrer um dia, aqui todo mundo vai morrer. Não adianta fugir disso, fugir da realidade. Tem que deixar de ser um país de maricas.” (BOLSONARO, nov. 2020).

Nunca faltou ao Presidente da República o conhecimento de que os meios escolhidos para afirmar seus propósitos trariam como resultados centenas de milhares de mortes. Assim como nunca ele deixou de executar ações capazes de aumentar ainda mais o número de óbitos pela disseminação da desinformação.

Entre outras condicionantes elementares, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, criado em 1985 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, para garantir o cumprimento do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, entende a informação como fator para o acesso à saúde (LAMY; HAHN; MENEZES, 2018, p. 49). Esse direito à informação deve expressar uma “espécie de garantia supranacional da Democracia” à medida que a informação for verdadeira, completa e objetiva (MOLINARO; SARLET, 2014, p. 16).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (e seu Protocolo Opcional), e o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (e seus dois Protocolos Opcionais) formam a chamada Carta Internacional dos Direitos Humanos, sendo os Pactos reconhecidos como a primeira forma de positivação dos direitos previstos na Declaração Universal.

Pois bem, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, na mesma medida em que reforça a relevância da liberdade de expressão, reafirma que esta também inclui a *liberdade de receber informações* a implicar *deveres e responsabilidades especiais* e que, por isso, conseqüentemente, poderá estar sujeita a *certas restrições* previstas em lei e *que se façam necessárias* visando *proteger a segurança nacional, a ordem, a saúde ou a moral públicas* (artigo 19, 1; 2 “b”).

Também, a Convenção Americana Sobre Direitos Humanos – adotada pela Organização dos Estados Americanos em 22 de novembro de 1969, durante a Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos – e conhecida como Pacto de San Jose da Costa Rica, determina serem livres o pensamento e a expressão, o que não elimina a possibilidade de restrições que sejam necessárias para, dentre outras, a proteção da saúde (artigo 13, 4).

Por fim, a Declaração e o Programa de Ação de Viena enfatizam a importância de que os Estados protejam e promovam os direitos humanos e liberdades fundamentais de todos, todas e todes, sem exceção ou discriminação, reconhecendo que os direitos das mulheres e meninas são parte indivisível dos direitos humanos, apontando a violência como violação de tais direitos. E, especialmente, sobre a comunicação, a Declaração e o Programa sublinharam (39) a importância de **uma informação objetiva, responsável e imparcial** sobre direitos humanos e questões humanitárias.

Na linha diametralmente inversa do “expressar-se” em *lives* e pronunciamentos voluntária e conscientemente destinados a difundir entre a população brasileira o

negacionismo quanto às vacinas, o uso de medicamentos ineficazes e a adoção de métodos mirabolantes de “cura” condenados de modo veemente por aprofundados estudos científicos, o Presidente da República tinha o DEVER de transmitir informações reais que visassem impedir e não provocar mortes.

No âmbito legislativo interno, o que se extrai do texto constitucional é que a liberdade de comunicação é um verdadeiro conjunto de direitos, de formas, de processos e de veículos que possibilitam a coordenação desembaraçada da criação, da expressão e da manifestação do pensamento, de informação e da organização dos meios de comunicação. Isto é, uma garantia muito maior, que ultrapassa a mera expressão e que compreende vários direitos fundamentais, dentre os quais se destacam o (1) direito de ser informado; (2) o direito de informar; e o (3) direito de ter acesso à informação (MENDES, 2008, p. 50).

O direito fundamental de informar assegura o poder de divulgar fatos ou notícias que sejam de interesse coletivo. Neste sentido, o direito é entendido como uma liberdade negativa, pois pressupõe o dever do Estado em abster-se de obstaculizar o processo de comunicação, assim como o dever de proteger que esse mesmo processo seja obstruído por terceiros. O direito fundamental de ser informado, por outra via, corresponde ao direito de receber informações sobre tudo o que sucede na sociedade. É dizer da necessidade de evitar a marginalização social provocada pela falta de informação ou, ainda, pela informação distorcida. E, por fim, o direito fundamental ao acesso à informação, enfim, pressupõe o livre acesso a todas as fontes de notícia possíveis (MENDES, 2008, p. 51).

O direito à comunicação é um dos pilares centrais de uma sociedade democrática. Logo, assumir a comunicação como um direito fundamental significa reconhecer o descumprimento dos deveres que incumbiam (e incumbem) ao Presidente da República e os direitos de todo o povo por ele violados mediante a difusão de informações totalmente desprovidas de fundamentação científica.

“Não está comprovada cientificamente.”

“Não há nada comprovado cientificamente sobre essa vacina aí.” (BOLSONARO, jan. 2021)

A nenhum mandatário de um Estado signatário dos compromissos internacionais com os direitos humanos, tal como é o brasileiro, pode ser dado impunemente descumprir tais obrigações. Em seus conhecidos arroubos obscurantistas, até era previsível a discordância com elas; entretanto, descumpri-las nunca, sob pena de por si só, com tais ações e omissões, dar início a atos executórios de práticas cujas consequências e circunstâncias garantiam a certeza de que mortes ocorreriam.

Na linha do que entendem Zaffaroni e Pierangeli (2000, p. 56), o “começo de execução do crime” não é o “começo de execução da ação típica”, pois o início da execução do delito abarca atos que, conforme o plano da pessoa autora, são imediatamente anteriores ao começo de execução da ação típica, ou seja, também do princípio da execução da ação típica. Em síntese, para os fins de compreensão sobre o termo preliminar da execução, é de ver-se que atos executórios pelos meios escolhidos se incluem no núcleo típico.

Contudo, também abarcam os atos periféricos e imediatamente anteriores de acordo com o plano necrobiopolítico¹¹ de Jair Bolsonaro.

Em entrevista à Agência Italiana de Notícias (ANSA Brasil)¹², em dezembro de 2020, o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Fernando Pigatto, reportou que diversas autoridades se reuniram no início de fevereiro, incluindo representantes do Ministério da Saúde e da Fiocruz, para debater um plano que poderia ter evitado essa quantidade de contágios e vítimas.

Contudo, segundo ele, todos os esforços realizados, da sociedade civil, dos conselhos, por profissionais de saúde e de autoridades sanitárias no Brasil e no mundo, não impediram que o Presidente da República “*negasse tudo aquilo que a ciência mostra*”. Segundo Pigatto:

Isso leva as pessoas a desacreditarem naquilo que a própria ciência mostra, porque um presidente, independentemente da forma como atua, é exemplo para as pessoas, serve de modelo. Se o Presidente diz ‘isso é uma gripezinha’ ou um ‘resfriadinho’, ‘não vai acontecer nada’, as pessoas vão achar que isso é o certo por estar vindo da boca de um presidente.

Perfiro-me aos pesquisadores citados para entender pela robusta existência de indícios de autoria e materialidade de, como dito anteriormente, sem prejuízo dos crimes de responsabilidade e de lesa-humanidade, diversos crimes comuns praticados pelo Presidente da República. Contudo, de outra via, tomando em conta as mortes de mulheres – em especial dos grupos vulnerados mencionados – ocorridas durante o período pandêmico, que ocorreram e ocorrem no especial contexto misógino ampla e abertamente propagado pelo senhor Jair Messias Bolsonaro.

Para os fins de enquadramento típico das condutas praticadas pelo Presidente da República nos termos do o artigo 121, §2º-A, inciso II do Código Penal, compreendem-se como ***feminicídio de Estado¹³ todas as condutas comissivas ou omissivas de agentes estatais que, querendo o resultado ou assumindo o risco de produzi-lo, deem causa à morte de mulheres em razão da situação de desigualdade histórico-cultural de***

11 A professora Berenice Bento nos propõe analisar os contextos contemporâneos complexos a partir dos conceitos de “biopolítica” e “necropolítica”, de modo a compreendermos que “a governabilidade, para existir, precisa produzir interruptamente zonas de morte”, de tal modo que, em contextos de estados coloniais como os latino-americanos, a “governabilidade e o poder soberano não são formas distintas de poder, mas têm [...] uma relação de dependência contínua — seja numa abordagem sincrônica ou diacrônica”, cunhando uma noção de “necrobiopoder”. Tomando essa formulação por referência, a professora Joice Nielsson e o professor Maiquel Wermuth analisam em que medida “necropoder e biopoder (vida matável e vida vivível) são termos indissociáveis para se pensar a relação do Estado com os grupos humanos que habitaram e habitam o Estado-Nação”. E, desse modo, compreender como a necrobiopolítica tem atingido corpos femininos, resistentes e dissidentes, manuseando estereótipos de gênero para controlar e gerir a vida, ao mesmo tempo que intensifica a produção necropolítica da morte, como forma de exercício de soberania por parte de um poder biopatriarcalista – masculino, branco, colonial, heteronormativo e neoliberal.

12 Disponível em: https://ansabrasil.com.br/brasil/noticias/brasil/entrevistas/2020/12/21/especial-o-virus-verbal-de-bolsonaro-em-ano-de-pandemia_a7f51955-9021-468d-98fb-9aa7e4cbc2a8.html.

13 Como dito anteriormente, adotei a terminologia “feminicídio de Estado” pela primeira vez em minha obra Processo Penal Feminista (2. ed., Atlas, 2021). Encontra-se no prelo o novo livro Feminicídio de Estado: a misoginia bolsonarista e as mortes de mulheres por Covid-19 (Blimunda, 2021), no qual explico em pormenores o conceito e suas repercussões no campo jurídico de responsabilização criminal.

poder, construída e naturalizada como padrão de menosprezo ou discriminação ao gênero feminino.

Neste sentido, é importante mencionar que, tal como já consignado nos Enunciados da Comissão Nacional de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Copevid), em especial no Enunciado n. 24 (006/2015), a qualificadora do feminicídio, na hipótese do artigo 121, §2º-A, inciso II do Código Penal, qual seja, menosprezo ou discriminação à mulher, possui natureza objetiva, em razão do reconhecimento “*da situação de desigualdade histórico-cultural de poder*”¹⁴ dos homens em relação às mulheres.

Na mesma linha, como apontam jurisprudência e doutrina, a inclusão da qualificadora agora prevista no artigo 121, § 2º, inciso VI do CP não poderá servir apenas como substitutivo das qualificadoras de motivo torpe ou fútil, que são de natureza subjetiva, sob pena de menosprezar o esforço do legislador. A Lei n. 13.104/2015 veio a lume na esteira da doutrina inspiradora da Lei Maria da Penha, buscando conferir maior proteção à mulher brasileira, vítima de condições culturais atávicas que lhe impuseram a subserviência ao homem. Resgatar a dignidade perdida ao longo da história da dominação masculina foi a *ratio essendi* da nova lei, e o seu sentido teleológico estaria perdido se fosse simplesmente substituída a torpeza pelo feminicídio. Ambas as qualificadoras podem coexistir perfeitamente, porque é diversa a natureza de cada uma: a torpeza continua ligada umbilicalmente à motivação da ação homicida, e o feminicídio ocorrerá toda vez que, objetivamente, haja uma agressão à mulher proveniente de convivência doméstica familiar.”¹⁵

A desigualdade entre homens e mulheres, alicerçada em relações patriarcais de poder milenarmente construídas, secularmente alimentadas e contemporaneamente incentivadas é a força motriz da perpetuidade das mais variadas formas de violência violadoras do complexo de direitos humanos que devem ser garantidos às mulheres. Tomada essa como premissa – por sinal, muito bem amparada em incontáveis volumes de produção intelectual feminista em diversas áreas do saber –, desnecessário é dispendar mais linhas para reconhecer o Brasil como um território onde ainda vige a selvageria de gênero em suas intersecções com raça e classe, na mesma linha epistemológica que motivou o excerto jurisprudencial exposto.

Sem embargo, ainda que seja, como dito e aceito em jurisprudência e melhor doutrina, a qualificadora do feminicídio objetiva, muito especialmente, no que toca ao reconhecimento da estrutura patriarcal que embala a hipótese de menosprezo ou discriminação à mulher (artigo 121, §2º-A, inciso II, do Código Penal), fato é que a misoginia expressa diretamente pelo senhor Presidente da República e de seus subordinados nunca esteve no campo de discursos estrategicamente desconectados, sem finalidades específicas e capazes de impulsionar objetivamente atos que resultaram, e resultam, em mortes de mulheres.

14 Neste sentido, segundo o Enunciado n. 24 (006/2015), “A qualificadora do feminicídio, na hipótese do art. 121, §2º-A, inciso II, do Código Penal, possui natureza objetiva, em razão da situação de desigualdade histórico-cultural de poder, construída e naturalizada como padrão de menosprezo ou discriminação à mulher.” (Aprovado na II Reunião Ordinária do GNDH em 7 de agosto de 2015 e pelo Colegiado do CNPG em 22 de setembro de 2015).

15 Acórdão n. 904781, 20150310069727RSE, Relator: GEORGE LOPES LEITE, 1ª Turma Criminal, Data de Julgamento: 29/10/2015, Publicado no DJE: 11/11/2015. p. 105. No mesmo sentido, Superior Tribunal de Justiça STJ - HABEAS CORPUS: HC 0330678-72.2017.3.00.0000 MG 2017/0330678-6.

Neste contexto, a pandemia de Covid-19 foi o meio de execução cruel (artigo 121, §2º, II do Código Penal), de torpe motivação (artigo 121, §2º, I do Código Penal), para matar mulheres pelas razões da condição de sexo feminino (artigo 121, §2º, VI do Código Penal), por menosprezo e discriminação de gênero (artigo 121, §2º-A, inciso II do Código Penal).¹⁶

A misoginia é a repulsa e o ódio às mulheres. Essa forma de aversão ao feminino está diretamente vinculada aos atos de violência praticados contra as mulheres e é a principal responsável por grande parte dos feminicídios e pelas outras violências. Trata-se de uma forma de compreensão de mundo que tomou o Brasil a partir de 2019, como demonstram, por exemplo, as seguintes manifestações públicas do Presidente da República:

“Brasil tem de deixar de ser ‘país de maricas’ e enfrentar pandemia ‘de peito aberto’.” (BOLSONARO, nov. 2020).

“3 meninas? 3 fraq... Não vou falar não, senão vai dar problema”¹⁷ (BOLSONARO, ago. 2020).

“Quem quiser vir aqui fazer sexo com uma mulher, fique à vontade. O Brasil não pode ser um país de turismo gay. Temos famílias.”¹⁸ (BOLSONARO, abr. 2020).

“Com toda a certeza, o índio mudou. Está evoluindo. Cada vez mais o índio é um ser humano igual a nós.”¹⁹ (BOLSONARO, jan. 2020).

“O Brasil é uma virgem que todo tarado de fora quer.” (BOLSONARO, jul. 2019).

Os recortes são somente alguns dos inúmeros exemplos do desprezo em relação ao feminino pelo senhor Jair Bolsonaro como Presidente da República. Uma aversão que vem de longa data, mas que, no contexto da pandemia, assumiu a feição de forma de violência letal, pela qual deve ser responsabilizado.

As primeiras expressões públicas de misoginia de que se tem registro remontam ainda a seu primeiro mandato para a Câmara dos Deputados na década de 1990, onde permaneceu por 30 anos até se candidatar ao Planalto. Dentre povos indígenas, quilom-

16 Vide, também: Guilherme de Souza Nucci (2017, p. 46-47), ao tratar do feminicídio, esclarece que se trata de “uma qualificadora objetiva, pois se liga ao gênero da vítima: ser mulher”, advertindo que “o agente não mata a mulher somente porque ela é mulher, mas o faz por ódio, raiva, ciúme, disputa familiar, prazer, sadismo, enfim, por motivos variados que podem ser torpes ou fúteis; podem, inclusive, ser ‘moralmente relevantes’, não se descartando, por óbvio, a possibilidade de o homem matar a mulher por questões de misoginia ou violência doméstica; mesmo assim, a violência doméstica e a misoginia proporcionam aos homens o prazer de espancar e matar a mulher, porque esta é fisicamente mais fraca, tratando-se de violência de gênero, o que nos parece objetivo, e não subjetivo.”

17 “Eu tenho 5 filhos. Foram 4 homens, a quinta eu dei uma fraquejada e veio uma mulher.” Frase de Jair Bolsonaro em palestra na Hebraica, Rio de Janeiro, em 5 de abril de 2017.

18 Sobre o lugar da mulher no mercado de trabalho, vale lembrar a seguinte declaração: “Eu sou liberal. Defendo a propriedade privada. Se você tem um comércio que emprega 30 pessoas, eu não posso obrigá-lo a empregar 15 mulheres. A mulher luta muito por direitos iguais, legal, tudo bem. Mas eu tenho pena do empresário no Brasil, porque é uma desgraça você ser patrão no nosso país, com tantos direitos trabalhistas. Entre um homem e uma mulher jovem, o que o empresário pensa? ‘Poxa, essa mulher tá com aliança no dedo, daqui a pouco engravida, seis meses de licença-maternidade...’ Bonito pra c..., pra c...! Quem que vai pagar a conta? O empregador. No final, ele abate no INSS, mas quebrou o ritmo de trabalho. Quando ela voltar, vai ter mais um mês de férias, ou seja, ela trabalhou cinco meses em um ano.” (BOLSONARO, 23 fev. 2015).

19 Quanto às comunidades quilombolas, em palestra proferida em abril de 2017, disse o senhor Jair Bolsonaro: “Fui num quilombola em Eldorado Paulista. Olha, o afrodescendente mais leve lá pesava 7 arrobas. Não fazem nada. Eu acho que nem para procriador ele serve mais.”

bolas, defensores e defensoras de direitos humanos e políticas públicas de igualdade, as mulheres e as pessoas LGBTQIA+ sempre estiveram em sua mira. Afirmações de repulsa a mulheres não poucas vezes formuladas com requintes de crueldade, como ocorrido quando saudou o Coronel Brilhante Ustra – comandante de um dos maiores centros de repressão durante a ditadura (o DOI-Codi, em São Paulo, entre 1970 e 1974) e reconhecido pela Justiça como torturador durante a ditadura militar – por ocasião de seu voto favorável ao processo de *impeachment* da então presidenta da República, Dilma Rousseff (uma das vítimas do citado carrasco da repressão política), em abril de 2016.

“Pela memória do coronel Carlos Alberto Brilhante Ustra, o pavor de Dilma Rousseff [...] o meu voto é sim.” (BOLSONARO, abr. 2016).

Importante mencionar que, no universo paralelo bolsonarista, tudo, todas e todos que se opõem aos mandos e desmandos do “Mito” – modo como Jair Bolsonaro é reverenciado entre seus apoiadores e apoiadoras – é, numa muito própria ordem de ideias incentivadoras do ódio, colocado no mesmo pacote de indesejáveis e extermináveis. Nessa linha de repulsa e desejo de morte, suas declarações nunca foram subliminares, sempre claras:

“Essa turma, se quiser ficar aqui, vai ter que se colocar sob a lei de todos nós. Ou vão para fora ou vão para a cadeia. Esses marginais vermelhos serão banidos de nossa pátria.” (BOLSONARO, out. 2018).

“[O policial] entra, resolve o problema e, se matar 10, 15 ou 20, com 10 ou 30 tiros cada um, ele tem que ser condecorado, e não processado.” (BOLSONARO, ago. 2018).

Em referência direta à eliminação das minorias, na qual estão indígenas, mulheres trans, travestis, quilombolas, LGBTQIA+ e feministas, em um vídeo publicado no YouTube em que se pronunciou em um evento no estado da Paraíba, o então Deputado Federal já afirmava:

“Somos um país cristão. Não existe essa historinha de Estado laico, não. O Estado é cristão. Vamos fazer o Brasil para as majorias. As minorias têm que se curvar às maiorias. As minorias se adequam ou simplesmente desaparecem.” (BOLSONARO, 2017).

Essa afirmação, em conjunto com suas ações e omissões que resultaram na morte de milhares de pessoas no Brasil, dentre as quais, como defendo, mulheres trans, travestis, quilombolas, indígenas, gestantes e puérperas sob a qualificadora do feminicídio, tem relação direta com o ato que, durante seu mandato, veio a concretizar-se com a indicação para ocupação de uma vaga no Supremo Tribunal Federal de um jurista, em suas palavras, “*terrivelmente evangélico*”²⁰.

20 Sempre na contramão do processo civilizatório, o Presidente da República faz pouco caso para o fato de que, por exemplo, na 2ª Conferência Mundial de Direitos Humanos (realizada em Viena, em 1993) tenha sido aprovado o seguinte texto: “II. A. 22. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos apela a todos os Governos para que adotem todas as medidas adequadas, em conformidade com as suas obrigações internacionais e no

Contribui, ademais, para corroborar o desprezo pela vida das mulheres, a série de declarações do Presidente, classificadas de “misóginas” nos autos da Ação Civil Pública n. 5014547-70.2020.4.03.6100, impetrada pelo Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP), movida contra a União, visando reparação por danos morais por atos que configuram, nos termos da inicial, “abuso de liberdade de expressão” e que, também em seu texto, profanam “os fundamentos e objetivos fundamentais da Constituição”.

Para encerrar, é importante referir que, para fins investigatórios, em 2016, foi adotado no Brasil o documento denominado “Diretrizes Nacionais para Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres” (PASINATO, 2016), no intuito de implantar entre nós o “Protocolo latino-americano para investigação das mortes violentas de mulheres por razões de gênero no Brasil”.

Em síntese, esse documento é uma adaptação do “Modelo de Protocolo Latino-americano de Investigação das Mortes Violentas de Mulheres por Razões de Gênero (femicídio/feminicídio)”, destinado a orientar operadores e operadoras, bem como as especialistas de instituições do sistema de justiça criminal brasileiro (polícia, Ministério Público, defensoria pública e magistratura) em suas práticas.

Conforme estabelecem as Diretrizes – a serem tomadas como um paradigma para os casos de mortes de mulheres decorrentes de Covid-19 –, mediante o mínimo indício de dúvida sobre a *causa mortis*, devem ser realizadas investigações sob a perspectiva de gênero, o que implica, em todos os casos, que se busque informações sobre o perfil da vítima, sua condição de vida anterior à morte e, acrescento, **o contexto cultural, social, político e econômico misógeno no qual estava inserida.**

No contexto brasileiro, o feminicídio de uma mulher nunca é igual ao feminicídio de outra mulher se considerarmos identidade de gênero, raça e classe (MENDES, 2021, p. 138-139). De tal modo que os “outros feminicídios” para os quais a ação estatal é direta, por ação ou omissão, materializam-se como feminicídios de Estado, a serem investigados e punidos em nome dos direitos à justiça, à verdade e à memória²¹ das mulheres cuja vida é arrancada nessas condições.

respeito pelos respectivos sistemas jurídicos, para combater a intolerância e a violência com ela conexas que tenham por base a religião ou o credo, incluindo práticas discriminatórias contra as mulheres e profanação de locais religiosos, reconhecendo que cada indivíduo tem direito à liberdade de pensamento, consciência, expressão e religião. A Conferência convida, igualmente, todos os Estados a porem em prática as disposições da Declaração sobre a Eliminação de Todas as Formas de Intolerância e Discriminação baseadas na Religião ou no Credo.”

21 De acordo com o Modelo de Protocolo, todas as ações para investigar, processar e punir responsáveis por mortes de mulheres hão de nortear-se pelos direitos à justiça, à verdade e à memória. O acesso à justiça constitui um elemento central das obrigações internacionais. O padrão de devida diligência parte do pressuposto de que os Estados devem contar com sistemas de justiça adequados, que garantam o acesso aos mecanismos da justiça penal e restaurativa às mulheres vítimas de violência. O direito à verdade está diretamente conectado ao direito à justiça e aos interesses das vítimas sobreviventes e indiretas em ver os responsáveis pelos crimes identificados, processados, julgados e punidos da tentativa ou morte consumada e outros crimes que estejam relacionados. Adicionalmente, o direito à verdade também implica que as vítimas possam conhecer as motivações para o crime e, em caso de desaparecimento, que a vítima seja localizada e/ou seu corpo restituído à família. O direito à memória tem relação estreita com a atuação de todos os profissionais do sistema de justiça. Numa dimensão mais ampla, o respeito à memória ultrapassa o caso individual e por meio do dever de devida diligência do Estado, ao promover mensagens de teor pedagógico e preventivo, os operadores do Direito, numa atitude transformadora na perspectiva de gênero, contribuirão para comunicar para toda a sociedade que a violência contra as mulheres com base no gênero é inaceitável. (ONU MULHERES, 2014).

5. Considerações finais

É dever de todos os entes públicos – aqui, em particular, do Poder Judiciário, Ministério Público e Polícia Judiciária – a observância dos compromissos firmados internacionalmente. De modo que, com saliente relevo, em atenção à obrigatoria convencionalidade de seus atos, devem estes aterem-se aos ditames da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, segundo a qual o Brasil deve “adotar, por todos os meios apropriados **e sem demora**, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência”, assim como empenhar-se em (artigo 7º).

- a) abster-se de qualquer ato ou prática de violência contra a mulher e velar por que as autoridades, seus funcionários e pessoal, bem como agentes e instituições públicas ajam de conformidade com essa obrigação;
- b) agir com o devido zelo para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher; [...].

Sob o prisma da convencionalidade, considerado o reconhecimento da estrutura patriarcal abarcado na hipótese legal de menosprezo ou discriminação à mulher, por sua vez, alimentado e propagado senhor Jair Messias Bolsonaro, na qualidade de Presidente da República, para os fins da responsabilidade penal, o contexto da pandemia de Covid-19 há de ser compreendido como o meio de execução cruel (artigo 121, §2º, II, do Código Penal), com torpe motivação (artigo 121, §2º, I, do Código Penal), para matar mulheres pelas razões da condição de sexo feminino (artigo 121, §2º, VI, do Código Penal), por menosprezo e discriminação de gênero (artigo 121, §2º-A, inciso II, do Código Penal) de mulheres transexuais, travestis, indígenas, quilombolas, gestantes e parturientes.

Neste sentido, recomenda-se que seja o Estado brasileiro instado, por meio da Procuradoria Geral da República, a determinar abertura de processos investigativos em face do senhor Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, nos termos do artigo 121, §2º-A, inciso II do Código Penal, a partir de tantas quantas forem as notícias de fato promovidas, seja por familiares, seja via representações da sociedade civil de mulheres travestis, transexuais, indígenas, quilombolas, gestantes e parturientes durante o período pandêmico.

Ademais, é de se tomar como indeclinável que a participação das vítimas sobreviventes e vítimas indiretas no processo judicial faz parte da reparação à medida que se reveste como uma oportunidade para que estas possam reconhecer a violência que sofreram e sua própria condição como vítimas.

Tomado sob este viés, recomenda-se, então, sejam, no que couber, observadas pelos diferentes e competentes órgãos investigativos e do *Parquet* as “Diretrizes Nacionais para Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres” (PASINATO, 2016), em especial no que se referem:

1. ao direito à justiça, que se traduz na obrigação do Estado de iniciar uma investigação pronta e imparcial sobre os fatos alegados;

2. ao direito à verdade, de conhecer as circunstâncias dos crimes, os motivos e os responsáveis pelos fatos de que foram vítimas;
3. ao direito à memória, que se traduz em não deturpação de sua memória para justificar a violência sofrida;
4. ao direito a um processo e julgamento livres de estereótipos e preconceitos;
5. ao direito de ver os responsáveis identificados e sancionados, com consequente reparação civil dos danos causados;
6. ao respeito à dignidade humana, consistente em:
 - não minimizar o sofrimento da vítima sobrevivente e das vítimas indiretas;
 - respeitar a dor da vítima sobrevivente e das vítimas indiretas ao relembrar fatos;
 - evitar que a vítima sobrevivente e as vítimas indiretas sejam expostas ao acusado, especialmente quando demonstrem medo ou desconforto em sua presença;
 - evitar questionamentos discriminatórios sobre a vida íntima da vítima fatal ou sobrevivente, especulando sobre informações desnecessárias ao processo e que possam causar constrangimentos à vítima sobrevivente e às vítimas indiretas;
 - evitar todo comentário que reproduza estereótipos de gênero e julgamentos de valor sobre o comportamento da vítima direta, quer ela seja ou não sobrevivente;
 - evitar que sejam juntados aos autos documentos que não tenham pertinência para a apuração dos fatos, mas sirvam para expor e violar a privacidade e a intimidade das vítimas diretas e indiretas.
7. à privacidade e confidencialidade da informação, observando as seguintes orientações:
 - o atendimento às vítimas sobreviventes e às vítimas indiretas, durante as tomadas de declarações e depoimentos ou em quaisquer outras circunstâncias, deve ser realizado em espaços adequados e que contribuam para a privacidade, confidencialidade e segurança das pessoas;
 - as informações coletadas, sobretudo aquelas que tratam de aspectos íntimos da vida da vítima, devem ser protegidas para que não se tornem públicas, sobretudo pela exploração midiática dos casos;
 - garantir que as vítimas diretas e indiretas tenham acesso à informação sobre seus direitos, sobre o processo e todos os trâmites judiciais;
 - garantir que possam estar acompanhadas por pessoa de sua confiança durante as tomadas de declarações, depoimentos e na realização de exames;
 - realizar os encaminhamentos necessários e adequados para a rede de atendimento especializado ou a outros serviços;
 - adotar protocolos de atendimento que contribuam para o fluxo de informações e pessoas, evitando que as vítimas sobreviventes e as vítimas indiretas sejam constrangidas a recontar os fatos várias vezes, ou tenham que se deslocar de um serviço ao outro sem que obtenham as informações e encaminhamentos necessários e compatíveis com suas necessidades;
 - evitar o emprego de linguagem discriminatória e questionamentos eivados por juízos de valor que questionem hábitos, atitudes ou comportamentos da vítima, ou, ainda, responsabilizem a vítima pela violência sofrida.

É plena a possibilidade jurídica de que o atual mandatário responda pelos crimes por ele praticados durante e em razão de sua estada à frente do comando maior da República, entendendo-se como feminicídio de Estado todas as mortes de mulheres transexuais e travestis às quais foi dificultado ou negado acesso às políticas emergenciais do Estado e que, devido à precarização das condições de trabalho nas ruas, foram expostas ao vírus em todas as fases da pandemia, consoante pesquisas e dados organizados pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra); mulheres grávidas e puérperas durante o período pandêmico no Brasil, entendendo-se por gestante (qualquer trimestre gestacional ou idade gestacional ignorada) ou puérpera, entre 10 e 55 anos, conforme definido pelo Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19); mulheres negras quilombolas, monitoramento da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Quilombolas Rurais Negras (Conaq); e mulheres indígenas, consoante dados referendados pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB).

É o que se espera em nome do direito à memória, à justiça, à verdade e à reparação de todas as mulheres que pagaram com suas vidas o preço da misoginia.

Referências

ABREU, Ana Cláudia Silva. **As vozes silenciadas nas denúncias de feminicídio no Estado do Paraná (2015-2020)**: contribuições para um olhar descolonial sobre a atuação do sistema de justiça criminal brasileiro. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2021.

APIB. Emergência Indígena. **Apib Oficial**, 2021. Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/>. Acesso em: 22 set. 2021.

ARAÚJO, Ana Lídia. Pandemia revela fragilidades da assistência a gestantes e mulheres no pós-parto. **Agência Senado**. Disponível em: www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/05/pandemia-revela-fragilidades-da-assistencia-a-gestantes-e-mulheres-no-pos-parto. Acesso em: 22 set. 2021.

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? **Cadernos Pagu**, n. 53, p. 3, 2018. Disponível em: www.periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8653413/18511. Acesso em: 9 out. 2021.

CONAQ; ISA. Observatório da Covid-19 nos Quilombos. **Quilombo sem Covid-19**. Disponível em: <https://quilombosemcovid19.org/>. Acesso em: 22 set. 2021.

COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA. Relatório: Nossa luta é pela vida. **Apib Oficial**, 2020. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.

DOSSIÊ dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020 / Bruna G. Benevides, Sayonara Naidier Bonfim Nogueira (Orgs). – São Paulo: Expressão Popular, **ANTRA, IBTE**, 2021. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli; VIEIRA, Lucas Lacerda; RODRIGUES, Agatha S. 'Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services.' (2021). Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em: 22 set 2021.

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdbwzHpmR9L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021.

JOVEM trans de 13 anos foi morta a pauladas no Ceará por cobrar dívida de R\$ 50 do suspeito. **G1 CE**, 8 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2021/01/08/jovem-trans-de-13-anos-foi-morto-a-pauladas-no-ceara-por-cobrar-divida-de-r-50-do-suspeito.ghtml>. Acesso em: 22 set. 2021.

LAMY, Marcelo; HAHN, Milton Marcelo; MENEZES ROLDAN, Rosilma. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL. **Revista Em Tempo**, [S. l.], v. 17, n. 01, p. 37-60, nov. 2018. ISSN 1984-7858. Disponível em: <https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/2679>. Acesso em: 20 sep. 2021.

MADRID, Antonio. **Vulneración y vulnerabilidad: el orden de las cosas**. Fundación L'Alternativa. Disponível em: <http://www.fundacioalternativa.cat/wp-content/uploads/2015/05/Vulneracion-y-vulnerabilidad.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MENDES, Soraia. **Esfera Pública e Direitos Fundamentais**: estudos sobre a liberdade de comunicação. Passo Fundo: Ifibe, 2008.

MENDES, Soraia. **Criminologia Feminista**: novos paradigmas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MENDES, Soraia. **Feminicídio de Estado**: a misoginia bolsonarista e as mortes de mulheres por Covid-19. São Paulo: Blimunda, 2021a. No prelo.

MENDES, Soraia. **Processo Penal Feminista**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2021b.

MOLINARO, Carlos Alberto; SARLET, Ingo Wolfgang. Direito à informação e direito de acesso à informação como direitos fundamentais na constituição brasileira. **Revista da AGU**, 2014. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11403/2/Direito_a_768_Informac_807_a_771_o_e_Direito_de

[Acesso_a_768_Informac_807_a_771_o_como_Direitos_Fundamentais_na.pdf](#).

Acesso em: 22 set. 2021.

NUCCI. **Curso de Direito Penal**. Parte Especial. v. 2. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

ONU MULHERES. *Modelo de protocolo latino-americano para investigação de mortes violentas de mulheres (femicídios/feminicídios)*. Brasil, 2014. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/05/protocolo_femicidio_publicacao.pdf. Acesso em: 18 ago. 2015.

ONU MULHERES. **Os impactos da pandemia de covid-19 para as mulheres indígenas no Brasil**. Informe v1 13.10.2020. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe1.pdf. Acesso em: 22 set 2021.

PASINATO, Wânia (coord.). *Diretrizes Nacionais Femicídio: investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres*. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/diretrizes_femicidio.pdf. Acesso em: 06 jul. 2017.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito Penal**: parte geral. Curitiba: ICPC, 2014.

SANTOS, Gustavo Gonçalves dos *et al.* Impacto da Covid-19 entre gestantes pretas e pardas: revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 54076-54090, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-010>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/30620>. Acesso em: 22 set. 2021.

VALENTE, Polyana Aparecida et al. **Narrativas sobre a Covid-19 na Vida de Mulheres Quilombolas do Vale do Jequitinhonha**: estratégias contracolonizadoras de luta e (re)existência. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 171-180. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978- 65-5708-032-0. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320-16.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

VALENTE, Flávio Luiz Scheck. **Violações de direitos humanos no contexto da pandemia pela Covid-19 no Brasil**, Evento paralelo à 48ª Sessão Ordinária do Conselho de Direitos Humanos da ONU, intitulado “Direitos Humanos à Saúde e à Vida na Covid-19 no Brasil”. 30 de setembro de 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=z6M_QsH6vKQ. Acesso em: 30 set. 2021.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; NIELSSON, Joice Graciele. Necrobiopolítica de gênero no Brasil contemporâneo: o feminicídio em tempos de fascismo social. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 10, n. 2 p. 331-350, 2020.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Da tentativa**: doutrina e jurisprudência. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

Raça, direitos humanos e saúde no contexto da Covid-19 no Brasil

Benilda Regina Paiva de Brito¹

O Brasil, ainda hoje, depara-se com as consequências trazidas por um histórico de construção nacional ancorado no colonialismo, de dominação tradicional e escravocrata, da herança de um sistema político de viés (neo)patrimonialista, em uma formação fortemente marcada pela desigualdade social, pelo racismo e pela lógica patriarcal. Isso tem influenciado – desde sempre – o reforço dessas características e seu inacabado processo de democratização.

Em um país de maioria negra e feminina, faz-se necessário enxergar a realidade, o contexto de desigualdades e os avanços já vivenciados a partir de um olhar que identifique quem é essa população sobre a qual nossa análise deve se voltar. Para além da identificação dos sujeitos de direito prioritários, uma leitura racializada e engendrada sobre a realidade nos apresenta um leque ainda mais rico de informações, variáveis e problematizações. Aponta-nos caminhos que não estariam presentes se essa intencionalidade, em enxergar mais a fundo a realidade, não estivesse colocada na construção dos dados a serem apresentados.

Em um Brasil marcado pela superexploração, informalidade e vulnerabilidade social, a classificação de grupo de risco para a Covid-19 nunca foi apenas uma determinação biológica, mas que possui classe, raça e gênero. A classe trabalhadora, em especial seus estratos mais pobres e oprimidos, majoritariamente compostos por pessoas negras, são os alvos mais vulneráveis para o vírus. Essas desigualdades estruturais são mediações essenciais para aferirmos, por exemplo, o impacto das medidas adotadas (ou não) pelo Estado brasileiro na pandemia, destinadas ao direito humano à saúde da população negra no Brasil, em uma análise que não negligencie os diferentes aspectos que permeiam a vida da população negra brasileira em tempos de crise sanitária.

1 Mestre em Gestão Social CIAGS/UFBA (2015), graduada pela UEMG (1996). Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Educação Pré-Escolar. Pós-graduada em Psicopedagogia, Recursos Públicos e Direitos Humanos. Coordenadora da Múcu Consultoria e Assessoria Interdisciplinar. Consultora da ONU Mulheres e Pacto Global (gênero, raça e diversidade). Ativista da Rede Malala Found, Movimento de Mulheres Negras, LGBTQIA+ e Direitos Humanos. Fundadora do ODARA – Instituto da Mulher Negra. Pesquisadora de diversidade, gênero, racial, direitos humanos. Publicações relacionadas (livros): *Flor e Rosa: Uma história de amor entre iguais* (Mazza, 2011); *Cafuné: Uma contribuição à Lei 10.639/03* (Palmares, 2011); *Negras (In) Confidências – Bulling não. Isto é racismo!* (Mazza, 2013). Colaboração de Isadora Maria Salomão de Oliveira, mestra em Desenvolvimento e Gestão Social pela Escola de Administração da UFBA (PDGS/CIAGS – UFBA) e graduada em Arquitetura e Urbanismo pela FAU-UFBA.

Este artigo visa, em três partes distintas – **PRESENTE, PASSADO e FUTURO** – respectivamente, apresentar um **olhar geral sobre o processo histórico de violações** do Direito Humano à Saúde da população negra brasileira; discorrer sobre **a realidade atual e o impacto das violações** nas vidas de negros, negras e negres brasileiros no contexto de pandemia de Covid-19; indicar as **principais recomendações** que apontem para perspectivas positivas relacionadas ao direito à saúde integral da população negra no Brasil em uma realidade de pós-pandemia.

Para tanto, destaca algumas premissas que dão origem às abordagens a serem utilizadas: i) o **racismo estrutural** como racionalidade que é lastro fundamental da estrutura social brasileira e permeia toda a construção econômica, política e das subjetividades das relações sociais no Brasil; ii) o **direito à saúde** – presente no rol dos direitos sociais e elevado ao *status* de Direito Fundamental da Constituição Federal de 1988 – em uma perspectiva ampla, multidimensional e contextualizada, por estar interligado ao direito à vida e à existência digna de todos, todas e todes; iii) a perspectiva de **direitos humanos a partir do conceito dos DHESCA** (Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais), entendidos não de forma hierárquica, mas como universais, interdependentes e indivisíveis; iv) a **população negra como uma categoria heterogênea** – visibilizando aspectos relacionados a sua diversidade sexual, identidade de gênero, de classe, territorial, geracional, de orientação sexual, de distintas capacidades físicas e intelectuais, etc.

A estrutura do documento apresenta, portanto, dados e reflexões sobre a situação da população negra brasileira em tempos de pandemia, divididos em uma linha temporal encadeada, que visa facilitar a compreensão dos aspectos abordados, por meio das influências do passado, da realidade presente e das perspectivas de futuro.

1. Passado – Olhar geral sobre o processo histórico de violações do direito humano à saúde da população negra brasileira

Para falar sobre o Direito Humano à saúde da população negra brasileira, é preciso historicizar o processo de constituição do próprio Brasil. Isso é premente pela lacuna que existe nos estudos hegemônicos sobre a constituição do Estado brasileiro – eurocêntricos e permeados pela colonialidade (QUIJANO, 1997) – e sobre a nossa própria história. Compreendendo a colonialidade como a continuidade da propagação do pensamento colonial, matriz que se expressa essencialmente em relações dominantes de poder, saber e ser, pegaremos aqui o conceito de “giro descolonial” (ou decolonial) da professora Luciana Ballestrin (2013), caracterizado pelo movimento que procura responder às lógicas da colonialidade (do poder, ser e saber), mirando outras experiências políticas, vivências culturais, econômicas e produção do conhecimento.

O olhar a partir da colonialidade tem impactado todas as formulações epistemológicas subsequentes, assim como a formulação e a avaliação de políticas públicas, por dar origem a uma invisibilidade de aspectos fundamentais, como os relacionados ao racismo, e fazer uma leitura essencialista da estrutura e do processo de desenvolvimento do nosso país.

“[...] eliminaram-se povos estranhos porque também tinham formas de conhecimento estranhas. E eliminaram-se formas de conhecimento estranhas porque eram sustentadas por práticas sociais e povos estranhos.” (SANTOS, 1995, p. 328). O epistemicídio, para Sueli Carneiro (2005), se constituiu e constituiu-se como um dos instrumentos mais eficazes e duradouros da dominação étnico-racial no Brasil, seja por negação do conhecimento oriundo de grupos dominados, seja, por conseguinte, pela sua negação como sujeitos detentores de conhecimentos.

A autora considera que ocorre uma dupla desqualificação: do conhecimento dos povos dominados e destes, sujeitos cognoscentes, individual e coletivamente. Conclui, então, que o epistemicídio fere de morte, sequestra ou mutila a racionalidade do subjugado em aprender. Trata-se, portanto, de “um elo de ligação que não mais se destina ao corpo individual e coletivo, mas ao controle de mentes e corações” (CARNEIRO, 2005, p. 97).

Para a ampliação e consolidação de qualquer que seja o conhecimento sobre a população negra brasileira, é fundamental uma reflexão sobre o racismo e o patriarcado como racionalidades do sistema capitalista, que constituem ações conscientes e inconscientes no seu processo de constituição e sustentação, ao longo do tempo, também no Brasil.

Em suas dimensões que permeiam a economia, a política e as subjetividades, o racismo estrutural se entrelaça ao patriarcado na constituição e perpetuação das desigualdades; dessa forma, é preciso utilizar tais conceitos para dialogar sobre os distintos caminhos traçados pela luta feminista e antirracista. Como aponta Carneiro (1995, p. 2):

Em geral, a unidade na luta das mulheres em nossas sociedades não depende apenas da nossa capacidade de superar as desigualdades geradas pela histórica hegemonia masculina, mas exige, também, a superação de ideologias complementares desse sistema de opressão, como é o caso do racismo. O racismo estabelece a inferioridade social dos segmentos negros da população em geral e das mulheres negras em particular, operando ademais como fator de divisão na luta das mulheres pelos privilégios que se instituem para as mulheres brancas. Nessa perspectiva, a luta das mulheres negras contra a opressão de gênero e de raça vem desenhando novos contornos para a ação política feminista e antirracista, enriquecendo tanto a discussão da questão racial, como a questão de gênero na sociedade brasileira.

Segundo Lima (2013), o padrão heteronormativo e “vertical-global” (HALL, 2009) vigente na sociedade ocidental vem sendo questionado por novas e jovens lideranças, movimentos e organizações feministas e negras, dentro e fora da política institucionalizada. Trata-se de um emergir na sociedade civil que tem trazido luz e esperança ao futuro desses movimentos, na tentativa de uma desconstrução e alargamento de conceitos que tentam engessar ou classificar as identificações que temos de nós ou que direcionamos aos outros, assim como nos desdobramentos relacionados à defesa de direitos. Da mesma maneira, aponta Carneiro (1995, p. 5):

O poeta negro Aimé Césaire disse que “as duas maneiras de perder-se são: por segregação, sendo enquadrado na particularidade, ou por diluição no universal”. A utopia que hoje perseguimos consiste em buscar um atalho entre uma negritude redutora da dimensão humana e a universalidade ocidental hegemônica que anula a diversidade. Ser negro sem ser somente negro, ser

mulher sem ser somente mulher, ser mulher negra sem ser somente mulher negra. Alcançar a igualdade de direitos é converter-se em um ser humano pleno e cheio de possibilidades e oportunidades para além de sua condição de raça e de gênero. Esse é o sentido final dessa luta.

Reconhecer as trajetórias das mulheres pelo feminismo e pela luta antirracista como componentes essenciais no percurso dos avanços relacionados aos direitos humanos das mulheres negras no Brasil é componente importante para que o “virar a chave” das análises de políticas públicas vá além da instrumentalização, pelos detentores do poder, dos debates de gênero e raça. Ela precisa ser uma ferramenta que ultrapasse a superfície dos marcadores sociais e do que é enxergado como representação do “ser negro” ou “mulher negra”, alcançando o que há de subversão e insurgência, ao deslocar essa categoria do seu lugar de submissão, subjugo e invisibilidade, em uma mudança de paradigma não apenas simbólico e identitário, mas de conteúdo contra-hegemônico e perspectiva decolonial.

Se o colonialismo se constitui como mecanismo político, econômico e geográfico de dominação, mas também instrumento de dominação ideológica e de subjetividades da organização social, as críticas elaboradas pela perspectiva da subalternidade e pelos estudos pós-coloniais possibilitam a criação de novas identidades e alternativas epistemológicas. Dessa forma, o pensamento pós-colonial se constituiu, segundo afirma Boaventura de Souza Santos (2004, p. 19) como “parte da ideia de que, a partir das margens ou das periferias, as estruturas de poder e de saber são mais visíveis”.

Como apontou Januário Garcia (2015), fotógrafo e militante do movimento negro, morto em junho de 2021 pela Covid-19, “Existe uma história do negro sem o Brasil, o que não existe é uma história do Brasil sem o negro.”

É com essa perspectiva decolonial que é necessário avançar na compreensão do peso do racismo estrutural como lastro da realidade de criminalização, exclusão, extermínio e encarceramento do povo negro brasileiro. Como modo de estrutura social, tal qual o patriarcado, que é base e instrumento do capitalismo mundial e seu programa neoliberal, o capitalismo precisa do racismo e do patriarcado para se manter operante. O racismo estrutural é visto aqui como racionalidade fundamental da estrutura social brasileira, que permeia toda sua construção econômica, política e subjetiva das relações sociais no Brasil (ALMEIDA, 2019).

O Estado brasileiro foi erigido por meio da violência contra os povos originários e do processo de escravização de negros e de negras, sequestrados do continente africano. A escravidão e o racismo geraram consequências desastrosas para as populações descendentes de africanos em todo o mundo. Dentre elas, no Brasil, podemos destacar as alarmantes violências propagadas e as desigualdades persistentes. Esse processo se deu não sem resistência dos povos oprimidos, em movimentos emancipatórios e lutas por liberdade racial.

O processo de escravização no Brasil e a consequente desumanização do corpo negro – visto e tratado como mercadoria e não como sujeito de direitos – fizeram com que fossem negados direitos fundamentais à população negra brasileira, como o direito à saúde. O Brasil foi, e ainda é, responsável por ter criado e mantido mecanismos estatais de dominação – ideológicos, jurídicos e econômicos – que fazem com que o racismo

estrutural por aqui seja a expressão de uma racionalidade que perpetua a naturalização do negro nesse lugar de exclusão, invisibilidade e desumanização. Uma naturalização contada pela “História Oficial”, que ignora o histórico de violências, estupro das mulheres negras, políticas higienistas, estratégias de branqueamento e melhoramento racial, dentre tantas outras barbaridades, e, ainda hoje, tenta reproduzir a ideia de um país de harmonia e/ou democracia racial.

O Brasil tem acumulado gigantesca dívida histórica com a população negra, que, em que pese ser a grande responsável pela construção das riquezas nacionais, foi afastada dos processos de garantia de direitos sociais. Os 56,1% de negras e negros que compõem a população brasileira² carregam a marca dos seus ancestrais como homens e mulheres que pavimentaram, por meio do seu trabalho, suor, sangue e luta, a estrutura e as riquezas do País. Contudo, o racismo que estrutura o Brasil marca as características da opressão que acomete o povo negro deste lugar, relegando-o ao ‘não lugar’, à falta de acesso a direitos e garantias sociais, à invisibilidade, às vulnerabilidades socioeconômicas e à violência.

O Atlas da Violência (IPEA, 2019) aponta que 75,5% das vítimas de homicídios no Brasil são negras, e que a taxa de homicídio de pessoas negras cresceu 33% em dez anos enquanto a de pessoas não negras cresceu apenas 3,3%. A taxa de homicídios de negros no Brasil registra o número de 37,8 mortes para cada 100 mil habitantes. Isso significa que 75,7% das vítimas de homicídios no Brasil são negras. Os dados apontam o quanto o racismo incide para a morte violenta de pessoas negras no Brasil, com maior expressão sobre a juventude negra periférica.

Não há como afastar desse cenário um dos principais motivos de encarceramento e extermínio das vidas negras. A política de guerra às drogas é responsável por prender aproximadamente um terço dos internos do sistema prisional brasileiro, dos quais 63,7% são negros e negras. Feito o recorte de gênero, os números são ainda mais assustadores: 70% das mulheres presas têm o tráfico de drogas como elemento justificador da prisão, e 85% dessas mulheres são mães. A estratégia do racismo se utiliza da Lei de Drogas para manter a destruição dos laços familiares negros, tal qual foi feito no período da escravização.

A política institucionalizada no Estado brasileiro carrega a morte como um dos seus principais resultados em relação à população negra. Os corpos negros saem de suas casas com quase três vezes mais chances de morte por homicídio do que os corpos não negros. **Em pleno 2021, após 133 anos de abolição inconclusa do sistema escravista, a pauta central para a população negra brasileira ainda é a garantia do mais básico direito à vida.**

O artigo III da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), da qual o Brasil é signatário³, versa sobre o direito universal à vida e a segurança individual. Da mesma forma, a Constituição Federal brasileira, em seu artigo 5º, espelha os três preceitos declaratórios contidos nesse artigo da DUDH, quando afirma que

2 Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Contínua do IBGE de 2019, 56,10% é o percentual de pessoas que se declaram **negras no Brasil**. Fonte: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403>.

3 O Brasil, além de fazer parte do grupo de países-membros da ONU, foi uma das primeiras nações a ratificar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, sendo um dos 48 países a votar a favor do documento durante a Assembleia de 1948.

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

O direito à vida, direito fundamental, impõe-se sobre os demais, pois é pressuposto à existência e ao exercício de todos os demais direitos. E cabe ao Estado, inclusive, garanti-lo em sua dupla acepção: direito de continuar vivo e de se ter vida digna quanto à subsistência.

Dito isto, o direito à saúde – presente no rol dos direitos sociais e elevado ao *status* de Direito Fundamental na Constituição Federal de 1988 – precisa ser visto, da mesma forma, em uma perspectiva ampla, multidimensional e contextualizada, por estar interligado ao direito à vida e à existência digna de todos, todas e todes. Essa perspectiva ampla sobre o direito à saúde passa por incluir aspectos como acesso a saneamento básico, aos serviços de saúde e assistência, à alimentação, à vacina, além dos impactos relacionados às violências de Estado, etc.

Especificando ainda mais, cabe destacar que as mulheres negras e a população negra LGBTQIA+ estão submetidas a violações das mais diversas, como a violência de Estado e doméstica, trabalhos mais precarizados, condições de subnutrição e desnutrição, mais sobrecarga, maior mortalidade materna e maiores riscos relacionados às condições precárias de moradia, saneamento e atendimento em saúde, além de serem alvo constante de ações moralizantes e/ou criminalizantes, como no acesso ao aborto legal.

Aliada à perspectiva multidimensional do direito à saúde, apresentada anteriormente, e à sua garantia constitucional, temos a abordagem trazida pelos direitos humanos a partir do conceito dos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (DHESCA), entendidos não de forma hierárquica, mas como universais, interdependentes e indivisíveis, que conjuguem promoção, proteção e reparação, em vista da realização plena de todos os direitos humanos.

Esse conceito tem relação direta com o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc)⁴, o qual diz que “seus membros devem trabalhar para a concessão de direitos econômicos, sociais e culturais (DESC) para pessoas físicas, incluindo os direitos de trabalho e o direito à saúde, além do direito à educação e a um padrão de vida adequado”.

Para além dos preceitos constitucionais, tratados internacionais e demais documentos relacionados aos direitos humanos e, mais especificamente ao direito à saúde, a população negra brasileira ainda tem como lastro a *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (PNSIPN).⁵ Isso reafirma a premissa de que, também quando o assunto

4 O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) é um tratado multilateral, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966. Está em vigor desde 3 de janeiro de 1976. O PIDESC é parte da Carta Internacional dos Direitos Humanos, juntamente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) e o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP), incluindo o primeiro e o segundo protocolos opcionais deste último. O acordo é monitorado pelo Comitê da ONU sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. (Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/atuacao-internacional/relatorios-internacionais-1/pacto-internacional-sobre-os-direitos-economicos-sociais-e-culturais>).

5 A *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (PNSIPN) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e instituída pela Portaria GM/MS n. 992, de 13 de maio de 2009.

é saúde, há especificidades, dimensões, conhecimentos e argumentos já consolidados sobre o passivo de violações e estratégias que precisam ser assumidas pelo Estado, no sentido de garantir, a negros, negras e negres do Brasil, o direito à saúde.

Como expresso no próprio portal do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos⁶,

Essa Política tem como marca: o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Sendo seu objetivo: promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

A partir da publicação dessa Política, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

A Política também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – Governo Federal, estados e municípios – na implementação das ações e na articulação com outros setores do Governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra às ações e aos serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

Considerando que entre as diretrizes da PNSIPN está a inclusão dos temas saúde da população negra e racismo nos processos de informação, comunicação e educação de profissionais de saúde, trabalhadores, gestores e conselheiros do SUS, com o objetivo de contribuir para a redução das vulnerabilidades e desconstruir estigmas e preconceitos.

Conclui-se que, como expresso anteriormente e no conteúdo do próprio documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), além das referências à equidade, integralidade e universalidade no SUS, a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra deveria ser um dos norteadores no enfrentamento da Covid-19 no País.

2. Presente – A realidade atual e o impacto das violações nas vidas de negros, negras e negres brasileiros no contexto de pandemia de Covid-19

Desde o ano de 2020, o mundo e o Brasil foram marcados pela pandemia causada pelo coronavírus. A pandemia não apenas agudizou as desigualdades como também

6 Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas-de-gestoes-anteriores/sus-suas-sem-racismo>. Publicado em: 27 jul. 2018, às 15h29. Atualizado em: 27 jul. 2018, às 15h30.

deixou nítido o fosso do racismo estrutural e do patriarcado como modos de estrutura social que são lastro e instrumento do sistema capitalista global.

No Brasil, para além da crise sanitária trazida pela Covid-19, o cenário é de crise econômica, social, política e ambiental, gerando ainda mais injustiças, desigualdades e superexploração no contexto desta pandemia. O ódio misógeno, racista, etnocêntrico, LGBTQIA+fóbico mobilizado pelo centro do Governo Federal também promove e autoriza a violência, o desrespeito, o abandono, a exploração, iniquidades e atrocidades contra a maioria do povo brasileiro. A pandemia no Brasil tem afetado, de maneira mais intensa, o povo negro, estrato populacional que perdeu mais empregos e mais vidas nos últimos meses.

É sintomático que o primeiro óbito ocasionado pela Covid-19 tenha sido de uma mulher negra, empregada doméstica, que contraiu o vírus no ambiente de trabalho. Todas as dimensões da vida que foram impactadas pela pandemia têm atingido com mais força as mulheres negras e pobres, que compõem a maioria da população brasileira e são o público, historicamente, mais desassistido pelo Estado. É sabido, ainda, que a letalidade da doença atinge mais intensamente os povos indígenas, o povo negro, as comunidades periféricas, as populações ribeirinhas e comunidades tradicionais.

São também as pessoas negras que estão na linha de frente entre os/as profissionais de saúde. Ainda que, na contagem mais atual do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o total contabilize 2.562.139 pessoas, uma pesquisa menos recente, mas mais aprofundada – Relatório “Perfil da Enfermagem no Brasil”, de 2013⁷, da Fiocruz, junto ao mesmo Conselho – aponta que, quando esse total era de 1.804.535 pessoas, entre os/as enfermeiros/as, 42,3% eram brancos/as e 53% eram negros/as. O levantamento inclui técnicos de enfermagem, auxiliares e enfermeiros/as.

As questões sociais influenciaram diretamente nos riscos de contágio e, na possibilidade de cuidados com a doença, é a população negra, a qual está no trabalho informal, que enfrenta a impossibilidade de se manter em isolamento social, precisando trabalhar para garantir o sustento de suas famílias. A pobreza, a violência, a falta de saneamento básico também são fatores que contribuem para esses riscos, vulnerabilizando as condições de vida dessa população.

De acordo com o Cadastro Único (dados de outubro de 2020), a extrema pobreza bate recorde no Brasil, com mais de 14,5 milhões de famílias nessa situação, o que representa 40 milhões de brasileiros vivendo com até R\$89 por mês. Esse patamar é o pior já vivido no País desde o início dos registros disponíveis no Ministério da Cidadania, de agosto de 2012. Para além dessas famílias, mais de 2,8 milhões têm renda entre R\$90 e R\$178 *per capita* mensais, dentro da linha da pobreza.

Segundo dados do IBGE, no segundo trimestre de 2021, o desemprego atingiu 14,4 milhões de pessoas. Em um ano, aumentou em 1,6 milhão o número de desempregados no País, os desalentados somaram 5,6 milhões, a população subutilizada somou 32,2 milhões de pessoas e a taxa de informalidade registrada foi de 40,6% da população ocupada – contra 36,9% no ano anterior.

7 Fonte: Pesquisa *Perfil da Enfermagem no Brasil*, de 2013, em parceria entre Fiocruz e COFEN.

Cabe destacar que a taxa de desemprego foi de 11,7% para homens e 17,1% para mulheres, e ficou abaixo da média para brancos (11,7%) e acima da média para pretos (16,6%) e pardos (16,1%), sendo que grande parte da população negra está no mercado informal. Quando se verifica a combinação de raça e gênero, a situação fica ainda pior. Com o fim do auxílio emergencial, as mulheres negras conformam o segmento mais afetado pelo crescimento da miséria e da pobreza.

Segundo dados do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), soma-se a esse desemprego um aumento inflacionário que atinge, principalmente, os preços da energia elétrica, do transporte e dos alimentos – a variação de agosto de 2021 é a maior para o período em quase vinte anos –, impactando mais fortemente as vidas de mais da metade da nossa população. Conforme estudo⁸ divulgado em abril de 2021, o Brasil tem 125,6 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar na pandemia, sendo que 59,4% dos domicílios do País apresentaram algum grau de insegurança alimentar entre os meses de agosto e dezembro de 2020.

Segundo dados do *Vigitel Brasil* (BRASIL, 2018)⁹, já havia um cenário desfavorável para a população negra em relação aos principais fatores de risco para as doenças crônicas (tabagismo, obesidade, consumo abusivo de álcool, alimentação e sedentarismo), que são também pertinentes ao contexto da Covid-19. No caso do consumo de frutas e hortaliças, eram 29,5% de pessoas negras (pretas e pardas) para a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças e 39,1% para pessoas brancas; respectivamente, 20,1% e 26,7% para a frequência de consumo recomendado. Sobre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, 19,2% eram de pessoas negras e 16,6% de brancas. Em relação à avaliação negativa da saúde, eram 5,2% para negros e negras e 4,0% para a população branca. Observou-se, ainda, uma maior frequência dos indicadores de excesso de peso e obesidade entre as mulheres negras comparativamente às brancas: respectivamente, 55,8% e 51,6% para a frequência de excesso de peso; 21,8% e 19,6% para a frequência de obesidade. As mulheres negras também possuíam menor frequência dos indicadores de realização de mamografia e Papanicolau.

Com o aumento do desemprego, a redução de valor e público atendido pelo Auxílio Emergencial e o aumento dos preços dos alimentos, luz, aluguel e transporte, muitas famílias brasileiras passaram a viver nas ruas ou em ocupações. Desse contingente, cerca de 70% são pretos ou pardos. É sabido que o déficit habitacional no Brasil, em 2019, era de 5,877 milhões de moradias – classificadas entre domicílios precários, de coabitação e com um aluguel elevado –, segundo o estudo Déficit Habitacional e Inadequação de Moradias no Brasil¹⁰. Segundo dados divulgados em 2021 pelo Instituto Trata Brasil, cerca de 35 milhões de brasileiros não possuem acesso à água potável e

8 Estudo: “Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil”, realizado entre novembro e dezembro de 2020, e coordenado pelo Grupo de Pesquisa Alimento para Justiça da Universidade Livre de Berlim, na Alemanha, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e com a Universidade de Brasília (UnB).

9 O *Vigitel Brasil 2018*, com ênfase na população negra, aborda os principais fatores de risco para as doenças crônicas (tabagismo, obesidade, consumo abusivo de álcool, alimentação e sedentarismo). Fonte: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf.

10 Estudo da Fundação João Pinheiro (FJP), contratada pela Secretaria Nacional de Habitação do Ministério do Desenvolvimento Regional, contemplando informações de 2016 a 2019, divulgado em 2021.

100 milhões não têm serviço de coleta de esgotos. Apesar de, desde 2010, o acesso à água potável e saneamento ser considerado um Direito Humano, no Brasil, em 2020 – em plena pandemia –, foi aprovada a Lei n. 14.026/2020 (Marco Legal do Saneamento Básico), que permite, entre outras, a exploração do saneamento básico pela iniciativa privada e a compra do serviço por bloco de municípios (antes, numa lógica solidária, ajudava-se aos municípios mais pobres).

Ainda no que diz respeito às desigualdades em relação à moradia, para além da dificuldade no acesso a saneamento básico, a água potável, a banheiro exclusivo e esgotamento sanitário – ainda mais em um momento de pandemia –, segundo dados da campanha Despejo Zero¹¹, em 2020, mais de 9 mil famílias sofreram com ações de despejos pelo País, sendo que outras 64 mil seguem correndo risco de perder seus lares.

Em relação à saúde da população negra pré-Covid-19, é necessário considerar a situação de acesso/atendimento no SUS, assim como os dados relacionados a óbitos precoces, mortalidade materna e prevalência de doenças como tuberculose e diabetes. Isso porque o cenário vivenciado antes da Covid-19 pode apontar elementos relevantes na violação do direito à saúde de negros e negras brasileiras nesse período de pandemia.

Segundo a *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (BRASIL, 2013, p. 13), no tocante aos atendimentos do SUS,

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2008, a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS, e a branca 47,2%. A maior parte dos atendimentos concentra-se em pessoas usuárias com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, distribuições que evidenciam que a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, SUS-dependentes. Como resultado, tem-se uma constante de maiores exposições a todas as carências estudadas pela população de raça/cor preta ou parda e pelas pessoas com menores rendimentos. Destaca-se que 37,8% da população adulta preta ou parda avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, contra 29,7% da população branca. Pretos ou pardos estavam 73,5% mais expostos a viver em um domicílio com condições precárias do que brancos (38,7% dos pretos ou pardos contra 22,3% dos brancos).

É sabido, portanto, que a população negra ainda tem menos acesso à saúde comparativamente à população branca. A posição desfavorável dos negros em diversos aspectos da saúde – acesso aos serviços, medicamentos e internações, saúde da mulher, mortalidade materna, etc. – é revelada tanto pelos dados da Política Nacional de Saúde quanto por outras pesquisas e indicadores do Ministério da Saúde.

Enfim, em um país marcado pela superexploração, informalidade e vulnerabilidade social, a classificação de grupo de risco para a Covid-19 nunca foi apenas uma determinação biológica, mas que possui classe, raça e gênero. A classe trabalhadora, em especial

11 A Campanha Despejo Zero – Pela Vida no Campo e na Cidade é uma iniciativa de mais de 40 organizações da sociedade civil e movimentos populares, criada como reação à continuidade de retirada de famílias de seus lares durante a pandemia do coronavírus.

seus estratos mais pobres e oprimidos, majoritariamente compostos por pessoas negras, são os alvos mais vulneráveis para o vírus. Segundo o estudo EpiCovid19¹²,

No Brasil, casos proeminentes de Covid-19, incluindo governadores estaduais e mais recentemente o Presidente Jair Bolsonaro (<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-53319517>), levaram à impressão disseminada de que a epidemia afeta o Brasil e a sociedade como um todo, sem distinção de classe ou etnia. Se verdadeiro, esse achado estaria em nítido contraste com os dados de países de alta renda, onde a pandemia está afetando desproporcionalmente as minorias étnicas e as populações pobres.

A dinâmica de infecção, morbidade e mortalidade é desproporcional no contexto de Covid-19 para a população negra e pobre do nosso país. Neste sentido, e segundo o mesmo estudo, os 20% mais pobres têm o dobro do risco de infecção por SARS-CoV-2 em comparação aos 20% mais ricos; pessoas indígenas tiveram risco quase cinco vezes maior de infecção por SARS-CoV-2 em comparação às pessoas brancas; entre os negros (pretos e pardos), o risco foi duas vezes maior do que entre os brancos.

Os dados da Covid-19 apontavam, em outubro de 2021, para mais de **21,5 milhões** de casos e **600 mil** mortes no Brasil desde o início da pandemia. Uma tragédia anunciada que poderia ter sido evitada pelo poder público. Nesse contexto, o Brasil ainda é o segundo em número total de óbitos, perdendo apenas para os EUA. Cabe destacar que o nosso país possui uma população de cerca de 210 milhões de pessoas, os EUA, cerca de 300 milhões de habitantes.

Há poucos meses, vivemos o pior momento desta crise sanitária em nosso país. Um somatório de falta de medidas unificadas, em âmbito nacional, para combater o vírus, associadas a um presidente que não se vacinou nem usa máscara em público, valorização de um tratamento precoce ineficaz, descaso inicial do Governo em acelerar o processo de vacinação – com denúncias de esquemas de corrupção, peculato e outros crimes, materializadas na CPI da Covid-19 no Senado Federal – e ineficiente enfrentamento do colapso do sistema de saúde em diversos estados, com hospitais superlotados e UTIs operando no limite da capacidade máxima, no começo de 2021.

Os dados sobre as principais vítimas do descaso do Estado refletem a nossa realidade desigual e racista que, de todas as formas, vulnerabiliza e precariza ainda mais a população preta e periférica do nosso país. Segundo um levantamento realizado pela CNN,¹³ divulgado em junho de 2020, com base nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, a população negra (somatório de pretos/as e pardos/as) representava 57% dos mortos pela Covid-19, enquanto os/as brancos/as representavam 41%. As chances de uma pessoa negra morrer eram 38% maiores do que as da morte de uma pessoa branca – a cada dez brancos que morrem vítimas da Covid-19 no Brasil, morrem 14 pessoas negras (pretas e pardas). No que se refere aos dados sobre a recuperação da

12 Artigo de Horta *et al.* (*Revista Panamericana de Saúde Pública*, 2021) com os dados do EpiCovid19 (Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7595003/>).

13 Para saber mais, acesse: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/06/05/negros-morrem-40-mais-que-brancos-por-coronavirus-no-brasil>.

doença, as desigualdades permanecem, sendo a chance de recuperação entre pessoas brancas de 62%; entre negros, de 45%¹⁴.

Em dados mais atualizados – e para contrapor um possível argumento que busque justificar esse cenário tão somente pelas lentes da desigualdade social ou por conta de pessoas negras trabalharem em atividades mais expostas ao vírus –, um grupo de pesquisadores analisou estatísticas oficiais sobre os brasileiros mortos em 2020, em estudo divulgado em setembro de 2021. O estudo¹⁵, ligado à Rede de Pesquisa Solidária, que reúne várias instituições privadas, afirma que mesmo negros no topo da pirâmide social têm mais risco de morrer de Covid-19. Homens negros e mulheres brancas e negras têm duas vezes mais risco de morrer de Covid-19 do que homens brancos no Brasil, demonstrando que as desigualdades raciais e de gênero contribuem para aumentar o risco de morte, mesmo em grupos de pessoas com atividades profissionais que as colocam no topo da pirâmide social. Em todas as atividades, de acordo com o estudo, com exceção da agricultura, os homens negros possuem maiores riscos do que os enfrentados pelos brancos. O trabalho determina a mortalidade maior mesmo entre advogados, com risco 43% maior, entre engenheiros e arquitetos, com 44%.

A dinâmica de infecção, morbidade e mortalidade da Covid-19 é desproporcional para a população negra. Os dados apresentados refletem os abismos da desigualdade social, mas também racial e de gênero em nosso país. Usualmente, a população negra tem muito mais dificuldades de acesso a serviços de saúde; na pandemia, não tem sido diferente, com dificuldades em acessar os melhores serviços e atendimentos. Acontece que o marcador social de classe não pode ser analisado sem considerar os impactos do racismo e do patriarcado na vida da população brasileira. Ainda de acordo com o estudo, os riscos de morte por Covid-19 também são maiores para mulheres negras, especialmente as que se encontram na base da pirâmide. Como exemplo disso, temos as trabalhadoras domésticas, cujos riscos são 112% maiores do que os enfrentados por brancos.

Em relação ao impacto da Covid-19 na saúde mental de pessoas negras, cabe reforçar que, como essa parcela da população é aquela com maior exposição às formas de contágio, devido aos aspectos já apresentados, há uma incidência considerável, nesse público, de medo, ansiedade, desânimo, exigências de processos de luto, entre outras demandas psicossociais.

Um artigo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva divulgado em outubro de 2020¹⁶ aponta que dados do Ministério da Saúde confirmam maior número de suicídio entre adolescentes negros e mais mortes por consumo abusivo de álcool entre pessoas

14 Para saber mais, acesse: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/06/05/negros-morrem-40-mais-que-brancos-por-coronavirus-no-brasil>.

15 Os pesquisadores examinaram dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, sobre 67,5 mil pessoas que morreram de Covid-19 em 2020, amostra equivalente a um terço de todas as mortes causadas pelo coronavírus notificadas no período. Foram considerados aqueles relacionados entre 18 e 65 anos de idade e com ocupação profissional registrada no sistema do Ministério da Saúde. Os pesquisadores usaram técnicas estatísticas para evitar que comorbidades e outras características pessoais prejudicassem as comparações. Fonte: www1.folha.uol.com.br/eqilibriosesaude/2021/09/negros-tem-mais-risco-de-morrer-de-covid-mesmo-no-topo-da-piramide-social-diz-estudo.shtml.

16 Artigo produzido pelo Grupo de Trabalho Racismo e Saúde, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), com apoio institucional do Fundo de População da ONU. Fonte: <https://brazil.unfpa.org/>

negras comparativamente às pessoas brancas. De acordo com o documento, no ano de 2016, a cada dez suicídios entre adolescentes, seis foram entre negros. A população negra tem, em sua história de desumanização racista, o passivo de ser o público atrelado à periculosidade e à loucura, sendo a maioria das pessoas que passaram, à revelia de qualquer justificativa, por internações em manicômios e foram cobaias humanas de métodos psiquiátricos manicomial dos mais diversos e brutais.

Outro estudo, realizado pela Fiocruz, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais,¹⁷ entrevistou 45.161 brasileiros/as, entre abril e maio de 2020, e identificou que quatro em cada dez participantes se sentiram frequentemente tristes ou deprimidos, e cinco, frequentemente ansiosos ou depressivos. Das pessoas entrevistadas, 44% tiveram início de problemas com o sono, e quase a metade agravou problemas preexistentes. A maioria das pessoas que apresentaram esses problemas foram adultos jovens, mulheres e pessoas com antecedentes de depressão. Não existiu o recorte racial nessa pesquisa, mas, ainda assim, seus resultados chamam a atenção para a importância de ofertar serviços de atenção à saúde mental, e à qualidade do sono, em especial para essa parcela da população que apresentou os principais índices. Entender as modificações que ocorreram na vida das pessoas relacionadas à pandemia de Covid-19, principalmente da população negra, é essencial para organizar ações para a redução do seu impacto nas condições emocionais e mentais da população.

Quando analisamos os dados da vacinação em nosso país, as desigualdades raciais permanecem presentes. Em levantamento exclusivo feito pela Agência Pública¹⁸, divulgado em março de 2021, a partir do dado de 8,5 milhões de pessoas que tomaram a primeira dose, verifica-se que há mais pessoas brancas vacinadas do que pessoas negras: a proporção é duas pessoas brancas para uma pessoa negra vacinada. Este dado se revela ainda mais alarmante quando comparamos a quantidade de pessoas negras que morrem em decorrência da Covid-19 em relação às pessoas brancas. Quanto às pessoas que tomaram a primeira dose, 3,2 milhões são brancas e 1,7 milhão são negras. O estudo elenca, dentre alguns fatores, a baixa expectativa de vida das pessoas negras, que reduz bastante quando ultrapassam os 40 anos de idade, sendo os homens negros mortos ainda jovens, em decorrência, sobretudo, da violência do Estado e do genocídio contra a população negra.

Ainda que o perfil de quem tem contato direto com os infectados pela doença (profissionais de saúde, auxiliares de enfermagem e técnicos/as de enfermagem) seja de pessoas negras, um outro ponto trazido pelo estudo é o de que parte considerável das pessoas negras não estavam entre os grupos considerados “na linha de frente” dentre os profissionais de saúde. São aqueles e aquelas que estão em serviços terceirizados dentro dos hospitais, como limpeza e segurança, que não foram considerados priori-

pt-br/news/sa%C3%BAde-mental-de-pessoas-negras-%C3%A9-afetada-pela-covid-19-e-merece-aten%C3%A7%C3%A3o-destaca-artigo-da.

17 Para saber mais, acesse: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-12-24/estudo-confirma-impacto-da-pandemia-de-covid-19-sobre-a-saude-mental.html>. Ou acesse: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2020/12/02/impacto-da-pandemia-de-covid-19-sobre-a-saude-mental-da-populacao-brasileira/#.YGIFz69KjIU>.

18 Fonte: <https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras/>.

tários¹⁹. Cabe destacar que os serviços não considerados como prioritários mas que também não pararam na pandemia – como o transporte público, a limpeza urbana, supermercados e farmácias – também são compostos, majoritariamente, por pessoas negras. Por fim, ainda segundo especialistas entrevistadas pelo estudo, outras questões, como a racial, deveriam ter sido consideradas para a definição dos grupos prioritários.

Conforme o Observatório da Covid-19 nos Quilombos²⁰ – iniciativa da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) realizada junto ao Instituto Socioambiental (ISA) a partir de informações trazidas pelo monitoramento autônomo da CONAQ – tem-se o seguinte sobre os casos de Covid-19 entre a população quilombola:

Dados da transmissão da doença em territórios quilombolas são subnotificados, pois muitas secretarias municipais deixam de informar quando a transmissão da doença e a morte ocorrem entre pessoas quilombolas. Tanto as secretarias de saúde como o próprio Ministério da Saúde têm negligenciado uma atenção específica em relação às comunidades negras. Parte do problema é a ausência de dados epidemiológicos para populações quilombolas. Além da grande subnotificação de casos, situações de dificuldades no acesso a exames e denegação de exames a pessoas com sintomas têm sido relatadas pelas pessoas dos quilombos.²¹

O grau de invisibilidade da situação de insegurança sanitária em meio à pandemia dos territórios quilombolas no Brasil é consequência, segundo a própria CONAQ, da “falência estrutural de sucessivos governos e dinâmicas de racismo institucional”. A CONAQ tem chamado a atenção, tanto no observatório quanto nas ações do movimento negro²², para a realidade da pandemia nos territórios quilombolas.

[...] os quilombos não contam com um sistema de saúde estruturado, ao contrário, os relatos da maior parte dos quilombos é de frágil assistência e da necessidade de peregrinação até centros de saúde melhor estruturados. As condições de acesso à água em muitos territórios é motivo de preocupação, pois também dificulta as condições de higiene necessárias para evitar a propagação do vírus. Essa situação tende a se agravar exponencialmente com as consequências sociais e econômicas da crise da Covid-19 na vida das famílias quilombolas. Outra dificuldade relatada em diferentes quilombos é com relação ao acesso à renda básica emergencial, especialmente no que toca à acessibilidade dos procedimentos de cadastramento via aplicativo e falta de ações dos governos estaduais e municipais no sentido de atender demandas emergenciais dos quilombos.

19 Para saber mais, acesse: <https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras/>.

20 Fonte: <https://quilombosemccovid19.org/>.

21 Fonte: <https://quilombosemccovid19.org/>.

22 A CONAQ compõe a Coalizão Negra por Direitos e foi uma das organizações signatárias do Pedido de Impeachment do Presidente Bolsonaro, protocolado pelo movimento negro organizado, ainda em agosto de 2020.

Todos os elementos apresentados nesse cenário da realidade pandêmica no Brasil, e sua relação com o impacto na população negra, corroboram a ideia de que a política de combate à pandemia no Brasil, incluindo o processo de vacinação, deveria ser elaborada e implementada a partir de decisões baseadas na epidemiologia da doença, cuja lógica é observar onde está a população com mais riscos de contaminação e, consequentemente, de óbitos. Assim, diversas variáveis deveriam ser consideradas nas estratégias governamentais de enfrentamento à Covid-19 no País: determinantes sociais, raciais, etários, de gênero, territoriais (regiões mais precarizadas e/ou invisibilizadas, áreas indígenas, quilombolas, etc.), dentre outras relativas a públicos mais expostos e sujeitos aos riscos e mortes pela doença.

Desta forma, observa-se que as ações, medidas e providências relacionadas a planejamento, implementação e transparência de medidas de prevenção e combate ao vírus e redução do impacto da pandemia na vida da população negra (em toda sua diversidade) realizadas pelo Governo brasileiro vão de encontro ao que seria razoável em um país de maioria negra, pobre e feminina e:

1. abandonam as referências a equidade, integralidade e universalidade no SUS;
2. ignoram a necessidade de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como um dos norteadores no enfrentamento da Covid-19;
3. descumprem diversos tratados e convenções internacionais de que o Brasil é signatário, como a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância²³ – cabe destacar que essa convenção, com compromisso internacional de prevenir, eliminar, proibir e punir atos e manifestações de racismo, discriminação racial e intolerância, teve a sua adesão ratificada pelo Governo brasileiro em maio de 2021.

Nessa conjuntura, o Governo Federal segue implementando uma política de retirada de direitos e descaso com o impacto das crises sanitária, social, econômica, política e ambiental na vida da maioria da população brasileira. Além disso, reverbera ideias e promove ações que reforçam o negacionismo, o racismo, a misoginia, o machismo e a LGBTQIA+fobia. Em contraponto, há uma série de iniciativas da sociedade civil organizada, como partidos, redes, fóruns, estudiosos, cientistas, movimentos sociais, etc., que buscam responsabilizar o Presidente da República por seus crimes, omissões e ações.

Uma dessas iniciativas parte da Coalizão Negra por Direitos, composta por mais de 200 organizações, entidades, grupos e coletivos do movimento negro brasileiro, e que sustenta um dos mais de 120 pedidos de *impeachment* do Presidente Jair Messias Bolsonaro. O documento foi protocolado em agosto de 2020 e aponta que “grande parte das vidas perdidas no Brasil por Covid-19 poderiam ser salvas, como se observa em

23 No Brasil, o Congresso Nacional aprovou o Decreto Legislativo n. 1, de 2021, que equipara a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância de 2013 à Emenda Constitucional. Em vigor no País, a Convenção recebe o mesmo tratamento destinado à Convenção Americana de Direitos Humanos. Seu descumprimento poderá ser submetido à avaliação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e, em último caso, à Corte Interamericana.

diversos países do mundo que exerceram políticas e uma gestão de saúde observando os parâmetros da ciência e da Organização Mundial de Saúde (OMS)”.
Nele, são apresentados os seguintes crimes:

- descumprimento da Lei Federal que determina as medidas que devem ser realizadas para monitoramento e controle da pandemia de coronavírus, instando a desobediência civil às medidas de isolamento social e outras para preservação à vida e praticando ele a quebra dos protocolos de proteção;
- negligenciar e não realizar os atos necessários para a contenção da pandemia conforme estabelecido nos parâmetros legais nacionais e internacionais;
- banalizar a vida e minimizar a gravidade da pandemia, fazendo com o que o Brasil seja hoje responsável por mais de 13% das mortes mundiais em decorrência de coronavírus, apesar de ser apenas 2% da população global;
- atuação para conflitar com os estados federativos relativamente às ações apropriadas que estavam sendo realizadas pelos governadores para contenção da pandemia;
- incentivar o uso de medicamentos não comprovados para o tratamento de coronavírus (*kit covid*), investir recursos públicos na contratação desses medicamentos, mesmo após confirmações científicas de que não eram apropriados para os casos de Covid-19;
- negar medidas de atendimento e enfrentamento à Covid-19 em comunidades mais vulnerabilizadas; dentre elas, as comunidades quilombolas;
- indicar à presidência da Fundação Cultural Palmares – instituição pública voltada para promoção e preservação dos valores culturais, históricos, sociais e econômicos decorrentes da influência negra na formação da sociedade brasileira – pessoa que contraria as normas legais e constitucionais que regulam a instituição, sem responsabilizá-lo por seus atos;
- participação e endosso de atos que atentam contra a democracia e suas instituições, que pleiteiam o fechamento do Congresso Nacional, o fechamento do Supremo Tribunal e a intervenção militar;
- ameaçar os poderes legislativos e judiciais, colocando em risco as instituições democráticas;
- alegar fraude nas eleições de 2018, questionando o sistema eleitoral que garante o exercício dos direitos políticos, sem apresentar nenhuma evidência probatória de tal alegação;
- intervenção em cargos públicos com a finalidade de proteger seus familiares de investigações criminais.

Para além da apresentação dos crimes, ações e omissões do governo de Jair Bolsonaro na condução da pandemia, na perspectiva do Movimento Negro organizado, enumeram-se, ainda, os DIREITOS VIOLADOS:

1. o direito constitucional e universal à vida e à segurança individual;
2. o direito constitucional e universal à saúde;
3. o direito constitucional à saúde pública;

4. o direito à não discriminação racial;
5. o direito ao patrimônio histórico e cultural das comunidades quilombolas;
6. o direito ao acesso à informação e liberdade de expressão;
7. os direitos ao livre exercício do Poder Legislativo, do Poder Judiciário e dos poderes constitucionais dos estados;
8. o regime democrático;
9. os princípios constitucionais da probidade administrativa.

Os movimentos sociais e OSCs têm sido protagonistas na busca por investigar e caracterizar os atos do Presidente Bolsonaro dentro do rol de crimes contra a humanidade, além de denunciar as violações de direitos perpetradas pelo seu governo nas devidas instâncias nacionais e internacionais. Pesquisas como a do Instituto Nacional de Pesquisa e Promoção dos Direitos Humanos (INPPDH)²⁴ sobre as ações realizadas pelo Presidente do Brasil no combate à pandemia têm sido fundamentais para ratificar posicionamentos e convalidar documentos – como o pedido de *Impeachment* da Coalizão Negra por Direitos e de outras tantas iniciativas da sociedade civil organizada.

A pesquisa avalia que os atos de Bolsonaro “poderiam caracterizar crime de genocídio e contra a humanidade, de acordo com o Estatuto de Roma – que rege o Tribunal Penal Internacional e do qual o Brasil é signatário”. Segundo o INPPDH, a postura negacionista de Jair Bolsonaro em relação ao combate da doença, aliada a uma marca de centenas de milhares de mortos, seria uma violação a dois artigos do texto legal: 6º e 7º. O estudo conclui que

[...] o crime de genocídio estaria caracterizado porque Bolsonaro, ao dificultar o tratamento à Covid-19 de indígenas e quilombolas, “age no sentido de sujeitar intencionalmente as comunidades tradicionais, considerando o recorte étnico-racial, a condições de vida que provoquem sua destruição física, ainda que parcial”. Haveria também ofensas à integridade física ou mental destes grupos. (INPPDH, 2021).²⁵

E, ainda, que

O crime contra a humanidade estaria caracterizado pela omissão relevante e consciente do chefe de Estado para não combater a disseminação da Covid-19 em todo o país, assim como a sua ação deliberada contra a vida de centenas de milhares de brasileiros ao “negar medidas eficazes de logística hospitalar e medicamentosa, cientificamente comprovadas”.

Dito isto, o próprio Presidente da República, em suas ações, medidas e providências desastrosas relacionadas à prevenção e combate à Covid-19, comete uma série de crimes que impactam a vida do conjunto do povo brasileiro e, mais especificamente, sua população mais vulnerável. População essa que necessita mais fortemente das políticas públicas, e é composta por uma maioria negra, pobre e feminina.

24 Associação sediada em Campinas (SP) que reúne pesquisadores das ciências humanas.

25 Saiba mais em <https://congressoemfoco.uol.com.br/area/governo/bolsonaro-genocidio-inppdh/>.

3. Futuro – Principais recomendações que apontem para perspectivas positivas relacionadas ao direito à saúde integral da população negra no Brasil em uma realidade de pós-pandemia

Mesmo com o avanço da vacinação em diversos países do mundo e no Brasil, as perspectivas positivas para 2021 no nosso país esbarram em um centro do poder que implementa uma política de aprofundamento das desigualdades e de genocídio da maioria do seu povo – notadamente, a população negra, pobre e feminina.

Existem, hoje, diversos processos junto às instâncias cabíveis no sentido de avaliar e comprovar a responsabilidade do Presidente Jair Bolsonaro na condução desastrosa do País na pandemia. O principal processo de investigação foi a CPI da Covid-19²⁶, em andamento no Senado Federal, e que investiga supostas omissões e irregularidades nas ações do Governo Federal do Presidente Jair Bolsonaro durante a crise sanitária no Brasil. Para além da CPI, foram protocolados, até julho de 2021, 122 pedidos de *impeachment* contra o chefe do Poder Executivo, incluindo um “superpedido” – que lista acusações de mais de 20 crimes apontados a ele e unifica todos os pedidos de *impeachment* já protocolados na Câmara até o momento.

Dito isso, a primeira RECOMENDAÇÃO deste documento diz respeito ao imediato “desengavetamento” das propostas de impedimento enviadas à Câmara e à imediata abertura do processo de *Impeachment*, pelo Presidente da Câmara dos Deputados, o Exmo. Sr. Arthur Lira (PP/AL), contra o Presidente da República.

As autoridades e os setores comprometidos com os direitos humanos precisam se manifestar em relação a essa pauta, urgente e necessária para destravar a condução do País, a fim, também, de conseguir atuar no sentido da superação das múltiplas iniquidades raciais potencializadas pela pandemia e agravadas pela intencional política de morte implementada pelo atual Governo Federal.

A ausência de dados sobre a pandemia, com recorte racial e de gênero, que deveriam ser elaborados pelas autoridades nacionais e divulgados pelas instâncias governamentais, não foi capaz de ocultar o fato de que a Covid-19 tem sido mais letal para as comunidades negras e pobres. Esses dados, de responsabilidade do Poder Público, têm papel fundamental na análise dos impactos da pandemia na comunidade negra e periférica e para a produção de respostas eficazes à crise sanitária no Brasil. As respostas trazidas vieram, prioritariamente, do esforço de investigação da sociedade civil organizada, do consórcio de imprensa junto aos estados e de grupos de pesquisadores/as comprometidos/as em compreender a dinâmica da Covid-19 no País.

A segunda RECOMENDAÇÃO deste documento diz respeito à imediata recomposição do sistema de transparência do Governo Federal, com a atualização dos

26 A CPI da Covid-19, também chamada de CPI da Pandemia ou CPI do Coronavírus, é uma comissão parlamentar de inquérito, que investigou supostas omissões e irregularidades nas ações do Governo Federal do Presidente Jair Bolsonaro durante a pandemia de covid-19 no Brasil. Foi criada em 13 de abril de 2021, oficialmente instalada no Senado Federal em 27 de abril de 2021 e prorrogada por mais três meses em 14 de julho de 2021, devendo a investigação ser concluída, e o relatório, apresentado até 5 de novembro de 2021. O Relatório Final foi aprovado em 26 de outubro de 2021. Disponível em: https://senadofederal-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/cpipandemia_arquivos_senado_leg_br/EUTR4zRZ8VRNpTmmpMgJyLsBiGmQxIWq3boPat_fg83CQ?e=zzlR60. Acesso em 27 out. 2021.

dados relacionados aos impactos da pandemia, com recorte racial e de gênero, nos termos dos parâmetros étnicos-raciais adotados pelo IBGE.

O grave quadro vivenciado com a pandemia, principalmente pela população negra brasileira, faz com que outras providências urgentes e imediatas precisem ser tomadas para garantir seu direito fundamental à vida e à saúde. A parcela de brasileiros composta de pessoas negras, além de maioria, é aquela mais vulnerável e empobrecida.

Por isso, a terceira e última RECOMENDAÇÃO deste documento dialoga com a imprescindibilidade da adoção de medidas²⁷ que alcancem esse público, expressas nos itens que seguem.

A adoção imediata de medidas de proteção da população negra e demais outras afetadas ou em vulnerabilidade em relação à Covid-19, com:

1. a imediata revogação da Emenda Constitucional n. 95, retomada do investimento no Sistema Único de Saúde e em pesquisas científicas acerca da infecção, além da implementação, pelo Estado brasileiro, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instrumento que deveria ser um dos norteadores no enfrentamento à Covid-19;
2. o acesso imediato ao saneamento básico para as áreas sem cobertura de esgotamento sanitário, acesso à água potável e coleta de lixo regular;
3. a imediata política educacional que garanta os direitos de crianças, adolescentes e jovens, da Educação Básica ao Ensino Superior, que preserve o seu direito à educação, enquanto durar a pandemia e na retomada das aulas presenciais no pós-pandemia, assegurando a não interrupção do acesso a auxílios e benefícios aos quais têm direito no ambiente escolar e no ambiente acadêmico (tais como merenda, bolsas alimentação e transporte, dentre outras);
4. o imediato congelamento de preços, pelos setores públicos e privados, de alimentação, gás de cozinha e produtos de higiene, com a devida fiscalização do Governo, para evitar aumentos abusivos, já verificados desde o início da pandemia;
5. a proibição de cortes de energia elétrica, água e outros serviços nesse período (de pandemia e nos meses cujo impacto econômico ainda seja relevante), assim como assegurar a suspensão de racionamento de água e/ou promover o fornecimento complementar de água potável para comunidades/territórios que sofrem regularmente com esse tipo de limitação;
6. o Poder Judiciário deve suspender, por tempo indeterminado, o cumprimento de mandados de reintegração de posse, despejos e remoções judiciais, ou mesmo extrajudiciais, motivadas por reintegração.

Cuidados com pessoas infectadas, a partir:

²⁷ Medidas presentes no documento NOTA DA COALIZÃO NEGRA POR DIREITOS SOBRE A COVID-19, de 2020, e atualizadas pela autora.

1. de maior atenção e cuidado com as pessoas infectadas, a exemplo das pessoas idosas, trabalhadoras domésticas, cuidadoras e diaristas, ambulantes, população de rua e pessoas encarceradas;
2. da garantia, pelos governos municipais, estaduais e federal, de espaços seguros e adequados para tratamento e isolamento tanto para moradores de áreas com maior densidade populacional quanto para pessoas que vivem no meio rural e em situação de rua, com o devido acompanhamento de profissionais de saúde;
3. do apoio, com recursos e assistência aos familiares e às comunidades das vítimas da Covid-19; favelas e bairros negros e pobres devem ser alvo de campanhas de distribuição gratuita de produtos básicos de limpeza e proteção, tais como sabão, álcool 70 em gel, desinfetantes, água sanitária, entre outros, enquanto durar a pandemia.

Medidas de prevenção, promoção e atenção à saúde, com:

1. medidas de prevenção e promoção da saúde acionadas e intensificadas em favor de comunidades e territórios negros e pobres, com vacinação e testagem de sua população; essas mesmas regiões devem receber, gratuitamente, produtos básicos de limpeza e proteção, tais como sabão, álcool 70 em gel, desinfetantes, água sanitária, dentre outros, enquanto durar a pandemia;
2. medidas especiais para Quilombos, Comunidades Tradicionais e Povos Indígenas, a exemplo de acesso a recursos para alimentação, acesso à água potável, produtos de higiene, vacinação, serviços de saúde adequados e adaptados às suas realidades;
3. presença de profissionais de saúde, em especial médicas(os) e agentes comunitárias(os) de saúde, assegurada para as comunidades rurais, quilombolas, indígenas e tradicionais;
4. ações preventivas de urgência para domésticas, cuidadoras e diaristas, enquanto durar a pandemia; além de material para a prevenção, é preciso liberá-las para o isolamento social e o cuidado à saúde, prioritariamente com a garantia de que não ficarão sem remuneração;
5. estabelecer medidas para a população encarcerada que incluam vacinação imediata; distribuição de produtos de higiene pessoal; incremento na alimentação; atendimento médico regular. Essa população em situação prisional deve ter acesso a todas as informações e orientações acerca dos riscos de contágio e formas de prevenção ao coronavírus. Propõe-se, ainda, que se proceda à liberação de pessoas encarceradas que compõem os grupos de risco (como idosos e pessoas doentes), por meio de alternativas penais e processuais adequadas, a exemplo de tornozeleiras eletrônicas, enquanto durar a pandemia.

Assistência social, com:

1. garantia de renda mínima, por parte dos governos municipais, estaduais e federal, para as pessoas desempregadas, trabalhadores informais e pessoas com a infecção, enquanto durar a pandemia e na retomada gradativa das atividades presenciais no pós-pandemia;

2. integração de familiares com crianças e idosos com mais de 60 anos ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS);
3. apoio a pequenos comércios e empreendimentos locais, bares, quitandas, lojinhas, barracas de vendas informais, profissionais autônomos e MEIs, com auxílios “a fundo perdido”, enquanto durar a crise;
4. garantia do abastecimento de alimentação à população, oferecendo suporte técnico e financeiro à produção da agricultura familiar, agroecológica, quilombola e tradicional;
5. assegurar, para a população em situação de rua, vacinação imediata; espaços para higienização (banheiros públicos abertos e gratuitos, com torneiras e sabão, para higienização do corpo e das mãos); entrega regular de água potável em garrafas descartáveis; manutenção dos restaurantes populares abertos, com horário mais amplo de funcionamento e entrega do alimento em sacolas; material informativo/educativo, de preferência ilustrado, com as informações para prevenção, vacinação e locais de atendimento, no caso de pessoas com sintomas de contaminação.

Essas recomendações, apesar de distintas, são encadeadas e interdependentes. A manutenção, na principal esfera de poder do País, de um presidente (e seu governo) que implementa uma política de morte, de desmonte dos serviços públicos e de descaso com a maioria do seu povo tende a neutralizar qualquer tentativa de implementação das outras duas recomendações. Isso porque há um alto grau, no centro do Poder Federal, de intencionalidade na manutenção da realidade como está e, pior, de aprofundamento das desigualdades e da falta de compromisso público com as vidas em nosso país.

Conclui-se, portanto, que as três principais recomendações propostas neste artigo, conectadas e inter-relacionadas, têm o intuito de apontar os caminhos necessários para que as perspectivas de futuro – que se relacionam com o direito à vida e à saúde do povo negro, em uma realidade de pós-pandemia – sejam de superação da realidade imediata atual e de pavimentação de um horizonte de superação das iniquidades existentes no Brasil. Iniquidades essas que afetam, mais diretamente e de forma desproporcional, sua população mais pobre e vulnerabilizada, que é, notadamente, de maioria negra e feminina.

Referências

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

BALLESTRIN, Luciana. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 11, p. 89-117, Mai./Ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/DxkN3kQ3XdYYPbwwXH55jhw/?format=pdf&lang=pt>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018** População Negra. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. A Construção do Outro como Não-Ser como Fundamento do Ser. 2005. 323 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, 17, n. 49, 2003.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o Feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. 1995. Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/04/CARNEIRO-2013-Enegrecer-o-feminismo.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.** [on-line], v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

GELEDÉS. **A presença do Negro na Imprensa Gaúcha**: do Império à República. Geledés. 25 de abril de 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/a-presenca-do-negro-na-imprensa-gaucha-do-imperio-a-republica/>.

HALL, Stuart. Da **Diáspora**: identidades e mediações culturais. Organização de Liv Sovick. Tradução de Adelaine La Guardia Resende *et al.* Belo Horizonte: IFMG, 2009.

HORTA, Bernardo L. *et al.* Prevalência de anticorpos contra SARS-CoV-2 de acordo com a condição socioeconômica e étnica em inquérito nacional brasileiro. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7595003/>. Acesso em: 20 out. 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** (Pnad) Contínua. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403>.

INPPDH. **Nota técnica**: Possível configuração de crime contra a humanidade e de Crime de Genocídio pelo Presidente da República. Campinas, 2021. Disponível em: https://a8aaa9e1-7e7a-40b4-a52d-2d1af25a4299.filesusr.com/ugd/f4e22d_24d5c783829149f59f67e336603b9a11.pdf.

INSTITUTO TRATA BRASIL. 2021. Disponível em: <https://www.tratabrasil.org.br/>.

IPEA. **Atlas da Violência**. 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>.

LIMA, A. N. C. **Mulheres Militantes Negras**: a interseccionalidade de gênero e raça na produção das identidades contemporâneas. 2013. (Apresentação de Trabalho/ Comunicação).

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del Poder, Cultura y Conocimiento en América Latina. **Anuário Mariateguiano**, Lima, v. 9, n. 9, 1997.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Do pós-moderno ao pós-colonial: E para além de um e outro. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro De Ciências Sociais. Coimbra, **Espaço e Cultura**, 2004. p. 1-45.

Para além da pandemia de Covid-19: considerações sobre as lutas políticas em torno à materialidade do direito à saúde

Armando De Negri Filho¹

A pandemia da Covid-19 colocou em evidência as insuficiências históricas da garantia do direito à saúde no Brasil e as fragilidades decorrentes dessa insuficiência no âmbito societário e do Estado brasileiro que permitiram o comportamento irresponsável do Executivo Federal e a passividade de várias outras esferas de poder diante da tragédia sanitária e social sofrida pelo povo brasileiro. O direito constitucional à saúde no Brasil, embora dotado de todos os elementos definidores de sua universalidade, integralidade e igualdade, parece perenemente capturado pelas restrições impostas pela hegemonia neoliberal e a não garantia material dela decorrente, haja vista a persistência da política de austeridade a consolidar a insuficiência de recursos e a constante pressão por manter um sistema dual, em que a existência da saúde suplementar cria uma desigualdade de acesso inaceitável nos marcos constitucionais do direito cidadão à saúde. Esta permissividade formal, escassamente contrabalançada pelo direito antecipado de tutela, representado pela elevada judicialização do direito à saúde e a naturalização da responsabilidade individual perante ameaças estruturais à saúde, como se viu no processo da pandemia (com o Estado atuando como fonte de caridade, como uma “organização humanitária”, e não como ente que tem o dever de garantia do direito), fortalece a percepção do não direito de cidadania e naturaliza a exclusão social, autorizando o comportamento do Governo Federal e seus aliados no que se refere ao não cumprimento dos seus deveres constitucionais.

Como, no âmbito internacional, é controverso o direito universal à saúde, não existindo instrumento juridicamente vinculante, é natural que encontremos tergiversações sobre as exigências materiais expressas pelo Comentário Geral 14 do Comitê DESC/ONU²

1 Médico. Especialista em Medicina de Emergências. Mestre em Epidemiologia, em Saúde Pública / Saúde Global e Diplomacia da Saúde e em Gestão Clínica. Doutor em Medicina Preventiva – Área de Políticas e Sistemas de Saúde. Coordenador Geral da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências- RBCE. Coordenador do Comitê Executivo do Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade Social. Membro do Painel /Mecanismo de Especialistas em Direito ao Desenvolvimento do Conselho de Direitos Humanos da ONU. Membro da Coordenação do Grito das Excluídas e dos Excluídos Continental.

2 Ver em Comentários Gerais dos Comitês de Tratados de Direitos Humanos da ONU. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Coment%c3%a1rios%20Gerais%20da%20ONU.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

sobre o direito à saúde contido no Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais³ (1966).

O Comentário Geral 14 afirma as dimensões de disponibilidade, acesso, acessibilidade, adaptabilidade, aceitabilidade e qualidade como características do direito à saúde e corrobora o caráter equitativo dessas dimensões como forma de cumprir o mandato de universalidade, integralidade e igualdade para todas as populações e indivíduos sem exclusões ou discriminações de nenhuma ordem. Para além da progressividade aceita para a materialidade no alcance aos direitos econômicos, sociais e culturais, o que tem postergado o caráter urgente do cumprimento desses direitos, observamos no mundo fragrantemente (e vedadamente) regressões do direito no contexto pandêmico e antes dele, por força das retrações da atenção decorrentes das políticas neoliberais. Regressões claramente em choque com o disposto nos mecanismos jurídicos internacionais.

Mas como o Direito Internacional está impregnado de uma lógica colonial que aceita as desigualdades entre as nações decorrentes da ordem econômica internacional vigente, as brechas de acesso aos recursos e instrumentos de enfrentamento dos problemas de saúde tem aumentado, apesar dos clamores e declarações pomposas sobre a garantia do direito à saúde de todas as populações. Isso é flagrante no acesso às vacinas e sempre esteve presente na brecha de infraestrutura sanitária e social entre os países do Sul global e os países ricos do mundo. Tais assimetrias refletem a permissividade do Direito Internacional em relação às desigualdades injustas.

Nas três sessões a seguir, escritas entre setembro de 2020 e outubro de 2021, tratamos de problematizar a realidade brasileira no que tange à não garantia do direito à saúde, apontando os caminhos de construção dessa garantia política e bioética no marco trans e pós-pandêmico; e na quarta e última sessão colocamos em perspectiva o debate crítico sobre o Direito Internacional como espaço de disputa para que se possa avançar na reparação das vítimas e a responsabilização dos perpetradores das violações dos direitos no Brasil e no mundo, mas tornando visíveis quem de fato são os beneficiados pelo atual estado de coisas e quem são os que sofrem os efeitos dessa realidade, debate no qual fatalmente encontraremos o poder econômico hegemônico e seus agentes.

Esperamos que tais linhas de análise ajudem a potencializar a denúncia internacional que é objetivo deste esforço colaborativo de pesquisa e sustentem a responsabilização de perpetradores e beneficiados com a correspondente reparação às vítimas e afetados/as pela intenção de desassistência e pela ideologia que define quais vidas podem ser descartáveis. Esperamos colaborar para que tragédias desse tipo não se repitam.

3 Decreto n. 591/1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 10 out. 2021.

1. Relançar o SUS como parte integral de um sistema universal de proteções sociais: com audácia e sem indulgências⁴

No momento em que este texto é escrito (setembro de 2020), chegamos a 120.000 mortos pela Covid-19 no Brasil. Após os EUA, somos o país com maior número de mortos do Planeta, com 568 mortes por milhão de habitantes.

Apesar desses números, encaminhamo-nos para uma crescente flexibilização do isolamento físico e, mesmo em estados nos quais a epidemia se expande em casos, hospitalizações e mortes, estamos em busca de uma *normalidade* mais desigual que nunca, com precarização e desemprego crescentes, instável e insuficiente apoio econômico aos mais fragilizados, um sistema de assistência social ignorado e desmontado, um sistema de saúde sobrecarregado e, mesmo com circunstanciais expansões assistenciais, funcionando como precária barreira de contenção do vírus, enquanto exclui outras patologias: até julho, foram um milhão a menos de hospitalizações pelo SUS, pois os pacientes têm medo de ir aos serviços e serem contaminados, e as atenções eletivas foram suspensas, nos transformamos em um sistema de uma só patologia, o que terá graves consequências e mortes que seriam evitáveis.

As mortes por coronavírus já estão ocupando o segundo lugar na mortalidade geral do Brasil comparativamente às mortes totais de 2018. E estamos apenas em final de agosto, com as previsões matemáticas apontando para o número de 200.000 mortos em novembro de 2020, considerando que, desde o início de junho, viemos apresentando um plano nacional de mil mortes diárias. Ou seja, como sociedade, aprendemos a conviver com essa mortandade e desresponsabilizamos o Governo Federal por suas ações e omissões genocidas e necropolíticas. Dirão os leitores deste texto que não é um consenso esta desresponsabilização, mas lhes responderia que não é consenso tampouco a responsabilização, o resultado: um empate em que se consolida e prospera a hegemonia do capital financeiro e se aceleram reformas de fundo, de natureza regressiva para a tributação, e uma ofensiva para financeirizar as proteções sociais de forma definitiva, através do ensaio de propostas de *vouchers* e auxílios emergenciais que obscurecem a devastação de nosso sistema de proteções sociais, já golpeado pela Emenda Constitucional n. 95 (que, em 2016, congelou os investimentos públicos por 20 anos) e pelas reformas trabalhista e previdenciária.

O Parlamento, a grande mídia e o Judiciário seguem guiados pelas forças de mercado e da moral conservadora, avançando na sustentação política do governo Bolsonaro em direção ao seu enquadramento como distrator, para seguir o alinhamento do Brasil com a máxima liberdade de mercado, junto a uma desproteção social disfarçada de modernização da seguridade social.

Bolsonaro serve de bode na sala; frente a ele, um neoliberal como Mandetta se torna o melhor Ministro da Saúde do mundo; frente a ele, Rodrigo Maia chega a ser o social democrata que propõe a modernização da seguridade social. Com isso, faz-se um jogo

4 Originalmente publicado, em versão reduzida, no Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. set. 2020. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Direitos-humanos-no-Brasil-2020.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

de sombras e espelhos no qual se perde o referencial do que seria um sistema suficiente e qualificado de proteções sociais, e consolidam-se a igualdade de oportunidades e o empreendedorismo individual como signos de uma liberdade que autoriza não depender do Estado e permitir que este atue como se fosse uma ONG, que ajuda em situações de crise humanitária, mas não se compromete como garantidor dos direitos, posto que está orientado a garantir os direitos de exploração do capital financeiro e assegurar mais e mais concentração da riqueza.

O bloco histórico que domina o poder político, mediante o poder econômico internacional e seus aliados nacionais, segue castigando qualquer tentativa de desvio do rumo desnacionalizante e desprotetor da nossa história. As desigualdades injustas são parte constitutiva da sociedade brasileira, a indiferença a elas é a norma de conduta; qualquer tentativa, ainda que insuficiente, de mudar esse rumo é punida de forma exemplar.

A diminuição das desigualdades nos governos Lula e Dilma, ainda que sem afrontar de forma estrutural a concentração de renda e propriedades; a ousadia de passar a limpo o passado na busca da memória das responsabilidades e reparação das arbitrariedades e violências da ditadura cívico-militar de 1964 a 1985; e a tentativa de limitar o ganho do capital financeiro no rentismo dominante na economia nacional foram fatores definitivos no processo de hostilização e golpe contra Dilma e a adoção de um processo de desmemória ou amnésia forçada dos avanços sociais que, ao mesmo tempo que imputa todos os problemas do presente aos governos do PT, impede ver que nossa economia foi lançada de forma premeditada na crise a partir de 2015, criando uma narrativa de crise econômica e social (no contexto do que chamamos de “guerras híbridas”) que justificasse o golpe e a radicalização das políticas neoliberais nos governos Temer e Bolsonaro.

Existe uma continuidade histórica que não podemos negar. Em um país amnésico de suas próprias desgraças, esquecemos rapidamente o que fomos e mesmo o que somos: um país profundamente desigual, sem um estatuto material de cidadania que faça realidade os direitos duramente conquistados no percurso histórico até a Constituição de 1988 e que, nesses 32 anos desde então, tem visto esses direitos em uma montanha-russa, com mais descidas que subidas, na qual hoje se consolida um comportamento indiferente e na qual a epidemia, a exclusão econômica e social só sensibilizam quando tocam familiares e amigos, mas mesmo assim frequentemente interpretados como expressões do destino – a vontade divina e o fatalismo da condição de classe, sem gerar revolta ou clamor por transformações sociais.

No transcurso desses meses de epidemia, temos perdido a capacidade como sociedade de reivindicar de forma contundente um novo início; fomos dominados pela desinformação e o ataque à ciência e ao conhecimento; os espaços de participação social foram desvalorizados ou ignorados; os trabalhadores e suas organizações, atacados; a escuta do governo nacional se dá entre os seus pares empresários do grande capital, militares, fundamentalistas religiosos, acadêmicos messiânicos, setores da lumpenburguesia e do lumpemproletariado que repercutem narrativas *do vírus chinês, da gripezinha, das curas mágicas, das mortes aceitáveis, de que é pior morrer de fome do que morrer de Covid-19.*

Essa narrativa ganhou espaço suficiente para desmobilizar uma responsabilização do Governo Federal, acuou governadores e prefeitos (gerando algumas reações virtuosas

como no caso do Consórcio de Governadores do Nordeste), gerou uma dúvida sobre o próprio setor da saúde pública, atacou as universidades e os cientistas críticos, calou na opinião pública, a qual já não aplaude profissionais da saúde, já não quer falar de medidas de proteção sanitária e social e vai aceitando de forma militante ou inercial a volta ao normal a desesperada volta ao normal de um povo, em grande maioria, desamparado.

O que podemos apontar para o futuro?

Como podemos construir um processo democrático de alta intensidade capaz de produzir justiça social e merecer, assim, o nome de “democracia”?

O que e como podemos fazer em termos de uma luta pelo direito a um outro desenvolvimento, capaz de sustentar um verdadeiro sistema de proteções sociais com justiça social e justiça ambiental?

Como podemos relançar o SUS como projeto universal, integral e igualitário?

Podemos gerar nosso choque para poder projetar as crises que nos interessam ser enfrentadas?

O Sistema Único de Saúde (SUS) se encontrava, antes da epidemia da Covid-19, sob a pressão de um processo agudo de desfinanciamento em uma história de subfinanciamento, dentro do qual o sistema nunca foi capaz de atender plenamente suas funções universais, integrais e igualitárias.

Essas insuficiências estão inscritas no cerco imposto pela desassistência programada ou pela inassistência como característica do neoliberalismo que foi hegemônico no Brasil durante toda a existência do SUS. Razão pela qual, depois de 32 anos – apesar de todos seus avanços e de ter composto pela primeira vez na história brasileira um sistema orientado a atender toda população sem pagamento direto, contribuição social ou condicionante, materializando um avanço extraordinário a ponto de que hoje seja difícil admitir o Brasil sem o SUS e mais difícil ainda imaginar o enfrentamento da epidemia sem este sistema universal, o SUS ainda não consegue ser identificado pela sociedade como um patrimônio cidadão e ser objeto de uma reivindicação massiva pela sua sustentação plena.

Temos que defender o SUS. Mas qual SUS? Este historicamente escasso? Este que, por suas insuficiências, permite manter viva na sociedade uma aspiração a ter seguros privados e desde logo mantendo dois sistemas o Sistema da Saúde Suplementar – dos vários seguros privados e sistemas autogestionados de funcionários públicos e trabalhadores das estatais representam 55% do gasto em saúde do Brasil, atendendo apenas 25% da população? Este SUS que, com 45% do gasto em saúde do País, tem de atender a totalidade das necessidades de 75% da população e também atender os outros 25% da população que, além do privilégio da saúde suplementar, também usam o SUS de forma seletiva e, frequentemente, em condições de vantagem, caracterizando os privilégios e iniquidades na saúde brasileira?

Chegamos a este momento de epidemia com esse desequilíbrio e os déficits de atenção acumulados, com acesso insuficiente na atenção básica (haja visto o impacto positivo da expansão via o extinto Programa Mais Médicos, resposta dada a uma reivindicação amplificada dos protestos de 2013 dos “Hospitais padrão FIFA”), gargalos no acesso a meios diagnósticos e atenção especializada, com filas e tempos de espera avultados, e um déficit hospitalar e de terapias intensivas que vinham caracterizando o trajeto do

SUS, com a visível superlotação de prontos-socorros e as UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) (perversamente dispersando no território os pacientes necessitados de hospitalização). Era esperado que a resposta à epidemia em cada estado e região revelasse as desigualdades de acesso em todo o País e dramatizasse o aumento incremental lento e insuficiente que temos conseguido ao longo dos anos, gestando não apenas a defesa circunstancial de recursos para enfrentar a epidemia, mas recursos suficientes para ter um sistema suficientemente grande e equipado para enfrentar qualquer nova epidemia, as velhas dívidas sociais e sanitárias que vêm crescendo constantemente com a pressão da violência e dos acidentes, as doenças transmissíveis persistentes como a dengue, tuberculose, HIV, doenças crônicas, todas com impacto desigual segundo as classes sociais e raças, demonstrando as barreiras persistentes das desigualdades também no SUS. O envelhecimento acelerado da população, com um salto de 28 para 57 milhões de maiores de 60 anos até 2042, marca uma transição demográfica muito acelerada, sem uma resposta compatível por parte do SUS, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do conjunto das proteções sociais cada vez mais debilitadas pelo desfinanciamento.

A atenção básica à saúde ficou, em geral, bastante acuada pela sua insuficiência numérica, de acesso efetivo e acessibilidade no território nacional. Com a fragilização imposta à vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica), por desfinanciamento e desmonte institucional em muitos territórios, a capacidade da atenção básica para fazer a busca ativa de casos e contatos de Covid-19, e também das outras patologias e agravos para evitar a perda de seguimento clínico dos pacientes, mostrou não apenas o problema dos parâmetros adotados terem como referência cerca de 3.500 pessoas por equipe de saúde da família, mas também como ignora o fato de que, na melhor das hipóteses, o modelo de atenção preconizado pela estratégia da saúde da família demanda serviços/consumo de atenção que a equipe de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, mais os agentes comunitários de saúde, somente podem brindar a até 1.500 pessoas, em territórios sociais sem fragilidades extremas nos quais a demanda será menor e, portanto, o número de pessoas, famílias e ambientes a acompanhar deveria ser menor.

Torna-se imperativo demandar politicamente a suficiência qualificada do complexo de atenção básica – Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, CAPS, reabilitação em base comunitária, farmácias locais e distritais, núcleos de apoio à saúde da família com suporte diagnóstico como policlínicas, UPAs e/ou salas de reanimação/estabilização em unidades básicas, cobertura de Samu, academias da saúde, atenção domiciliar, serviços de longa permanência não hospitalares, comunicação e acesso informático com suporte de telemedicina e acesso aos recursos especializados e hospitalares, articulação com os recursos de proteção social no âmbito do SUAS – e, para além dele, a articulação nos territórios sociais das demais redes públicas de educação, habitação, ocupacional, laboral e de emprego e renda, energia, água e saneamento, transporte e comunicação, cultura, esportes, segurança pública, acesso à justiça, políticas de ambiente, enfim, conexão territorial com todo o complexo de uma gestão social integral fortemente amparada na participação cidadã desde seus territórios. Essa ocupação social dos territórios se tornou fundamental para um trans e pós-epidemia capaz de transformar a situação prévia de escassez e /ou inassistência; e identificar e tornar essas

demandas urgentes nos obriga a qualificar nosso poder político mediante a mobilização da população em favor do sistema, o que significa romper a indiferença, o fatalismo e a aceitação de respostas insuficientes.

No caso da atenção especializada ambulatorial e de internação hospitalar, a crise de acesso e resultados decorrentes dos tempos inadequados e de listas inexistentes ou pouco transparentes gera uma insuficiência que reforça os interesses do capital dentro e fora do SUS. No marco da insuficiência mantida conscientemente, a desassistência programada precisa ser combatida pelo princípio bioético da governança antecipatória: sabendo das consequências da insuficiência, temos o dever ético de responder de forma a evitar o dano que será gerado. Na análise da economia política da saúde, a atenção especializada e a hospitalar concentram a intensidade e o interesse do capital; se não tivermos um planejamento integrado das políticas públicas transeitoriais de promoção da saúde integrando ações preventivas, educativas, protetoras e diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação em todas suas dimensões e complexidades, garantindo tempo de resposta adequado para o melhor resultado prognóstico, seguiremos cultivando a esperança de que o usuário que possa pagar terá melhor destino se precisar de recursos ainda escassos no SUS. A melhor resposta que o SUS pode dar aos interesses privatizantes passa, portanto, por uma mobilização social para um investimento massivo na estrutura pública estatal capaz de regular pela produção os interesses do capital na saúde e, ao mesmo tempo, tornar a saúde um setor que alavanca a retomada econômica do País. Para mobilizar a sociedade em torno a essa ideia, temos que propor um processo de justiça testemunhal e hermenêutica através da qual a população tenha suas necessidades em saúde colocadas no centro do planejamento, da gestão e da avaliação do sistema e serviços de saúde, através do testemunho dos efeitos nas suas vidas da insuficiência das respostas às suas necessidades em saúde e de acesso aos conhecimentos (daí a justiça hermenêutica como parte da justiça epistêmica) para saber julgar e discernir as soluções propostas em relação à satisfação do que necessita esta seria a forma de alcançar um efetivo controle social com poder popular em saúde e proteção contra as manipulações e *fake news* tão presentes na forma como foi manipulada a epidemia e na forma histórica de fazer aceitar a desassistência programada do sistema como sendo outra coisa que não o fruto de um desfinanciamento resultante das políticas de austeridade violadoras de direitos.

A epidemia mostrou que necessitamos soberania sanitária, temos que produzir insumos, equipamentos médicos de proteção individual, medicamentos, necessitamos novas estruturas e edificações, necessitamos tornar o sistema suficiente para eliminar os privilégios daqueles que possuem saúde suplementar, tornando a renda um fator indiferente no acesso à saúde. Trata-se de um esforço maiúsculo: quando comparamos o SUS com os demais sistemas universais que apostaram na atenção básica ou primária como estratégia ordenadora, que ambulatorizaram a atenção a ponto de diminuir a necessidade de hospitais, que investiram em instituições de longa permanência como alternativa aos pacientes que necessitam cuidado social e, portanto, não têm razão de permanência nos hospitais, vemos que esses sistemas possuem, pelo menos, de 3,5 a 4 leitos hospitalares efetivos por mil habitantes (entendido como leito efetivo aquele que possui pessoal assistencial adequado à sua função e plataformas tecnológicas

correspondentes). No SUS, temos apenas 1,4 leitos por mil habitantes e somente 0,7 por mil podem ser considerados leitos efetivos. Temos, portanto, uma crise persistente de acesso. Geramos 57 hospitalizações por mil habitantes por ano no SUS contra 166 na saúde suplementar; e comparativamente aos sistemas universais qualificados, 155 por mil. Isso ilustra os tempos dilatados de espera para cirurgias e procedimentos que necessitam hospitalização e também a baixa oferta de procedimentos de diagnóstico e terapêuticos ambulatoriais que dependem dos hospitais. Como não medimos resultados assistenciais de forma comparativa destacando desigualdades, não sabemos de todos os efeitos injustos dessa situação. Mas temos posicionamentos como o da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), que, desde 2011, denuncia a violação massiva e sistemática dos direitos humanos na atenção às urgências e no acesso hospitalar, tomando em conta o tempo dilatado de permanência dos pacientes nos serviços de urgência, que esperam em ambientes saturados muito além dos tempos de quatro a oito horas que, segundo a urgência, seriam tempos limite prudenciais, comprometendo a vida e a integridade dos pacientes: com oito a doze horas de permanência nas urgências, esperando procedimentos ou leitos, aumenta-se a chance de morte por causas evitáveis em até 43% e aumenta a permanência na hospitalização, comprometendo ainda mais um sistema hospitalar saturado.

Para superar essa situação, calculamos que seria necessário construir ou requalificar mais de 500.000 leitos hospitalares (com 15 a 20% de leitos de cuidados intermediários e de cuidados intensivos) e criar mais de 100.000 leitos não hospitalares de longa permanência. Um investimento formidável, acompanhado de um investimento equivalente nos complexos de atenção básica e em políticas transeitoriais amplas que permitam diminuir a carga de doença gerada pelas condições inadequadas de vida e trabalho da grande maioria da população. Investimentos sustentados em obras e produção industrial nacionalizada, com um aumento qualificado da força de trabalho em saúde, em cadeias logísticas de serviços e produtos permitiriam ter na saúde um setor econômico ainda mais importante, invertendo a lógica hoje existente de um gasto em saúde privado maior que o público e entendendo definitivamente os recursos públicos em saúde como investimento no desenvolvimento do Brasil.

Durante a epidemia de Covid-19 no Brasil, tivemos a iniciativa, mediante um grupo de movimentos e associações, de criar uma Campanha de Leitos para Todos, com a ideia de formar uma fila única para as UTIs, com leitos SUS e não SUS sendo geridos de forma integrada pelos gestores públicos. Apesar de termos avançado no debate, na legislação proposta e na compra de recursos pelo poder público, ficamos longe de conseguir estabelecer regras que pudessem criar formas permanentes de unificação dos recursos de saúde em um só sistema.

Mas a necessidade persiste: com uma saúde suplementar mantida por recursos públicos dos muitos trabalhadores públicos que se utilizam da saúde suplementar e dos subsídios cruzados representados pelos gastos privados em saúde dedutíveis do Imposto de Renda, o passo a ser dado é o de projetar no horizonte um sistema que, mantido pelos impostos gerais, reivindique justiça tributária que sustente um sistema nacional de serviços públicos que atenda a totalidade da população, sem distinção de classes, e que seja público ainda que integre serviços estatais e não estatais, mas que

tenham participação direta das autoridades públicas em todos os conselhos de direção das instituições prestadoras.

Parece um horizonte distante considerando os tempos atuais e a forte ofensiva neo-liberal, mas colocar esses horizontes ambiciosos como meta nos permite contemplar um projeto de relançamento do SUS como parte integral de um sistema universal de proteções sociais integrado a um conceito de desenvolvimento capaz de produzir justiça social e justiça ambiental, e definitivamente vocacionado a eliminar as desigualdades injustas que marcam nossa sociedade, as quais a epidemia da Covid-19 nos faz lembrar com tanta crueldade.

Que os milhares de mortos não nos deixem esquecer nossas aspirações por justiça e dignidade e, em honra às suas vidas perdidas, defendamos e ampliemos de forma suficiente e qualificada nosso SUS, com a ambição superior de equilibrar necessidades e respostas em saúde para todas e todos, sem nenhuma autoindulgência com nossas insuficiências atuais.

2. O SUS que temos e o SUS que necessitamos: do SUS que nos defende da pandemia para um SUS capaz de superar seus limites – algumas iniciativas estratégicas da sociedade civil para criar um sistema do tamanho do povo brasileiro⁵

No momento em que foi escrita esta contribuição para este informe em sua edição 2020, estávamos chegando a 120.000 mortos pela Covid-19 no Brasil. Éramos o segundo país com mais vítimas da Covid-19 em todo o mundo, com 568 mortos por milhão de habitantes. O que parecia espantosamente doloroso se multiplicou em sofrimento e luto: agora em outubro de 2021 temos mais de 600.000 mortos, ainda somos o segundo país com maior número de mortos no Planeta, mas já alcançamos 2.787 mortos por milhão de habitantes. São números impressionantes, tristemente impressionantes.

Poderíamos ter menos mortos e doentes se não tivéssemos sofrido e seguíssemos sofrendo as mensagens e atos que atacam a vacinação (solução que não tínhamos como possibilidade há um ano atrás) e seguem menosprezando o uso de máscaras e o distanciamento físico. Mas poderíamos ter tido ainda mais casos e mortes não fosse o enorme esforço institucional e humano que o SUS realizou no âmbito da atenção aos pacientes afetados pela Covid-19 e suas consequências, e se não fosse o imenso esforço de vacinação do SUS, que, superadas as barreiras para aquisição e produção de vacinas, nos projetam (em 2 de outubro de 2021) com quase 147 milhões de pessoas com pelo menos uma dose da vacina e mais de 93 milhões com vacinação completa, totalizando 72% e 43% da população respectivamente.

Esses números, apesar de ainda insuficientes, pois nos deixam sob permanente ameaça, são uma conquista no cenário de um Governo Federal que frequentemente obstruiu as soluções requeridas. Ainda estamos confrontados com a possibilidade de

5 A ser também publicado, em versão reduzida, como parte do Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos (out. 2021).

surgimento de novas variantes do vírus e sua expansão em um cenário de coberturas vacinais insuficientes. Mas o que mais nos desafia é o grau de fragilidade que o SUS arrasta para fazer frente a uma pandemia/epidemia que vai se transformar em uma endemia, requerendo cuidados permanentes dos que foram afetados e dos potenciais novos afetados, em uma dinâmica de sindemia, ou seja, de uma interação de causas econômicas, sociais, ambientais e de outras patologias nas populações que foram intensificadas e intensificaram o impacto da Covid-19. Pois, além dos danos diretos na saúde física e mental das pessoas, também fica a marca da doença nos seus efeitos sobre as condições materiais de vida das populações, no grau de desgaste material e humano dos serviços de saúde.

Portanto, além de enfrentar as dívidas sociais historicamente persistentes no SUS e suas desigualdades estruturais, ainda temos que responder à ampliação das necessidades sociais derivadas do adiamento de várias outras respostas requeridas pelas populações e também responder com igual qualidade e oportunidade às novas demandas físicas e mentais, além das sociais, derivadas do adoecimento, incapacidade e morte geradas pela pandemia. Calcula-se que 10% dos contagiados irão necessitar atenção em decorrência da doença e que 60% dos hospitalizados sobreviventes irão requerer cuidados continuados por razão de doenças crônicas ou incapacidades associadas. São números imensos e que ainda não acabaram de se definir. Igualmente, há que pensar nas vítimas das ações deliberadas dos governos que negaram e seguem negando a pandemia, os órfãos, os pais sem filhos, os netos sem avós e os avós sem netos, os esposos solitários, na busca de reparações e formas de apoio para a sobrevivência e a vida dignas. Uma dívida social muito importante, que necessita de gestão clínica e social efetivas, de infraestrutura e capacidade profissional humana em escala e qualidade.

Como mencionamos, em 2020, necessitamos **relançar o SUS como parte integral de um sistema universal de proteções sociais: com audácia e sem indulgências**, criando um projeto nacional soberano e capaz de responder integralmente às necessidades sociais das populações e dos indivíduos como expressão última dos seus direitos.

Felizmente, temos inúmeros exemplos de ações e de processos que estão sendo desenvolvidos de forma solidária e comprometida com a transformação da realidade, enfrentando o trans e pós-pandêmico com visão de futuro.

Destacamos apenas três exemplos que se justificam como iniciativas por elas mesmas, mas que também ilustram os tipos de iniciativas que encontram várias expressões nos tempos de luta que vivemos.

O primeiro se refere à organização do I Congresso Brasileiro de Políticas e Sistemas de Atenção às Urgências e Acesso Hospitalar (realizado de forma virtual entre 6 e 12 de dezembro de 2020), uma iniciativa compartilhada por entidades e movimentos que lutam pelo pleno desenvolvimento do SUS e cientes de que o debate sobre o seu futuro não pode prescindir de aprofundar o tema **“Os direitos humanos na atenção às urgências e no acesso hospitalar do SUS em tempos de coronavírus: pacientes e profissionais no centro da crise e seus papéis na construção do futuro”**. Inicialmente

proposto pela Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE),⁶ nos seus 25 anos de existência e de importantes conquistas na concepção e implementação das políticas e redes de atenção às urgências no processo de consolidação do SUS, decidiu-se ampliar o marco do congresso e, em parceria com o Grito das e dos Excluídas e Excluídos Continental, dialogando com várias entidades, movimentos e instituições, promoveu-se uma aliança para a convocatória e o alinhamento do programa.

O temário do I Congresso aliou o marco das mobilizações da 6ª Semana Social Brasileira da CNBB, como parte das reflexões dos 3 Ts da Economia de Francisco – *Mutirão pela Vida: Terra, Teto e Trabalho*, em que a atenção à saúde ganha presença em um “Teto” que representa o conjunto das proteções sociais como direitos. A intenção foi projetar o tema central do Congresso e seus desdobramentos em uma agenda política, social, econômica e acadêmica compartilhada e orientada a enfrentar os problemas que cercam a atenção às urgências, a atenção especializada e o acesso hospitalar no trans e pós-pandemia como forma de abordar o conjunto do SUS e promover sua transformação sistêmica.

Para tanto, apostamos em uma ampla aliança com a cidadania, com as/os pacientes-usuárias/os, as/os trabalhadoras/es e profissionais da saúde e suas organizações, dialogando com prestadoras/es e gestoras/es dos sistemas territoriais, redes e serviços; instituições de controle público – Ministério Público (federal, estaduais, de Contas e do Trabalho), Tribunais de Contas dos Estados e da União, Defensorias, Auditorias do SUS; comissões e grupos parlamentares; instituições formadoras dos profissionais de saúde; instituições de pesquisa.

A convocatória destacou que as/os usuárias/os e trabalhadoras/es da saúde são as/os atores fundamentais neste processo, pois não apenas são a essência do existir do sistema de saúde, ao representar e atender a cidadania em diálogo direto com suas necessidades, como também se fazem representar como conselheiras/os municipais, estaduais e nacionais de saúde e de assistência social, e atuam como mobilizadores na formulação, aprovação e implementação de políticas sociais que fortaleçam o SUS e o SUAS e assegurem os direitos da população (incluindo as/os migrantes) e das/os trabalhadoras/es do setor.

A participação das/os usuárias/os e seus familiares buscou **colocar no centro do planejamento e administração do sistema de saúde as necessidades da população** e, assim, fortalecer o controle social na incidência direta nos padrões a serem alcançados e mantidos no SUS, sempre buscando os melhores padrões de desempenho mundial na garantia dos direitos humanos e sociais em saúde.

Avaliamos como essencial que o testemunho de usuárias/os e trabalhadoras/es orientassem e orientem uma incidência direta na construção de novas exigências nas condições e na organização da atenção aos pacientes e do trabalho em saúde, especialmente depois da dura experiência vivida no enfrentamento da epidemia da Covid-19.

A participação na elaboração da convocatória e no desenvolvimento do congresso permitiu uma melhor articulação de usuárias/os e trabalhadoras/es sobre seus temas no

6 Para Mais informações, inclusive sobre as entidades e organizações que convocaram e organizaram o I Congresso, ver: <https://www.rbce.com.br>.

âmbito dos Conselhos de Saúde e da Assistência Social, como aliados fundamentais para construirmos as bases para uma reforma hospitalar do SUS e alcançarmos a garantia de tempos de espera e permanência adequados, tanto na atenção básica quanto nas urgências e na atenção especializada – **formando uma Aliança Cidadã por Tempos de Espera Clinicamente Aceitáveis / “Nem um minuto a mais, Nem uma Vida a menos”**, aliança que será oficialmente lançada em novembro de 2021.

Com o impacto do **desastre de alta intensidade** provocado pela epidemia da Covid-19, observamos a intensificação da sobrecarga dos serviços e, apesar de expansões de oferta de leitos de internação em enfermarias e UCIs/UTIs, observou-se a desassistência de outras patologias e o precoce fechamento das expansões de serviços com a ideia de que já passamos o pico epidêmico, o que não só nos parece desconhecer a insuficiência histórica da oferta como também ignora a possibilidade de novas ondas epidêmicas, como de fato ocorreu e pode se repetir, e a necessidade de manter capacidades de complacência no âmbito do SUS (e na proteção civil pública consistentemente estruturada tal como observada em outras experiências internacionais).

Coube, ainda, destacar a visibilização da tremenda fragilidade das condições e proteções do trabalho em saúde, como expressão do desfinanciamento e negligência governamentais (dos Poderes Executivos e Legislativos, assim como dos tribunais e órgãos de controle), em relação às necessidades em saúde e nas demais políticas de proteção social.

A RBCE denuncia desde 2007 a violação massiva dos direitos humanos na atenção às urgências e no acesso hospitalar, que conflita abertamente com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade do SUS. É denúncia feita em torno à desassistência programada das populações através do sub ou desfinanciamento e da persistente insuficiência dos serviços que se manifestam nos prontos-socorros superlotados, nas filas de espera demoradas na atenção especializada e na insuficiência de leitos hospitalares e de rede distribuída de atenção básica em todo o território nacional.

A RBCE lançou formalmente em 2011 sua **Campanha Permanente em Defesa dos Direitos Humanos na Atenção às Urgências e no Acesso Hospitalar** e, em 2019, atualizou essa campanha propondo duas bandeiras centrais de luta:

1. **pelo tempo máximo de quatro a oito horas de permanência nos serviços da rede de atenção em urgências** – para evitar as mortes e complicações evitáveis decorrentes dos tempos de permanência elevados e o consequente atraso nos diagnósticos e início dos tratamentos efetivos;
2. **por quatro leitos hospitalares por mil habitantes**, para alcançar um mínimo de leitos efetivos que cubra a totalidade da população, garantindo a suficiência de leitos para condições agudas de urgência, condições subagudas em atenção programada e na longa permanência, criando alternativas de instituições não hospitalares para pacientes de longa permanência e dependência variável.

Lembrando que, hoje, aceitam-se tempos de permanência de até 24h no SUS e existem apenas 1,4 leitos SUS por mil habitantes, porém apenas 0,7 são realmente efetivos

e utilizados, muito distante do que é necessário. A dificuldade de ter acesso a cuidados intermediários e intensivos – UCIs e UTIs – ficou escancarada com a Covid-19, mas é um problema histórico e que cobra muitas vidas a cada ano.

As bandeiras de **“4 x 4: 4 horas para atender e 4 leitos para cuidar”** sintetizam a ideia de lutar por um tamanho de SUS suficiente para cuidar de toda a população em todas as suas necessidades, fortemente orientada pela atenção básica segundo uma estratégia promocional da qualidade de vida e da saúde.

A 4 x 4 como proposta e como campanha foi adotada pelos participantes do congresso, como primeira expressão política da Aliança Cidadã pelos Tempos de Espera Clinicamente Aceitáveis.

Sabemos que os parâmetros e as dimensões propostas merecem debate e contextualização em cada região dos estados, mas acreditamos que este debate possa construir parâmetros úteis para os tempos e as ofertas de serviços necessários às populações do nosso Brasil.

O I Congresso discutiu e promoveu (sempre com o respeito total aos direitos humanos e sociais: nenhuma discriminação por classe social, gênero, etnia, identidade sexual, território ou idade é admitida, conforme estabelece a Constituição Federal) os seguintes temas, com a intenção de incidir politicamente na superação dos problemas e obstáculos que deles decorrem:

1. o acesso efetivo e a acessibilidade nacional ao complexo da atenção básica como componente estratégico da atenção às urgências, considerando as UPAs como parte desse complexo;
2. uma radical reorganização do acesso à atenção especializada, tornando a iniciativa de constituir uma Aliança Cidadã pelos Tempos de Espera e Permanência Clinicamente Aceitáveis no SUS;
3. o alcance necessário de uma reforma hospitalar do SUS, mediante a constituição de redes hospitalares regionalizadas integradas à atenção básica e organizadas por linhas de atenção e de cuidados com metas de resultados para pessoas e populações;
4. a importância essencial da plena operação dos complexos de regulação (incluindo a regulação Samu) em diálogo com planejamento, coordenação, avaliação e auditoria dos sistemas regionais e suas redes e linhas de atenção, com um olhar estratégico sobre as insuficiências do sistema e garantia do acesso qualificado e oportuno com resultados de comparabilidade mundial;
5. estabelecimento da referência fundamental da gestão clínica e do governo clínico centrado nas necessidades dos pacientes e seus familiares, com trabalho em equipes interprofissionais (convidando todas as áreas profissionais que atuam nas urgências e na atenção hospitalar) e cuidado com a sustentabilidade pública do sistema, em constante diálogo com o controle social do sistema de saúde;
6. desenvolvimento de um grau elevado de transparência sobre o sistema e compreensão dos problemas complexos que resultam e produzem as redes de atenção às urgências, de atenção especializada e hospitalar quando não são objeto integrado de análise qualificada e controle social. Para tanto, foi proposta a criação de comissões permanentes ou comitês temáticos que tratem desses temas nos conselhos

- de saúde, nas entidades de gestores públicos e órgãos de controle, assim como nos conselhos e sindicatos profissionais e no Poder Legislativo;
7. desenvolvimento estratégico da formação, habilitação e especialização dos profissionais que atuam nas urgências e nos ambientes de hospitalização em ambiente integrado com os profissionais de atenção básica e da atenção em pediatria, medicina interna, cirurgia, geriatria, saúde mental, ginecologia/obstetrícia, como áreas fundamentais de gestão clínica e grandes organizadoras da continuidade do cuidado, incluindo o cuidado social coordenado pelo serviço social;
 8. formação de uma Rede Colaborativa Nacional e Internacional de Pesquisa Aplicada e Educação para a Transformação de Grandes Sistemas, abordando os temas sugeridos no congresso desde o enfoque de sistemas complexos adaptativos;
 9. instalação de processos territoriais que constituam cidades e comunidades protetoras da vida, como forma de promover a redução das urgências em suas várias manifestações, através da ação transterritorial de comunidades e agentes públicos;
 10. promoção de um conceito de “proteção civil” apto a enfrentar as ameaças atuais e futuras através da organização integrada dos sistemas e serviços públicos e das comunidades, entendendo que as insuficiências das políticas públicas também exigem planos e ações de proteção civil, no marco de um sistema mais amplo de proteções sociais no Brasil.

A segunda iniciativa exemplar corresponde à ideia de materializar uma resposta sistêmica às necessidades da população brasileira integrando o sistema das políticas sociais, institucionalizando um pleno Estado Social de Direito e uma sociedade transformada a partir da consciência dos seus direitos e responsabilidades. O caminho proposto para isso é a **I Conferência Nacional Popular pela Democracia, Paz e Desenvolvimento com Justiça Social e Justiça Ambiental (CNPDPD)**, com o tema central “Defender e ampliar a seguridade social, conquistar políticas socioambientais transformadoras e construir as bases de uma sociedade solidária e um Estado Social de Direito no Brasil”.⁷

Desde o Seminário de 28 de janeiro de 2021 – promovido pelo Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade Social (FSMSSS), Grito d@s Exclud@s Continental, pela Internacional de Serviços Públicos (ISP), CUT Brasil, CNTSS, DIEESE, UNIAméricas, Frente Nacional em Defesa do SUAS e da Seguridade Social, CRESS PR, NEPSAS da PUC SP, RBCE e outras organizações que vêm se somando a essa iniciativa, percorreu-se um longo caminho de debates e articulações para construir referenciais de conteúdos e processos para a realização de uma Conferência Nacional Democrática de Seguridade Social Ampliada ou de Sistema de Proteções Sociais Universais capaz de não apenas de promover a sinergia para enfrentar a Covid-19, mas também apostar na construção das bases de uma sociedade solidária e um Estado Social de Direito no Brasil.

Tomamos como exemplo a experiência prévia da Conferência Nacional Democrática de Assistência Social realizada em 2019, buscando inserir na caminhada desta I Conferência aquelas iniciativas que apontam para o mesmo fim, articulando diversos campos de luta relacionados, como o da 6ª Semana Social Brasileira da CNBB; a Economia de Francisco e

7 Para mais informações, ver: <https://www.fsms.org.br>.

Clara; as lutas e campanhas em defesa do SUS e pelos bens comuns em saúde – como o caso da vacina contra a Covid-19; as reivindicações das associações das vítimas e pessoas afetadas pela Covid-19; a defesa do SUAS e da seguridade social; pela renda básica de cidadania; as lutas sindicais pelo trabalho, emprego e previdência; as lutas populares pelo transporte público, moradia, água e saneamento, contra a fome e pela soberania alimentar; as lutas pela educação pública e gratuita; as lutas por uma segurança pública cidadã; as agendas de bem viver de movimentos como o MST e MAB, dentre outras; na luta pela justiça tributária e a desfinanceirização da economia, a auditoria cidadã das dívidas, sempre vinculando esses aspectos à agenda do desenvolvimento brasileiro com produção da justiça social, justiça ambiental e construção do pleno direito no marco de uma ativa redistribuição da riqueza/eliminação das desigualdades sociais injustas entre classes sociais, raças, gêneros e identidades sexuais.

Sabemos da complexidade do debate em torno às lutas pela proteção social no marco do capitalismo e os desafios para pensá-la para além do próprio capitalismo; por isso, a agenda da I CNPDPD necessita inovar em conteúdos e em metodologias que permitam dialogar entre todos os temas que emergem dos artigos 6º e 194 da Constituição Federal de 1988, promovendo configurações convergentes entre as agendas de luta social, buscando materializações na reorganização do Estado e nas novas configurações de sociedade.

Resumimos nossa formulação de convergência como a busca de uma democracia de alta intensidade para definir uma economia real reinserida na vida social. Um sistema de proteções sociais amplo, que envolva a seguridade nos direitos civis e políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais como guias de um desenvolvimento capaz de produzir justiça social e justiça ambiental.

Entendemos que teremos de desfragmentar e descolonizar nossas visões de sociedade e Estado para construir um projeto emancipatório de alta potência.

Pensamos em um processo intensamente participativo que, ao longo dos meses de setembro de 2021 a abril de 2022, culmine no evento nacional da **I CNPDPD** e que seguirá, depois, seu processo em um posicionamento programático e estratégico para os embates políticos de 2022, gerando bases orgânicas nas comunidades que sustentem o esforço de adoção de alternativas transformadoras da realidade no espaço da sociedade e do Estado brasileiro.

Chegou o momento de materializar antigas aspirações e conquistar a dignidade para todes brasileiros!

3. A terceira iniciativa se refere às associações de vítimas da Covid-19, as quais têm por grande mérito reivindicar uma justiça testemunhal e hermenêutica, posto que tiveram e têm suas vozes caladas em relação à experiência dos efeitos e danos gerados pela doença (injustiça testemunhal), e não tiveram acesso à informação que os protegesse diante das ameaças caracterizadas previamente em outros países e de forma geral pela ciência, gerando uma injustiça de informação e conhecimento (injustiça hermenêutica), produzida a partir do abuso do poder conferido às autoridades.

Em particular, referimo-nos à Associação Nacional Vida e Justiça⁸, a qual congrega pessoas vítimas e afetadas pela pandemia de Covid-19 no Brasil e que, em reunião com a Comissão Parlamentar de Inquérito sobre as ações do Governo Federal no enfrentamento da pandemia, teve a oportunidade de apresentar sua posição, sintetizada a seguir.

A Associação apresenta esta carta em favor da Justiça Testemunhal para, como princípio bioético, colocar no centro da responsabilidade dos Poderes Públicos a proteção e a promoção dos direitos das pessoas e seus coletivos, apelando pelo direito à saúde, em nosso país traduzido como direito constitucional amparado pelo direito fundamental à vida.

A CPI da Pandemia vem cumprindo o papel de revelar à Nação a tragédia da gestão do enfrentamento à doença, mas é preciso dar voz às tragédias das pessoas, humanizar os depoimentos, os debates e as medidas a serem adotadas. Revelar com mais contundência o sofrimento humano das vítimas e seus familiares e o impacto provocado pela negligência no enfrentamento à pandemia na vida de todos os brasileiros e todas as brasileiras.

Temos observado a notória ausência, como depoentes, daquelas e daqueles que têm sofrido mais diretamente as consequências da ausência de uma governança antecipatória por parte do Estado Brasileiro. Ao ignorar as evidências geradas pelo impacto da pandemia e as formas de enfrentá-la em outros países, como aprendizado antecipado, os gestores públicos abdicaram de melhor proteger a nossa população. Se exercida a governança antecipatória, poderíamos ter usufruído, e ainda hoje usufruir, plenamente o princípio da precaução, com o objetivo de não produzir dano e, assim, diminuir ao máximo sofrimento e mortes. Ao desvalorizar a realidade e as medidas utilizadas contra a pandemia nos países primeiramente afetados, nossos governantes nos privaram, várias vezes, da oportunidade de sermos protegidos.

Em particular, preocupa-nos a reincidência e persistência nesta negativa de uso da governança antecipatória, agora com a ameaça potencial de uma nova onda pela variante Delta. Diante de um vírus que ganhou em capacidade de contágio, num ambiente de vacinação ainda insuficiente e desigual, de retirada prematura de proteções como o distanciamento físico e a restrição às aglomerações, com falta de acesso social às máscaras efetivas, constatamos a persistência de insuficientes medidas de vigilância epidemiológica e escasso uso de testagem para contenção de novos surtos, num ambiente de devastadora falta de proteção econômica das populações.

A fragilidade da efetiva gestão clínica dos casos em seu percurso diagnóstico e de tratamento, em particular das complicações geradas pela infecção viral, exige medidas clínicas com mais agilidade e qualidade. A testagem e a vacinação devem ser mantidas, mas ganha relevância maior a capacidade de atendimento em tempo hábil, no momento certo e no serviço adequado para os casos agudos e nos casos crônicos agudizados na forma de Covid-19 prolongada. Como o conhecimento sobre a doença e suas consequências está em permanente mudança, torna-se obrigatório acompanhar as descobertas científicas e as novas recomendações dos organismos internacionais, para tornar possível o exercício da governança antecipatória.

8 Para mais informações ver: <https://vidaejustica.com.br>.

Neste cenário, vemos o Governo Federal deslocando a responsabilidade maior do cuidado para os indivíduos e suas famílias, para que, com seus próprios meios, se protejam do vírus e retomem suas atividades produtivas e de reprodução social, esvaziando as responsabilidades dos Poderes Públicos e aumentando as profundas iniquidades de nossa sociedade. Por tudo isso, entendemos, cabe ao Poder Legislativo, cabe a esta CPI, adotar medidas que coloquem em destaque o testemunho das fragilidades econômicas e sociais das populações atingidas por esta crise sanitária que situamos no contexto de uma verdadeira sindemia – quando as condições econômicas, sociais e ambientais, que em suas desigualdades e fragilidades potencializam os danos por elas gerados, interagem na própria origem da doença. Interpretamos a pandemia em nosso meio como potencializadora das insuficiências históricas na garantia dos direitos de forma universal, integral e equitativa, agravadas pelo desmonte continuado e crescente das políticas públicas e das proteções sociais.

As deliberadas insuficiências nas respostas do Executivo Nacional precisam ser superadas por uma disposição ao reparo dos danos e das fragilidades decorrentes de suas ações e inações no enfrentamento desta pandemia. É situação crítica que ainda está em evolução, com suas inevitáveis consequências em termos de atenção à saúde dos sobreviventes, de suas famílias e comunidades, da desproteção social decorrente da orfandade, da fragilização econômica das famílias, dos despejos, da redução ainda maior de postos de trabalho e da remuneração, das restrições nos subsídios e transferências de renda, na falta de expansão dos serviços públicos para dar conta de antigas e novas necessidades na saúde, na educação, na assistência social, na habitação, no transporte público, no acesso ao trabalho, à renda, à água, à alimentação, ao saneamento, à energia, às comunicações e ao mundo digital.

Com estas considerações, propomos que a CPI possa vir a reforçar o papel da Justiça Testemunhal e dar voz às pessoas.

Para tal, é necessário humanizar dramaticamente o debate e a urgência em obter respostas imediatas e para o futuro, sobre como serão atendidas as demandas represadas em todos os âmbitos das políticas públicas.

Apresentar e dar publicidade a novos parâmetros para as respostas que o sistema de proteção do Estado brasileiro precisa prover, no espaço dos artigos 6º e 194 da Constituição Federal. Isso implica a recomposição no tamanho e nas capacidades do sistema de proteções sociais brasileiro, com destaque para o SUS, pois já está recebendo novas demandas decorrentes das sequelas da Covid-19 e deverá estar preparado para dar resposta às necessidades adiadas pela pandemia e às novas necessidades que virão em consequências do ciclo de desastres socioambientais já em curso no mundo.

Colocar em debate, de forma específica, a necessidade de redimensionamento do SUS, o que permite amparar as posições contrárias à EC 95 (teto de gastos) e o necessário aumento estrutural do gasto social, evitando que se reduzam as respostas demandadas ao Estado brasileiro apenas ao reparo pontual e às respostas de serviços especializados, focalizados e, desde logo, insuficientes.

Destacar a necessidade de valorização e fortalecimento da força de trabalho das e dos profissionais da saúde pública, evitando que a aprovação da Reforma Administrativa proposta

pelo Governo Federal atinja esses trabalhadores e gere mais consequências danosas para a necessária recomposição e ampliação do SUS.

Indicar a aprovação de projetos de lei para responsabilização de entes públicos e privados, omissos ou negligentes no enfrentamento à pandemia, bem como para a reparação de perdas e danos causados pela Covid-19.

Ampliar o alcance dos questionamentos ao comportamento do Governo Federal, o qual segue sem alterações de rumo na sua política de austeridade fiscal e de ausência de uma governança antecipatória capaz de proteger a população.

Pela importância na defesa da democracia, da memória dos mortos e para o futuro das vítimas diretas e indiretas da Covid-19, a CPI pode e deve:

- inaugurar um período de retomada dos fundamentos da cidadania e da proteção dos direitos constitucionais enfrentando os desmandos agravados do governo Bolsonaro;
- denunciar a promoção da injustiça epistêmica exercida pelo Estado Brasileiro ao ignorar o sofrimento expresso pela população, direta e indiretamente afetada pela perda de vidas, doenças prolongadas e/ou crônicas, dificuldades de acesso a serviços, desamparo econômico, perdas laborais, desestruturação familiar por perdas de provedores e responsáveis, órfãos, pais sem filhos, sofrimento psíquico, isolamento e desamparo social, medo e incerteza;
- denunciar, também, a promoção da injustiça hermenêutica por parte do Governo Federal, ao deliberadamente confundir e tergiversar quando circula e amplifica informações e orientações sem plausibilidade científica e no arrepio do princípio fundamental de não causar dano, gerando confrontação social e desempoderamento da sociedade no que se refere às medidas a serem assumidas e hostilizando as autoridades que se contrapõem às suas desorientações;
- apontar a importância do SUS como sistema articulado no enfrentamento à pandemia: não fossem suas estruturas e o sacrifício dos seus profissionais, em condições de trabalho precarizadas (mais de 1.200 mortos, milhares de doentes e incapacitados), as consequências da Covid-19 teriam sido ainda mais devastadoras; mas o desgaste crescente dos profissionais e serviços compromete sua resiliência perante novos períodos de sobrecarga, num acúmulo de desgastes que necessita ser revertido com mais investimento, custeio e redimensionamento da força de trabalho e da infraestrutura;
- defender o papel do controle social e a necessidade de valorizar os conselhos de saúde em todos os níveis;
- destacar que a insuficiência material do SUS é produto de uma longa restrição de financiamento e bloqueio da plena instalação de um Sistema Único do tamanho da população brasileira e que precisa ser urgentemente suprida; isto implica, também, enfrentar a forma como o setor privado se apropria de recursos públicos, subsidiados para manter a desigualdade nos recursos assignados para a clientela da saúde suplementar e sendo salvos pelo SUS quando sua capacidade fica esgotada e seus clientes são amparados pelo Sistema Único, tal como aconteceu nesta pandemia;

- apontar a necessidade de um amplo projeto de ampliação qualificada do sistema em todo o território nacional, através de gestão e governo clínicos integradores, beneficiando-se de um fortalecimento da governança sobre todos os recursos de interesse da saúde, seja na produção industrial, no apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico, na expansão articulada de serviços regionalizados de saúde;
- garantir referências nacionais de oferta suficiente e qualificada por populações em territórios, como o número necessário de Equipes de Saúde da Família por população segundo acessibilidade territorial, serviços especializados, de urgências e de internação hospitalar e não hospitalar em bases suficientes segundo necessidades comparativas com outros sistemas universais, e segundo as necessidades regionais;
- revogar a Emenda Constitucional do Teto de Gastos para assegurar o direito à saúde, recuperando e ampliando ainda mais a capacidade de financiamento que permita a expansão de serviços, enfrentando o represamento dos serviços, cirurgias e consultas adiadas, acompanhamentos e diagnósticos interrompidos, bem como as novas necessidades derivadas da Covid-19;
- dar resposta satisfatória às necessidades de atenção não satisfeitas, orientando a superação da insuficiência de atenção básica nos territórios com diluição da vigilância em saúde, onde houve grave violação da diretriz de “não regressividade do Direito”, com conseqüente redução de acesso, quando o governo Bolsonaro eliminou o Programa Mais Médicos; enfrentando a superlotação das urgências e a falta de leitos, notadamente de cuidados intermediários e intensivos, a desarticulação sistêmica de redes com tempos de espera e permanência agravados, afetando resultados assistenciais em geral;
- redimensionar e integrar o sistema para dar atenção suficiente às demandas geradas pela endemização da Covid-19 e a massa de necessidades derivadas; o que demandará grande ampliação de serviços e também um novo conceito de “atenção integrada” no marco das proteções sociais – estima-se que 10% dos casos e 60% dos hospitalizados irão desenvolver condições de doenças persistentes, necessidades psicossociais ainda não totalmente dimensionadas, derivadas de perdas, medos e desamparo gerados pela pandemia e suas conseqüências;
- retomar as campanhas institucionais de apoio à vacinação e defesa do Programa Nacional de Imunização, com proteção efetiva da Saúde dos povos indígenas e quilombolas, e estruturação das condições para promover a saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores, reconhecendo a Covid-19 como doença ocupacional, contraída no ambiente de trabalho;
- equacionar a falta de transparência nos tempos e filas de espera no SUS e na Saúde suplementar, no acesso a recursos e resultados para as pessoas; gerar painéis eletrônicos com acesso livre para que toda a cidadania possa ver como funcionam os serviços e seus resultados.

Apontamos, finalmente, iniciativas legislativas que a Associação Nacional em Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 – Vida e Justiça considera essenciais e solicita que obtenham o apoio da CPI:

- taxaço dos super-ricos para o financiamento das polítics públicas destinadas ao atendimento das necessidades das vítimas da Covid-19 no marco do fortalecimento geral dos serviços públicos;
- Dia Nacional em Memória das Vítimas da Covid-19 – 12 de março, dia da morte da primeira vítima no Brasil;
- Semana Nacional em Apoio e por Políticas Públicas para as Vítimas da Covid-19 – semana do 17 de outubro, Dia Nacional da Vacinação (PL 2671/2021);
- ações em defesa dos órfãos da Covid-19, apresentando em âmbito nacional projeto similar ao projeto de lei aprovado no Maranhão, e que será implementado pelos estados componentes do Consórcio do Nordeste;
- defesa de programa de renda básica;
- PL 2567/2020 para enfrentamento de pandemias e endemias e suficiência do SUS;
- Ação pela Inconstitucionalidade da EC 95, ação no STF patrocinada pelo CNS e aliados;
- PEC 36/2020 – revogaço da EM 95 e outras disposições sobre o orçamento;
- garantir a implementação da Lei n. 14.128/2021, que concede indenizaço aos profissionais de saúde tornados incapacitados para o trabalho pela Covid-19.

Essas três iniciativas ilustram com perfeição uma abordagem de redimensionamento e reorganizaço do SUS para poder atender as necessidades das populaçoes em seus territórios, no tempo adequado, de modo a alcançar a efetividade na forma de resultados em saúde; posiciona a saúde dentro de um sistema abrangente de garantias materiais das polítics sociais incluindo a segurança econômica e a civil; finalmente, projeta o protagonismo, a voz do testemunho dos sujeitos de direito reivindicando a prestaço de contas, a reparaço e a garantia derivada da função do Estado, mas perguntando quem se beneficia das desorientaçoes desenvolvidas pelo Governo Federal e, assim, descortinando toda a cadeia de responsabilidades a serem cobradas e punidas. Esperamos que esses processos nos inspirem a seguir em frente, honrando a memória dos que morreram injustamente e os que ainda sofrem as consequências deste desastre humanitário intencionado.

4. As contribuiçoes do *Third World Approach for International Law* e da bioética para uma descolonizaço do Direito Internacional e a exigibilidade de direitos nas relaçoes internacionais

James Thuo Gathii (2021) argumenta que uma maneira importante de traçar a promessa do Direito Internacional neste momento de dificuldade é sair do cinturão de sua disciplina para lugares, muitas vezes, desconhecidos em nossos livros didáticos e nos locais onde praticamos e ensinamos Direito Internacional, lugares como Arusha, na Tanzânia, que até pouco tempo atrás era a sede de três tribunais internacionais. Isso, em primeiro lugar, desafiaria a limitada geografia de lugares e ideias caracterizada pela lei de Genebra, a lei de Estrasburgo, a lei de Nova York e a lei de Washington DC, que são os tipos de lugares celebrados como produtores do tipo de direito internacional que, por sua vez, se torna a referência para a eficácia do direito internacional produzido em

outros lugares; locais onde a maior parte da prática jurídica internacional é produzida, influenciando e reforçando nossos entendimentos não só da prática internacional, mas também do Direito Internacional de forma mais geral. Disto decorreria a afirmação de que o Terceiro Mundo é um local epistêmico de produção e não apenas um local de recepção para o conhecimento jurídico internacional. Reconhecer o Terceiro Mundo como um local de produção de conhecimento e da prática do Direito Internacional interrompe as premissas de que o conhecimento jurídico internacional é produzido exclusivamente no Ocidente para consumo e governança do Terceiro Mundo. Como argumenta a bolsa de estudos do Terceiro Mundo para o Direito Internacional (TWAIL), o Terceiro Mundo, como entendido aqui, fala de um local epistêmico subalterno. Isso significa que essa abordagem do Terceiro Mundo contesta a ideia de que o Direito Internacional é aplicável em todos os lugares e que, portanto, devemos considerá-lo como uma visão de nenhum lugar. Estados do Terceiro Mundo e estudiosos da TWAIL têm contestado esse *status* universal do Direito Internacional e desafiam a visão deste que não reconhece sua cumplicidade em histórias de colonização, pilhagem e escravidão cujos legados continuam até hoje.

A TWAIL desafia visões da história do Direito Internacional que ignoram ou negam o papel central do Direito Internacional em processos históricos cujos legados nas desigualdades e desigualdades contemporâneas continuam até hoje. Gathii (2021) defende o fim da insularidade do Direito Internacional caracterizada por um conjunto limitado de locais e ideias e busca desmarginalizar essa entrada do Terceiro Mundo no Direito Internacional e aprender com as maneiras que fornecem visões distintas dele.

Nesta mesma linha, apresentam-se as contribuições de Susan Marks (2011) sobre as leis ou causas de raiz e a miséria planejada/desassistência programada, como forma de denunciar o abandono da análise das causas que geram as violações de direitos humanos mediante a persistência de um Direito que naturaliza uma garantia insuficiente do seu exercício, retroalimentando desigualdades históricas injustas como observamos na resposta aos desafios da pandemia.

Porém, a contribuição mais sugestiva de Susan Marks para um referencial de hegemonia alternativa no campo do Direito Internacional, e seguindo a pista da produção acadêmica do TWAIL, está no uso do conceito de “exploração” e suas “mutualidades” para ir além dos afetados (iniquidades e vítimas) e perpetradores (responsabilidade pública dos Estados) das violações dos direitos, com a intenção de identificar os beneficiados por elas (quem ganha com a persistente desigualdade na materialidade dos direitos humanos?). Segundo Marks (2008), esse enfoque poderia dar outra potência ao Direito Internacional, e entendemos que poderia orientar a saúde global e da diplomacia em saúde em sua incidência nos tratados que envolvam o direito à saúde em particular e os direitos humanos em geral.⁹

Marks (2008), no artigo “Exploração como conceito jurídico internacional”, resgata os comentários críticos de Mahmood Mamdani sobre a missão *Truth and Reconciliation* da África do Sul, com um argumento que ficou conhecido como a “tese do beneficiá-

9 Ver em: <https://www.cambridge.org/br/academic/subjects/law/jurisprudence/international-law-left-re-examining-marxist-legacies>. Acesso em: 10 out. 2021.

rio”. Em jogo, estava a questão de quem o processo de verdade e reconciliação deveria envolver. O trabalho da comissão baseou-se na ideia de que a chave para a injustiça do *apartheid* [era] a relação entre agressores e vítimas. Segundo Mamdani, no entanto, a relação crucial deveria, sim, ter sido aquela entre aqueles que se beneficiaram e aqueles que sofreram com o próprio sistema. Para os autores, os agressores eram um grupo relativamente pequeno quando comparado com os muitos beneficiados pelo *apartheid*, assim como as vítimas dos agressores quando comparadas com a grande maioria da população vitimada pelas indignidades, dificuldades e opressões do sistema diariamente. Mamdani perguntou até que ponto um processo que ignora as aspirações da grande maioria das vítimas corre o risco de transformar decepção em frustração e indignação, pois, segundo ele, se o *apartheid* era fundamentalmente um “programa de redistribuição massiva”, a justiça pós-*apartheid* tinha que ser “justiça social, justiça sistêmica” e, conseqüentemente, demandaria mudança sistêmica. Marks (2008) nota que o problema da exploração não se observava em grande parte no Direito Internacional, argumentando que as discussões jurídicas internacionais fazem pouca justiça ao conceito muito mais rico, explorado por Marx e analistas posteriores. Ela sugere que isso pode ter algo a ver com o que chamou de “ideologia da mutualidade”, à medida que tende a obscurecer até que ponto os aprimoramentos das chances de vida de alguns estão ligados a limitações das chances de vida dos outros. O impulso da análise de Marks é que o Direito Internacional precisa desenvolver um novo tipo de engajamento com o problema da exploração. Ela pergunta se isto poderia ocorrer dado que o Direito Internacional está envolto em um nível estrutural fundamental com as lógicas exploratórias do capitalismo de forma que elas removem dele todo potencial emancipador. Engajar com o problema da exploração colocaria no centro do Direito Internacional a questão dos beneficiários. Segundo Marks (2008), o Direito Internacional tem estado há muito preocupado com as vítimas – vítimas de abuso de direitos humanos, vítimas de discriminação, vítimas de crimes de guerra. Nos últimos anos, com a evolução do Direito Penal Internacional, também se preocupou muito com os autores. Mas Mahmood Mamdani apontou a existência de beneficiários. Não devemos ser simplistas quanto a isso. Se os agressores são muitas vezes também, em algum sentido, vítimas (não menos importante, como no caso do *apartheid*, vítimas de uma cultura brutalista, militarista, hipermasculina), e se as vítimas estão aptas a se tornarem perpetradores (como o próprio Mamdani mostrou em trabalhos posteriores em Ruanda), também beneficiários podem ser beneficiados em alguns contextos, enquanto são desfavorecidos em outros.

A categoria de “beneficiário” se refere, então, menos a um determinado grupo de pessoas do que a uma faceta particular da experiência humana. Colocar a questão dessa faceta de experiência no centro do Direito Internacional é avançar para as questões da agenda jurídica internacional que incluem, mas também vão muito além, daquelas atualmente subsumidas sob o tema da exploração (centradas em temas como o tráfico de seres humanos e as condições de trabalho análogas à escravidão) e abrem espaço para análises de temas como o da desigualdade no acesso às vacinas para Covid-19 ou o da insuficiência histórica dos sistemas de saúde e de proteções sociais na maioria dos países do Sul global. Ao mesmo tempo, um engajamento mais adequado com o proble-

ma da exploração também traria à tona as conexões entre essas questões e orientaria o Direito Internacional a uma visão do mundo como uma totalidade estruturada.

Obviamente, “exploração” é apenas um dos muitos conceitos críticos que podem ser implantados para lançar luz sobre a distribuição assimétrica de vantagem dentro dos países e em todo o mundo. “Exclusão social” e “direitos humanos” são dois conceitos alternativos que têm uma moeda específica hoje, já que ninguém parece lucrar com a exclusão social, ninguém pode ser considerado responsável, a menos que, por negligência ou erro; o foco é aliviar o infortúnio pessoal. Os direitos humanos estabelecem a responsabilidade: o Estado tem a obrigação de respeitar e garantir os direitos. Mas as obrigações do Estado estão, em grande parte, esgotadas por medidas regulatórias. **Uma vez que, mais uma vez, ninguém parece lucrar, nenhuma necessidade parece surgir para mudanças sistêmicas; o foco é remediar a má conduta oficial ou inadvertência. O que é distinto sobre o conceito de “exploração” é que ele reespecifica a privação, não apenas como uma questão de infortúnio pessoal e não apenas como uma instância de má conduta oficial ou inadvertida, mas como um problema relacional, redistributivo e, em última instância, sistêmico, com soluções necessariamente sistêmicas.** Claro, simplesmente compreender a exploração pode ser difícil. Este é especialmente o caso em nosso próprio tempo, quando o que está em questão é tão frequentemente, e talvez em maior grau do que nunca, menos uma questão de relações cara a cara do que de longas e complexas cadeias de interação.

A exploração hoje envolve frequentemente pessoas em locais distantes, agindo na ignorância umas das outras e através de muitos intermediários - a ação de Bolsonaro e seu governo beneficiando interesses do capital financeiro internacional, por exemplo. Finalmente, então, um tipo mais adequado de engajamento com o problema da exploração apontaria a enormidade e a complexidade, mas também a especificidade irreduzível, dessa faceta da vida contemporânea.

Retomando o artigo Susan Marks (2011), ela o conclui recuperando a afirmação de Naomi Klein de que o compromisso do movimento de direitos humanos na década de 1970 com a neutralidade e a imparcialidade, embora compreensível e, de certa forma, útil, tinha sinais negativos. A determinação apenas de documentar abusos e não tentar explicá-los significava que os direitos humanos se tornaram um conjunto de cegos. E, se esses cegos nos impediram de ver o que estava causando abusos, então eles também nos impediram de ver o que seria necessário para fazer os abusos cessarem. Desde a década de 1970, no entanto, e especialmente nos últimos anos, as coisas mudaram. Marks (2011) destaca que

[...] o movimento dos direitos humanos não renunciou ao seu compromisso com a neutralidade e a imparcialidade, mas, pelo menos no que diz respeito à ONU e às principais organizações não governamentais internacionais, isso não é agora entendido como barrando a questão de por que os abusos ocorrem. Pelo contrário, uma abordagem de direitos humanos é realizada para exigir atenção às “causas básicas” das violações. Devemos inferir disso que o problema que Klein identificou foi embora? Nossa investigação sugere razões para dúvidas. Se o discurso das “causas básicas” que surgiu nos círculos dos direitos humanos

revela alguns aspectos da explicação para o abuso de direitos humanos, os exemplos que revisamos fornecem evidências de que também pode ocultar outros aspectos.

Em particular, observamos como as “falhas” foram iluminadas ao âmbito da lei, do procedimento e da política. No entanto, essas “falhas” foram apresentadas como simples mal-entendidos ou descuidos, deficiências de liderança ou responsabilidade, ou peculiaridades da história ou cultura local.

A ideia de que eles mesmos podem ser explicáveis com referência a algum contexto sistêmico mais amplo foi principalmente removida da vista. Por toda a insistência de que os abusos dos direitos humanos e as vulnerabilidades que expõem as pessoas a elas são desastres provocados pelo homem, a deriva de nossa análise é a de que o desastre natural é o modelo no qual o esforço explanatório é imaginativamente construído. Em termos teóricos, caracterizamos essa situação usando os conceitos gêmeos de “falsa contingência” e “falsa necessidade”: À medida que os abusos são feitos para parecerem corriqueiros, acidentais ou arbitrários, a falsa contingência está envolvida; mas, à medida que isso nos leva a renunciar à eliminação de sua persistência, a falsa necessidade se instala.

Eles se tornam, como acabamos de ver, desastres feitos pelo homem, modelados em pessoas naturais. Como uma possível alternativa, descrevemos uma abordagem na qual o conceito orientador não é “causas básicas”, mas sim a “miséria planejada”. Isso é impraticável? Planejar implica conspiração? Parte da distinção da miséria planejada é que ela leva a uma reconsideração do que constitui praticidade nesse contexto e como as acusações de teoria da conspiração devem ser entendidas. Se essa linha de investigação se mostra frutífera ou não, Klein fornece uma excelente vinheta do que pode estar em jogo. Ela escreve: “[...] o que aconteceu no Cone Sul da América Latina nos anos 70 foi tratado como uma cena de crime quando foi, de fato, o local de um assalto a mão armada extraordinariamente violento.”

A quem beneficiam e a quem prejudicam as ações do governo Bolsonaro? Esta pergunta deveria instruir a busca de denunciar e responsabilizar quem perpetra os atos e quem se beneficia deles? Seria esta uma forma de enfrentar a “miséria planejada” e “desassistência programada”, buscando suas causas e leis de raiz?

Uma outra substantiva contribuição para uma atualização analítica no contexto pandêmico vem do campo da bioética, aplicando os conceitos de “governança antecipatória”¹⁰ e de “justiça epistêmica”¹¹ como guias para uma nova diplomacia da saúde em favor da saúde global a partir dos direitos humanos.

Estes conceitos permitem atribuir responsabilidades e prestação de contas públicas dos atores estatais e privados de mercado, mas também dialogar com o olhar da exploração e da mutualidade de Susan Marks. Isto fica particularmente evidente no surgimento de associações de vítimas da Covid-19,¹² que de fato começam a pressionar por responsabilidades imputáveis. Esses movimentos de vítimas que podem ter projeções globais e acionar as cortes internacionais e nacionais têm por grande mérito

10 Ver em: <https://forwardengagement.org/anticipatory-governance/>. Acesso em: 10 out. 2021.

11 Ver em: <https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780195396577/obo-9780195396577-0274.xml>. Acesso em: 10 out. 2021.

12 Como já referimos, a Associação Vida e Justiça [<https://vidaejustica.com.br>]; agora, também referimos a Associação de Vítimas e Familiares de Vítimas da Covid-19 no Brasil (AVICO) [<https://avicobrasil.com.br/>].

reivindicar uma justiça testemunhal e hermenêutica (como componentes de uma justiça epistêmica), posto que tiveram e têm suas vozes caladas em relação à experiência dos efeitos e danos gerados pela doença (injustiça testemunhal), e não tiveram acesso à informação que os protegesse relativamente às ameaças caracterizadas previamente em outros países e de forma geral pela ciência, gerando uma injustiça de informação e conhecimento (injustiça hermenêutica), produzida a partir do abuso do poder conferido às autoridades e agravado por sua frequente incapacidade de exercer uma governança antecipatória e, portanto, protetora das populações.

Estes enfoques emergentes de protagonismo social podem vir a renovar a maneira como vemos a saúde global e a diplomacia em saúde, aproximando-as do marco sistêmico dos direitos humanos e nos aproximando de uma análise de beneficiados e afetados, para além do imediato de vítimas e perpetradores das violações dos direitos humanos, totalizando os conflitos a serem enfrentados.

Referências

GATHII, James T. A twenty-second annual Grotius Lecture: the promise of international law: a third world view. **American University International Law Review**, v. 36, n. 3, article 1, 2021. Disponível em <https://digitalcommons.wcl.american.edu/auilr/vol36/iss3/1>. Acesso em: 10 out. 2021.

MARKS, Susan. Exploitation as an international legal concept. *In*: INTERNATIONAL Law on the Left. Re-examining Marxist Legacies. London: King's College, 2008 p. 231-307.

MARKS, Susan. Human Rights and Root Causes. **The Modern Law Review**, v. 74, n. 1, p. 57-78, 2011. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1736880> or <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2230.2010.00836.x>. Acesso em: 10 out. 2021.

A pandemia do Covid-19 e as violações bioéticas perpetradas e/ou fomentadas pelo Governo Brasileiro

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer¹

1. Introdução

A pandemia do Covid-19, decretada em março 2020, considerada a maior crise sanitária já vivenciada em todo o mundo, desencadeou uma miríade de fenômenos que passaram a ocupar a agenda política, social, econômica e científica, transformando a vida das pessoas em todo o Planeta e passando a exigir mudanças no comportamento e nas vivências humanas de forma a provocar alterações no modo como as pessoas se relacionam, se percebem e se posicionam diante de acontecimentos que, de alguma forma, impactam suas vidas. As imposições sociais de isolamento, distanciamento, uso de máscaras e produtos de desinfecção como álcool, dentre outras medidas sanitárias, tornaram a convivência humana uma rotina bastante diferente da usualmente conhecida e vivenciada.

Essa mudança no padrão comportamental, mediada também por uma realidade brasileira já impactada pela chegada ao poder de um governo de matriz ultraconservadora e liberalizante, pautada no ideário de um neoliberalismo restritivo do Estado e antidemocrático, originado de um golpe de Estado, permitiu ascender ao poder um grupo político com projetos de restrição de direitos humanos fundamentais.

Assim, a pandemia encontra o País em um cenário de políticas de criminalização da pobreza e de grupos vulneráveis, negação e eliminação de grupos originários, ampliação das desigualdades de gênero, raça e classe, fomento do ódio e da intolerância, disseminação de notícias falsas, alimentadoras de processos de desagregação social e desinstitucionalização, com foco na ruptura democrática.

Ao tempo da decretação da pandemia, a ciência, balizadora do desenvolvimento e propiciadora dos elementos fundantes para a tomada de decisões políticas e jurídicas,

1 Livre docente pela Universidade do Rio de Janeiro (UniRio), pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB), mestre em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV), mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), coordenadora do PPGD da Faculdade de Direito de Vitória, professora titular do Programa de Pós-Graduação em Direito da FDV (Mestrado e Doutorado em Direitos e Garantias Fundamentais), presidenta da Sociedade Brasileira de Bioética.

sofria ataques sem precedentes na história. Desde o surgimento da ciência moderna – quando o homem passou a aceitar a tese heliocêntrica, defendida por Galileu Galilei – que a ciência, com seus desdobramentos e incrementos, permitiu que a humanidade chegasse ao estágio de avanço científico no qual se dispõe de métodos, técnicas e procedimentos capazes de tornar a vida humana mais prolongada, viável e confortável e até mesmo mais equilibrada e justa.

A valorização da ignorância, o desmonte das universidades e dos centros de pesquisa, com a proposta de desconstrução de uma pedagogia da liberdade e da autonomia, emancipatória por natureza, com vistas à implantação de um modelo técnico militar, de matriz autoritária, não reflexiva e crítica, já se enunciava como caminho para o retrocesso, o negacionismo e o recrudescimento de matrizes conservadoras, coronelistas e patriarcais, com claro desmonte dos avanços, ainda que tímidos, decoloniais e libertadores que começávamos a conquistar.

Por meio da cooptação de pessoas e fragilização do aparato estatal, foi possível observar o esfacelamento dos mecanismos constitucionais de freios e contrapesos, constituídos com vistas à manutenção do Estado Democrático de Direito, evidenciadores do espírito republicano, sobre o qual se assenta a democracia brasileira.

Nesse sentido, a pandemia se instala no País em momento de grave crise política, social, ética e institucional, tendo como único esteio e esperança de sobrevivência o Sistema Único de Saúde, sofisticado edifício arquitetônico de políticas públicas de saúde, capaz de recepcionar os milhões de usuários dependentes exclusivamente do sistema público de saúde.

Considerando o cenário apresentado e os desdobramentos da pandemia, o presente estudo se propôs a analisar algumas violações de direitos humanos fundamentais e de princípios bioéticos cometidas pelo atual Governo no enfrentamento da crise sanitária à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) aprovada pela Unesco em 2005, fruto de acordo entre os 191 Estados-Membros que, após amplo debate, se comprometeram com uma agenda global de difusão desses princípios bioéticos.

2. Bioética e a crise sanitária da pandemia da Covid-19

A bioética, campo do saber ainda muito jovem, iniciado em 1970 com uma publicação seminal do cancerologista Van Rensselaer Potter, com o sugestivo título de “*Bioética: ponte para o futuro*” (2016), apresenta-se como um desafio e um convite à reflexão acerca da necessária incorporação de valores aos debates relativos ao desenvolvimento científico e ao modo como o homem pensa os avanços alcançados e os dilemas dele decorrentes.

Apesar de a proposta potteriana assentar-se, de forma muito clara, sobre a perspectiva de construção de uma ciência que deveria se preocupar sobretudo em estabelecer as bases para uma epistemologia da sobrevivência humana no Planeta, tomando direção para reflexões e investigações de caráter mais amplo do que simplesmente pensar os conflitos relacionados à prática clínica dos médicos, tais como início e fim de vida, dentre outros, a bioética, especialmente nos EUA, acabou concentrando-se, de forma muito adstrita, nesse escopo temático, deixando de lado a proposta de Potter, mais ampliada e

coerente com os desafios impostos pelo desenvolvimento científico e tecnológico e pelas imposições de uma agressiva política econômica baseada na ocupação territorial e na destruição ambiental, interferindo de forma impactante na vida e na saúde das pessoas.

A bioética caminhou, assim, por um longo período, tendo como radar investigativo prioritariamente os problemas envolvidos no cotidiano dos hospitais e na prática médica, com a proposta epistêmica da denominada bioética principialista, baseada nos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Segundo o professor Leo Pessini (2016, p. 13), “Potter pensa a Bioética como uma ponte entre ciência biológica e a ética. Sua intuição consistiu em pensar que a sobrevivência de grande parte da espécie humana, em uma civilização decente e estável, dependia do desenvolvimento e manutenção de um sistema ético.” Potter estava interessado, naquele momento, em pensar, como a cultura ocidental, baseada no encantamento com o desenvolvimento científico e tecnológico, e com as conquistas materiais dele decorrentes, poderia, e deveria, pensar o futuro, preocupar-se e comprometer-se com ele.

A bioética brasileira, que, inicialmente, parecia seguir os mesmos rumos da teoria principialista norte-americana, tendo como foco os quatro princípios já referenciados, iniciou um potente processo de construção de um saber bioético mais coerente com a realidade brasileira, latino-americana, típica de países que sofreram e sofrem as consequências de um colonialismo que impõe sua cultura, seus valores, seu modo de vida, construindo uma realidade que, enfim, não nos representa.

As preocupações iniciais da bioética, ligadas sobretudo ao debate sobre a necessidade de colocar limites à ciência, construindo uma normativa própria para as pesquisas envolvendo seres humanos, tendo, também, como foco, a relação entre o médico e o paciente e as decisões difíceis baseadas na compreensão acerca do início e do fim da vida, foram-se modificando e passando a debates de caráter mais amplo, que envolviam temas ligados a políticas sociais, sanitárias, bem como direitos humanos e política ambiental.

À medida que o leque temático e reflexivo se amplia, a bioética começa a tomar uma dimensão mais dilatada e complexa, passando a discutir aspectos que antes estavam adstritos a determinadas profissões. Essa ampliação do escopo temático não tem por objetivo deixar de lado temas sobre os quais a bioética sempre se debruçou, mas pensá-la de forma mais global e articulada com os problemas com os quais nos encontramos no mundo da vida.

Volnei Garrafa (2008, p. 855), ao se referir ao desenvolvimento histórico da bioética, apresentando seus quatro estágios – a etapa da fundação, a etapa da expansão e consolidação, a etapa da revisão crítica e a etapa da ampliação conceitual –, afirma que esta quarta etapa foi “Verificada após a homologação, em 19 de outubro de 2005, em Paris, da DUBDH, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a qual, além de confirmar o caráter pluralista e multi-inter-transdisciplinar da bioética, amplia sua agenda da temática preferencialmente biomédica – biotecnológica para os campos sanitário, social e ambiental.”

Dentro dessa perspectiva, a DUBDH foi utilizada como documento base para nos ajudar a compreender as graves violações bioéticas e de direitos humanos fundamentais, que têm sido cometidas nos quase dois anos de crise sanitária, sob o comando do

atual Governo. Seguindo a mesma lógica potteriana de pensar os problemas atuais com vistas à sobrevivência humana na Terra, o futuro em si, e considerando a importância das instituições, das políticas, dos direitos humanos fundamentais e do Estado Democrático de Direito, pensamos, de forma objetiva, pontuar algumas violações, dentre as muitas identificadas na atual crise sanitária, relatando o fenômeno e procurando analisá-lo, ainda que não exaustivamente, a partir dos princípios bioéticos envolvidos e da mitigação de direitos no caso concreto.

3. As violações bioéticas nas pesquisas envolvendo seres humanos do contexto da pandemia: mais uma vez Nuremberg – O caso Prevent Senior

Apesar de possuir hoje 863² Comitês de Ética em Pesquisa espalhados pelo País e mais de 16.274 pessoas atuando de forma efetiva nesses comitês, e passados 25 anos da criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) por meio da Resolução 196/96, a cultura de respeito ao sujeito de pesquisa parece não ter se incorporado como realidade concreta à investigação científica no Brasil.

O caso Prevent Senior, denunciado no âmbito da Comissão Parlamentar de Inquérito da Covid-19 (CPI da Pandemia)³, parece desvelar uma realidade que muitos gostariam de ver ocultada, seja por vergonha histórica, seja pela compreensão clara dos riscos jurídicos e da sanção moral envolvida no desvelar do submundo da arrogância e da prepotência médica e empresarial no Brasil, capaz de constranger todos os envolvidos no fenômeno que se apresenta como um novo Nuremberg, a exigir do Estado, da sociedade e dos representantes dos órgãos do Sistema de Justiça um posicionamento no sentido de responsabilizar de forma exemplar todos os envolvidos direta ou indiretamente em sua perpetração.

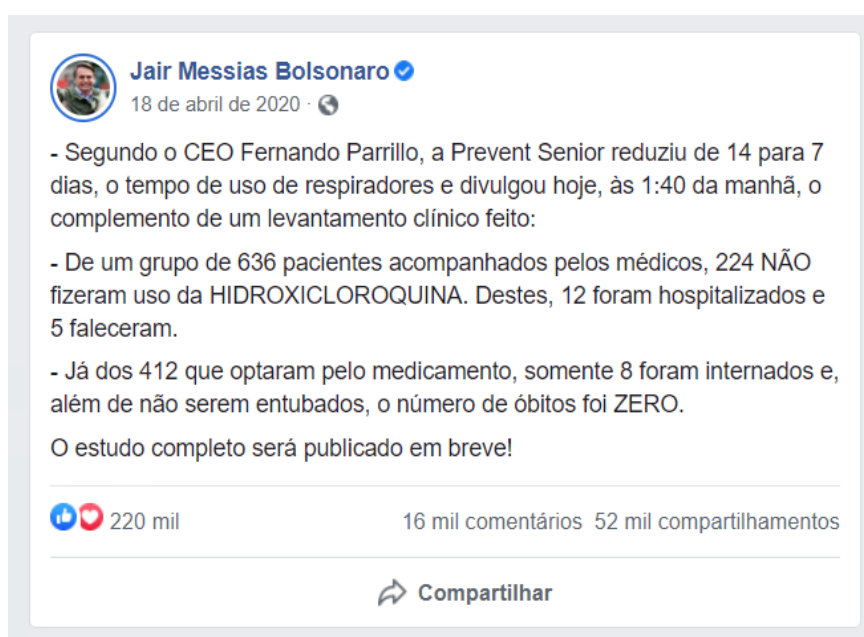
Os elementos necessários à configuração das violações de direitos humanos, normativas e princípios bioéticos encontram-se publicizados tanto pela imprensa quanto na declaração dos envolvidos no âmbito da CPI da Pandemia. Trata-se de caso de realização de pesquisa clínica desenvolvida no âmbito de instituição de saúde para tratamento de pessoas idosas sem a obediência às normativas de pesquisa estabelecidas pela Conep por meio das Resoluções CNS n. 196/96 e CNS n. 466/2012, item IV, e conforme princípios da DUBDH, especialmente em seus artigos 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º, que tratam respectivamente da violação à dignidade e direitos humanos, benefícios e efeitos nocivos, autonomia e responsabilidade individual, consentimento e pessoas carentes de capacidade para dar seu consentimento, respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal.

2 Tais dados são de outubro de 2021 e foram retirados do site do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comites-de-etica-em-pesquisa-conep?view=default>. Acesso em: 23 out. 2021.

3 O Relatório Final apresentado pela CPI da Pandemia foi aprovado em 26 out. 2021. Disponível em https://senadofederal-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/cpipandemia_arquivos_senado_leg_br/EUTR4zRZ8VRNpTmppMgJyLsBiGmQxIWq3boPat_fg83CQ?e=zziR60. Acesso em 27 out. 2021.

Desde o início da pandemia, diversas irregularidades foram averiguadas nos hospitais administrados pela Rede *Prevent Senior*, com suspeitas de descumprimento de normas sanitárias e epidemiológicas. Já em março de 2020, mesmo mês em que houve a decretação do estado pandêmico, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pugnou pela intervenção em três unidades vinculadas à Prevent.

Nos primeiros meses da pandemia, eram constantes as falas do seu diretor-executivo, Pedro Benedito, no incentivo à utilização das medicações cloroquina, hidroxicloroquina e azitromicina no combate à Covid-19. Concomitantemente, o mesmo discurso pro-kit Covid era sustentado pelo Presidente da República, Jair Bolsonaro. Isso tornou-se perceptível quando, em sua rede social Facebook⁴, ele assim se manifestou:



Fonte: Facebook (23 out. 2021).

Cumprido destacar, para efeito de análise das violações e do envolvimento do Presidente, que a declaração se refere a pesquisa ainda não devidamente publicada em periódico científico, o que daria sua validação pela comunidade científica. Na declaração em tela, Bolsonaro apresenta números que divergem daqueles apresentados pela própria *Prevent Senior*: afirma a ocorrência de duas mortes entre quem fez uso da medicação e de nove entre os que não o fizeram.

O conluio entre a presidência da República e a *Prevent Senior* se confirma quando, em áudio dirigido a médicos que participavam do estudo, o coordenador da pesquisa, Rodrigo Esper, solicita que revisem os dados, em evidente fraude, com vistas a atender aos interesses do Governo Federal e não desautorizar pronunciamento do Presidente em sua rede social Facebook. A transcrição do áudio permite confirmar o que se afirma, evidenciando o cometimento de crime e grave violação ética:

⁴ Post publicado na data de 18 de abril de 2020, retirado da página oficial do Presidente Jair Messias Bolsonaro. Disponível em: <https://www.facebook.com/jairmessias.bolsonaro/posts/1873242916158019>. Acesso em: 23 out. 2021.

Esses dados vão mudar a trajetória da medicina nos próximos meses aí no mundo, tá bom? [...] então a gente precisa ser perfeito, o dado, tá? Até o Presidente da República citou a gente. Esse áudio tem que ficar aqui, não pode sair. Então, vamos reunir às cinco horas hoje, numa videoconferência, todos, pra gente ajustar os parafusos e todo mundo falar a mesma língua e ter um levantamento perfeito do dado. Obrigado. (BALZA, G1, 17 set. 2021).

Para além da autoconfiança e da expectativa de reconhecimento por parte do Presidente e da sociedade, com a possível publicação do estudo por eles denominado “Tratamento da esperança”, que solucionaria os problemas gerados pela pandemia, a declaração do coordenador da pesquisa evidencia uma prática incompatível com a realização de estudos de alto nível ético e científico, prestando-se à consecução de interesses pouco republicanos e de respeito às melhores práticas de pesquisa.

Além da manipulação dos dados para compatibilização com a declaração presidencial, outros elementos configuram a fraude na pesquisa e a violação dos princípios bioéticos a seguir elencados.

1) O projeto aprovado na Conep previa a participação de 200 sujeitos de pesquisa, o que diverge do informado no artigo científico, no qual consta o quantitativo de cerca de 700, conforme pontuou Jorge Venâncio, coordenador da Conep, ao jornal Estadão (CABRICOLI, 2021).

2) A manipulação dos dados relacionados à comprovação da aprovação do estudo na Conep e as tentativas discursivas de desconstrução e descaracterização de pesquisa científica que exigiria a obediência às resoluções da ética em pesquisa foram demonstrativas do desconhecimento das normativas ou da má-fé na condução do estudo. Ao afirmar, à CPI da Pandemia, que o estudo em tela não se configurava como uma investigação científica, mas, tão somente, um estudo observacional, já que não teriam sido realizados testes em pacientes, não necessitando, portanto, de aprovação por parte da Conep, o diretor-executivo da Prevent, Pedro Benedito, se contrapõe às informações constantes em documento publicado pela Prevent e submetido ao periódico científico PLOS Medicine, no qual consta o número do processo de pesquisa apresentado e autorizado pela Conep, o que desconstrói a tese de serem pesquisas distintas, conforme afirma o coordenador da Conep: “Parece controverso que a pesquisa não tem nada a ver com a publicação. E, ainda que fosse um estudo retrospectivo, qual é o resultado científico que pode ser retirado com uma amostra como essa [sem diagnóstico comprovado de Covid-19]? Apresentar uma não pesquisa como pesquisa é fraude científica.” (O ANTAGONISTA, 2021).

3) O início da investigação antes da aprovação pela Conep fica comprovado pelo curto período de tempo (três dias) decorridos entre a aprovação do estudo e a publicação dos resultados, o que levou o órgão de controle de pesquisas a suspender o estudo. Em entrevista à *Revista Veja* (VIDALE, 2021), Jorge Venâncio, coordenador da Conep, afirmou que seria impossível concluir o estudo em apenas três dias, sendo esta a razão que chamou a atenção da comissão, que, por fim, decidiu suspender o estudo.

O relevante papel desempenhado pela Conep, órgão independente e autônomo em razão de sua natureza de controle social, no desvelamento das infrações éticas cometidas pela Prevent Senior no caso da tentativa de utilização da ciência (má ciência

cia) para justificar interesses privados relacionados ao *kit covid*, permite reafirmar a imprescindibilidade da continuidade dos órgãos de participação e controle social na preservação democrática e civilizatória da sociedade brasileira. É papel das instituições democráticas e da ciência preservar essas instâncias protetoras de um mínimo ético necessário à manutenção e guarda dos direitos humanos fundamentais no âmbito da pesquisa. A história é pródiga em demonstrar que, quando deixados livres aos seus próprios desígnios e interesses, pesquisadores estão tentados a violar os limites éticos e jurídicos em face de seus interesses pessoais e institucionais.

O reconhecimento⁵ do diretor da *Prevent Senior*, Fernando Parrillo, de que teria sido utilizada a autorização da Conep em estudo diverso do submetido ao órgão mostra a necessidade e importância de que cientistas não apenas tenham seus estudos autorizados, mas sejam acompanhados durante a execução da investigação de modo a identificar e intervir em casos de violações de princípios bioéticos e das normativas da ética em pesquisa.

Em entrevista dada ao site *O Antagonista*, mais especificamente no programa *Papo Antagonista*, em 23 de setembro de 2021, Jorge Venâncio assim se manifesta sobre o assunto:

Eles apresentaram uma proposta de estudo, que, depois de alguns ajustes, foi aprovada no dia 14 de abril. Quando chega no dia 17, três dias após, eles publicam uma espécie de preprint [...] e esse preprint já trazia os resultados de seiscentos e tantos pacientes que, é claro, que não poderia ter sido feita em três dias essa pesquisa [...] chamamos eles para se explicarem e a resposta que eles deram foi de que, na realidade, o estudo que estaria no preprint seria outro, mas que não tinha autorização para ser feito e que o estudo que eles tinham aprovado ainda ia começar. Só que eles colocaram e o número de cadastro do estudo que não tinha aprovação, botarem o número de cadastro do que tinha aprovação é um indício muito forte de fraude científica [...] tem uma investigação aberta no Ministério Público de São Paulo [...]. Eles tinham feito um estudo antes da aprovação e aí quando teve a aprovação eles pegaram o número de cadastro do estudo aprovado e tentaram aprovar o estudo que eles já tinham feito anteriormente [...]. Eu assisti o depoimento dele ontem na CPI e ele disse “não mas esse é um estudo observacional”, só que estudo observacional também tem que ser registrado, tem que ser aprovado.

4) A desvalorização do TCLE como manifestação da autonomia e do consentimento do sujeito de pesquisa fica evidenciada na afirmativa inverídica de Pedro Benedito, quando, ao ser questionado pela CPI da Pandemia, afirmou: “Quando foram feitos os estudos, sim, todos os pacientes receberam o Termo Livre e Esclarecido. Nós temos todos os termos que os senhores precisarem.” Essa afirmativa categórica é desconstruída quando se analisa o caso de paciente participante do estudo senhor R. A. V., 82 anos, que procurou atendimento na Prevent e, mesmo sem ter tido seu diagnóstico

5 A pergunta da Folha de São Paulo e respectiva resposta foi: *Por que vocês não obtiveram autorização da Comissão de Ética em Pesquisa (Conep) para o experimento? Nós pedimos e conseguimos, mas houve um erro, uma confusão interna, e acabamos usando a autorização de um outro estudo. Foi sem querer, deslize de uma equipe que estava trabalhando madrugadas seguidas no atendimento aos pacientes (PASQUINI; SINGER, 2021).*

confirmado para Covid-19 (sequer realizou qualquer tipo de teste), recebeu a medicação do *kit covid*. Ressalta-se que o referido paciente era cardíaco e não foram realizados exames específicos para verificar a possibilidade da utilização do medicamento, que foi receitado por médico e entregue em sua residência sem que tenha sido tomado a termo o consentimento do paciente (O GLOBO, 2021).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é documento garantidor da autonomia do paciente e, conforme determinação Conep/CNS/MS, “Para a obtenção de dados do participante de pesquisa, mesmo em prontuários, faz-se necessário o preenchimento do TCLE pelo participante de pesquisa.” Conforme disposto na resolução CNS n. 466/2012, item IV, “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por sie/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

O caso relatado, que contou com apoio explícito e a sustentação da presidência da República, com vistas a justificar a política do Governo Federal de incentivo à utilização do *kit covid* (hidroxicloroquina, ivermectina), violou, visivelmente, o mencionado dispositivo da DUBDH.

4. Violações bioéticas relacionadas a populações em situação de vulnerabilidade

Desde o início da pandemia, o Governo Federal manifestou-se no sentido de indicar que a política governamental de enfrentamento à crise sanitária instalada no País não passaria pela proteção às populações em condições de vulnerabilidade social.

A falta de uma compreensão da noção de fragilidade humana, considerada em seus aspectos biológicos, sociais e culturais, determinante para o estabelecimento de uma política governamental de busca de igualdade, dignidade, solidariedade e justiça, necessária para a condução de uma crise da dimensão da vivenciada no País, associada a deliberações e compromissos de natureza econômica com grupos ultraliberais que viabilizaram sua eleição, comprometeu a condução de todo o processo deliberativo indispensável à tomada de decisões voltadas à redução das desigualdades que permitisse redução de riscos de vida, de saúde, de propagação do vírus, de extermínio “privilegiado” de corpos pobres, negros, femininos, idosos, portadores de deficiência, já vulnerabilizados pela desigualdade histórica que vinha sendo reduzida mas ainda não eliminada no País.

O respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal, princípio norteador da DUBDH em seu artigo 8º, foi, vigorosamente, violado à medida que, submetidos a todo tipo de ataques externos à sua existência – com ameaças naturais, ambientais, emocionais, fome –, os cidadãos brasileiros viram-se totalmente abandonados, submetidos e estimulados a contaminar-se como forma de atingir o que, equivocada e intencionalmente, se optou chamar de “imunidade de rebanho”.

Nessa esteira, cabe considerar que o Auxílio Emergencial – decisão governamental mais necessária, adequada e esperada para o enfrentamento da expansão exponencial

da vulnerabilidade desencadeada pela crise sanitária, medida urgente a ser proposta e implementada pelo próprio Governo de forma prioritária, com vistas à interrupção do processo de desintegração do tecido social e de manutenção básica da existência humana por meio da garantia de uma alimentação básica indispensável à sobrevivência – foi tratado com descaso, morosidade e leniência, tornando o Governo Federal e todos que agiram no mesmo sentido coniventes com o processo de violação dos direitos à vida, à saúde e à integridade física dessas pessoas.

O distanciamento do Presidente da República dos problemas das populações mais vulneráveis o levou a emitir pronunciamentos de profundo desrespeito e desconsideração humana, violadores da dignidade e da honra dos cidadãos brasileiros, que se viram abandonados e desesperançados por aquele e por aqueles que tinham como dever protegê-los.

A proposta governamental de um auxílio de R\$ 200,00 poderia, por si só, representar grave violação dos princípios constitucionais da igualdade, solidariedade social, dignidade humana, bem como de todos os princípios inerentes aos direitos sociais, comprometendo os direitos a saúde e à vida, tendo repercutido como desprezo humano e discriminação altamente violadora da dignidade. Como afirma Boaventura de Sousa Santos (2020, p. 15), as vulnerabilidades precedem a pandemia e se agravam com ela. São condições estruturais, preexistentes à pandemia, que se interconectam com outros elementos também fomentadores e mantenedores de vulnerabilidades.

Após a intervenção do Congresso Nacional e a aprovação de um Auxílio Emergencial de R\$ 500,00, em havendo forte mobilização social e risco de perda de apoio político, Bolsonaro aprovou um Auxílio Emergencial de R\$ 600,00, passando a apropriar-se da iniciativa como se houvesse uma intencionalidade positiva de seu governo pela aprovação, o que, de fato, não ocorreu. A decisão, de natureza política, não eliminou a demora na execução das ações relacionadas a sua implementação, o que agravou as condições de vulnerabilidade de parcela significativa da população, ampliando os riscos sociais envolvidos nessa violação.

As medidas posteriores, no mesmo sentido, quando as condições de existência digna ainda não foram recuperadas e a extrema pobreza atingiu níveis incompatíveis com vida, têm provocado um esgarçamento do tecido social com ampliação dos riscos de uma convulsão social e de ruptura democrática por total perda dos elementos centrais do respeito às instituições e aos valores morais que sustentam nossa cidadania, de forma a conter o ímpeto primitivo de autojustiça, incivilizado, mobilizador da barbárie e canalizador do desequilíbrio do Estado.

O Auxílio Emergencial atual, com valor médio variável em torno de R\$ 250,00, podendo atingir no máximo R\$ 375,00 para “famílias monoparentais dirigidas por mulher” e o mínimo de R\$ 150,00, não garante o direito à alimentação previsto no artigo 6º da Constituição da República, na Lei n. 11.346/2006 (Lei de Segurança Alimentar e Nutricional) e no Decreto n. 7272/2010, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e instituiu a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

O Brasil possui hoje, outubro de 2021, segundo a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (ROCHA, 2021), 19,1 milhões de pessoas passando fome. Em comparação com 2018, antes da posse do atual Governo, o Brasil

quase dobrou o número de pessoas nessa condição, o que corresponde a 85% em dois anos. São, atualmente, 116,8 milhões de brasileiros convivendo com algum grau de insegurança alimentar. A desigualdade se revela na constatação de que esses 116 milhões de pessoas estão convivendo em 55,2% dos domicílios brasileiros, de acordo com o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede Penssan) (GANDRA, 2021).

Vulnerabilizadas pela condição de serem pessoas com algum nível de deficiência e, portanto, segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), sujeitas a taxas mais baixas de saúde, de escolaridade, de participação econômica, com índices mais acentuados de pobreza, as pessoas com deficiência não foram objeto de proteção especial por parte do Governo Federal durante a pandemia.

Pessoas com Síndrome de Down, por exemplo, apresentam dez vezes mais chance de morrer de Covid-19 do que pessoas sem essa deficiência (CLIFT *et al.*, 2021). O Governo Federal, em uma política clara de violação de direitos e não submissão aos princípios bioéticos da DUBDH, que em seu artigo 8º recomenda “Respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal”, não propõe nenhum tipo de política direcionada à proteção dessa população. Fossem os adolescentes com deficiência permanente e comorbidades tratados, pelo Governo Federal, com base no artigo 11 da DUBDH, que preceitua “Não discriminação e não estigmatização”, teriam sido incluídos na lista de pessoas a serem prioritariamente vacinadas.

Tal qual as pessoas com deficiências, os idosos foram tratados pelo Governo Federal sem qualquer tipo de política especial com vistas à redução das desigualdades. Incluídos entre os grupos mais suscetíveis às complicações do coronavírus e com taxa de mortalidade elevada, variando entre 50 e 84% (SILVA JUNIOR, 2020), os idosos, pessoas com 60 anos ou mais, foram vítimas “privilegiadas” da demora na disponibilização de vacinas e na crítica governamental à manutenção do isolamento social como política pública adotada nacionalmente.

Essa política deliberada de contaminação em massa das pessoas teve, nos idosos, seus destinatários mais vulneráveis. A violação, inclusive, assumiu caráter deliberado com manifestação explícita de um projeto eugênico, de extermínio, com vistas a melhorar o desempenho econômico. Solange Vieira, assessora do ministro da Economia Paulo Guedes, chegou a declarar, em 21 de maio de 2020 que enxergava a morte de idosos positiva para reduzir déficit previdenciário: “É bom que as mortes se concentrem entre os idosos [...]. Isso melhorará nosso desempenho econômico.” (IBGE, 2020).

A declaração de sua assessora não se constitui um pensamento pontual e isolado, mas uma afirmação compatível com o ideário do ministro Paulo Guedes, que, durante uma reunião do Conselho de Saúde Suplementar, em 24 de julho de 2020, se referiu à pandemia como não sendo a responsável por tirar a capacidade de atendimento do setor público, mas, sim, os idosos, em razão do avanço da medicina e do “direito à vida”. A afirmativa de Guedes, coerente com a política governamental, se repete em diversas afirmativas esparsas, tais como “todo mundo quer viver 100 anos, 130 anos, mas não

há capacidade de investimento para que o Estado consiga acompanhar a busca por atendimento médico crescente” (MARTELLO; GOMES, 2021).

A sociedade civil se mobilizou por meio do Coletivo pelos Direitos da Pessoa Idosa de São Paulo, emitindo carta-resposta em 28 de abril de 2021:

Desde o início da pandemia, os idosos foram estigmatizados como o subgrupo da espécie humana “marcado para morrer”. A imunização vacinal do grupo de idosos está demonstrando que os casos graves e os óbitos na faixa etária de 80 a 90 anos caíram 90%. Atualmente as mortes por Covid-19 estão concentradas na população economicamente ativa na faixa dos 30 aos 50 anos. Trabalhadores que moram nas periferias das grandes cidades, sem habitação digna, sem saneamento básico e que enfrentam jornadas nos transportes públicos superlotados, expostos à contaminação. Mas o ministro da economia vem a público lembrar e reforçar que os velhos são e serão os responsáveis pela falência do setor público. A gerofobia precisa ser reforçada no imaginário da sociedade. O governo precisa de um culpado pelos fracassos de sua política econômica neoliberal e genocida. Fácil culpabilizar os vulneráveis, os que não tem representação, os que não podem mais vender a sua força muscular como força de trabalho. Os idosos não cabem no orçamento de Paulo Guedes.⁶

As declarações referenciadas, indicativas do pensamento governamental e balizadores da política econômica do atual Governo, violam princípios bioéticos e direitos humanos das pessoas idosas, entre eles os inseridos na DUBDH, mais notadamente os artigos 3º, incisos a) e b), nos quais se afirma que “[...] a) a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitadas em sua totalidade; b) os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse da ciência ou da sociedade.”

O artigo 8º, 10 e 11 da DUBDH também devem ser considerados para a compreensão das violações perpetradas, seja por práticas discriminatórias contra os idosos, seja por ferirem princípios basilares e sustentadores da pessoa humana.

5. Violações bioéticas no processo de desinstitucionalização dos aparelhos do estado

5.1 O esvaziamento técnico do Ministério da Saúde e sua militarização

Conhecido, desde a promulgação da Constituição de 1988, por ser um ministério com alta densidade de técnicos com especializações consistente em suas áreas de atuação, tendo em vista a complexidade e especificidade da política de saúde implantada no País, possuindo, inclusive, algumas áreas, como a Política Nacional de Imunização (PNI), dentre outras, com reconhecimento internacional por sua eficácia, o Ministério da

⁶ A Carta-Resposta se encontra no *Facebook* do mencionado coletivo. Disponível em: https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=157682182952170&id=106559374731118&__tn__=K-R. Acesso em: 23 out. 2021.

Saúde sofreu, no governo Bolsonaro, um processo de esvaziamento de seu quadro técnico, com nomeações de profissionais, em sua quase totalidade militares, sem qualquer experiência ou formação que pudesse justificar sua aproximação com o setor saúde.

Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), havia, em julho de 2020, um total de 6.157 militares ocupando cargos no Governo Federal, sendo que 1.249 estavam lotados no Ministério da Saúde, contra cerca de 718 no governo anterior. Comparativamente ao governo Temer, o número total de militares do atual Governo representa mais do que o dobro dos 2.765 espalhados pelos mais diversos ministérios naquela ocasião (LIS, 2021).

A política de afastamento ou silenciamento dos técnicos que anteriormente ocupavam os principais cargos decisórios do Ministério da Saúde e sua substituição por militares da ativa e da reserva, implementada pelo então Ministro da Saúde Eduardo Pazuello, levou ao poder, na condução da pandemia, um grupo de cerca de 20 militares que, sem nenhuma vivência ou conhecimento da saúde coletiva, com suas especificidades e complexidades, passaram a conduzir os rumos da maior crise sanitária já vivenciada no País e no mundo.

Essa politização militarizada do Ministério da Saúde, com tomadas de decisão que ignoraram a complexa construção epistêmica na qual se baseia o Sistema Único de Saúde, bem como a ocupação e/ou influência de grupos políticos com interesses meramente econômicos e privados, conduziu o País ao caos no qual ainda se encontra mergulhado e que levou à morte milhares de pessoas que poderiam ter tido suas vidas preservadas ou minimizados os efeitos deletérios sobre sua saúde física e mental, o que irá comprometer seu futuro, o futuro do SUS e da Nação. Para além do desconhecimento técnico e do negacionismo implantado no setor saúde, seja discursivamente, por interesses escusos, seja de forma real, o certo é que os reflexos dessa militarização continuam sendo sentidos e terão suas consequências nas próximas décadas.

A CPI da Pandemia, de alguma forma, descortinou essa realidade conforme se pode apreender na afirmativa a seguir:

Ao menos sete militares que estavam no comando de cargos-chave da Saúde foram citados nas últimas semanas na CPI da Pandemia por suposto envolvimento em irregularidades – todos eles já remanejados a outras áreas do Governo ou dispensados da pasta. Atualmente, ainda há ao menos 19 militares da reserva ou da ativa em postos estratégicos da Saúde agora comandada pelo médico Marcelo Queiroga, segundo levantamento do *El País* com dados do Diário Oficial, do Portal da Transparência e do Ministério da Saúde. (JUCÁ; ROSSI; OLIVEIRA, 2021).

A suposta *expertise* do general Pazuello em logística como justificativa para sua nomeação ao cargo nos mostrou os riscos de associar política de interesses não republicanos com incompetência técnica e gerencial para operar um ministério com a complexidade do Ministério da Saúde, especialmente em tempos de crise sanitária da dimensão da vivenciada no País desde março de 2020.

As nomeações e exonerações de oriundos das Forças Armadas nos últimos meses no Diário Oficial mostram uma rotatividade significativa e que, apesar do número absoluto haver di-

minuído – Pazuello chegou a ter pelo menos 30 militares nos altos cargos –, ainda tem uma influência importante do grupo. Em algumas situações, postos deixados por aqueles que tiveram seus nomes envolvidos em denúncias são ocupados por outro militar. Atualmente, a maior parte dos que permanecem em cargos de chefia são reformados ou da reserva. Mas, em geral, poucos têm experiência anterior na área da Saúde. (JUCÁ; ROSSI; OLIVEIRA, 2021).

A militarização do Ministério da Saúde, com adoção de políticas que se distanciaram dos princípios de doutrina e de organização do SUS, permitiu violações múltiplas dos princípios da DUBDH, tais como de seu artigo 14, que prescreve a responsabilidade social e saúde como sendo a busca do nível de saúde mais elevado possível como um direito fundamental. Tal militarização, e considerando que as políticas sanitárias devem levar em conta o contexto global de desenvolvimento, precisa ser denunciada com responsabilização civil e criminal dos gestores que, ignorando os princípios da administração pública – da eficiência, da publicidade, da moralidade, da legalidade e da impessoalidade –, assumiram o risco do resultado morte para milhares de pessoas, as quais perderam suas vidas ou se contaminaram em razão da ineficiência da execução da política de enfrentamento à pandemia.

5.2. O Conselho Federal de Medicina como instrumento de legitimação de práticas violadoras do direito à vida e à saúde da população brasileira

O Conselho Federal de Medicina (CFM), criado em 1951, para fiscalizar e normatizar a prática médica no Brasil, missão que exerceu com compromisso e seriedade ao longo de quase 70 anos, gozando do respeito e da credibilidade da sociedade brasileira, se encontra hoje envolvido em acusações de ter praticado violações de natureza jurídica e ética, que poderão comprometer de maneira grave o futuro da instituição, trazendo como consequência a necessidade de uma remodelação e ressignificação de seu modo de atuação e das relações com os profissionais que representa.

A medicina, profissão milenarmente comprometida com a pessoa humana, com a vida, a saúde e a dignidade, vem sofrendo um processo de perda identitária, com comprometimento de seu *éthos*, em razão das fortes investidas do mercado que busca transformar o médico em um instrumento útil à consecução de seus interesses de lucro, descaracterizando e desmistificando um profissional cuja imagem sempre esteve associada a valores éticos do mais alto nível na escala de expectativas sociais.

A partir do ideal construído e sustentado historicamente de que o médico se encontra a serviço daqueles que dele precisam para o alcance de uma vida a ser vivida com o melhor nível de saúde e dignidade possível, considerando suas próprias opções, as condições disponibilizadas pelo Estado e em razão dos recursos tecnológicos alcançados a partir do desenvolvimento científico, colocados à disposição pelo Estado para todos, a partir de critérios de equidade e justiça, a medicina foi, ao longo da história, sofrendo percalços que têm comprometido muito do que existia no imaginário social, de um profissional comprometido com a ética. No Brasil, o órgão máximo da categoria

médica, o Conselho Federal de Medicina, sempre ocupou lugar de destaque e primazia entre as instituições ligadas ao setor saúde, servindo de balizador de políticas, valores e “guardião” dos princípios éticos e jurídicos da categoria.

A *Revista Bioética do CFM*, criada em 1993 como espaço para a construção e divulgação de uma epistemologia pioneira no saber bioético no País, gozando de valorização e credibilidade científica, sempre se sustentou como espaço de liberdade e autonomia no pensamento científico do setor saúde e de suas interseções com as diversas áreas do saber humano, respeitando a pluralidade e a diversidade do pensamento científico e ético dos profissionais que ali publicavam suas produções científicas e intelectuais.

Essa situação parece tomar rumos bastante distintos desse ideal de livre pensar e de agir ético, com compromisso jurídico e moral, a partir da ocupação do Conselho pela atual diretoria, o que pode ser constatado nos rumos que o órgão vem tomando e que foram descortinados a partir da adoção de uma matriz política ultraconservadora, que também ocupou a presidência da República. Diversas medidas que representam retrocesso ético vêm sendo observadas e destacadas por integrantes da própria categoria que têm demonstrado sua insatisfação com os rumos e deliberações do órgão.

Desde abril de 2020, quando o CFM publicou o Parecer n. 4, no qual “autoriza” os médicos a utilizarem a cloroquina e a hidroxicloroquina no tratamento de pacientes com Covid-19, afirmando que, se o profissional decidisse fazê-lo, não sofreria as sanções de natureza ético-profissional compatíveis com a utilização de medicamentos não comprovados cientificamente, o Conselho passou a sofrer, de maneira mais rigorosa, as críticas da comunidade científica, médica, da saúde e jurídica, considerando os riscos inerentes a uma decisão que rompe com princípios fundantes de sua missão institucional, quais sejam, normatizar e fiscalizar o exercício profissional do médico.

O parecer aprovado e publicado para dar sustentação a uma tese anticidência, e aparentemente negacionista do Governo Federal, extrapolou o âmbito do órgão e tomou dimensão de maior conflito político no enfrentamento da pandemia. Possibilitou a justificativa necessária para que o Governo continuasse a defender uma medicação sem evidência científica mas que trazia em seu bojo interesses privados não publicizados envolvendo sua produção em larga escala pelo Exército Brasileiro, servindo também como justificativa para a não aquisição de vacinas que não pareciam ser de interesse do Presidente da República, mas que, posteriormente, mostraram se constituir o grande negócio a ser travado no subsolo dos gabinetes do Ministério da Saúde.

O Parecer n. 4/2020, prova mais evidente, e já comprovada, da subserviência e adesão do Conselho Federal de Medicina aos projetos ilícitos do Governo Federal, serviu de fundamentação para a emissão da Nota Informativa n. 9/2020-SE/GAB/SE/MS, constituída como protocolo orientador para o tratamento de pacientes com Covid-19, na qual encontra-se anexado modelo de Termo de Ciência e Consentimento específico para hidroxicloroquina/cloroquina em associação com azitromicina.

O Parecer n. 4/2020 do CFM, ao ressaltar a inexistência de comprovação científica da eficácia de tais medicamentos, reconhecendo a total ausência de embasamento científico para sua utilização em humanos no tratamento da Covid-19, expõe sua completa contradição e desvirtuamento ético. Ao reconhecer a falta de estudos científicos com-

probatórios de eficácia mas autorizar a utilização desses medicamentos, o CFM transfere aos médicos a responsabilidade jurídica e moral pelo desvio ético que resolveu ignorar.

O Relatório da CPI da Pandemia deixa registrada essa transferência, mostrando a gravidade do fato. Em seu depoimento à CPI, Luana Araújo, médica infectologista, ressaltava sua preocupação com a falta de zelo por parte do CFM para com os médicos, com a responsabilidade que caiu sobre o colo destes dada tal recomendação partindo do Conselho (SOUZA; MENDES, 2021).

Registre-se, à guisa de assento histórico, que a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Juristas pela Democracia, o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia, a Rede Unida, a Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, dentre outras entidades representativas da medicina e do setor saúde, posicionaram-se, em um grande movimento nacional, no sentido de requerer ao Conselho Federal de Medicina que revogasse o Parecer n. 4/2020, não tendo sido atendidas ou recebido resposta para seu requerimento⁷.

Em seu discurso na ONU, em 21 de setembro de 2021, o presidente Bolsonaro voltou a defender a utilização do *kit* covid, reportando-se ao Parecer n. 4/2020 do CFM, nos seguintes termos: “Desde o início da pandemia, apoiamos a autonomia do médico na busca do tratamento precoce, seguindo recomendação do nosso Conselho Federal de Medicina.” (G1, 2021). A declaração, afirmando que havia recomendação por parte do CFM neste sentido, foi dada mesmo após o presidente do CFM, Mauro Luiz de Britto Ribeiro, ter dito: “O que estamos fazendo é dando ao médico brasileiro o direito de, junto com seu paciente, em decisão compartilhada com seu paciente, utilizar essa droga. Uma autorização. Não é recomendação.” (G1, 2021). Em depoimento à CPI, o ex-ministro do MS Eduardo Pazuello afirmou:

Senhores, os médicos estavam usando *off label*, isso é público e notório. Senhores, o Ministério da Saúde tinha uma nota técnica pra usar a cloroquina na fase onde o estudo disse que estava morrendo gente e que era 21 mortos, 22 mortos, 20 mortos. Nós precisávamos fazer alguma coisa. [...]. Então, naquele momento, a gente precisava dar um freio de arrumação pra não deixar as pessoas caminharem para outro lado (TV SENADO, 2021).

Em 29 de abril de 2021, o CFM publicou a Resolução n. 2.292/2021 classificando como “experimental” o uso de hidroxicloroquina e cloroquina por **via inalatória**. Com tal posicionamento do CFM, esses tratamentos só poderiam ser realizados por meio de protocolos de pesquisa aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa. Tal resolução foi publicada mesmo tendo a OMS, no dia 2 de março de 2021, quase dois meses antes, manifestado o entendimento de que a hidroxicloroquina não serve para evitar Covid-19, apresentando estudo no qual se concluiu que “[...] a hidroxicloroquina não teve efeito significativo algum sobre os níveis de morte e admissão hospitalar. Foi possível concluir

7 A íntegra da carta se encontra disponível em: <https://peticaoarevog.files.wordpress.com/2021/08/requerimento-a-revogacca7acc830-completo-abmmd-1.pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

também que o medicamento não influencia a taxa de infecção e provavelmente aumenta o risco de efeitos adversos.” (ONU BRASIL, 2021).

A Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia também veiculou nota contrária à utilização de tais medicamentos, principalmente por via inalatória, tendo esclarecido:

No entanto, procedimentos reconhecidamente perigosos e sem comprovação de benefício podem, inadvertidamente, contribuir para a piora clínica dos doentes e, também, colocar em risco toda a equipe assistencial.

Uma das práticas que tem se difundido, inclusive com apoio de políticos e formadores de opinião, é a inalação de comprimidos de cloroquina macerados e diluídos em soro fisiológico. Essa prática é certamente danosa ao já combalido sistema respiratório do paciente. [...] Em nenhuma diretriz para tratamento de nenhuma doença é recomendado o uso de comprimidos por via inalatória. O acúmulo desse material pode, inclusive, causar consequências a longo prazo como insuficiência respiratória crônica [...].

Deixamos aqui o nosso apelo para que em nenhuma circunstância seja prescrita ou administrada inalação com comprimidos macerados (SPPT, 2021).

Recentemente, o site *The Intercept Brasil* veiculou reportagem mostrando provas de que a supracitada resolução sofreu alterações por parte do presidente do CFM, no sentido de retirar do texto original trechos que alertavam para a existência de “estudos controversos” envolvendo as medicações em questão. De acordo com o jornal,

A primeira versão do texto afirmava que “os resultados dos estudos realizados do tratamento da Covid-19 com HCQ oral são controversos”, que “as evidências não são conclusivas” e que, por isso, surgiu a ideia de aplicar doses maiores diretamente no tecido pulmonar, por meio da inalação.

Em 30 de abril, pouco antes da publicação da resolução, no entanto, o presidente pediu que o trecho sobre os tais resultados controversos fosse eliminado. No documento, há um grande xis feito com caneta sobre o parágrafo.

No lugar, Ribeiro pediu que fosse incluído um parágrafo que poderia servir para justificar o uso do remédio ineficaz: “A hipótese inicial para o uso da hidroxicloroquina inalatória foi de que a administração da droga por essa via, em doses menores, possibilitaria concentrações maiores no tecido pulmonar (alvo inicial da infecção) do que aquela administrada por via oral”, ele escreveu. A versão do presidente do conselho foi mantida no texto final. Em 5 de maio, o texto foi enviado para revisão gramatical, com um pedido expresso de urgência. Tratava-se, segundo o CFM, de um material que precisava ser publicado no Diário Oficial “o mais breve possível”. Nessa etapa, mais uma canetada: a frase “excessos têm acontecido na ânsia de se encontrar tratamento eficaz que impeça a Covid-19 de evoluir da fase inicial de sintomas leves para quadro crítico” também foi riscada (LOPES; DIAS, 2021).

Novamente, o que se vê é uma tentativa, por razões escusas, de se sustentar a versão trazida pelo Presidente da República no sentido da possibilidade e vantagens de utilização da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da Covid-19. Importante ressaltar que, mesmo antes da publicação da Resolução n. 2.292/2021, diversos casos

de óbito decorrentes da utilização de hidroxicloroquina inalatória foram relatados, normalmente associados à falta de consentimento por parte dos pacientes/vítimas (LOPES; DIAS, 2021).

No Rio Grande do Sul, três pacientes morreram pelas mesmas razões. A médica responsável, Eliana Scherer, foi denunciada pelo Ministério Público, todavia, em entrevista a uma rádio gaúcha, Bolsonaro partiu em defesa da médica: “A doutora me disse e eu já tinha comprovado isso também. Ela falou, muito humildemente, que não é uma ideia dela a questão da nebulização. A primeira vez que ouviu falar foi lá no estado do Amazonas.” (LOPES; DIAS, 2021). A mesma reportagem ainda trouxe outro escândalo envolvendo os gestores do CFM:

De acordo com a Anvisa, o uso *off label* “é feito por conta e risco do médico que o prescreve, e pode eventualmente vir a caracterizar um erro médico”. Por isso a resolução do CFM foi tão importante: isentou de responsabilidade os médicos que decidiram pela aplicação dos tratamentos. O Intercept mostrou que, dois meses depois da resolução, um dos vice-presidentes, Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, representante do estado de Alagoas, e dois conselheiros suplentes do Conselho Federal de Medicina – Luís Guilherme Teixeira dos Santos, do Rio de Janeiro, e Annelise Mota de Alencar Meneguesso, da Paraíba – participaram de um encontro secreto em que incentivaram a prescrição de cloroquina junto a membros do Ministério da Saúde e do chamado “gabinete paralelo”. Investigado pela CPI da Covid, esse grupo assessorava informalmente o presidente Jair Bolsonaro em decisões sobre a doença e contava com ocupantes de cargos no Ministério da Saúde e médicos como Nise Yamaguchi e Anthony Wong, que morreu de Covid-19 no começo deste ano (LOPES; DIAS, 2021).

O encontro secreto mencionado na reportagem foi realizado no dia 19 de julho de 2020 e contou com a presença de dois secretários do Ministério da Saúde, um vice-presidente e dois conselheiros do CFM, médicos de diferentes regiões do País e o empresário Carlos Wizard. O objetivo da reunião era discutir o fundamento legal para a prescrição da cloroquina. Os membros desse encontro compunham o chamado “gabinete paralelo” – comandado por Wizard –, servindo como conselheiros e orientadores de Bolsonaro na gestão da crise sanitária.

O que salta aos olhos é a afirmação partindo dos próprios representantes do CFM, que reconheceram que estavam fazendo o que não deveriam: exatamente a promoção de tratamento que, à época, já se encontrava desacreditado pelas autoridades científicas mundiais. Estava presente na reunião o terceiro vice-presidente do CFM, Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, que afirmou:

Eu estou aqui no grupo representando os médicos de Alagoas que estão interessados e empenhados em implantar o tratamento precoce. [...]. Eu estou aqui e é impossível me dissociar da imagem de conselheiro, sou vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, coordeno a fiscalização e a propaganda médica no Brasil. [...]. O Conselho está dizendo, diante da excepcionalidade da situação e durante o período que for declarada a pandemia, o médico que fizer as prescrições de hidroxicloroquina, cloroquina, não estarão cometendo

infração ética. Então, isso aqui é pra se contrapor a todo um debate que surge na rede. O Conselho vai dizer o que? O que o Conselho vai fazer quando alguma sociedade se manifesta? O Conselho não vai fazer nada porque já falou através de um parecer que tem uma repercussão que só poderá ser modificada pelo próprio Conselho se novas evidências, e o próprio parecer diz isso, surgirem ou se for cassado por alguma determinação judicial (THE INTERCEPT BRASIL, 2021).

Quando questionado pela médica Luciana Cruz, membra do comitê de Carlos Wizard e defensora do tratamento precoce, acerca da possibilidade de se publicizar tais informações passadas pelo conselheiro, Emmanuel Fortes diz: “Tem, sim, ela precisa ser fechada aos médicos. Isso não pode ser uma coisa pública. É, inclusive, porque como eu sou o responsável pela Codame, pela propaganda e publicidade médica no Brasil, eu próprio escrevi o que eu não posso fazer.” (THE INTERCEPT BRASIL, 2021).

Neste mesmo sentido, reforçando a natureza ilícita do que estava sendo posto em prática no decurso da reunião secreta, Luís Guilherme Teixeira, conselheiro e corregedor de processos ético-profissionais do CFM, alerta:

[...] o maior cuidado tem que ser, como Dr. Emmanuel já falou rapidamente, é em relação a não expor o colega que está falando. [...]. E aí, tem que tomar muito cuidado com as palavras, porque é uma linha tênue. O colega, ele se expõe nesse momento e às vezes, sem que ele saiba, ele comete uma infração. E parem para pensar, eu estou aqui, o Dr. Emmanuel está aqui, a Dra. Annelise, tem a Graziela... Têm pessoas de dentro do Conselho aqui. E isso geraria um problema maior ainda. Imagina só, nós, envolvidos? [...] tem que tomar muito cuidado nessas aparições, porque isso é muito ruim (THE INTERCEPT BRASIL, 2021).

Enfim, feitos os relatos das controvérsias e violações éticas e jurídicas envolvendo o CFM, necessários à compreensão da dimensão das violações, cabe refletir acerca do deslocamento do lugar institucional do CFM, que passa de órgão de regulação e fiscalização da profissão à órgão fragilizado por uma categoria dividida, polarizada, envolvido em denúncias de alienação científica, negacionismo, politização do órgão, cooptado pela presidência da República como sustentador de práticas anticientíficas, criminosas e violadoras dos preceitos ético e jurídicos mais elementares envolvidos na prática profissional.

Associado a ideologias de extrema direita, o corpo diretivo do CFM se vê envolvido em política eleitoral e em grupos mundialmente criticados pelos organismos internacionais de saúde, como OMS e OPAS, bem como contrário às publicações dos principais periódicos internacionais de saúde. A vinculação a práticas ligadas a propostas sustentadas em mero interesse lucrativo coloca o CFM na contramão dos princípios éticos da prática profissional e de pesquisa, distanciando-se dos princípios defendidos na DUBDH, nas normativas da Conep para pesquisas envolvendo seres humanos, bem como, e de forma agravada, por meio de práticas obscuras de manipulação de documentos, discursos ocultados de forma não republicana, violando os princípios da legalidade, da moralidade, da publicidade e do interesse público, contrapondo-se à diretriz constitucional

à qual estão subordinados todos os órgãos públicos e também os da mesma natureza jurídica do Conselho Federal de Medicina.

As práticas desenvolvidas pelos membros do CFM ferem princípios basilares da Constituição da República e da ética médica, assim como normativas internacionais de direitos humanos das quais o Brasil é signatário. Fica, assim, o CFM, com suas normativas violadoras de princípios éticos que sustentaram práticas criminosas como a prescrição de medicamentos sem eficácia comprovada e também com riscos já comprovados cientificamente, responsável pelos resultados delas decorrentes, sejam morte, sequelas ou simplesmente riscos inerentes a prática autorizada ou recomendada.

A autonomia médica, desejável em si mesma, desde que submissa aos ditames da ciência, não é absoluta, assim como não o é qualquer outro direito. Abdicar da autonomia do paciente na tomada de decisão sobre pesquisas e utilização de medicamentos não comprovados cientificamente representa violação grave de princípios éticos mas também jurídicos, configurados como crimes a serem investigados.

Violam, os membros do CFM, dentre outros, os princípios ligados à responsabilidade dos médicos e dos pesquisadores no que respeita aos cuidados com a garantia dos benefícios e responsabilidades por danos, tal qual se encontra registrado no artigo 4º da DUBDH, no qual está literalmente apontado que “[...] devem os benefícios ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnológicas associadas.”

O Parecer n. 4/2020 do CFM viola, ainda, o artigo 8º da DUBDH no que respeita à vulnerabilidade humana e integridade individual, e muitos outros dispositivos normativos, sejam eles de natureza de regra ou de princípios, o que coloca os responsáveis por tais decisões na contramão da missão ética regulamentadora e fiscalizadora do CFM.

6. Considerações finais: “Bioética – ponte para o futuro”

O exercício de pensar a pandemia da Covid-19, maior crise sanitária da história da humanidade, a partir das violações bioéticas e jurídicas empreendidas pelo atual Governo, se mostrou como um desafio de dimensões incalculáveis por dois motivos que nos cabe registrar.

Em primeiro lugar, em razão do volume e da complexidade das violações perpetradas em apenas 19 meses de gestão de uma pandemia que poderia ter alçado o Brasil a destaque internacional em razão de sua experiência e logística no campo da imunização, e em razão da capilaridade do projeto de Estratégia de Saúde da Família, arquitetado de forma sofisticada e eficaz, apesar de todos as investidas no sentido de desconstruí-la, invisibilizá-la e alterar sua proposta de atenção à saúde de forma a fazer ruir as balizas dos princípios sobre os quais se sustenta.

Em segundo lugar, porque o que já está exposto ao domínio público parece representar apenas uma pequena parcela de todas as atrocidades e violações às quais ainda haveremos de ver chegar ao conhecimento da sociedade, a partir das denúncias, muitas delas vindas à tona a partir de projetos jornalísticos independentes e livres.

A crise sanitária, inserida no contexto de múltiplas e variadas crises, em especial a crise política, está, na realidade, envolta em uma crise ética sem precedentes, que parece ter criado um clima de desconstrução identitária de pessoas e instituições, provocando perplexidade, sentimento de desespero e falta de perspectiva para o futuro, o que pode causar imobilidade, desânimo e falta de ressignificação para os valores, os projetos e a continuidade da construção de uma nação livre, democrática, plural, de atores sociais que consigam refletir de forma crítica acerca dos temas mais essenciais à democracia, à ética e aos direitos humanos.

A partir da ideia original de Potter de que a bioética é uma ponte para o futuro, faz-se necessário pensar em algumas alternativas para a desobstrução das pontes existentes e a construção de caminhos alternativos e substitutivos àqueles que, porventura, não sejamos capazes de projetar e executar. O ponto de partida é emprendermos uma estratégia de sensibilização de pessoas por meio de reflexões realizadas de forma compartilhada, não hierarquizada, utilizando-nos de abordagens emancipatórias de compreensão política, crítica e participativa.

O Programa de Base de Estudos sobre Bioética, da Unesco, construído a partir da DUBDH, pode se constituir ponto de partida para estudos que tenham como objetivo central sensibilizar jovens e adultos a uma percepção dos problemas cotidianos à luz dos princípios bioéticos da DUBDH, em uma perspectiva emancipatória, utilizando as diferentes bioéticas, sem impor visões de mundo sectárias e ideologicamente alinhadas a crenças que se propõem a servir como dogmáticas que desrespeitem a pluralidade, o pensamento crítico e os processos emancipatórios tão caros à bioética.

Em uma perspectiva mais emergencial, denúncias são essenciais à interrupção do fluxo violador que se amplia e que se transforma em cultura, aceita tacitamente em razão do silêncio daqueles que poderiam, a partir de uma compreensão crítica, política, bioética e jurídica, efetuar os enquadramentos necessários à criminalização de condutas incompatíveis com a vida, a saúde e a dignidade humana.

O futuro está ameaçado com as violações nos diferentes campos da vida humana, agravadas pela política de restrição de direitos, de cooptação de pessoas e instituições, inviabilizando todas as possibilidades de reação, seja da sociedade civil organizada, seja dos órgãos do sistema de justiça, tais como Ministério Público, Magistratura, Defensorias públicas, Tribunal de Contas, dentre outros.

O futuro está ameaçado em razão da forma como o atual Governo tratou a Educação e os educadores no Brasil da pandemia, colocando em risco suas vidas e seus projetos de sobrevivência pessoal e intelectual.

O futuro está ameaçado em razão do desmonte das universidades com o esvaziamento do pensamento crítico e reflexivo, e a implantação de um modelo militarizado de ensino de natureza eminentemente técnica, não reflexiva e não produtora de saberes livres, autônomos e emancipados.

O futuro está ameaçado porque aqueles que cuidam, a partir de um cuidado não apenas maternal e doador sem limites, os enfermeiros, as enfermeiras e demais membros dessa equipe profissional, tiveram seus futuros comprometidos pela doença, pela morte, pelo cansaço extremo, pelo medo, pela impotência, pelo esgotamento emocional

e psíquico, pelo desrespeito estatal para com seus direitos básicos de trabalhadores em condições de periculosidade extrema.

O futuro está ameaçado porque a fome e a miséria se tornaram endêmicas a partir de um projeto eugênico de desprezo pelos mais vulneráveis e de concentração de renda nas mãos de poucos.

O futuro está ameaçado porque nossa reserva florestal e biodiversidade foram destruídas sem que conseguíssemos nos mobilizar no sentido de interromper o fluxo destrutivo, afastando os responsáveis, punindo-os com rigor e construindo uma cultura anticonsumo e de preservação da vida por meio da preservação da natureza.

O futuro está ameaçado porque não fomos capazes de compreender a gravidade do momento histórico e continuamos a olhar com condescendência para os violadores contumazes de direitos humanos e fundamentais, tão dura e sofridamente conquistados.

Referências

BALZA, Guilherme. ANS faz diligência em endereços da Prevent Senior após documentos indicarem que operadora omitiu mortes em estudo com ‘kit covid’.

G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/09/17/ans-faz-diligencia-em-enderecos-da-prevent-senior-apos-divulgacao-de-documentos-que-indicam-que-operadora-omitiu-mortes-em-estudo.ghtml>. Acesso em: 23 out. 2021.

CAMBRICOLI, Fabiana. Estudo da Prevent com hidroxiclороquina é suspenso por ser feito sem aval de comitê de ética. **O Estado de São Paulo**. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estudo-da-prevent-com-hidroxiclороquina-e-suspenso-apos-ser-feito-sem-aval-de-comite-de-etica,70003277428>. Acesso em: 23 out. 2021.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 2.292, de 29 de abril de 2021. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.292-de-29-de-abril-de-2021-319581836>. Acesso em: 23 out. 2021.

CLIFT, Ashley Kieran; COUPLAND, Carol A. C.; KEOGH, Ruth H.; HEMINGWAY, Harry; HIPPISEY-COX, Julia. COVID-19 Mortality Risk in Down Syndrome: Results From a Cohort Study of 8 Million Adults. **Annals of Internal Medicine**, Apr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M20-4986>. Acesso em: 23 out. 2021.

CONEP. **Comitês de Ética em Pesquisa**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comites-de-etica-em-pesquisa-conep?view=default>. Acesso em: 23 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 23 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 out. 2021.

G1. **ONU:** Bolsonaro defende tratamento sem eficácia contra Covid-19; veja frases do discurso e o que se sabe. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/09/21/onu-bolsonaro-defende-tratamento-sem-eficacia-contracovid-19-veja-frases-do-discurso-e-o-que-se-sabe.ghtml>. Acesso em: 23 out. 2021.

GANDRA, Alana. **Pesquisa revela que 19 milhões passaram fome no Brasil no fim de 2020.** Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-04/pesquisa-revela-que-19-milhoes-passaram-fome-no-brasil-no-fim-de-2020>. Acesso em: 23 out. 2021.

GARRAFA, Volnei. Bioética. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 853-869.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde:** 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

JUCÁ, Beatriz; ROSSI, Marina; OLIVEIRA, Regiane. Militares vão de vitrine a vidraça ao comandar postos-chaves na saúde em meio a suspeitas de corrupção. **El País,** Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-07-09/militares-vaodevitrine-a-vidraca-ao-comandar-postos-chaves-no-ministerio-da-saude-em-meio-a-suspeitas-de-corrupcao-e-caos.html>. Acesso em: 23 out. 2021.

LIS, Laís. **Governo Bolsonaro mais que dobra número de militares em cargos civis, aponta TCU.** Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/07/17/governo-bolsonaro-tem-6157-militares-em-cargos-civis-diz-tcu.ghtml>. Acesso em: 23 out. 2021.

LOPES, Débora; DIAS, Tatiana. Presidente do CFM editou resolução para esconder falta de evidências sobre cloroquina inalatória. **The Intercept Brasil.** Disponível em: <https://theintercept.com/2021/10/21/presidente-cfm-mauro-ribeiro-escondeu-falta-evidencias-cloroquina-inalatoria/>. Acesso em: 23 out. 2021.

MARTELLO, Alexandre; GOMES, Pedro Henrique. Guedes diz que Estado ‘quebrou’ e que vai ser ‘impossível’ atender demanda crescente na saúde. **G1.** Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/04/27/guedes-diz-que-estado-quebrou->

[e-que-vai-ser-impossivel-atender-demanda-crescente-na-saude.ghtml](#). Acesso em: 23 out. 2021.

O ANTAGONISTA. **Coordenador da Conep comenta polêmicas envolvendo Prevent**. Disponível em: <https://www.oantagonista.com/videos/coordenador-da-conep-comenta-polemicas-envolvendo-prevent/>. Acesso em: 23 out. 2021.

O GLOBO. **Paciente que morreu em estudo da Prevent com cloroquina era cardíaco, e família não sabia que participava do teste**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/paciente-que-morreu-em-estudo-da-prevent-com-cloroquina-era-cardiaco-familia-nao-sabia-que-participava-do-teste-1-25205799>. Acesso em: 23 out. 2021.

OMS. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência**. Trad. Lexicus Serviços. São Paulo, 2011. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

ONU BRASIL. **OMS confirma que hidroxicloroquina não serve para evitar Covid-19**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/114310-oms-confirma-que-hidroxicloroquina-nao-serve-para-evitar-covid-19>. Acesso em: 23 out. 2021.

PASQUINI, Patrícia; SINGER, Suzana. Estudo da Prevent não prova que cloroquina funciona contra Covid, diz fundador da empresa. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/09/estudo-da-prevent-nao-prova-que-cloroquina-funciona-contr-covid-diz-fundador-da-empresa.shtml>. Acesso em: 23 out. 2021.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioética: ponte para o futuro**. Trad. Diego Carlos Zanella. São Paulo: Loyola, 2016.

ROCHA, Rayane. Fome avança e atinge 19,1 milhões de brasileiros. **CNN Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/fome-avanca-e-atinge-mais-9-milhoes-de-brasileiros-nos-ultimos-dois-anos/>. Acesso em: 23 out. 2021.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020.

SENADO FEDERAL. **Relatório Final – CPI da Pandemia**. Aprovado e 26 Out. 2021. Disponível em: https://senadofederal-my.sharepoint.com/:b/g/personal/cpipandemia_arquivos_senado_leg_br/EUTR4zRZ8VRNpTmppMgJyLsBiGmQxlWoq3boPat_fg83CQ?e=zziR60. Acesso em: 27 out. 2021.

SILVA JÚNIOR, Mauro Dias. Vulnerabilidades da população idosa durante a pandemia pelo novo coronavírus. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 3, p. e200319, 2020.

SPPT – SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Alerta da SPPT sobre inalação de comprimidos como tratamento para Covid-19.** Disponível em: <https://sppt.org.br/alerta-da-sppt-sobre-inalacao-de-comprimidos-como-tratamento-para-covid19/>. Acesso em: 23 out. 2021.

SOUZA, André de; MENDES, Adriana. Discussão sobre tratamento precoce é ‘delirante, esdrúxula, anacrônica e contraproducente’, diz médica vetada pelo governo. **O Globo.** Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/discussao-sobre-tratamento-precoce-delirante-esdruxula-anacronica-contraproducente-diz-medica-vetada-pelo-governo-25044243>. Acesso em: 23 out. 2021.

THE INTERCEPT BRASIL. **Conselheiros do CFM defendem cloroquina no gabinete paralelo.** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=z91YrNJRn1I&t=3s&ab_channel=TheInterceptBrasil. Acesso em: 23 out. 2021.

TV SENADO. **Ministério da Saúde emitiu nota sobre uso da cloroquina com base no CFM, afirma Pazuello.** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/tv/programas/noticias-1/2021/05/ministerio-da-saude-emitiu-nota-sobre-uso-da-cloroquina-com-base-no-cfm-afirma-pazuello>. Acesso em: 23 out. 2021.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

UNESCO. **Programa de Base de estudos sobre Bioética.** Escritório Regional de Ciências da UNESCO para América Latina e Caribe – Unesco. Montevideu, 2015. Parte I. Disponível em: www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/Bioet-CoreCurriculum-PT-Parte1.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

UNESCO. **Programa de Base de estudos sobre Bioética.** Escritório Regional de Ciências da UNESCO para América Latina e Caribe – Unesco. Montevideu, 2015. Parte 2. Disponível em: www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/Bioet-CoreCurriculum-PT-Parte2.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

VIDALE, Giulia. Conep suspende estudo da Prevent Senior com hidroxicloroquina. **Veja.** Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/conep-suspende-estudo-da-prevent-senior-com-hidroxicloroquina/>. Acesso em: 23 de out. 2021.



Direito Humano à Saúde na Pandemia



monitoramentos dos
direitos
humanos de **Brasil**



**Conselho Nacional
de Saúde**

Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde