



DENÚNCIA DE VIOLAÇÕES DOS DIREITOS À VIDA E À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL



Direito Humano à
Saúde na Pandemia



monitoramentos dos
direitos
humanos do **Brasil**

Fórum Nacional de
Defesa do Direito
Humano à Saúde



Conselho Nacional
de Saúde

Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil



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.

Edição: EAB Editora
Projeto gráfico, capa e diagramação: Diego Ecker
Normalização: Diego Ecker
Revisão: Araceli Pimentel Godinho e Bianca Damacena

Relatoria

Flavio Luiz Schieck Valente

Assessoria

Jônia Rodrigues de Lima

Colaboração

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

Apoio

Enéias da Rosa
Nara Aparecida Peruzzo
Gilnei José Oliveira da Silva
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

S678d Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH)
Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da
pandemia da Covid-19 no Brasil [recurso eletrônico] / Sociedade
Maranhense de Direitos Humanos ... [et al.]. – Passo Fundo: Saluz, 2021.
100 p. ; 2,1 MB ; PDF

ISBN: 978-85-69343-70-7
DOI: 10.5281/zenodo.5637637

1. Saúde pública. 2. Pandemia de Covid-19. 3. Direito à saúde.
4. Direito à vida. 5. Violação de direitos. 6. Pacto Internacional sobre
Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP). 7. Pacto Internacional dos Direitos
Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). 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	6
Introdução	8
1. O direito humano à saúde.....	13
1.1. Marco legal internacional do direito humano à saúde	13
1.2. Marco legal nacional do direito humano à saúde.....	17
2. O direito à vida	19
2.1. Marco legal internacional do direito à vida	19
2.2. Marco legal nacional do direito à vida	20
3. Obrigações do Estado diante da pandemia em relação aos direitos à saúde e à vida	22
4. Análise do contexto do direito humano à vida considerando o Comentário Geral 36 ao PIDCP e do direito humano à saúde na pandemia à luz do Comentário Geral 14 ao PIDESC	24
4.1. Violação do direito à vida.....	24
4.1.1. Violação do artigo 6º do PIDCP, parágrafos 2º e 3º do Comentário Geral 36 ao PIDCP	24
4.1.2. Violação do artigo 6º do PIDCP e parágrafo 3º do Comentário Geral 36 ao PIDCP	26
4.1.3. O artigo 6º do PIDCP e parágrafo 25 do Comentário Geral 36 ao PIDCP: práticas discriminatórias	31
4.1.4. Violação do artigo 6º do PIDCP à luz do parágrafo 23 do Comentário Geral 36 ao PIDCP	32
4.1.5. Violação do artigo 6º do PIDCP e a obrigação de proteger a vida....	33
4.1.6. Violação do artigo 6º do PIDCP à luz do parágrafo 27 do Comentário Geral 36 ao PIDCP	34
4.2. Violação do direito humano à saúde	34
4.2.1. Violação do artigo 12 do PIDESC, por omissão, conforme os parágrafos 15, 16 e 17 do Comentário Geral 14 do CDESC	34
4.2.1.1. Caso Manaus	35
4.2.1.2. Projeto-piloto e experimentos.....	36
4.2.1.3. Tratamento ineficaz: uso da cloroquina.....	37
4.2.1.4. Desmonte das políticas de saúde	37
4.2.2. Violação do artigo 2º do PIDESC, conforme o Comentário Geral 14 nos parágrafos 31 e 32, referentes à realização progressiva do direito à saúde e sem retrocessos	38

4.2.3. Violação do artigo 12 do PIDESC à luz do parágrafo 3º do Comentário Geral 14 ao PIDESC.....	42
4.2.3.1. Não garantia do direito humano à alimentação	42
4.2.3.2. Não garantia do direito à moradia.....	45
4.2.3.3. Não garantia do direito de acesso à informação	46
4.2.3.4. Não garantia da vigilância em saúde	48
4.2.4. Violação do artigo 12 do PIDESC, conforme o parágrafo 36 do Comentário Geral 14 (não vacinação e poluição).....	48
4.2.4.1. Vacinação.....	49
4.2.4.2. Poluição e envenenamento por agrotóxicos	51
4.2.5. Violação do artigo 12.2 (b) do PIDESC (condições de trabalho).....	52
4.2.6. Violação do princípio de não discriminação e igualdade no tratamento	53
4.2.6.1. Discriminação da população negra	53
4.2.6.2. Discriminação de gênero	57
4.2.6.3. Discriminação de povos indígenas	59
4.2.6.4. Discriminação de crianças e adolescentes.....	60
4.2.6.5. Discriminação de idosos	62
4.2.6.6. Discriminação de pessoas com deficiência.....	63
4.2.6.7. Discriminação da população LGBTQIA+	64
4.2.6.8. Discriminação da população encarcerada.....	64
4.2.6.9. Discriminação da população em situação de rua	68
4.2.7. Violação dos princípios de acessibilidade e qualidade	69
5. Conclusões a respeito das violações constatadas.....	71
6. Requerimentos e recomendações às instituições e órgãos nacionais	79
7. Requerimentos e recomendações às instituições e organismos internacionais	87
Referências	89

Apresentação

A presente denúncia é uma iniciativa conjunta. 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 e parceria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A iniciativa tem acolhida em dois órgãos institucionais, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH). Espaços de participação popular e de controle 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 raiz na qual se sustenta a iniciativa é a responsabilidade das organizações da sociedade civil que atuam em direitos humanos no Brasil. Têm o entendimento de que lhes cabe a vigilância das situações, a documentação e a denúncia pública das violações de direitos humanos para buscar seu processamento pelos órgãos encarregados do monitoramento do cumprimento dos compromissos nacionais e internacionais de direitos humanos. É por isso que buscaram encontrar bases para 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.

O documento mostra que a Covid-19 é um acontecimento que trouxe impactos significativos na vida do conjunto das populações. Mas este 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 e que, segundo diversos estudos, ainda que divirjam nos números, mostram que milhares de vidas poderiam e deveriam ter sido evitadas. Que uma única vida pudesse ter sido evitada já teria sido altamente relevante. Sob o manto dos direitos humanos, não há violações aceitáveis!

A responsabilidade pelas diversas violações, analisada à luz das normativas internacionais e nacionais de direitos humanos, é demonstrada neste documento. Para isso recupera estas normativas no que diz respeito especificamente ao direito à vida e à saúde, situa as obrigações do Estado com respeito a estes direitos particularmente no contexto da pandemia, demonstra que houve violação destes direitos por parte do Estado brasileiro e do governo Bolsonaro e, por fim, apresenta as conclusões, requerimentos e recomendações às instituições públicas nacionais e aos organismos internacionais encarregados de cuidar para que os direitos humanos sejam realizados e não sejam violados.

O documento será apresentado em seu todo, ou em partes específicas, aos organismos do Sistema Global e do Sistema Regional de Direitos Humanos. Assim, junto ao Sistema das Nações Unidas é apresentado ao Conselho de Direitos Humanos (CDH), ao Alto Comissariado para os Direitos Humanos (ACNUDH), para diversos Comitês de Tratados, particularmente ao Comitê de Direitos Humanos (CCPR) e ao Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR), além de procedimentos especiais, a várias relatorias de direitos humanos. Junto ao Sistema Regional, será apresentado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH/OEA) como proposta de seguimento do Relatório sobre a Situação dos Direitos Humanos no Brasil, (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2021) publicado em março de 2021. Para cada um destes espaços haverá uma solicitação específica considerando a natureza e as atribuições de cada um deles. Uma versão preliminar do documento também foi entregue à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia do Senado Federal. Este documento final 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 deles.

O espírito que move esta ação é o da justiça. Inaceitável que vidas humanas, num contexto tão impactante como foi da Covid-19, tenham sido maltratadas e perdidas, tenham sido violentadas e seus direitos violados 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, de sua promoção e proteção.

As organizações responsáveis por sua apresentação também 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 ao esforço de construção da justiça testemunhal e da necessária reparação. Há que se responsabilizar os agentes das violações, mas também é necessária trazer à luz aqueles que se beneficiaram das violações e fazer a memória e a reparação às vítimas que as sofreram e que as seguem sofrendo.

As organizações promotoras agradecem aos/às pesquisadores/as que colaboraram na busca de informações, subsídios, demonstrações e argumentos e aos/às que deram forma ao texto que é aqui apresentado. Agradecem também às diversas organizações parceiras que se aliançaram para a construção deste documento e, 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)
Em parceria com
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)

Introdução

O objetivo deste documento¹ é atender ao clamor de milhões de famílias brasileiras que se veem agredidas em sua dignidade em decorrência de atos de ação e omissão do Estado e do Governo brasileiro na condução do enfrentamento à Pandemia da Covid-19 que resultaram, conforme pesquisas, mesmo que divergentes em metodologias, em uma mortalidade quatro a cinco vezes maior do que a média mundial e direcioná-lo aos Sistemas Regional e Global de Direitos Humanos.

Os dados citados significam “que aproximadamente quatro de cada cinco mortes por Covid-19 poderiam ter sido evitadas caso o País estivesse na média mundial em termos de enfrentamento da pandemia” (HALLAL *in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021). Isto, com base nos dados coletados até 10 de outubro de 2021, representa **um total estimado de 480.340 mortes que poderiam ter sido evitadas**, bem como o sofrimento dos milhões de familiares, em particular as centenas de milhares de órfãos(ãs) e milhões de sequelados(as) que terão de enfrentar as consequências da desestruturação de suas famílias e vidas.

Outro estudo (IMPERIAL COLLEGE, 2021) aprofunda a análise sobre o excesso de mortes e chega à conclusão de que metade das mortes pela Covid-19 no sistema de saúde poderiam ter sido evitadas caso condições adequadas de atendimento, provimento de equipamentos, insumos e capacitação do pessoal tivessem sido garantidas. Ao mesmo tempo, o estudo ressalta que são identificadas enormes desigualdades geográficas e deficiências no sistema de atenção à saúde, as quais estão diretamente associadas aos cortes impostos ao sistema de saúde pela política de austeridade fiscal.

Este documento-denúncia faz uma análise cuidadosa e exaustiva das ações das autoridades sanitárias diretamente responsáveis pela gestão do enfrentamento à Covid-19, bem como das autoridades que colaboraram direta ou indiretamente para que a magnitude da tragédia chegasse ao ponto em que chegou, identificando as múltiplas

1 Este documento foi relatado por Flavio Luiz Schieck Valente, médico, Mestre em Saúde Pública pela Harvard School of Public Health. Trabalha sobre e com o Direito Humano à Alimentação e Nutrição adequadas há quarenta anos, tanto em âmbito nacional como internacional. Membro da World Alliance for Nutrition and Human Rights. Secretário Geral da FIAN Internacional de 2007 a 2015. É co-coordenador do Centro de Ciência e Tecnologia para a Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação e Nutrição – Nordeste (CSIGDHANA-NE). Desde 2019, é docente associado do Departamento de Nutrição e Estudos da Alimentação da Universidade de Syracuse nos EUA (2019-), e Fellow de pesquisa honorário junto ao Centro de Resiliência, Água e Agroecologia da Universidade de Coventry, Reino Unido. O trabalho contou com assessoria direta de Jônia Rodrigues de Lima, mestra e doutoranda em Ciências Humanas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), coordenadora do Instituto de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (Idhesca) e conselheira do Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH), trabalha há mais de 15 anos com direitos humanos, especialmente em monitoramento de casos de violação aos direitos humanos. Pesquisadores colaboradores: Armando de Negri, Benilda Brito, Bruno Moretti, Cristian Gamba, Eloy Terena, Euzamara de Carvalho, Maria do Remédios Freitas Carvalho Branco, Pedro Hallal, Soraia Mendes e Elda Bussinger. O documento também contou com o apoio de Gilnei Oliveira da Silva, Roseane Dias, Nara Aparecida Peruzzo, Paulo César Carbonari, Eneias da Rosa e Pedro Rafael Ferreira, Renê Romanssini e Nilce Cardoso.

violações dos direitos à saúde e à vida, e dos direitos humanos correlatos de milhões de seres humanos, pelo Estado brasileiro, claramente sob o comando do Presidente da República.

Há fortes evidências de que o processo ocorre em um contexto de retrocesso planejado na área da saúde e de desproteção crescente, com uma postura de negação de direitos. Busca-se, intencional e sistematicamente, a desconstrução da garantia constitucional do direito humano à saúde, que estabelece a universalidade do Sistema Único de Saúde, devidamente regulamentado e institucionalizado.

Existem provas conclusivas e evidências científicas de que a evolução da pandemia em âmbito internacional e nacional denotava o altíssimo grau de infectividade do vírus e a rapidez de expansão da pandemia; e de 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 em gel, água e sabão neutro não fossem adotadas. Existem evidências de que o Estado brasileiro, liderado pelo Poder Executivo, na figura do Presidente Jair Bolsonaro, 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, reduzindo 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 Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Presidente desenvolveu uma verdadeira campanha de desinformação, descaracterizando a pandemia como uma “gripezinha”, o uso da máscara como coisa de “covardes” e, pejorativamente, coisa de “maricas”, além de ter promovido o uso de medicações não eficazes como principal ação de enfrentamento.

O Presidente entrou em rota de colisão com seu próprio Ministro da Saúde, que ainda tentou conduzir um processo nacional coordenado de enfrentamento à pandemia, trabalhando articuladamente com os Secretários Estaduais de Saúde. Isto desencadeou uma verdadeira guerra midiática entre o ministro e o Presidente. A cada orientação do Ministro da Saúde, em suas coletivas de imprensa diárias, o Presidente se contrapunha em suas comunicações através da sua mídia social, questionando a validade do distanciamento social, do uso da máscara, a veracidade da gravidade da enfermidade, entre outros aspectos.

O Presidente, ao mesmo tempo, desenvolveu uma campanha aberta a favor da utilização do medicamento hidroxiquina como possível tratamento da virose, contrariando as orientações do Ministério da Saúde, da Anvisa e da comunidade científica internacional. E, mais do que isso, encomendou a produção do medicamento em larga escala de laboratórios públicos e, posteriormente, do Exército Brasileiro, com o objetivo de distribuí-lo por meio do SUS.

Essa duplicidade no comando do enfrentamento à pandemia gerou um alto grau de desinformação no seio da população brasileira, levando a uma baixa adesão de setores da população às orientações sanitárias. Estudo realizado pelo Instituto de Ensino e

Pesquisa (Insper), pelo Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais (Ibmec) e pela Universidade de Toronto (CABRAL; PONGELUPPE; ITO, 2021)² demonstra que os municípios que votaram preferencialmente no Presidente Bolsonaro (60% ou mais de votos) no segundo turno, em 2018, apresentaram uma mortalidade significativamente maior (3,4 vezes maior) que os que majoritariamente (menos de 10% dos votos) votaram no outro candidato (HALLAL *in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021). Isso indica que a postura presidencial influenciou fortemente a opinião pública, induzindo a população a colocar em risco sua própria saúde por acreditar na desinformação emitida pelo mandatário do País, e muitos acabaram por pagar com sua própria vida ou a de seus familiares.

Confrontado com uma crescente oposição dos governadores, que se aliaram aos encaminhamentos do então Ministro da Saúde, cerca de um mês após o primeiro caso da Covid-19, o Presidente decidiu pela troca do referido ministro, escolhendo um que estava alinhado com suas posições. O acerto de posições entre o Presidente e o novo ministro não durou muito, e este optou por renunciar, contrapondo-se à postura do Presidente. Assim sendo, menos de dois meses após o primeiro caso de coronavírus, dois ministros haviam sido nomeados e demitidos, dificultando-se o estabelecimento de uma estratégia coordenada e coerente no enfrentamento à pandemia.

A opção do Presidente, nesse momento crítico, foi, em vez de nomear um novo técnico da área da saúde, a de indicar um militar para conduzir o Ministério. Na prática, a partir de então, o Ministério da Saúde se retirou objetivamente da coordenação nacional do combate à pandemia. Vieira (2020) analisa que a decisão de deixar a coordenação nacional do enfrentamento à pandemia não pode ser atribuída à inexistência de mecanismos de coordenação entre os diferentes níveis de atuação do SUS – porque eles existem –, nem a iniciativas nesse sentido por parte dos outros entes federados, mas o que se observou foi

[...] a deliberada fragilização desses instrumentos pelo Governo Federal. Uma análise mais detalhada das irregularidades observadas na gestão federal da pandemia é apresentada abaixo, incluindo algumas informações provenientes das investigações da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), relativo ao atraso na compra da vacina, à falta de interesse na compra de imunizantes, boicote ao imunizante desenvolvido pelo Butantã, entre outras.

Digno de menção é o encerramento, sem justificativa técnica, do estudo epidemiológico (EpiCovid19) que monitorava a evolução da pandemia no País (HALLAL *et al.*, 2020).

Especial atenção é dada aos danos causados a grupos particularmente vulnerabilizados, como os profissionais da saúde, povos indígenas, povos e comunidades tradicionais, idosos, mulheres (em particular mulheres negras), afrodescendentes (em particular quilombolas), gays, lésbicas, trans, etc., pessoas em situação de rua, comunidades urbanas carentes, trabalhadores rurais, população carcerária, entre outros.

2 Matéria sobre o estudo em: SOARES, Gabriela. Cidades em que Bolsonaro venceu em 2018 têm mais mortes por covid, diz estudo. *Poder360*, 7 maio 2021. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/cidades-em-que-bolsonaro-venceu-em-2018-tem-mais-mortes-por-covid-diz-estudo/>. Acesso em: 29 out. 2021..

A discriminação estrutural como prática de governo tem sido a tônica do Governo Federal, sob a liderança incontestada do Presidente. Bolsonaro, desde sua campanha eleitoral, deixou bem claro seu descaso para com os direitos humanos e os direitos constitucionais das mulheres, dos povos originários, dos povos de matriz africana, quilombolas e afrodescendentes, das populações e comunidades tradicionais, gays, lésbicas, trans, entre outros públicos. Durante a pandemia, tem aproveitado para intensificar seu apoio à invasão de terras indígenas e tradicionais por grileiros, madeireiros, mineradores e agronegócio, inclusive com uso de violência armada (GOVERNO..., 2021). Esse apoio colaborou para que 2020 fosse o ano com o mais alto índice de conflitos no campo na história brasileira recente e o absurdo incremento de despejos judiciais de agricultores familiares de suas posses consolidadas e de povos indígenas de suas terras, durante a pandemia, conforme Relatório de Conflitos no Campo da Comissão Pastoral da Terra (CPT). Sem falar da destruição de cultivos de alimentos com o uso de agrotóxicos como arma, conforme denunciado por agricultores familiares da Mata Sul de Pernambuco, em conferência de vídeo com o Relator Especial da ONU para substâncias tóxicas (BEZERRA, 2021), Marcos Orellana, em um momento em que a fome se alastra pelo País (SOBREIRA, 2021).

No nosso entender, a postura do Estado brasileiro mediante a pandemia se enquadra no que Fricker (2007) denomina “injustiça epistêmica”, que é composta pela injustiça testemunhal e pela injustiça hermenêutica. A primeira se caracteriza pela postura do Governo Federal de ignorar o sofrimento expresso pela/pelo afetada/o, desqualificando-a/o, de maneira discriminatória e sistêmica, e negando-lhe o direito à voz; a segunda, pela prática de disseminação sistemática de desinformação (FRICKER, 2007) – dois elementos fortemente presentes nas práticas não só do primeiro mandatário, bem como na de outros componentes do primeiro e segundo escalões do Governo Federal.

Este documento busca, também, identificar quem são os possíveis beneficiários dessas condutas e iniciativas, a partir da análise da documentação disponível e de depoimentos de diferentes atores sociais, pois entendemos que é fundamental ir além de uma mera descrição das violações cometidas e buscar entender de que maneira tais violações refletem processos sociais com uma intencionalidade intrínseca que potencialmente gerará e perpetuará violações ainda mais graves de forma sistêmica e estrutural. Identificamos, no caso sob análise, que a desastrosa governança da pandemia se insere em uma estratégia programada de desassistência à saúde, associada ao desmonte do Sistema Único de Saúde e inserida em uma estratégia mais ampla de desmonte das políticas de Proteção Social e de miséria planejada (MARKS, 2011). Ao mesmo tempo, é essencial identificar os beneficiários desse processo, tanto em âmbito nacional como internacional, para que o absurdo sofrimento infligido sobre a população brasileira não seja naturalizado e os responsáveis – públicos ou privados – sejam chamados a prestar contas e pagar por seus abusos e crimes perante a comunidade internacional e a sociedade brasileira.

É mais do que hora de a sociedade humana planetária reafirmar os valores que ancoram o sistema internacional de direitos humanos na arquitetura política internacional: dignidade humana, somos todos/as/es humanos/as/es. É essencial estabelecer

a soberania efetiva dos povos sobre os seus territórios e recursos naturais, sobre o processo político, econômico, social e ambiental em âmbitos nacional e internacional.

O primeiro passo seria a conclusão do processo de elaboração do tratado internacional de direitos humanos de regulação das atividades de empresas multinacionais, presentemente em discussão no Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU). O segundo passo seria o reconhecimento do marco legal de direitos humanos revisitado como o guarda-chuva de todos os demais marcos legais, que deveriam ser subsidiários às obrigações de respeitar, proteger, promover e garantir os direitos humanos para todos os habitantes do Planeta, em harmonia com a natureza.

Para tanto, este documento analisa o não cumprimento do marco legal que garante o direito à saúde, que “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS). Esse não cumprimento do marco legal impede a realização plena da dignidade humana necessária para a garantia do direito à vida, especialmente no período da pandemia da Covid-19.

1. O direito humano à saúde

A primeira menção à saúde, no plano internacional, enquanto direito humano, ocorre na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, onde se consagra a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções e enfermidades”, complementando que “o gozo do grau máximo de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social” (OMS, 2014). Após isto, várias normas internacionais incorporam o direito à saúde, pois é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana.

Assim, os governos têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir (facilitar, promover e garantir) o direito à saúde, evitando sua violação e criando políticas, estruturas e recursos que o promova e reforce. Os governos têm, ainda, a obrigação de ofertar serviços de saúde e serviços sociais e promover saúde respeitando os direitos humanos.

No contexto brasileiro, o respeito e a proteção ao direito à saúde são obrigações legais a partir da conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988. A dignidade humana e os direitos fundamentais, incluindo a saúde, passam, então, a formar os princípios constitucionais que incorporam os clamores por justiça e por valores éticos. Sendo assim, esses valores são dotados de uma especial força, que se espalha por todo o universo constitucional e serve como critério de interpretação de todas as normas do ordenamento jurídico nacional (PIOVESAN, 2008).

1.1. Marco legal internacional do direito humano à saúde

A ideia do direito à saúde aparece na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (ONU, 1948), em seu artigo 25:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si 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 fora de seu controle.

O *Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (ONU, 1966),³ no artigo 12, garante o direito à saúde, como direito humano, entre os direitos sociais:

3 Ratificado pelo Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992.

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 desenvolvimento da criança;
 - b) O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial;
 - c) A profilaxia, tratamento e controle das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras;
 - d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas acesso a serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.

Além disso, o direito à saúde é reconhecido, nomeadamente, no artigo 5º da *Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial* (1965); nos artigos 11.1 e 12 da *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher* (1979); no artigo 24 da *Convenção sobre os Direitos da Criança* (1989); na *Declaração e Programa de Ação da II Conferência Mundial de Direitos Humanos* (1993); e em outros instrumentos internacionais.

Vários instrumentos regionais de direitos humanos também reconhecem o direito à saúde, tais como a *Carta Social Europeia* (1961), em sua versão revisada (artigo 11) e a *Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos* (1981) (artigo 16). No que tange à região das Américas, a *Convenção Americana de Direitos Humanos* (CADH) (1969), em San José de Costa Rica, vigente desde 18 de julho de 1978, tem o objetivo de consolidar no Continente Americano a liberdade e a justiça social, fundadas no respeito aos direitos essenciais do ser humano. Para cumprir o que diz a CADH, os Estados Partes, acordaram em Protocolo Adicional, o Protocolo de San Salvador, de 1988. No art. 10 do Protocolo é reafirmado que todas as pessoas têm direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. Assim, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, entre outros pontos, especialmente ao atendimento primário de saúde ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; total imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, estejam em situação de maior vulnerabilização.

A CADH, também conhecido como Pacto de San José da Costa Rica, em seu artigo 26, estabelece o princípio da progressividade e proíbe o retrocesso em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais, entre eles o direito à saúde. A Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) elaborou o estudo intitulado “Indicadores do Progresso para Medição de Direitos Contemplados no Protocolo de San Salvador de 1978”, cujo objetivo principal é subsidiar ações para medir o cumprimento progressivo dos direitos econômicos, sociais e culturais contidos no Protocolo de San Salvador. Na *Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e de seus Familiares* (1990), artigos 28, 43e e 45c, podemos também encontrar a garantia do direito humano social à saúde.

Na *Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e de seus Familiares* (1990), artigos 28, 43e e 45c, podemos também encontrar a garantia do direito humano social à saúde.

A *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* (2006), no artigo 25, dispõe sobre a proteção do direito à saúde. Na *Declaração Final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde* (DECLARAÇÃO..., 1975), realizada na cidade de Alma-Ata (atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS, confirma-se a função decisiva da atenção primária de saúde, que se orienta para os principais problemas de saúde da comunidade e presta serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação necessários para resolver esses problemas (artigo VII). Nela, destaca-se que o acesso à atenção primária de saúde é a chave para alcançar um nível de saúde que permita a todas as pessoas levar uma vida social e economicamente produtiva (artigo V) e contribuir para o desfrute do mais alto nível possível de saúde. O *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (ONU, 1966) refere-se a essa ideia com uma indicação mais clara e direta: “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.”

A *Declaração de Alma-Ata* (1978) delinea o direito à saúde da seguinte forma:

A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

A concepção do direito à saúde é melhor definida e sistematizada pelo Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais a partir do *Comentário Geral 14 ao Artigo 12 do PIDESC* (2000) (COMENTÁRIOS..., 2018), que interpreta o direito à saúde, definido no artigo 12, como um direito que abarca cuidados de saúde apropriados e fatores determinantes da saúde, como acesso à água limpa e potável, condições sanitárias adequadas, fornecimento adequado de alimentos saudáveis juntamente com nutrição adequada, alojamento apropriado, condições de trabalho e do meio ambiente saudáveis, acesso à educação e informação sobre questões relacionadas à saúde, incluindo saúde sexual, reprodutiva e mental. Outro aspecto importante é a participação da população em todo o processo de tomada de decisão sobre as questões relacionadas com a saúde nos planos comunitário, nacional e internacional. O direito à saúde, em todas as suas formas e em todos os níveis, engloba elementos essenciais e inter-relacionados, cuja aplicação dependerá das condições predominantes num determinado Estado Parte.

A acessibilidade tem alguns fatores importantes: (i) não discriminação: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde têm de ser acessíveis a todos, em especial os setores mais vulnerabilizados e marginalizados da população, como indígenas, quilombolas, povos e comunidades tradicionais, sem discriminação alguma por quaisquer dos motivos; (ii) acessibilidade física: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde têm de se encontrar num alcance geográfico seguro por parte de toda a população, em especial os grupos vulneráveis ou marginalizados, como as minorias étnicas e populações indígenas, as mulheres, as crianças, os adolescentes, os idosos, pessoas com incapacidades e pessoas

com HIV; a acessibilidade também implica que os serviços médicos e fatores determinantes subjacentes da saúde, tal como a água limpa e potável e os serviços sanitários adequados, se encontrem a uma distância geográfica segura e razoável, inclusive no que se refere a zonas rurais; além disso, acesso adequado por parte de pessoas portadoras de deficiência; (iii) acessibilidade econômica: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todas as pessoas, portanto os pagamentos por serviços de cuidados de saúde, bem como serviços relacionados com os fatores determinantes subjacentes à saúde, como água e saneamento, têm de se basear no princípio da equidade, a fim de assegurar que esses serviços, sejam públicos ou privados, estejam ao alcance de todos, incluindo aqueles que fazem parte de grupos socialmente desfavorecidos; a equidade exige que não recaia uma carga desproporcional nos lares mais pobres, no que se refere a gastos com saúde, em comparação com os lares mais ricos; (iv) acesso à informação: esse acesso inclui o direito de solicitar, receber e difundir informações e ideias; no entanto, não deve comprometer o direito de que os dados pessoais relativos à saúde sejam tratados com confidencialidade.

No que se refere à questão da aceitabilidade, todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde têm de respeitar a ética médica e a cultura dos indivíduos, das minorias, dos povos e comunidades, sensíveis aos requisitos de gênero e do ciclo de vida, bem como serem concebidos para respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde das pessoas em questão.

No que toca à qualidade no contexto do direito à saúde, é preciso que seja apropriada desde o ponto de vista científico e médico, e de boa qualidade. Isto requer, entre outras coisas, pessoal médico capacitado, medicamentos e equipamento hospitalar cientificamente aprovado e dentro da validade, água limpa e potável, condições sanitárias adequadas.

É importante ressaltar, ainda, que o artigo 12 do PIDESC trata com destaque a necessidade de “diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento saudável da criança”, podendo ser compreendida no sentido de que é preciso adotar medidas para melhorar a saúde infantil e materna, os cuidados de saúde sexuais e reprodutivos, incluindo o acesso ao planejamento familiar, cuidados pré e pós-parto, serviços obstétricos de emergência e acesso à informação, assim como aos recursos necessários para atuar sobre essa informação.

O Comentário Geral 14, no seu parágrafo 15, abarca o direito à higiene no trabalho e no meio ambiente, sendo externado por meio do “melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial”, incluindo, em particular, a adoção de medidas preventivas no que respeita aos acidentes e doenças profissionais. Além disso, a higiene industrial aspira reduzir ao mínimo as causas dos perigos para a saúde resultantes do meio ambiente laboral.

Da mesma forma, o referido documento define a profilaxia, o tratamento e o controle das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, exigindo que se estabeleçam programas de prevenção e de educação para fazer frente a questões de saúde como as doenças sexualmente transmissíveis, em particular o HIV/Aids, e as que afetam de forma adversa a saúde sexual e reprodutiva, bem como a promoção de fatores sociais

determinantes para uma boa saúde, como segurança ambiental, educação, desenvolvimento econômico e igualdade dos sexos.

O direito a tratamento compreende a criação de um sistema de cuidados médicos urgentes em caso de acidentes, epidemias e perigos análogos para a saúde, assim como a prestação de socorro em casos de acidente e ajuda humanitária em situações de emergência. O controle das doenças tem a ver com os esforços individuais e coletivos dos Estados para disponibilizar, entre outras coisas, as tecnologias relevantes, o emprego e a melhoria de vigilância epidemiológica, a reunião de dados desagregados, a implementação ou melhoria de programas de imunização e outras estratégias de controle de doenças infecciosas.

É fundamental, também, ressaltar o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). O RSI entrou em vigor no dia 15 de junho de 2007 e exige que os países notifiquem certos surtos de doenças e eventos de saúde pública à OMS. Com base na experiência única da OMS em vigilância global de doenças, alerta e resposta, o RSI define direitos e obrigações dos países em relatar eventos de saúde pública e estabelecer vários procedimentos que a OMS deve seguir em seu trabalho para defender a segurança pública mundial.

1.2. Marco legal nacional do direito humano à saúde

Interligando o direito à saúde com os princípios fundamentais da Constituição Federal (CF) de 1988, Piovesan (2008) destaca que o artigo 1º inaugura no texto constitucional, em seu inciso III, a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito que tem por objetivo maior a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, em respeito ao que diz o inciso I do artigo 3º. Em suas relações internacionais e em consonância com os tratados dos quais o Brasil é signatário, o artigo 4º, II da CF/1988 também se compromete com a observação dos direitos humanos. Ao inaugurar o título referente aos direitos e garantias fundamentais, o artigo 5º, caput, assegura expressamente a inviolabilidade do direito à vida, que tem, ainda, sua proteção reforçada por se tornar cláusula pétrea, conforme o que dispõe o artigo 60, parágrafo 4º, IV. Do direito à vida e da proteção à dignidade humana, certamente decorre, entre outros, o direito à saúde, inserido no capítulo da ordem social e com previsão central no artigo 196.

A consagração do direito à saúde na legislação brasileira está expressa no artigo 6º da Carta Política, *verba legis*: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

A Constituição, no artigo 196, também dispõe 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.” Essa leitura é fruto da luta do Movimento Reforma Sanitária, que realizou, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual,

pela primeira vez na história do País, foi garantida a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um ideário para a saúde no Brasil baseado nas orientações internacionais.

Em sequência, previu-se no artigo 197 ser a saúde um serviço de relevância pública, vez que indispensável para a manutenção da vida, e no artigo 198, inciso II, estipulou-se que as ações e serviços públicos referentes à saúde deveriam ter atendimento integral, priorizando-se as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Lei Federal n. 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde, estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) orientado pelos princípios de equidade, universalidade e integralidade. Desde então, o SUS vem contribuindo para o aumento da expectativa de vida e demonstra grandes avanços em campanhas de vacinação, no combate ao HIV e à Aids, na descentralização da atenção primária e em campanhas de cunho preventivo.

É importante ressaltar a Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, que acrescenta o parágrafo 2º ao artigo 198, estabelecendo a obrigatoriedade da aplicação, anualmente, pela União, estados, Distrito Federal e pelos municípios, de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde para a viabilização do direito à saúde no País.

Outro importante marco do direito à saúde é a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. O documento, que tem como base seis princípios essenciais de cidadania, caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado: 1. todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; 2. todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; 3. todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; 4. todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; 5. todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; 6. todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

2. O direito à vida

O direito à vida é o principal direito garantido a todas as pessoas; é o bem mais relevante do ser humano, pois não faria sentido declarar qualquer outro se, antes, não fosse assegurado o próprio direito de estar vivo para usufruí-lo. Ou seja, o direito à vida se constitui como pré-requisito à existência humana e ao exercício de todos os demais direitos e liberdades dispostos nos tratados internacionais de direitos humanos e na Constituição Federal.

2.1. Marco legal internacional do direito à vida

A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, assinada em Paris aos 10 de dezembro de 1948, estabelece no artigo III que “Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”

O *Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos* (1966),⁴ no artigo 6º, determina que “O direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deve ser protegido pela lei: ninguém pode ser arbitrariamente privado da vida.”

Por sua vez, a *Convenção Americana sobre Direitos Humanos*, de 22 de novembro de 1969, estabelece, no artigo 4º, parágrafo 1º, que “Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.”

O *Comentário Geral 36* (COMENTÁRIOS..., 2018) ao artigo 6º do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (PIDCP) adotado pelo Comitê de Direitos Humanos da ONU, na sua 124ª sessão, de 8 de outubro a 2 de novembro de 2018, substituiu os comentários gerais anteriores n. 6 (16ª sessão) e 14 (23ª sessão). Além disso, esclarece que o artigo 6º do PIDCP determina que o direito à vida é um direito irrestrito e refere-se ao direito dos indivíduos a serem livres de atos e omissões que tem a intenção ou potencialmente podem causar sua morte não natural ou prematura, bem como para desfrutar uma vida com dignidade. O artigo 6º garante o direito à vida para todos os seres humanos, sem distinção de qualquer tipo, inclusive para pessoas suspeitas ou condenadas até mesmo pelos crimes mais graves.

Da mesma forma, o Comentário Geral 36 afirma que o artigo 6º do PIDCP estabelece que ninguém será arbitrariamente privado de sua vida e que o direito será protegido por lei. Estabelece o fundamento para a obrigação dos Estados Partes de respeitar e garantir o direito à vida, para efetivá-lo por meio de medidas legislativas e outras, bem como para fornecer recursos eficazes e reparação a todas as vítimas de violações do direito à vida. O artigo 6º também define que a privação da vida envolve um dano ou

4 Ratificado pelo Decreto n. 592, de 6 de julho de 1992.

lesão intencional ou de alguma forma previsível e evitável, causada por um ato ou omissão. A obrigação dos Estados Partes de respeitar e garantir o direito à vida se estende a ameaças razoavelmente previsíveis e situações ameaçadoras à vida que podem resultar em morte ou não. Conforme o parágrafo 7º do Comentário Geral 36, “Os Estados Partes podem violar o artigo 6º, mesmo que tais ameaças e situações não resultem em perda de vidas.”

No parágrafo 26, o Comentário Geral 36 coloca que os Estados devem tomar medidas apropriadas para abordar as condições gerais da sociedade que podem gerar ameaças diretas à vida ou impedir que os indivíduos gozem de seu direito à vida com dignidade. Essas condições gerais podem incluir altos níveis de violência criminal e armamentista, tráfego intenso/generalizado e acidentes industriais, degradação do meio ambiente, privação de terras, territórios e recursos dos povos indígenas, prevalência de doenças potencialmente fatais, fome, desnutrição generalizada, extrema pobreza e situação de rua. As medidas exigidas para conferir condições adequadas de proteção do direito à vida incluem aquelas destinadas a assegurar o acesso a bens e serviços essenciais, como alimentos, água, abrigo, assistência médica, eletricidade e saneamento; além de outras medidas destinadas a promover e facilitar condições gerais adequadas, como o apoio a serviços de saúde de emergência eficazes, operações de resposta a emergências (incluindo bombeiros, ambulâncias e forças policiais) e programas de moradia social. Além disso, devem desenvolver planos de contingência e planos de gestão de desastres projetados para aumentar a prontidão e enfrentar desastres naturais e provocados pelo homem, que podem afetar negativamente o gozo do direito à vida.

É importante ressaltar, no contexto do marco legal internacional de direito à vida, o conteúdo descrito no artigo 7º do Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, que se refere a crimes contra a humanidade. O elenco de crimes inclui (a) assassinatos; (b) extermínio; (c) escravidão; (d) deportação ou transferência forçada de pessoas; (e) detenção **ou qualquer outra forma de privação da liberdade em violação a normas fundamentais de direito internacional**; (f) tortura; (g) estupro, escravidão sexual, prostituição forçada, gravidez forçada, esterilização forçada, ou qualquer outra forma de violência sexual de gravidade comparável; (h) **perseguição contra qualquer grupo identificável ou coletividade com base em razões políticas, raciais, nacionais, étnicas, culturais, religiosas, de gênero ou outras bases que sejam internacionalmente reconhecidas como inadmissíveis pelo direito internacional**, em conexão com qualquer ato referido nesse parágrafo ou qualquer outro crime previsto no Estatuto; (i) desaparecimento forçado de pessoas; (j) o crime de apartheid; (k) qualquer outro ato desumano de caráter similar que cause intencionalmente grande sofrimento ou danos sérios, físicos ou mentais ou à saúde.

2.2. Marco legal nacional do direito à vida

No ordenamento jurídico brasileiro, seguindo o ideário e normas internacionais de direitos humanos, o bem maior é a vida. O direito à vida, no Brasil, está explicitamente assegurado no texto constitucional, que estabelece em seu artigo 5º: “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.”

Dessa forma, o direito à vida abrange duas dimensões: o direito de defesa e o dever de proteção. No âmbito de defesa, o direito à vida se impõe aos poderes públicos e aos demais indivíduos no sentido de não agredir tal bem jurídico. Por outro lado, o dever de proteção à vida se impõe ao Estado, cabendo a este tomar as providências apropriadas para garantir a proteção a esse bem; portanto, todo risco iminente à vida deve ser evitado pelos poderes públicos e toda morte deve ser apurada.

Segundo Tavares (2009), a vida deve ser interrompida apenas por causas naturais, restando proibido que uma pessoa tire a vida de outra. O direito à vida também é um direito à saúde, à alimentação, à educação e a todas as formas que garantam a dignidade da pessoa humana.

3. Obrigações do Estado diante da pandemia em relação aos direitos à saúde e à vida

José Cretella Júnior, citando Zanobini (2002, p. 4331) na obra *Comentários à Constituição de 1988*, pensando na relação entre o direito à vida e à saúde elucida que

[...] nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.

A partir desses preceitos de saúde e vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), orientando à necessidade de adoção de Recomendações Temporárias nos termos do *Regulamento Internacional Sanitário* (2005). No Brasil, também em 30 de janeiro, o Decreto n. 10.212 promulga o texto revisado do *Regulamento Sanitário Internacional*⁵.

Por meio da Lei Federal n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, o Brasil estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, pois havia surtos em vários países e regiões do mundo. Na sequência, no Brasil, o Decreto Legislativo n. 6, de 20 de março de 2020, reconheceu o estado de calamidade pública e emergência de saúde pública de importância internacional. Nesse contexto de pandemia, a atuação do Estado deve assegurar os valores relativos à proteção e à preservação da vida das pessoas, sendo imperioso, para tanto, que a economia se adapte às necessidades da saúde.

5 Instrumento jurídico internacional vinculante para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é ajudar a comunidade internacional a prevenir e responder a graves riscos de saúde pública que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar pessoas em todo o mundo. (ANVISA; OMS, 2009).

Para evitar e superar uma situação caótica no período de pandemia, é imperativo que se adotem medidas adequadas ao Estado e às pessoas: a) liberação de mais recursos para fins de investimento em saúde; b) priorização de pacientes infectados pelo vírus; c) tratamento e proteção dos profissionais da área da saúde; d) ação coordenada do Estado com a indústria farmacêutica, com o objetivo de garantir todos os fármacos necessários à população; f) definição de critérios para a priorização do cuidado em relação às pessoas, especialmente as de grupo de risco, vulneráveis e indígenas; g) rigor no controle das medidas de confinamento; h) atuação coordenada das polícias com vistas a evitar atividades não essenciais e aglomeração de pessoas; i) total isolamento das pessoas infectadas; j) prestação de assistência social para pessoas de baixa renda; publicidade que incentive as medidas de prevenção e vacinação, entre outras.

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), a partir da emergência sanitária global sem precedentes provocada pela pandemia da Covid-19, publicou em 10 de abril de 2020 a Resolução 01/2020 *Pandemia e Direitos Humanos nas Américas*⁶, que afirma a necessidade de que as medidas adotadas pelos Estados na contenção do vírus tenham como centro o pleno respeito aos direitos humanos. Este documento abarca 85 recomendações aos Estados Partes determinando, inclusive, atenção aos grupos em situação de vulnerabilidade.

A fim de garantir o respeito a realização dos direitos humanos diante do desenrolar da pandemia, em 8 de maio de 2020, o Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU (ACNUDH), emitiu as “Diretrizes relativas a Covid-19”⁷, nas quais determina que o respeito por todos os direitos humanos — econômicos, sociais, civis, políticos — será essencial para o sucesso das respostas de saúde pública.

É preciso entender que a grave conjuntura sanitária se trata de uma legalidade extraordinária, em que o Poder Público precisa adotar condutas e medidas excepcionais e temporárias, para controlar a disseminação do vírus e a contaminação das pessoas. Nas palavras do jurista Pedro Serrano (2020, p. 7):

No plano jurídico, a existência de uma pandemia inscreve-se como uma situação de emergência ou calamidade pública de caráter extraordinário, para a qual a ordem jurídica pode e deve oferecer respostas; a exceção, como se sabe, caracteriza-se pela anomia, pela falta de norma, pela ausência de legalidade.

Sob essa ótica, vale acrescentar a fala de Lênio Streck (2020): “[...] aplica-se o Direito por princípio e não por política. Vidas não podem ser hierarquizadas. E, atenção: legalidade extraordinária não justifica solapar o texto da Constituição Federal.” Portanto, as ações públicas para a solução de problemas extraordinários no combate à pandemia devem ter por fundamento a observância dos princípios constitucionais, priorizando, através de políticas públicas urgentes e emergenciais, a proteção à vida.

6 Ver www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

7 Ver as “Directrices Relativas a la Covid-19”, de 08/05/2020. Disponível em: <www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/COVID19Guidance.aspx>. Acesso em: 21 out. 2021.

4. Análise do contexto do direito humano à vida considerando o Comentário Geral 36 ao PIDCP e do direito humano à saúde na pandemia à luz do Comentário Geral 14 ao PIDESC

Postulamos, a partir da análise do marco legal internacional de direitos humanos e da legislação nacional correspondente, que o Estado brasileiro violou e continua a violar, de diferentes maneiras, múltiplas obrigações relativas à garantia dos direitos humanos, em particular dos direitos à vida e à saúde, no contexto do enfrentamento à pandemia de Covid-19.

Analisando os fatos e a postura geral do Estado brasileiro no que tange ao enfrentamento da pandemia, mediante as provisões e obrigações de direitos humanos e de gerenciamento da pandemia contidas na legislação nacional e internacional, podemos afirmar que o Governo brasileiro cometeu as violações a seguir elencadas.

4.1. Violação do direito à vida

Assim como inúmeros brasileiros tiveram obstaculizado o seu direito humano à saúde, outros, em decorrência das ações e omissões do Estado brasileiro, foram diretamente afetados em seu direito à vida. As estatísticas revelam a dramaticidade do agravamento da pandemia no País, cujo desfecho poderia ter outro alcance, preservando o maior número de vidas possível. Dentro da transversalidade e interdependência dos direitos humanos, inexoravelmente milhares de brasileiros foram ceifados prematuramente do seu direito à vida, do qual decorrem diretamente todos os demais direitos. A seguir, elencam-se as principais violações constatadas.

4.1.1. Violação do artigo 6º do PIDCP, parágrafos 2º e 3º do Comentário Geral 36 ao PIDCP

Violação da obrigação de respeitar e proteger o direito à vida por não demonstrar empatia para com os parentes dos mortos e mesmo para com as vítimas da pandemia. O Presidente da República manifestou-se publicamente desprezando o valor da vida, naturalizando as mortes em decorrência da virose em múltiplas ocasiões. Elencamos algumas de suas falas nefastas em um ano da pandemia no Brasil:

Vírus “superdimensionado”

“Está superdimensionado o poder destruidor desse vírus. Talvez esteja sendo potencializado até por questões econômicas [...]” (quando o Brasil registrava 25 casos, sem nenhuma morte).

“Histeria”

“Olha, a economia estava indo bem... Esse vírus trouxe uma certa histeria. Tem alguns governadores, no meu entender, eu posso até estar errado, mas estão tomando medidas que vão prejudicar muito a nossa economia.” (Dia seguinte à primeira morte no País).

“Gripezinha”

“Para 90% da população, isso vai ser uma gripezinha ou nada.” (Com menos de 100 mortos).

“E daí?”

“E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre.” (Em referência a seu sobrenome, quando havia quase 5 mil mortos).

“País de maricas”

“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.” (Com 163 mil mortos).

“Se você virar um jacaré”

“Se você virar um jacaré, é problema seu. Se você virar Super-Homem, se nascer barba em alguma mulher aí, ou algum homem começar a falar fino, eles (Pfizer) não têm nada a ver com isso.” (Sobre possíveis efeitos colaterais das vacinas, com 185 mil mortos).

Máscaras “prejudiciais”

“Começam a aparecer estudos aqui [...] sobre o uso de máscara, que, num primeiro momento aqui, uma universidade alemã fala que elas são prejudiciais a crianças e levam em conta vários itens aqui como irritabilidade, dor de cabeça, dificuldade de concentração, diminuição da percepção de felicidade, recusa em ir para a escola ou creche, desânimo, comprometimento da capacidade de aprendizado, vertigem, fadiga.” (Com 250 mil mortos).

Pandemia “usada politicamente”

“Não vamos chorar o leite derramado. Estamos passando ainda por uma pandemia, que em parte é usada politicamente não para derrotar o vírus, mas para tentar derrubar o Presidente.” (Com 340 mil mortos).

Hidroxicloroquina

“Fui acometido do vírus e tomei a hidroxicloroquina. Talvez eu tenha sido o único chefe de Estado que procurou remédio para esse mal. [...]. Não vou esmorecer, sou cabeça dura, sou perseverante.” (Com 484 mil mortos).

Abreviação da vida

“Muitas [pessoas que morreram] tinham alguma comorbidade, então a Covid-19 apenas encurtou a vida delas por alguns dias ou algumas semanas.” (Com 593 mil mortos).

Não há nada que faça o Presidente mudar de ideia, como visto no pronunciamento feito na abertura da Assembleia Geral da ONU (BOLSONARO, 2021). Nos quase 13 minutos de pronunciamento, além de continuar defendendo o chamado “tratamento precoce” – em referência a medicamentos comprovadamente ineficazes contra a Covid-19, como hidroxicloroquina e ivermectina –, colocou-se contrário a “passaportes de vacinação”.

Ao optar por uma estratégia de menosprezo do risco da virose e de questionamento das orientações técnicas emanadas da comunidade científica mundial e nacional, **o Estado brasileiro provocou um excesso de mortes, ou seja, de mortes evitáveis, prematuras**. O cálculo exato de quantas mortes seriam evitáveis é complexo, mas existem formulações que permitem uma aproximação desse número.

Por exemplo, Pedro Hallal, professor universitário e pesquisador para a elaboração deste documento, comparou o percentual de mortes por Covid-19 no Brasil com a de outros países, constatando que, com 2,7% da população mundial, o Brasil contribuía com 12,9% das mortes em junho de 2021, ou seja, 4,6 vezes mais mortes do que seria o esperado dado o tamanho da sua população. Isto permite estimar que quatro em cada cinco mortes poderiam ter sido evitadas caso o Governo brasileiro tivesse seguido as recomendações da comunidade sanitária internacional na média do que fizeram os outros governos. Aplicando essa proporção ao número atualizado de mortes por Covid-19 no início do mês de outubro de 2021 (600.000), isso representaria um excedente de 480.340 mortes.

Esse número excessivo de mortes pode ser ainda maior, pois há subnotificação dos óbitos, como destaca a médica, professora e pesquisadora para a elaboração deste documento Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco. Segundo a pesquisadora, sabe-se que ainda há sub-registro de óbitos por Covid-19, ou seja, casos em que a causa do óbito foi Covid-19 mas na declaração do óbito foi atribuída outra causa.

Apesar de expressar uma dimensão da magnitude da violação de direitos, resultante de ações e omissões do Estado brasileiro no gerenciamento da pandemia, e apontar para a gravidade das consequências futuras para órfãos e sequelados, esse número excessivo de mortes não é capaz de captar o impacto da desigualdade social sobre o perfil de mortalidade dos diferentes grupos sociais historicamente excluídos do acesso à riqueza, serviços públicos, representação política, entre outros aspectos. Fazemos uma análise à parte do que pudemos documentar, e identificamos violações adicionais.

4.1.2. Violação do artigo 6º do PIDCP e parágrafo 3º do Comentário Geral 36 ao PIDCP

Esta violação resta confirmada **por não ter havido proteção** de milhões de brasileiros e brasileiras contra a morte prematura, bem como por **ação** discriminatória e de desrespeito ao direito à vida. Nas políticas adotadas, não houve a garantia de que

todos, sem distinção de qualquer tipo, pudessem desfrutar uma vida com dignidade, em especial as pessoas mais vulnerabilizadas. A não proteção do direito à vida, especialmente em relação aos mais vulneráveis, já é identificada logo nos primeiros casos diagnosticados no Brasil, uma vez que o primeiro caso confirmado de Covid-19 no País foi diagnosticado em 26 de fevereiro de 2020, em um homem branco, de 61 anos, residente na capital paulista, que voltava de uma viagem à Itália, mas a primeira morte confirmada pelo coronavírus aconteceu no Rio de Janeiro, de uma mulher de 63 anos, negra e doméstica. Um fato bastante simbólico: o vírus é mais letal para quem vive vulnerabilidades.

A pesquisa EpiCovid19-BR, o mais amplo estudo sobre a prevalência de infecção da Covid-19 realizado no País, mostrou em todas as fases que os 20% mais pobres apresentaram o dobro do risco de infecção em comparação aos 20% mais ricos. No caso dos indígenas, o risco de contrair a doença mostrou-se cinco vezes maior do que relativamente aos brancos.

Quanto à vulnerabilidade, é importante ressaltar o entendimento do médico, sanitarista, professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) José Ricardo Ayres. Para Ayres (DIAS, 2017), vulnerabilidade é

[...] um conjunto articulado de sínteses conceituais e de diretrizes práticas voltado à transformação das dimensões comportamentais, sociais e político-institucionais relacionadas a diferentes agravos de saúde e suas consequências indesejáveis – situações de sofrimento, limitação e de morte – que envolvem indivíduos e grupos populacionais específicos. Tal perspectiva é sustentada por um percurso epistemológico que parte do agravo em si em direção a sua compreensão clínica e aferição de sua dispersão na sociedade (dimensão epidemiológica); compreensão dos aspectos sociais e de origem (competência das Ciências Sociais e Humanas em saúde) e desembocando em ações e programas que efetivem a superação e/ou mitigação dos agravos, conceituadas [...] como sínteses médico-sanitárias (DIAS, 2017).

Conforme destaca, no âmbito desta ação, a pesquisadora Benilda Regina Paiva de Brito, “em um país de maioria negra e feminina, faz-se necessário enxergar a realidade, o contexto de desigualdades a partir de um olhar que identifique quem é essa população”. E, ao exercitar esse olhar, identifica-se entre as populações vulneráveis indígenas, mulheres, negras e negros, população LGBTQIA+, população em situação de rua, população privada de liberdade, bem como as pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas, que comumente vivenciam dificuldades de acesso a direitos constitucionalmente garantidos, discriminação social, privações econômicas e fragilidades nas conexões com redes de apoio.

O Presidente Jair Bolsonaro, no período da pandemia, violou o **princípio de não distinção/discriminação previsto no parágrafo 3º**, pois mostrou dar mais valor a umas vidas do que a outras ao questionar as medidas de distanciamento físico justificando salvar a economia: “Todos vamos morrer um dia [...]”, disse ele em 9 de junho de 2020,

indicando que, na sua opinião, a vida de algumas pessoas conta menos do que o bom funcionamento da economia como um todo.

Os povos indígenas foram negligenciados nas ações do Estado no combate à pandemia com o intuito de preservar a vida. Conforme os documentos produzidos pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (2021) e pelo Conselho Indigenista Missionário (2021), o atual Governo vem adotando medidas para acabar com o funcionamento de atendimento à saúde indígena: rompeu com o Programa Mais Médicos, o único que assegurava presença de profissionais em saúde de forma mais consistente nas áreas indígenas; colocou sob suspeição a administração dos recursos financeiros em saúde, o que justificou a suspensão de verbas para prestação de serviços durante vários meses, deixando as comunidades sem nenhum tipo de assistência; impôs, na Secretaria Especial de Saúde Indígena, o fundamentalismo religioso e o extremismo político, desrespeitando as culturas indígenas e seus saberes; e, mais grave, abandonaram-se as práticas do respeito aos indígenas e da presença das equipes de saúde em área, transformando-as em equipes volantes e emergenciais. A chegada da pandemia da Covid-19 entre os povos indígenas acirrou uma situação de deficiência estrutural de serviços sociais já existentes, principalmente aqueles de extrema importância para as novas gerações: saúde, educação, lazer, segurança, alimentação saudável, etc.

Em diversos povos, devido à situação de pobreza e à falta de ações públicas agravadas pela pandemia do coronavírus, para minimizar os riscos, os indígenas tiveram que se deslocar até as sedes dos municípios para acessar recursos emergenciais, adquirir bens de consumo e alimentos, e, em muitos casos, atendimento médico. Essas movimentações expõem toda a população indígena, as crianças e adolescentes, fato que aumenta o risco de contágio. Um artigo assinado por pesquisadores de várias universidades brasileiras e publicado no periódico *The Lancet Global Health* revela que a prevalência da Covid-19 (indivíduos já infectados em algum momento) entre os indígenas é de 6,4% – quatro vezes maior do que em pessoas brancas (1,4%). Segundo a equipe liderada pelo professor Cesar Victora da Universidade Federal de Pelotas, a maior prevalência entre os indígenas pode ser explicada por um conjunto de fatores que afetam essa população não só no atual contexto de pandemia, como alta densidade de pessoas vivendo em um mesmo ambiente, pobreza e dificuldades de acesso à saúde (ESTUDO..., 2020).

Sob o silêncio da Fundação Nacional do Índio (Funai), invasores intensificaram as ameaças de morte e ataques aos indígenas. Estes lutaram para isolar o território com barreiras sanitárias mantidas pelas organizações indígenas, que, além de buscar proteger contra o vírus, precisam estar atentas à segurança das comunidades.

É com esse intuito que observamos o contexto da pandemia de Covid-19 como parte determinante de um ambiente ainda maior de crises com as quais o Brasil e o mundo se deparam em 2021 – sendo as principais a crise sanitária e a crise socioeconômica, com retração da economia mundial e ampliação das desigualdades – e que se apresenta de forma potencializada para a população negra, de mulheres e LGBTQIA+.

Para um grande número de mulheres e pessoas LGBTQIA+, especialmente travestis e transexuais, e outras identidades que sofrem violências intrafamiliares, ficar em casa tornou-se um desafio. A medida de distanciamento social adotada, necessária, obrigou mulheres e LGBTQIA+ a permanecerem em convivência com seus agressores por um

período mais prolongado; não à toa, casos de feminicídio e transfeminicídio aumentaram em vários estados brasileiros.

O Estado cometeu uma violação ao **se omitir** em adotar ações que garantiriam a ampliação da rede de proteção e atendimento às mulheres. O Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (ISP) destacou dados que demonstram que a residência, que, em princípio, é um lugar de proteção para muitos, principalmente na pandemia, não mostrou isso com relação às mulheres. No período de isolamento em 2020, dos casos graves de violência contra mulheres registrados, mais de 61% ocorreram dentro de casa. Para violência física, o percentual aumentou de 60,1% em 2019 para 64,1% em 2020. Para violência sexual, uma variação ainda maior: de 57,7% em 2019 para 65,6% em 2020.

Dados do dossiê (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021) divulgado pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), em janeiro de 2021 mostram o número de violência nas redes sociais, tentativas de assassinatos, suicídios e o número de assassinatos no período da pandemia referente ao ano de 2020. Nota-se esse aumento em todos os cenários analisados, seja em períodos bimestrais ou semestrais, comparativamente ao mesmo período de 2019. A maioria das mulheres trans não teve escolha a não ser permanecer na prostituição, exposta à violência e ao vírus. O documento também aponta que cerca de 70% da população trans não tiveram acesso ao Auxílio Emergencial disponibilizado pelo Governo.

A *Nota Técnica Sobre Políticas Públicas e Violência Baseada no Gênero Durante a Pandemia da Covid-19: Ações Presentes, Ausentes e Recomendadas*, elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (ALENCAR *et al.*, 2020), mostra o agravamento da violência contra as mulheres. Os chamados fatores explicativos da violência contra mulheres foram agravados conforme expresso no quadro seguinte.

Quadro 1. Violência contra a mulher durante a pandemia de Covid-19.

Fatores explicativos da violência contra mulheres	Fatores agravantes no contexto da pandemia
<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades de gênero; • sistema patriarcal • cultura machista; e • misoginia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social; • impacto econômico; • sobrecarga do trabalho reprodutivo às mulheres; • estresse e outros efeitos emocionais; • abuso de álcool e outras drogas; e • redução da atuação dos serviços de enfrentamento

Fonte: ALENCAR *et al.*, 2020, p. 9.

A pesquisadora Benilda Brito (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) diz que, em um pouco mais de um ano, é notória a ampliação “do fosso do racismo estrutural e do patriarcado, modos de estrutura social que colocam, respectivamente, pessoas negras e as mulheres em posições sociais de subordinação”. Ela afirma também que “A população negra, mais diretamente as mulheres negras, sentiram o forte efeito da pandemia em suas ocupações – seja no trabalho formal, incluindo o doméstico, ou no trabalho informal – agravando a situação geral de pobreza e de exclusão social.” E

analisa que “os dados da Covid-19 sobre as principais vítimas do descaso do Estado – as pessoas negras – refletem a nossa realidade desigual e racista que, de todas as formas, vulnerabiliza e precariza ainda mais a população negra, pobre e periférica do País.

Os dados da Covid-19 sobre as principais vítimas do descaso do Estado apresentados na pesquisa *Prevalence of antibodies against SARS-CoV-2 according to socioeconomic and ethnic status in a nationwide Brazilian survey* (HORTA et al., 2020). demonstram que a realidade desigual e racista, de todas as formas, vulnerabiliza e precariza ainda mais a população negra, pobre e periférica no Brasil. Esses dados refletem os abismos da desigualdade social e racial do Brasil com aponta Benilda (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021).

Usualmente, a população negra tem muito mais dificuldades de acesso a serviços de saúde, e na pandemia não tem sido diferente; com dificuldades em acessar os melhores serviços e atendimentos. São também as pessoas negras que estão na linha de frente entre os/as profissionais de saúde.

As questões sociais influenciam diretamente nos riscos de contágio e na possibilidade de cuidados com a doença – é a população negra que está no trabalho informal, enfrentando, com isso, 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, ainda mais, as condições de vida dessa população.

A população em situação de rua é também uma das populações em vulnerabilidade que não foi foco da atenção pública no período pandêmico. Em março de 2020, o número de pessoas morando nas ruas do Brasil chegou a quase 222 mil, o que representa um aumento de 140% desde setembro de 2012. Visto que a crise econômica foi acentuada em decorrência da Covid-19, segundo nota técnica do Ipea (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2020) estima-se que a população em situação de rua tenha aumentado ainda mais nos últimos meses.

A população vulnerabilizada é quem mais utiliza os serviços de saúde pública; assim, é importante ressaltar a política seletiva, por parte do Governo Federal, que define quem sobreviverá, pois não investiu na estrutura de hospitais e UTIs do SUS. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) apresentou, em março de 2020, o levantamento sobre o número total de leitos da Unidade de Terapia Intensiva no Brasil (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020). De acordo com o mapeamento de janeiro de 2020, o Brasil apresentava 45.848 leitos de UTI, sendo 22.844 do Sistema Único de Saúde e 23.004 que fazem parte do sistema de saúde privado. Segundo recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, a relação ideal de leitos de UTI é de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes, e o Brasil apresenta a proporção de 2,2 leitos, o que, de forma consolidada, é satisfatório. Mas, quando a análise é mais detalhada, segmentando os dados entre sistema público e privado, por exemplo, o SUS tem média de 1,4 leitos para cada 10 mil habitantes, contra 4,9 da rede privada.

Em abril de 2021, a AMIB apresentou dados compilados que apontaram que um a cada três pacientes de coronavírus (36,6%) morreu após ser internado na UTI. Propor-

cionalmente, a mortalidade é maior na rede pública, com taxa de 52,9%, enquanto na iniciativa privada o índice de óbitos é de 29,7%. Esses dados refletem as políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde dos 80% da população brasileira que dependem do sistema público de saúde, em especial as vulnerabilizadas, **violando o dever de proteger sem distinção**, ou seja, **políticas para a morte e de extermínio** defendidas pelo Presidente Jair Bolsonaro em 2010, na Sessão 171.4.53.O:

Uma das grandes causas da fome, da miséria e da violência é o crescimento populacional exagerado. [...] Não tem mais lugar para deitar na praia. É gente demais! Temos que colocar um ponto final nisso se quisermos produzir felicidade em nosso país (DIÁRIO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2010, p. 36348-36349).

Esse é um fragmento do discurso do então deputado federal Jair Bolsonaro, em 5 de agosto de 2010, em defesa da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 584, apresentada por ele oito anos antes. A ideia era estimular a esterilização, pelo sistema público, de pessoas que não tinham condições de pagar por uma vasectomia ou laqueadura.

4.1.3. O artigo 6º do PIDCP e parágrafo 25 do Comentário Geral 36 ao PIDCP: práticas discriminatórias

Ao prender, deter, aprisionar ou, de qualquer forma, privar indivíduos de sua liberdade, os Estados assumem a responsabilidade de cuidar de suas vidas, incluindo o fornecimento de cuidados médicos necessários e o monitoramento regular adequado de sua saúde. No entanto, o Brasil responde a esse dever adotando uma verdadeira política de extermínio desse grupo.

Conforme dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, em 2019, a população prisional brasileira era composta por 773.151 pessoas privadas de liberdade em todos os regimes (BRASIL, 2020). Com taxa de ocupação em torno de 170% (COSTA *et al.*, 2020), o sistema prisional brasileiro se encontra sobrecarregado e frágil, de modo que doenças infecciosas potencialmente curáveis, como é o caso da tuberculose, resultam em alta mortalidade. Em razão do confinamento de pessoas em celas superlotadas, com pouca ventilação e acesso limitado a práticas de higiene, a população privada de liberdade, em comparação com o restante da população, está potencialmente mais vulnerável à infecção e à morte em decorrência da Covid-19.

Segundo estimativas divulgadas na fase inicial da pandemia, na população livre, cada pessoa infectada poderia contaminar de duas a três outras pessoas; dadas as características das prisões brasileiras, a expectativa era de que uma pessoa privada de liberdade pudesse contaminar até dez pessoas (SÁNCHEZ *et al.*, 2020). Apesar de algumas medidas adotadas pelas autoridades, tais como a liberação de detentos e a suspensão de visitas com o intuito de conter o contágio, dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça em outubro de 2020 revelaram o aumento de 287% no número de casos nesses espaços em comparação com os três meses anteriores, atingindo o total de 43.563 infectados e 201 óbitos por Covid-19 no sistema prisional brasileiro (MUNDIM, 2020).

4.1.4. Violação do artigo 6º do PIDCP à luz do parágrafo 23 do Comentário Geral 36 ao PIDCP

O Governo brasileiro, liderado por Jair Bolsonaro, também viola o artigo 6º do PIDCP sob a luz do parágrafo 23 do Comentário Geral 36 do PIDCP, pois as iniciativas do Estado brasileiro quanto à proteção dos defensores e das defensoras de direitos humanos têm sido insuficientes, não garantindo uma efetiva proteção da vida, em particular entre os grupos excluídos e vulneráveis.

A **omissão na proteção dos defensores e defensoras de direitos humanos** já anunciada no início do governo Bolsonaro, que prioriza e beneficia madeireiros, milicianos e outros perpetradores, foi intensamente agravada na pandemia. Segundo dados do Observatório para a Proteção de Defensores/as de Direitos Humanos (NETO *et al.*, 2021), entre março e agosto de 2020, 92 defensores e defensoras das pautas indígenas, quilombolas e LGBTQIA+ perderam a vida devido à Covid-19.

Quanto aos indígenas e quilombolas, há provas da intenção da violação em um vídeo da fala do ex-ministro do meio ambiente Ricardo Salles (MINISTRO..., 2020) em reunião ministerial com o Presidente Jair Bolsonaro no dia 22 de abril de 2020, amplamente divulgado pela imprensa. Na reunião, Ricardo Salles alertou os ministros sobre o que considerava ser uma oportunidade trazida pela pandemia da Covid-19: para ele, o Governo deveria aproveitar o momento em que o foco da sociedade e da mídia estava voltada para o novo coronavírus para mudar regras que poderiam ser questionadas na Justiça, afirmando “devemos passar a boiada”.

Mais de 30 mil indígenas de 158 etnias, segundo informações da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2021), já foram contaminados pela doença, dos quais quase 800 já morreram. São pajés, caciques, anciãos, sábios, professores, guerreiros, parteiras, benzedeiros, agentes de saúde, técnicos de enfermagem, um vereador e um médico. Entre eles, estão líderes reconhecidos internacionalmente, como os caciques Aritana Yawalapiti e Paulinho Paikan, o pajé Guarani Gregório Venega, os anciãos WariniSurui, Acelino Dace, Artemínio Antônio Kaingáng, Elizer Tolentino Puruborá, Puraké Assuniri e João Sôzê Xerente. Mas também jovens, como Alvanei Xirixana, um Yanomami de 15 anos que foi diagnosticado com o novo coronavírus e morreu em 9 de abril de 2020. Populações indígenas são tradicionalmente menos expostas a patógenos e, portanto, menos imunizadas, o que as torna mais expostas a complicações relacionadas à Covid-19. Além disso, seu modo de vida coletivo apresenta um claro desafio à contenção da contaminação entre membros de comunidades indígenas.

As comunidades quilombolas vêm perdendo suas lideranças em decorrência da chegada do coronavírus aos seus territórios ou pela necessidade de deixar o território por questões de sobrevivência. Líderes como Carivaldina Oliveira da Costa, também conhecida como Tia Uia, do quilombo da Rasa, no Rio de Janeiro, e Dona Maria Mercês de Barros, do quilombo São Sebastião de Burajuba, no Pará, são exemplos de defensoras de direitos humanos que desenvolviam importante papel político em suas comunidades e que foram vítimas da inércia e ineficiência do Governo. Por muitos anos, essas comunidades têm sido submetidas a aspectos do racismo estrutural, que se intensificou nos

últimos períodos. Assim como as comunidades indígenas, as comunidades quilombolas ainda precisam lidar com o desmatamento e os conflitos em seus territórios durante a pandemia.

A população LGBTQIA+, principalmente as pessoas trans e negras, aparece como altamente vulnerabilizada nas pesquisas sobre a Covid-19. Esse índice de vulnerabilidade foi determinado de acordo com três variáveis principais: renda e trabalho, saúde e exposição ao risco, de acordo com levantamento publicado pela empresa social Gênero e Número (FERREIRA; SANTOS, 2020).

4.1.5. Violação do artigo 6º do PIDCP e a obrigação de proteger a vida

O artigo 6º do PIDCP incorpora o enfrentamento às condições que impedem o gozo do direito à vida com dignidade, tais como

[...] altos níveis de violência criminosa e armada, acidentes de trânsito e industriais, degradação do meio ambiente, grilagem de terras, territórios e recursos dos povos indígenas, a prevalência de doenças fatais, como AIDS, tuberculose ou malária, abuso extensivo de substâncias, fome generalizada e desnutrição e extrema pobreza e falta de moradia.

Em vez de zelar pelo direito à vida, o Presidente Jair Bolsonaro mantém sua prioridade de campanha: a facilitação do acesso a armas de fogo. Em 12 de fevereiro de 2021, após quase um ano de pandemia, o Presidente assinou quatro decretos que flexibilizam o uso e a compra de armas de fogo no País. Junto aos decretos, também estão as medidas do Ministério da Justiça e da Defesa que ampliaram para 550 o limite mensal de munições que podem ser adquiridas por quem já tem posse ou porte de arma; e a revogação de normas que tratam do rastreamento e da marcação de armas e munições. A ação que comprova a não proteção do direito à vida mais grave nesse contexto é a Resolução n. 126/20 da Câmara de Comércio Exterior – ligada ao Ministério da Economia –, que reduz a zero a alíquota para a importação de revólveres e pistolas. Trata-se de ação absurda, uma vez que o Governo já planejava reduzir o orçamento para atendimento à saúde. A incitação à violência é de maior prioridade que as ações para garantia do gozo do direito à vida com dignidade.

Em um dia que deveria ser de homenagens aos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura, responsáveis por colocar na mesa dos brasileiros 70% dos alimentos consumidos no País, o Presidente Jair Bolsonaro homenageou o Dia do Agricultor com a imagem de um homem armado em sua conta no Twitter. Depois de uma enxurrada de críticas, a Secretaria de Comunicação do Governo apagou a mensagem.

Como fica claro em outras dimensões do direito, o Governo Federal brasileiro, além de não ter adotado um plano nacional de enfrentamento coletivo à pandemia, está aproveitando o vácuo político deixado pela situação de calamidade para acelerar o desmonte de um conjunto de políticas públicas sociais, aprofundando as desigualdades e gerando mais fome e miséria, fazendo que o Brasil retorne ao Mapa da Fome da ONU.

4.1.6. Violação do artigo 6º do PIDCP à luz do parágrafo 27 do Comentário Geral 36 ao PIDCP

O Artigo 6º do PIDCP asseverado pelo parágrafo 27 do Comentário Geral 36, aborda a obrigação de proteger e promover a investigação e, quando necessário, levar a juízo. O parágrafo 27, lido em conjunto com o artigo 2º, parágrafo 1º do PIDCP, e o artigo 6º, parágrafo 1º do PIDCP estabelece a obrigação de prover um remédio efetivo para as vítimas de violações de direitos e seus parentes. Orienta: “Investigação e processo de casos potenciais de morte ilegal deveriam ser desenvolvidos utilizando padrões internacionais [...] almejando assegurar que os responsáveis pela violação sejam levados à justiça, promovendo a prestação de contas e impedindo impunidade.”

Apesar de as denúncias de mortes prematuras terem sido investigadas pela CPI da Pandemia, se levarmos em conta a magnitude da violação que atinge milhões de pessoas, consideramos que o fórum adequado para a investigação deveria ser o judiciário, mais especificamente o STF, com o objetivo de dar uma resposta que fosse capaz de esclarecer definitivamente os fatos e com a responsabilização dos responsáveis.

Um outro fato que exige uma investigação cuidadosa é a atuação da operadora de plano de saúde *Prevent Senior*. A operadora é acusada por médicos, ex-funcionários, que elaboraram um dossiê no qual a operadora de planos de saúde é acusada de usar seus hospitais como “laboratórios” para estudos com medicamentos comprovadamente ineficazes para o tratamento da Covid-19. A operadora de planos de saúde é suspeita de pressionar seus médicos a prescreverem remédios sem eficácia comprovada para o tratamento da Covid-19 – os quais tiveram divulgação do Presidente da República, Jair Bolsonaro – e ministrarem esses medicamentos, em alguns casos, sem o consentimento dos pacientes e seus familiares. Além disso, é acusada de fraudar atestados de óbito, registrando mortes pelo coronavírus com outras causas. A atuação da *Prevent*, sob orientação do governo Bolsonaro, assemelha-se, e muito, às experiências realizadas com seres humanos pelos nazistas, sendo necessário um desvendamento integral de todo o esquema com os respectivos responsáveis fora e dentro do aparato estatal.

4.2. Violação do direito humano à saúde

O direito humano à saúde foi severamente violado, conforme apresentamos na sequência, pelo Estado brasileiro. Em decorrência dos atos praticados, assim como por suas omissões no contexto da pandemia de Covid-19, o Presidente da República violou os preceitos constantes nos tratados internacionais de direitos humanos que garantem o direito à saúde, o que enseja a correlata responsabilização em âmbito internacional. O dever da autoridade máxima do País relativamente à governança antecipatória e à adoção de medidas sanitárias em caráter emergencial não restou observado.

4.2.1. Violação do artigo 12 do PIDESC, por omissão, conforme os parágrafos 15, 16 e 17 do Comentário Geral 14 do CDESC

A violação do previsto no artigo 12 do PIDESC caracteriza-se **pela adoção de medidas ineficazes à prevenção e ao tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas**, em particular no que diz respeito à pandemia da Covid-19, incluindo a criação de um sistema de cuidados médicos urgentes, a disponibilização, entre outras coisas, das tecnologias relevantes, o emprego e a melhoria de vigilância epidemiológica, a reunião de dados desagregados, a implementação ou melhoria de programas de imunização e outras estratégias de controle de doenças infecciosas. Citamos como exemplo dessa ação ineficaz o caso a seguir.

4.2.1.1. Caso Manaus

O Amazonas foi o primeiro estado a ver seu sistema de saúde colapsar na pandemia do novo coronavírus, em abril de 2020. As cenas que mostravam câmaras frigoríficas nos hospitais e o enterro de vítimas da Covid-19 em trincheiras rodaram o mundo. Assim, Manaus e outras áreas do estado do Amazonas serviram de projeto político de implementação de um “experimento científico” para comprovação da tese desprovida de fundamento da “imunidade de rebanho”, bem como para tentar confirmar a suposta eficácia de medicamentos que já haviam sido descartados reiteradamente em inúmeros estudos internacionais.

Essa política deliberada levou ao não atendimento, em tempo hábil, das necessidades fundamentais do sistema de saúde daquela região, que, mesmo antes de dezembro de 2020, mostrava sinais claros de colapso total. Conforme depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid-19, já em 23 de setembro de 2020, o então Secretário Municipal de Saúde de Manaus Marcelo Magaldi Alves havia encaminhado ofício ao Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, destacando que, na última quinzena do mês, o município havia registrado aumento significativo no número de casos novos de Covid-19, na taxa de ocupação hospitalar e taxa de mortalidade, sinalizando que o cenário epidemiológico em Manaus continuava desafiador. Na ocasião, solicitou ao Ministério o fornecimento de equipamentos de proteção individual e insumos para a saúde.

Em 2021, a Secretaria de Saúde de Manaus comunicou ao Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, a média diária de mais de cem casos confirmados e que a rede hospitalar estava “em vias de colapsar mais uma vez”. Solicitou apoio para o enfrentamento da pandemia, especificamente recursos humanos em diversas especialidades médicas.

O Ministério da Saúde tinha conhecimento do recrudescimento de infectados e mortes em Manaus desde setembro de 2020, como indicam os ofícios e depoimentos prestados à CPI da Covid-19. O depoente Marcellus Campelo afirmou ter solicitado ao Ministério da Saúde, desde o início do plano de contingência, respiradores, monitores e bombas de infusão para a ampliação de leitos de UTI no estado. Foi apenas em 6 de janeiro, conforme o depoimento do próprio ex-Ministro da Saúde Eduardo Pazuello à CPI, que Manaus foi considerada a cidade onde a contaminação da Covid-19 estava mais acelerada.

Em vez de confrontar a gravíssima falta de leitos de UTI em Manaus ampliando-os, a ação adotada pelo Governo Federal para responder à grave crise foi a disseminação da ideia de um “tratamento precoce” da doença, pela utilização de medicamentos sem comprovação científica para tal finalidade (também chamado de “*kit covid*”), aliada a um sistema informatizado que auxiliaria profissionais de saúde na realização de diagnóstico precoce e posterior indicação do uso do “*kit covid*”. A plataforma *on-line* denominada “Trate Cov” indicava “tratamento” incluindo medicamentos que, segundo demonstraram diferentes estudos, não funcionam contra a doença – como a cloroquina, a hidroxicloroquina e a azitromicina.

4.2.1.2. Projeto-piloto e experimentos

O projeto-piloto anunciado pelo Ministério da Saúde para tratar a crise em Manaus testaria, na atenção primária à saúde (APS), um novo método científico para detectar casos de Covid-19. O projeto se constituiu a partir de um aplicativo de celular no qual profissionais de saúde utilizariam um protocolo clínico – batizado de AndroCoV – que faria “um diagnóstico rápido da doença através de um sistema de pontos que obedece rigorosos critérios médicos”. Conforme afirmou a doutora Mayra Pinheiro, secretária do Ministério da Saúde, “A gente está apenas validando um protocolo científico, mostrando que ele é um forte indicador da doença, que ele pode ser usado para tomada de decisão.” Com esse fato, verifica-se que a intenção, desde o início, era fazer da situação de Manaus um experimento científico, sem qualquer indício de efetividade e sem qualquer cuidado para salvaguardar a saúde dos sujeitos de direito.

Outro projeto-piloto que tem chamado a atenção também aconteceu no Amazonas. É o experimento com pacientes com sintomas de Covid-19 que serviram de cobaias de um estudo denunciado como ilegal, financiado por uma rede privada para testar a proxalutamida, uma droga experimental estudada para aplicação em pacientes com alguns tipos de câncer, como o de próstata, pois bloqueia a ação de hormônios masculinos. A promessa do experimento era a de que iria curar a Covid-19. Foi patrocinado pelo grupo Samel, uma rede de hospitais e planos de saúde da região. Em 13 de outubro de 2021, o episódio que culminou no óbito de, ao menos, outros 200 pacientes, segundo dados da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), foi descrito pela Unesco como o que poderia ser um dos “mais graves e sérios episódios de infração ética” e “violação dos direitos humanos” de pacientes na história da América Latina (COLLUCCI, 2011).

Conforme prontuários médicos, o tratamento consistia em três cápsulas de proxalutamida por dia. No mesmo tratamento, também se inalavam doses diárias de hidroxicloroquina e se tomava ivermectina, medicamentos comprovadamente ineficazes para o combate ao novo coronavírus. A Conep, órgão do Ministério da Saúde que avalia protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, concluiu uma investigação em que aponta as irregularidades do estudo coordenado pelo médico Flávio Cadegiani. O órgão chegou a autorizar o estudo com a proxalutamida no começo do ano, mas ressalta que o conduzido no Amazonas envolveu mais pessoas do que havia sido originalmente aprovado (645 participantes, quando o número permitido era 294) e foi realizado com “pacientes em terapia intensiva gravemente enfermos”, o que tampouco havia sido aprovado.

A Conep entende que, pelos fatos e fundamentos analisados, há diversas contradições nos documentos apresentados à Conep, o que caracteriza indícios de irregularidade na condução da pesquisa, bem como transgressões das normas vigentes sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos, além da inobservância das boas práticas clínicas na condução do ensaio clínico. A Agência Nacional de Segurança Sanitária (Anvisa) suspendeu a autorização de importação e do uso de proxalutamida no Brasil em 2 de setembro.

4.2.1.3. Tratamento ineficaz: uso da cloroquina

Em 15 de junho de 2020, o Ministério da Saúde já havia expedido a Nota Informativa 17/20 – SE/GAB/SE/MS com as “Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da Covid-19”. A partir de então, a recomendação para o uso da hidroxicloroquina, e outros medicamentos similares sem comprovação científica, como forma de tratamento precoce foi amplamente disseminada pelo Presidente da República e endossada publicamente por seus ministérios por meio de comunicações oficiais nas redes sociais e em *outdoors* espalhados pelo País. Desde maio de 2020, foram realizadas diversas propagandas no Instagram oficial da Secretaria Especial de Comunicação Social da Presidência da República (@Secomvc), afirmando, por exemplo:

“A cloroquina, medicamento que tem apresentado bons resultados contra a Covid-19, poderá ser prescrita para todos os pacientes diagnosticados com coronavírus no Brasil.” (SECOM, 20 maio 2020) (BRASIL, 2020d).

“Precisamos superar o debate político sobre a cloroquina para o bem do País. O Presidente Jair Bolsonaro deseja apenas que o medicamento seja uma opção para os mais pobres, como tem sido para os mais ricos.” (SECOM, 20 maio 2020) (BRASIL, 2020e).

“Aprendi no meio militar que pior que uma decisão mal tomada é uma indecisão. Vocês, médicos, salvaram milhares de vidas pelo Brasil. Se a hidroxicloroquina não tivesse sido politizada, muito mais vidas poderiam ter sido salvas destas 115 mil que o País chegou nesse momento.” (Discurso do Presidente) (BOLSONARO, 2020).

O Estado **violou, por omissão, o direito à saúde e à vida** e, especialmente, **por ação**, uma vez que não respeitou o parágrafo 8º do Comentário Geral 14 que rege **o direito de não ser submetido a tratamentos médicos e experimentos médicos não consensuais**, ao adotar as medidas comprovadamente ineficazes.

4.2.1.4. Desmonte das políticas de saúde

Nesse contexto, é importante rememorar que a inclusão do direito humano à saúde ao artigo 6º da Constituição Brasileira é resultado do processo de mobilização e construção do movimento sanitarista que conseguiu mobilizar usuários, profissionais da saúde e gestores nos diferentes níveis do sistema em defesa do Sistema de Saúde, embasado nos direitos humanos, com um forte conteúdo participativo e diálogo permanente em harmonia com a carta preparada em Alma-Ata.

É importante ressaltar que a organização da rede de serviços de saúde, de forma regionalizada (local, municipal, regional, estadual e federal) e hierarquizada (atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar), se deu com a

implantação do SUS, que foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei Federal n. 8.080. Essa lei define o funcionamento do SUS, instituindo-o legalmente como um sistema dinâmico de organização contínua e crescente das ações de atenção à saúde do povo brasileiro. Fazem parte do SUS as equipes de Saúde da Família; as Unidades Básicas de Saúde (UBS); hospitais públicos municipais, estaduais e federais – incluindo os universitários; fundações e institutos de pesquisa (como Butantan, Adolfo Lutz e Vital Brasil); laboratórios; hemocentros (bancos de sangue); serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental; além de hospitais e serviços privados de saúde contratados ou conveniados pelo Poder Público.

O SUS disponibiliza atenção à saúde no Brasil a partir das garantias de:

- universalidade – todas as pessoas têm direito ao atendimento público de saúde, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;
- equidade – atenção à saúde com recursos e serviços de forma justa, alocando mais a quem tem menos, a fim de reduzir as desigualdades;
- integralidade – atender a pessoa como um todo, com a realização de ações de atenção à saúde na sua totalidade, quer seja curativa, preventiva, individual ou coletiva;
- participação popular – participação dos usuários dos serviços de saúde e da sociedade civil organizada, através dos Conselhos de Saúde (permanentes, deliberativos e paritários) e das Conferências de Saúde (periódicas, consultivas e paritárias).

É fundamental, aqui, ressaltar que o SUS, bem como o conjunto das políticas sociais, vem sendo alvo de um desmonte agressivo desde o golpe legislativo que culminou no impedimento da presidenta Dilma Rousseff. Golpe este que consolidou uma frente política, caracterizada por alguns intelectuais como uma aliança autoritária e conservadora, ao mesmo tempo hierárquica e senhorial, com pouca abertura a “ouvir” o que vem das classes populares.

O principal instrumento dessa estratégia de desmonte foi a aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016, também conhecida como Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos. Essa modificação na Constituição Federal prevê que, por 20 anos, as despesas primárias do orçamento público ficarão limitadas à variação inflacionária. Isso implica que não ocorrerá crescimento real nessas despesas.

Dessa forma, as medidas de tratamento precoce com hidroxiquina, projeto-piloto, desmonte da saúde não respondem às necessidades dos cidadãos e cidadãs aos cuidados de saúde. Portanto, o Governo brasileiro **viola a obrigação de criar condições que assegurem a todas e todos assistência médica e serviços de saúde em caso de enfermidade**. Ao mesmo tempo, a iniciativa de utilizar medicamentos com efeitos colaterais importantes em pacientes já debilitados pela virose pode, sem dúvida alguma, ter levado milhares de pessoas a óbito. A justiça brasileira tem a obrigação de investigar e chegar aos verdadeiros culpados por mais essa atrocidade.

4.2.2. Violação do artigo 2º do PIDESC, conforme o Comentário Geral 14 nos parágrafos 31 e 32, referentes à realização progressiva do direito à saúde e sem retrocessos

O Estado brasileiro **não cumpriu com a obrigação de garantir o mais elevado nível possível de saúde adotando medidas necessárias para utilização do máximo de recursos disponíveis**. Um Estado que não está disposto a utilizar o máximo dos recursos disponíveis para dar efetividade ao direito à saúde viola as obrigações contraídas em virtude do artigo 12.

Mesmo nesse contexto do caos na saúde, o Governo Federal deixou de gastar R\$80,7 bilhões do orçamento destinado a conter os efeitos da pandemia em 2020, apesar da gravidade da crise sanitária e social instalada no País desde a chegada do novo coronavírus. Isso equivale a 15% do total dos recursos gastos para esse fim – para efeitos de comparação, daria para financiar dois programas Bolsa Família por um ano. O levantamento feito pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) faz parte do estudo “Um país sufocado – Balanço do Orçamento Geral da União 2020”. (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2021) O Instituto conclui que a não execução da totalidade dos R\$ 604,7 bilhões destinados a combater a pandemia contribuiu para que o País fechasse o ano com 200 mil mortos pelo vírus e com taxa de desemprego recorde, atingindo 13,4 milhões de pessoas. Segundo o estudo, na situação de emergência e calamidade em que o Brasil se encontrava em 2020, o Governo tinha a obrigação de gastar o máximo de recursos disponíveis para proteger a população. Porém, são notórias a sabotagem, ineficiência e morosidade no financiamento de políticas públicas essenciais para sobreviver à crise.

Sendo assim, é importante ressaltar, conforme destaca Bruno Moretti, pesquisador no âmbito desta ação, que, ao contrário do que advogaram os defensores da Emenda Constitucional n. 95/2016 (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 Constituição. 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, a EC 95 retirou R\$ 17,56 bilhões da saúde, correspondentes à diferença entre 15% da RCL (piso da EC 86, que estaria vigente desde 2018, nos termos de decisão do Ministro Ricardo Lewandowski) e os recursos empenhados em ações e serviços públicos de saúde nos referidos exercícios. A EC 95 permite que os ganhos de arrecadação não sejam repassados ao SUS. Em 2017, segundo os dados oficiais do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (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.

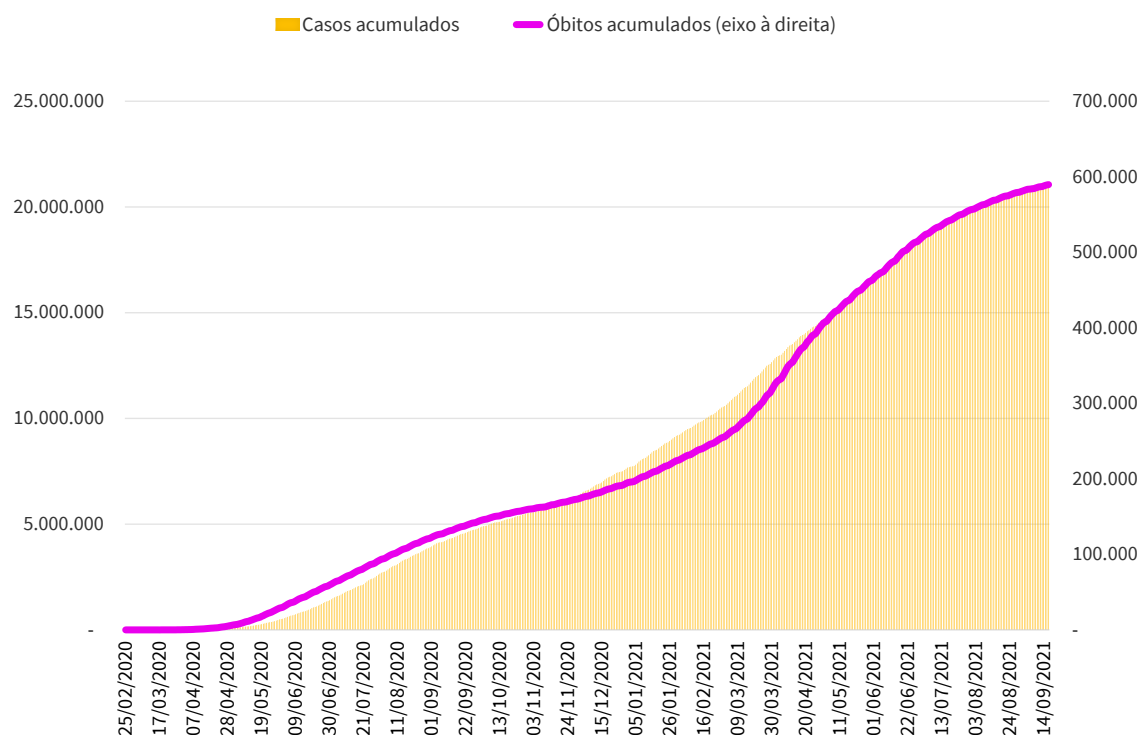
Logo, o subfinanciamento estrutural do SUS se converteu em redução de despesas da saúde a partir do congelamento do piso de saúde pela EC 95. Em 2020, a EC 95 determinaria, mais uma vez, perdas para a saúde. O quadro se agravaria diante da combinação da EC 95 com a meta de resultado primário – esta corresponde 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.

As decisões orçamentárias do Ministério da Saúde e do Ministério da Economia durante a pandemia, tanto em 2020 como em 2021, demonstram como o orçamento foi elaborado e executado violando-se o direito humano à saúde.

O gráfico a seguir mostra que, na passagem de 2020 para 2021, houve uma inflexão no número de casos e óbitos de Covid-19. 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 saúde em circunstâncias de aumento do número de casos de Covid-19.

Figura 1. Casos e óbitos acumulados de Covid-19.



Fonte: Painel Coronavírus. Elaboração Bruno Moretti.

É importante ressaltar o que Bruno Moretti (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) destaca sobre o orçamento de 2021:

1. o orçamento de saúde para 2021 foi encaminhado ao Congresso Nacional sob a égide da EC 95, sem previsão de recursos de enfrentamento à pandemia, seja na saúde, seja para outras políticas como o Auxílio Emergencial; desta forma:
2. os repasses de saúde para os entes enfrentarem a pandemia só foram efetuados a partir de março de 2021, apesar do recrudescimento da Covid-19 nos primeiros meses do referido ano;

3. o Auxílio Emergencial foi suspenso durante todo o primeiro trimestre de 2021, inviabilizando, na prática, o protocolo de distanciamento social pelos mais vulneráveis;
4. a expiração dos recursos extraordinários para o enfrentamento da pandemia em dezembro de 2020 levou à queda do número de leitos de UTI Covid habilitados pelo Ministério da Saúde: de 12 mil em dezembro de 2020 para apenas 3.187 em fevereiro de 2021, em um cenário de aumento crescente do número de pacientes.

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, manifestando a estratégia deliberada de atraso na vacinação contra a Covid-19. Até meados de setembro de 2021, o Brasil tinha menos de 37% da população totalmente imunizada.

Em 2020, somando-se os valores autorizados entre março e junho para aquisições centralizadas pelo Ministério da Saúde, 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.

Ainda que houvesse recursos autorizados do orçamento de enfrentamento à pandemia no Ministério da Saúde para transferência a estados e municípios em 2020, 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. Em junho de 2020, 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 expiração dos recursos extraordinários para o enfrentamento da pandemia em dezembro de 2020 levou à queda do número de leitos de UTI Covid habilitados pelo Ministério da Saúde: de 12 mil em dezembro de 2020 para apenas 3.187 em fevereiro de 2021, em um cenário de aumento crescente do número de pacientes.

Assim, austeridade fiscal e pandemia não deveriam coexistir; porém, em abril de 2021, mês mais letal da Covid-19, o presidente do Banco Central (BC), Roberto Campos Neto, afirmou que o Brasil precisava de austeridade e seriedade fiscal no combate à pandemia de Covid-19. Ele alegou que gastos adicionais poderiam trazer mais prejuízos do que benefícios para o País.

Outro problema referente aos recursos disponibilizados para o combate à pandemia é o desvio de recurso. A Controladoria Geral da União (CGU) divulgou, em março de 2021, um balanço das investigações de irregularidades na aplicação de recursos federais em ações de enfrentamento à pandemia por estados e municípios (BRASIL, [2021?]h). O órgão estima um prejuízo potencial de R\$ 125,9 milhões pelo desvio de verbas. O prejuízo efetivo, já confirmado pelas apurações, é de R\$ 39,1 milhões. Desde o início da pandemia, a CGU atuou em 51 operações em conjunto com a Polícia Federal e Ministérios Públicos. A soma do valor dos contratos e licitações analisados pela pasta é de R\$ 1,4 bilhão.

Para Moretti (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) destaca que o projeto de orçamento foi encaminhado ao Congresso Nacional com recursos próximos ao piso congelado da EC 95. Caso vigorasse o piso anterior (EC 86), o SUS teria mais R\$ 25 bilhões no PLOA. Os recursos para vacinação da população contra a Covid-19 são de R\$ 3,9 bilhões, mas o próprio Ministério da Saúde estima a necessidade de R\$ 11 bilhões. Isto é, o compromisso do Governo com a EC 95 implica que não há recursos suficientes para vacinar a população em 2022.

As medidas adotadas pelo **Estado violaram a realização progressiva do direito à saúde**, pois não cumpriram com a obrigação concreta e constante de avançar o mais rápido e eficazmente possível até a plena realização do artigo 12 do PIDESC. Para a realização do direito à saúde, assim como no caso dos demais direitos enunciados no Pacto, não são admissíveis medidas que tendem a retroceder a efetivação dos direitos. Se são adotadas deliberadamente quaisquer medidas de retrocesso, o Estado deve comprovar que tais medidas foram aplicadas após o exame mais exaustivo de todas as alternativas possíveis, e que essas medidas estão devidamente justificadas em relação à totalidade dos direitos enunciados no Pacto que se relacionam com a plena utilização do máximo de recursos que o Estado Parte tem disponíveis.

4.2.3. Violação do artigo 12 do PIDESC à luz do parágrafo 3º do Comentário Geral 14 ao PIDESC

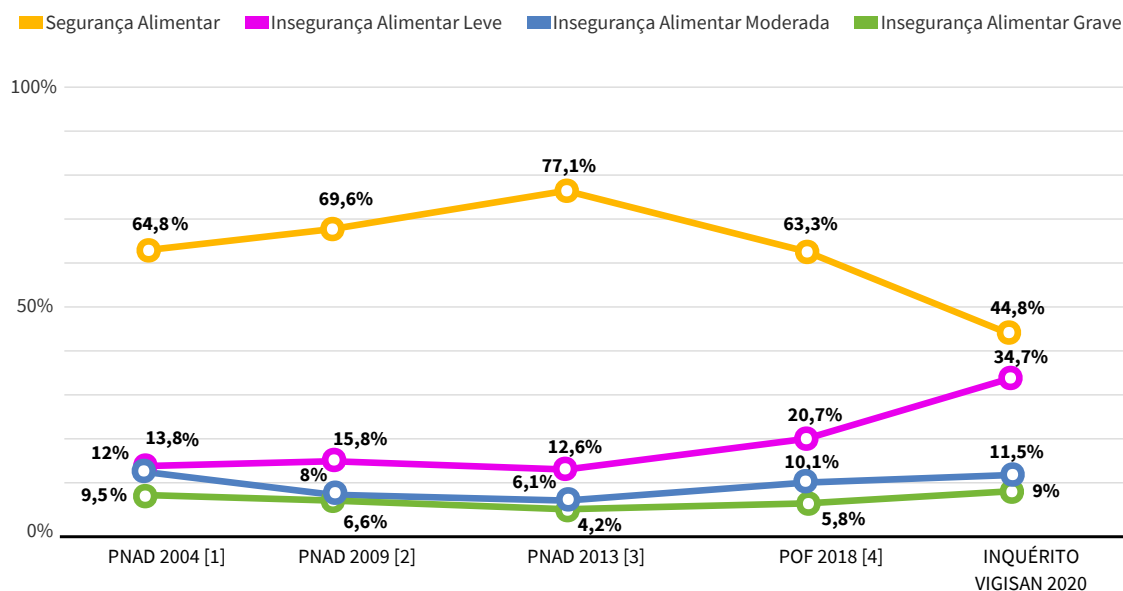
O Estado brasileiro **violou a obrigação de cumprir o direito humano à saúde**, pois não respeitou a ligação do direito humano à saúde à realização de outros direitos humanos e dependente desses mesmos direitos, que se enunciam na Carta Internacional dos Direitos Humanos, em particular o direito à alimentação, à habitação, ao trabalho, à educação, ao acesso à informação e às liberdades de associação, reunião e movimento.

4.2.3.1. Não garantia do direito humano à alimentação

Quanto à realização do direito humano à alimentação, dados de pesquisas realizadas no ano de 2020 apontam para 116,8 milhões de brasileiros/as convivendo com algum tipo de insegurança alimentar e nutricional – mais do que a metade da população brasileira. Destes, 43,4 milhões não contavam com alimentos em quantidade e qualidade suficientes para atender suas necessidades alimentares e nutricionais; entre estes, 19 milhões conviviam com a fome (PENSSAN, 2021).

Os grupos populacionais mais afetados pela insegurança alimentar, a nutricional e pela fome são aqueles estruturalmente excluídos, que perderam, em grande parte, sua fonte de renda durante o período da pandemia, ficando dependentes do Auxílio Emergencial para conseguir algo para comer. Estudos feitos durante a pandemia informam que, em média, as famílias gastavam 69% do valor de R\$ 600,00 do auxílio na aquisição de comida. A suspensão do programa por um período e a posterior redução do valor do auxílio em 2021 certamente tiveram um efeito negativo adicional sobre os níveis de insegurança alimentar, conforme demonstrado nos gráficos a seguir.

Figura 2. Comparação das estimativas de Segurança/Insegurança Alimentar no inquérito VigiSAN e os inquéritos nacionais reanalisados conforme escala de oito itens. VigiSAN inquérito AS/IA – Covid-19, Brasil, 2020.

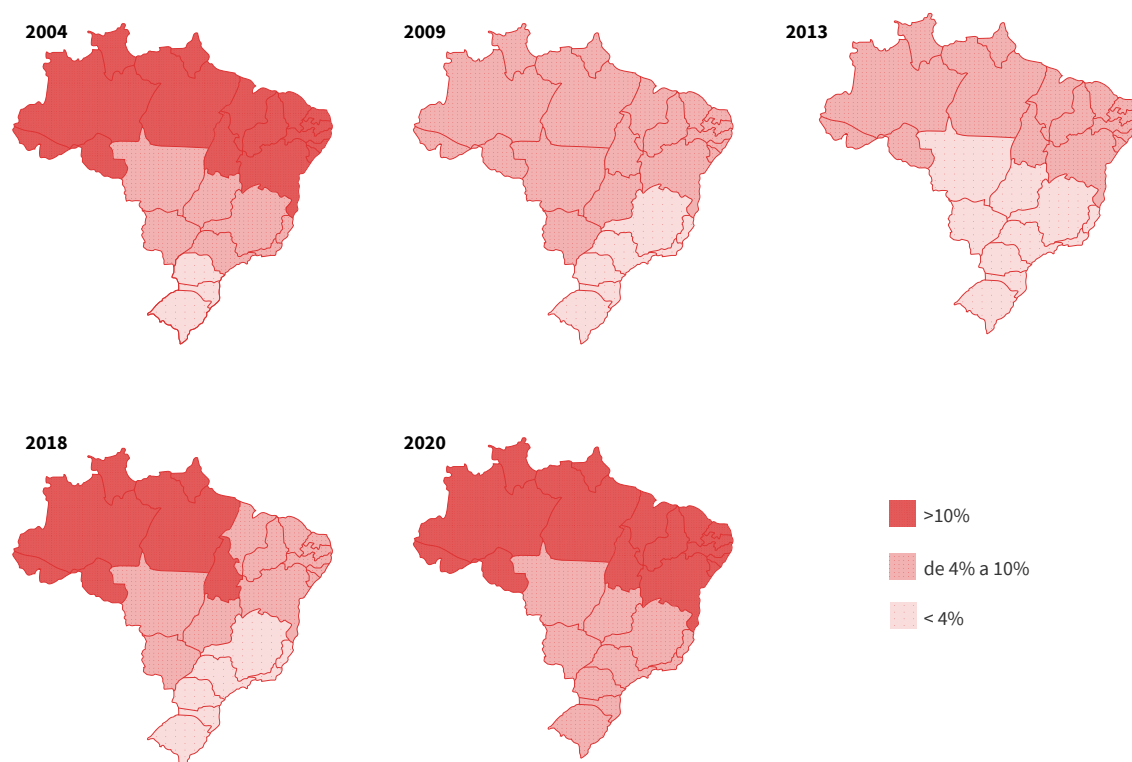


Fonte: Reproduzido de Rede PENSSAN, 2021, p. 48. [Dados reanalisados para a escala de oito itens, a partir das pesquisas: (1) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003-2004 (IBGE); (2) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008-2009 (IBGE); (3) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013-2014 (IBGE); (4) Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE)].

No gráfico, pode-se visualizar a evolução dos percentuais de segurança alimentar (em verde), da insegurança alimentar (IA) leve (em amarelo), da insegurança alimentar moderada (em azul) e da insegurança alimentar grave (em vermelho). Como se pode ver, o perfil apresenta uma melhora no período de 2004 a 2013, com uma redução significativa da insegurança alimentar grave e da moderada (4,2% e 6,1% respectivamente), e com a prevalência de segurança alimentar atingindo 77%. A partir de 2013, o quadro se inverte: a segurança alimentar atinge seu nível mais baixo na série oficial, 44,8%, em 2020 e as IAs grave e moderada retornam aos valores de 2004, com um aumento de mais de 20% na insegurança alimentar leve. Estes últimos dados foram coletados em 2020 e já levam em conta o impacto das medidas de desmonte do Consea Nacional e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional aprofundadas pela gestão Bolsonaro, e o impacto inicial da pandemia. Segundo o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (PENSSAN, 2021), a prevalência da fome aumentou em 27,6% no período de 2018 a 2020, número que reflete o profundo retrocesso na realização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas (DHANA) no País.

A figura a seguir facilita a visualização da evolução da situação de segurança alimentar e nutricional das diferentes regiões: a piora dos indicadores foi nacional, mas as regiões mais afetadas continuam sendo Norte e Nordeste.

Figura 3. Evolução da fome no Brasil: porcentagem da população afetada pela insegurança alimentar grave entre 2004 a 2020 – macrorregiões.



Fonte: Reproduzido de Rede PENSSAN, 2021, p. 52. [Dados reanalisados para a escala de oito itens, a partir das pesquisas: [1] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003-2004 (IBGE); [2] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008-2009 (IBGE); [3] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013-2014 (IBGE); [4] Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE); [5] VigiSAN Inquérito SA/IA – Covid-19, Brasil, 2020].

O mesmo estudo aponta que, além do Nordeste e da região Norte, a fome atinge com mais força as populações rurais, quilombolas, indígenas e ribeirinhas (12%), domicílios chefiados por mulheres (11,1%), moradias habitadas por pessoas pretas e pardas (10,7%), e lares em que a pessoa de referência não tem escolaridade ou possui ensino fundamental incompleto (14,7%). Esses dados indicam a gravidade das violações do direito humano à alimentação e nutrição adequadas em curso, que precisam ser revertidas e reparadas no curto prazo, sob pena de deixarem sequelas importantes, em particular para crianças em fase de desenvolvimento. Nesse caso específico, a dimensão do direito humano à alimentação violada é a do direito de estar livre da fome. Sendo assim, o Estado brasileiro tem a obrigação de dar provimento imediato ao direito, recorrendo, inclusive, à comunidade internacional se apresentar argumentação convincente de que não tem os recursos para tal.

Em maio de 2021, foi protocolada junto ao STF uma arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF), com solicitação de medida cautelar, visando ao investimento de recursos em medidas de combate imediato à fome, demandando a suspensão do efeito da EC 95, que congelou a correção dos investimentos primários para a garantia de direitos por 20 anos, e questionando também a MP que reduziu o valor do Auxílio

Emergencial. O julgamento dessa ADPF ainda não havia sido concluído por ocasião da finalização deste relatório de denúncia.

O mesmo inquérito citado ressalta que a sede e a seca estão assolando, particularmente, as regiões Norte e Nordeste. A insegurança hídrica atingiu 40,2% e 38,4% dos domicílios dessas regiões respectivamente – trata-se de índices três vezes mais altos do que nas outras regiões. Isso denota a ausência de vontade política e de políticas públicas efetivas na contenção dos avanços da falta de água e de saneamento básico. Foi e ainda é um desafio para as populações sem acesso a esses serviços básicos manter higienização adequada para o enfrentamento da pandemia e outras patologias relevantes.

Estas questões referentes à insegurança alimentar e à realização do direito à alimentação adequada apresentadas são fundamentais para conseguirmos visualizar a dimensão coletiva da violação quanto a políticas públicas voltadas para a dignidade humana, e seu impacto na vida das pessoas. Somente dessa maneira conseguiremos ir além da simples denúncia, e promover a reparação ao limite do possível.

4.2.3.2. Não garantia do direito à moradia

O direito humano à moradia adequada, com saneamento básico, é essencial para a realização do direito humano à saúde. Na pandemia da Covid-19, esse direito se torna ainda mais essencial pois requer isolamento social e higienização constantes. No entanto, conforme a Campanha Nacional Despejo Zero em defesa da vida (CAMPANHA NACIONAL DESPEJO ZERO, 2021), houve aumento de 310% no número de famílias despejadas no Brasil no último ano. Saímos de 6.373 famílias despejadas até agosto de 2020 para 19.875 famílias até agosto de 2021. Houve, também, o aumento de 495% no número de famílias ameaçadas de perder sua moradia: até agosto de 2020, eram 18.840 famílias; até agosto de 2021, 93.485 famílias.

Em 23 de junho de 2021, por 38 votos favoráveis e 36 votos contrários, após ser aprovado pela Câmara, o Projeto de Lei 827/2020 foi aprovado pelo Senado, suspendendo, até o fim de 2021, medidas judiciais de despejo ou desocupação de imóveis devido à pandemia de coronavírus. O texto suspende os atos praticados desde 20 de março de 2020, exceto aqueles já concluídos.

No entanto, em 8 de agosto, Jair Bolsonaro vetou integralmente o projeto de lei (PL 827/2020) que proibia o despejo em imóveis urbanos durante a pandemia de coronavírus. Segundo o Presidente, o projeto “geraria um ciclo vicioso”:

A proposta possibilitaria melhorias para o problema dos posseiros, mas, por outro lado, agravaria a situação dos proprietários e dos locadores. A paralisação de qualquer atividade judicial, extrajudicial ou administrativa tendente a devolver a posse do proprietário que sofreu esbulho ou a garantir o pagamento de aluguel impactaria diretamente na regularização desses imóveis e na renda dessas famílias de modo que geraria um ciclo vicioso, pois mais famílias ficariam sem fonte de renda e necessitariam ocupar terras ou atrasar pagamentos de aluguéis”, escreveu na mensagem (BRASIL, 2021i).

Moradia é um direito fundamental para realização do direito humano à saúde. Todas as pessoas deveriam ter acesso a uma moradia, um teto. Se, antes, esse direito já não era garantido a muitos brasileiros, com os dados anteriormente apresentados, a partir da

Campanha Despejo Zero⁸, é notório que a pandemia piorou tal situação. Num momento de pandemia, momento que é de exceção, de buscar soluções, inclusive emergenciais, entende-se que o direito à moradia tem de ser assegurado.

4.2.3.3. Não garantia do direito de acesso à informação

Prover acesso à informação aos dados é uma das obrigações estabelecidas no item IVb do parágrafo 12 do Comentário Geral 14 ao PIDESC. O acesso compreende o direito de solicitar, receber e transmitir informação e ideias sobre as questões relacionadas à saúde, sempre o direito de ter dados de saúde pessoais tratados com confidencialidade.

O acesso à informação é tão importante que, na Declaração de Emergência de Saúde Pública devido à Covid-19 feita pela OMS em 30 de janeiro de 2020, recomendou-se uma série de medidas, dentre elas “combater a disseminação de rumores e desinformação”.

Em março de 2020, o Governo Federal editou uma medida provisória que previa a suspensão dos pedidos via Lei de Acesso à Informação (LAI) em todos os órgãos e entidades da administração pública federal, permitindo que os pedidos de informação não fossem respondidos por conta do regime de teletrabalho dos servidores, além de suspender a possibilidade recursal. Ainda em março, diversos cientistas, médicos, pesquisadores e membros da sociedade civil organizada apontaram para a necessidade da ampliação dos dados abertos e desagregados, especialmente sobre o avanço da Covid-19 em grupos sob situação de vulnerabilidade social.

Conforme a advogada e pesquisadora no âmbito desta iniciativa Euzamara de Carvalho (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), a ausência de dados sobre os efeitos da pandemia nesses grupos acelera e agrava os impactos na saúde e na vida de pessoas historicamente afetadas pela ausência de políticas comprometidas com o alcance da equidade e dignidade da pessoa humana, pois amplia as dificuldades de gestores públicos e profissionais da saúde no desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e reação à pandemia. Dados abertos, transparência e informação são o tripé para a formulação de qualquer política pública.

Desde 2011, ano da aprovação da LAI no Brasil, a sociedade brasileira nunca havia visto tantas iniciativas no sentido de desestruturar os instrumentos de controle e participação social no País. A LAI brasileira, seus dispositivos, ritos, procedimentos e possibilidades recursais são modelo de boa prática para diversos países e representam uma conquista de toda a sociedade brasileira, um sinal concreto do avanço democrático do País. Contudo, as situações mencionadas neste artigo evidenciam que a mudança de uma cultura de sigilo apenas se concretiza a partir de um amplo esforço – diário e constante – por parte do Poder Público para garantir a implementação de políticas públicas consistentes e a permanente capacitação dos servidores e autoridades públicas.

A pesquisa “Covid-19: acesso à informação pública” (BARCELLOS MALIN *et al.*, 2020) teve o objetivo de monitorar e analisar os pedidos de informação relacionados à Covid-19 dirigidos ao Governo Federal do Brasil via sistema eletrônico do Serviço de Informação

8 Para mais informações, acessar: www.campanhadespejozero.org. Acesso em 10 set. 2020.

ao Cidadão (e-SIC), e as respectivas respostas. A pesquisa analisa que, no 1º trimestre de 2020, conforme a tabela a seguir, observa-se que 65% dos pedidos tiveram acesso concedido, condição em que o órgão público considera ter suprido a demanda por informação. No 2º trimestre de 2020, esse tipo de resposta ficou com uma fatia menor (46% em abril, 41% em maio e 44% em junho). O que aumentou, no entanto, não foi o percentual de pedidos com acesso negado – que se manteve no mesmo patamar em todos os meses do 1º semestre de 2020 –, mas o de pedidos que tiveram como tipo de resposta “Encaminhado para o e-Ouv”, o que implica encaminhamento ao Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo Federal (e-Ouv), externo ao ciclo do atendimento da LAI, e “Não se trata de solicitação de informação”.

Quadro 2. Comparativo dos dados gerais da LAI no 1º semestre de 2020.

Descrição	2020			
	Janeiro-Março	Abril	Maio	Junho
Total de pedidos	35.307	13.892	18.782	17.145
Pedidos respondidos	33.874	8.873	11.898	10.268
Tipos de respostas				
Acesso concedido	65%	46%	41%	44%
Acesso negado	7%	6%	5%	6%
Encaminhamento para o e-Ouv	8%	18%	29%	22%
Não se trata de solicitação de informações	6%	18%	15%	17%
Outros tipos de resposta	14%	12%	10%	11%

Fonte: Pesquisa Covid-19: acesso à informação pública.

Ainda no que se refere ao acesso à informação de dados, é importante ressaltar a denúncia feita por médicos da operadora de planos de saúde *Prevent Senior* quanto à fraude de atestados de óbito, registrando-se mortes pelo coronavírus com outras causas. Conforme o dossiê entregue à CPI da Covid-19, o plano de saúde ocultou mortes de pacientes que participaram de um estudo realizado para testar a eficácia da hidroxicloroquina, associada à azitromicina, para tratar a Covid-19. O documento informa, também, que a disseminação da cloroquina e outras medicações foi resultado de um acordo entre o governo Bolsonaro e a *Prevent Senior*. Segundo o dossiê, o estudo foi um desdobramento do acordo.

Além de **não cumprir a obrigação de informar corretamente a população**, o Presidente da República viola o direito à saúde por agir de maneira mentirosa, pois a pesquisa, sem base científica, foi divulgada e enaltecida pelo Presidente da República, Jair Bolsonaro, como exemplo de sucesso do uso da hidroxicloroquina, que postou resultados do estudo e não mencionou as mortes de pacientes que tomaram o medicamento.

Segundo a relatora especial sobre liberdade de expressão da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, em qualquer circunstância, as vítimas, seus familiares e

a população em geral têm direito de conhecer a informação sobre graves violações de direitos humanos que se encontrem nos arquivos do Estado.

4.2.3.4. Não garantia da vigilância em saúde

Ainda no sentido de garantir acesso à informação, é importante destacar o não cumprimento das condições para vigilância em saúde, que se constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

A Declaração de Emergência de Saúde Pública da OMS recomendou também (item quinto) revisar os planos de preparação, identificar lacunas e avaliar os recursos necessários para identificar, isolar e cuidar de casos, impedir a transmissão e, no item sexto, compartilhar dados, conhecimentos e experiências com a OMS e o mundo.

Assim, o Brasil, por meio do Decreto Federal n. 10.212, de 30 de janeiro de 2020, congrega um rol de capacidades a serem aplicadas no campo da saúde pública mundial. Conforme a pesquisadora Euzamara de Carvalho (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), o Brasil já apresentara potencial de atuação em vigilância com a instituição da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) na forma de atuação integrada de acordo com desempenho do SUS. No entanto, não houve nenhum anúncio nem adoção de um Plano Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil perante o contexto de 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.

Assinale-se que, enquanto os diversos países do mundo e seus respectivos chefes de Estado se empenharam em criar estratégias de proteção da vida e da 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. A avaliação crítica do quadro brasileiro causa vexame diante de afirmações de que “Nenhum país do mundo lidou de forma tão ruim com a pandemia do novo coronavírus como o Brasil.”, conforme publica o SindiSaúde em referência ao estudo do Instituto Lowy, da Austrália (SINDISAÚDE CAXIAS DO SUL, 2021).

No entanto, a sequência dolorosa de atos advindos do atual Presidente da República e da cúpula do seu governo, 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 do tema da vigilância em saúde.

4.2.4. Violação do artigo 12 do PIDESC, conforme o parágrafo 36 do Comentário Geral 14 (não vacinação e poluição)

A violação do artigo 12 do PIDESC, asseverada pelo parágrafo 36 do Comentário Geral 14, por parte do Estado brasileiro, se dá **pelo não cumprimento da obrigação**

de garantir os cuidados à saúde, em particular estabelecendo-se programas de vacinação contra as principais doenças infecciosas.

4.2.4.1. Vacinação

O Brasil demorou demasiadamente para começar a comprar vacinas. Se não fosse pelo Butantan e a Fiocruz (responsáveis no País pelas vacinas CoronaVac e Oxford-AstraZeneca respectivamente), o Brasil não teria começado a vacinação em janeiro de 2021. Gonzalo Vecina Neto, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e fundador da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e a epidemiologista Ethel Maciel dizem que o primeiro e maior erro foi o Governo Federal não comprar vacinas antecipadamente, ainda em 2020 (PASSARINHO, 2021).

No meio do ano passado, quando fabricantes anunciaram que estavam desenvolvendo vacinas, vários países como Chile, Colômbia, Reino Unido e integrantes da União Europeia negociaram a compra desses produtos ainda na fase de testes. Fechar o contrato ainda na fase de testes significava garantir acesso às doses. Segundo a epidemiologista, uma das estratégias para minimizar o risco seria montar uma cesta variada de vacinas. Por exemplo, comprar doses da Oxford-AstraZeneca, CoronaVac, Pfizer e Moderna. Porém, o Governo brasileiro não fez isso, e ainda recusou um acordo proposto pela Pfizer que garantiria 70 milhões de vacinas em dezembro.

Ao justificar o não fechamento de acordo com a Pfizer, o Governo brasileiro argumentou que as cláusulas propostas pela empresa eram abusivas. Em nota (BRASIL, 2021j), o Ministério da Saúde citou como exemplo o fato de a Pfizer exigir que, em caso de desavença com o Governo brasileiro, as negociações de arbitragem teriam que se pautar nas leis de Nova York, não nas do Brasil. Outro ponto mencionado pelo Governo brasileiro foi a exigência da Pfizer de assinatura de um termo de responsabilidade para isentar a fabricante de penalização civil por eventuais efeitos colaterais graves da vacina. A Pfizer rebateu, também com a divulgação de nota, dizendo que esses mesmos termos foram aceitos por outros países que compraram a vacina, entre eles Estados Unidos, Colômbia, Chile, Reino Unido, Japão, Equador e os da União Europeia.

A Fiocruz iniciou tratativas para comprar a Oxford-AstraZeneca, enquanto o Butantan negociou com a chinesa Sinovac a transferência de tecnologia para produzir a CoronaVac. Depois de conseguirem acordos com as fabricantes estrangeiras, ambos apresentaram as propostas ao Governo Federal. O governo Jair Bolsonaro aceitou a proposta da Fiocruz, mas, em outubro do ano passado, rejeitou uma proposta do Butantan que previa a entrega de 45 milhões de doses da CoronaVac até dezembro de 2020 e outras 15 milhões no primeiro trimestre de 2021 – isso garantiria ao menos 60 milhões de doses na primeira fase de vacinação.

Na época, o Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, defendeu fechar o acordo, mas o Presidente Jair Bolsonaro foi contra. Pesaram na decisão uma disputa política com o governador de São Paulo, João Doria, e a pressão de militantes de direita que levantavam desconfiança sobre uma vacina produzida na China. O Presidente, no dia 21 de outubro, em entrevista à rádio Jovem Pan, argumentou: “Da China nós não comprare-

mos. É decisão minha. Eu não acredito que ela transmita segurança suficiente para a população pela sua origem. Esse é o pensamento nosso.”

Depois, em janeiro, o Presidente Jair Bolsonaro voltou atrás e firmou acordo para comprar as vacinas do Butantan. O problema é que essa demora na negociação atrasou, também, o calendário de entrega dos produtos. Isso porque a capacidade de produção do Butantan, assim como a da Fiocruz, esbarra no ritmo de importação de insumos da China. No final das contas, só foram disponibilizadas, em janeiro e fevereiro, 9,8 milhões de doses da CoronaVac (Sinovac/Instituto Butantan) e 2 milhões de doses da vacina Oxford-AstraZeneca.

Outro grave problema em relação à vacinação foi a falta de uma definição sobre quem deveria receber a vacina primeiro, dentro do grupo de prioridades. O Governo Federal elaborou uma enorme lista de grupos prioritários que, juntos, somavam 77,2 milhões de pessoas. A lista de prioridades contemplava desde idosos com mais de 90 anos a profissionais de saúde, caminhoneiros, profissionais da área da educação e militares. Não havia uma ordenação de quem deveria receber a vacina primeiro no grave cenário de escassez total de vacinas. Como não houve uma coordenação federal, cada município criou as próprias regras, e surgiram distorções. Por exemplo, a lista do Governo Federal inclui “trabalhadores da saúde”, mas não especifica quais se enquadrariam na prioridade. Na ausência de uma definição, esteticistas, psicólogos, dermatologistas, veterinários e até instrutores de Pilates foram vacinados antes de idosos com mais de 80 anos em algumas cidades.

Diante dessa situação, o Ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal, determinou, no dia 8 de fevereiro, que o Governo Federal divulgasse a ordem de preferência dentro do grupo prioritário. Mas, àquela altura, as doses da primeira remessa já estavam acabando. Deixou-se de vacinar idosos para vacinar uma amplitude muito grande de profissionais de saúde que nem estavam na linha de frente.

Em relação ao fornecimento de vacinação à população, também não houve treinamento e orientação às equipes que administram a vacina. Não houve uma campanha nacional de vacinação, com informações à população e treinamento específico às equipes dos postos de saúde. No Rio de Janeiro, foi amplamente noticiado que doses da Oxford-AstraZeneca foram jogadas fora por causa do baixo comparecimento de idosos em algumas áreas da cidade. Uma vez aberto o frasco para colocar nas seringas, o conteúdo da vacina de Oxford só tem validade por seis horas. Já a CoronaVac dura oito horas depois de aberto o frasco.

Como não havia orientação clara sobre o que fazer na ausência do grupo-alvo da vacinação, as doses que sobravam nos recipientes abertos foram perdendo a validade. Ou seja, além de haver pouca vacina, a falta de orientação aos profissionais levou a uma redução ainda maior do estoque. Deveria ter sido orientado que, em situações de desperdício, seria melhor administrar a vacina a quem estivesse por lá – por exemplo, no acompanhante do idoso – em vez de desperdiçar as doses.

Como se não bastasse, a CPI da Covid-19 apresentou indícios sobre corrupção na compra de vacinas. Conforme denúncias feita pelo deputado Luís Miranda (DEM-DF), há provas “contundentes” dos supostos atos ilícitos do Presidente Jair Bolsonaro e do ex-Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello. Da mesma forma, o representante de vendas

da Davati Medical Supply Luiz Paulo Dominghetti afirmou, em entrevista publicada pela Folha de S. Paulo na terça-feira 29 de junho, ter recebido pedido de propina do diretor de logística do Ministério da Saúde, Roberto Dias, durante as negociações da vacina AstraZeneca.

Também, um outro suposto esquema foi investigado pela CPI da Covid-19. Envolve compras de vacinas chinesas do laboratório CanSino. A compra de mais de R\$5 bilhões, com as doses mais caras a serem pagas pelo Governo brasileiro (US\$17 por dose), já estava assinada desde o dia 15 de junho, mas as denúncias relacionadas a outros laboratórios e seus representantes fizeram com que o laboratório chinês cancelasse suas representações no Brasil.

A vacinação é uma obrigação a ser cumprida, protegendo a saúde, uma vez que se trata de uma intervenção de saúde pública fundamental para evitar que a população adoça por doenças imunopreveníveis e para que não seja disseminadora dessas doenças. No entanto, o Estado brasileiro **violou essa obrigação, pois se omitiu na compra de vacinas**, o que tornou o processo de vacinação bastante moroso, e, quando realizou ação de compra, demonstrou fortes indícios de requerimento de propina na compra dos imunizantes.

4.2.4.2. Poluição e envenenamento por agrotóxicos

Na já mencionada reunião ministerial em que o então Ministro do Meio Ambiente Ricardo Salles alertou os ministros sobre o que considerava ser uma oportunidade trazida pela pandemia da Covid-19, ele disse que o Governo deveria aproveitar o momento em que o foco da sociedade e da mídia estava voltado para o novo coronavírus para mudar regras que poderiam ser questionadas na Justiça, afirmando “devemos passar a boiada”. Ele oportunizou liberar o uso de diversos tipos de agrotóxicos no País. Em 2020, foram liberadas por Jair Bolsonaro 493 substâncias, 19 a mais do que em 2019, sendo 25 tóxicas para a saúde. Com isso, o governo do Presidente Jair Bolsonaro liberou, entre 2019 e 2020, 967 substâncias para a agricultura.

O uso dos agrotóxicos polui diretamente o solo, as águas e, ainda, pode causar estragos irreversíveis para o meio ambiente. Isso implica desequilíbrio dos ecossistemas, da fauna ou da flora. Uma vez que são produtos utilizados diretamente nos sistemas agrícolas, os agrotóxicos permanecem nos alimentos, mesmo depois de estes serem lavados; portanto, ingere-se grande parte dessas substâncias. Observe que o consumo contínuo desses produtos acarreta distúrbios e diversas doenças. Dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária mostram que o Brasil é o maior consumidor desses produtos no mundo, desde 2008. Embora seja um negócio gigantesco e lucrativo, atualmente, existem outras possibilidades, como adubos e agrotóxicos de origem orgânica. Isso explica o crescimento do mercado de “produtos orgânicos”, pois eles não utilizam agrotóxicos, mas, sim, inseticidas de origem orgânica.

O documento “Agronegócio e pandemia no Brasil: uma sindemia está agravando a pandemia de Covid-19?” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; INTERNATIONAL POLLUTANTS ELIMINATION NETWORK, 2021), lançado em maio pela Abrasco e International Pollutants Elimination Network (IPEN), demonstra que, além de a agroin-

dústria aumentar as chances de novas zoonoses, como a Covid-19 – com destruição de habitats naturais –, também deixa as pessoas mais vulneráveis a doenças do tipo. Isso se dá porque o uso de agrotóxicos nos alimentos afeta o sistema imunológico, enquanto o consumo de ultraprocessados intensifica doenças e agravos não transmissíveis.

Neste ponto sobre a poluição, é importante também ressaltar a questão das queimadas. O Observatório Clima e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), em parceria com a InfoAmazônia e a Universidade Federal do Acre, investiu no projeto Engolindo Fumaça, um estudo dos impactos da poluição decorrente das queimadas na Amazônia durante a pandemia de Covid-19. Os incêndios florestais e queimadas por desmatamento têm atingido níveis recordes nos últimos anos. Em 2020, a combinação entre a pandemia e um dos ciclos mais severos de queimadas e desmatamento da Amazônia brasileira fez com que moradores de regiões atingidas pelo fogo estivessem mais expostos também ao risco de agravamento da doença em pacientes com Covid-19.

Segundo os resultados obtidos até o momento, a cada dia de exposição ao material particulado acima do patamar considerado seguro pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o risco de uma pessoa infectada por SARS-CoV-2 ser internada aumentava em 2%. A fumaça das queimadas esteve relacionada a um aumento de 18% nas internações por Covid-19 e de 24% em internações por síndromes respiratórias nos cinco estados com mais fogo da Amazônia durante as queimadas de 2020 (Amazonas, Acre, Rondônia, Mato Grosso e Pará). Ressalta-se que o desmatamento, que provoca as intensas queimadas na região amazônica, é impulsionado pelo governo Jair Bolsonaro.

Ainda sobre o parágrafo 36, o Estado brasileiro **não cumpre com a obrigação de reduzir ou suprimir a poluição do ar, da água e do solo**, inclusive a contaminação causada por materiais pesados, tais como o chumbo da gasolina, entre outros.

4.2.5. Violação do artigo 12.2 (b) do PIDESC (condições de trabalho)

Ao analisar o atendimento à saúde na pandemia, são identificadas **graves violações relativas ao artigo 12.2 b**, que trata dos aspectos relacionados à higiene ambiental e do trabalho e do “direito à prevenção e ao tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras”.

Nota-se, no período da pandemia, o **não cumprimento por parte do Estado com o dever estabelecido da adoção de medidas preventivas de acidentes de trabalho e doenças profissionais**. São numerosos os casos dos profissionais da saúde doentes, em situação de esgotamento físico e mental, devido não só à proximidade com o elevado número de casos e mortes de pacientes, colegas de profissão e familiares, como também às alterações significativas que a pandemia vem provocando em seu bem-estar pessoal e vida profissional.

De acordo com os resultados da pesquisa “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19”, realizada pela Fiocruz em todo o território nacional, publicada em março de 2021, em um ano, a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% desses trabalhadores. Os dados revelam, ainda, que quase 50% admi-

tiram excesso de trabalho ao longo desta crise mundial de saúde, com jornadas para além das 40 horas semanais, e um elevado percentual (45%) deles necessita de mais de um emprego para sobreviver. Esses profissionais trabalham em ambientes de forma extenuante, sobrecarregados para compensar o elevado absentéismo. O medo da contaminação e da morte iminente acompanham seu dia a dia, em gestões marcadas pelo risco de confisco da cidadania do trabalhador (perda dos direitos trabalhistas e de renda, terceirizações, desemprego, salários baixos, gastos extras com compras de EPIs, transporte alternativo e alimentação).

A pesquisa também aponta graves e prejudiciais consequências à saúde mental, tais como perturbação do sono (15,8%), irritabilidade/choro frequente/distúrbios em geral (13,6%), incapacidade de relaxar/estresse (11,7%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (9,2%), perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia (9,1%), sensação negativa do futuro/pensamento negativo, suicida (8,3%) e alteração no apetite/alteração do peso (8,1%).

Os dados indicam, ainda, que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento à Covid-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais.

4.2.6. Violação do princípio de não discriminação e igualdade no tratamento

Em razão do exposto no artigo 12.2 e no artigo 3º do PIDESC, o pacto “proíbe qualquer discriminação no acesso aos cuidados de saúde e aos fatores básicos da saúde, bem como aos meios direitos para sua aquisição [...]”, por qualquer motivo: raça, cor, gênero, orientação sexual, religião, língua, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, lugar de nascimento, deficiência física ou mental, estado de saúde, estado civil, políticos, social ou outro. Ao mesmo tempo, o comitê DESC ressalta que o Comentário Geral 14, parágrafo 12 afirma que, mesmo em tempos de severas restrições de recursos, os grupos vulneráveis devem ser protegidos pela adoção de programas especiais de relativo baixo custo.

Segundo dados do EpiCovid19-BR, estudo nacional mencionado anteriormente, 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. Também, entre os negros (pretos e pardos), o risco foi duas vezes maior do que entre os brancos (HALLAL *et al.*, 2020).

4.2.6.1. Discriminação da população negra

Em excelente documento aportado como subsídio a esta denúncia, a pesquisadora Benilda Brito (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) afirma que o Brasil, ainda hoje, se depara com as consequências trazidas por um histórico de construção nacional ancorado no colonialismo, de dominação tradicional e escravocrata, e na 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.

A pesquisadora agrega que, 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 engendradora 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.

É com esse intuito que a pesquisadora nos orienta a observar o contexto da pandemia de Covid-19 como parte determinante de um ambiente ainda maior de crises com as quais o Brasil e o mundo se deparam em 2021 – sendo as principais a crise sanitária e a socioeconômica, com retração da economia mundial e ampliação das desigualdades –, e que se apresentam de forma potencializada para a população negra e as mulheres.

Benilda (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) afirma que, em pouco mais de um ano,

[...] vimos se ampliar o fosso do racismo estrutural e do patriarcado, modos de estrutura social que colocam, respectivamente, pessoas negras e as mulheres em posições sociais de subordinação. Vimos recair sobre as mulheres, principalmente mulheres negras e pobres, o maior peso no que diz respeito à sustentação e manutenção da vida na pandemia, mais especificamente, o cuidado e o trabalho – produtivo e reprodutivo, remunerado e não remunerado, realizado por elas. Vimos aumentar a violência racista, misógina e LGBTQIA+fóbica durante a pandemia, que se traduz na radicalização do extermínio da juventude negra nas periferias e favelas, na ampliação do número de feminicídios e assassinatos de LGBTQIA+s, em particular de transexuais, no período de crise sanitária.

A pesquisadora afirma que a população negra, mais diretamente as mulheres negras, sentiram o forte efeito da pandemia em suas ocupações – seja no trabalho formal, incluindo o doméstico, seja no trabalho informal –, agravando a situação geral de pobreza e de exclusão social.

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 destinadas ao direito humano à saúde da população negra no Brasil, ressalta Benilda (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), pois,

[...] usualmente, a população negra tem muito mais dificuldades de acesso a serviços de saúde, e na pandemia não tem sido diferente. Esta população é a que mais tem dificuldades em acessar os melhores serviços e atendimentos. São também as pessoas negras que estão na linha de frente entre os/as profissionais de saúde.

É inegável que as questões sociais influenciam diretamente nos riscos de contágio e na possibilidade de cuidados com a doença. É a população negra que está no trabalho informal, enfrentando, com isso, a impossibilidade de se manter em isolamento social, precisando trabalhar para garantir o sustento de suas famílias.

Quando analisamos os dados da vacinação em nosso país, as desigualdades raciais permanecem presentes. Os dados mostram 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 [...].

Ela também afirma que, “Além disso tudo, é sabido que as pessoas negras não estão entre os grupos considerados ‘na linha de frente’ dentre os profissionais de saúde. Estão em serviços terceirizados dentro dos hospitais, como limpeza e segurança, que não foram considerados como prioritários.”

Todos esses aspectos apontados pelo contexto convergem para um Documento-Subsídio – relacionado às situações de violação do direito humano à saúde de negros, negras e negres brasileiros na pandemia de Covid-19 – que não negligencie os diferentes aspectos que permeiam a vida da população negra brasileira em tempos de crise sanitária.

A população negra, em sua diversidade, também é um dos grupos de risco, obviamente com gradações internas, variando tanto por comorbidades que atingem negros e negras em maior número, caso da hipertensão, da diabetes e, principalmente, da anemia falciforme, ou mesmo pela letalidade social, motivada por questões históricas, políticas e sociais estruturantes de nossa sociedade.

Um levantamento com base nos dados do Ministério da Saúde mostra que o número de mortes por coronavírus no Brasil é cinco vezes maior na população negra devido a um histórico escravista no Brasil, mas, sobretudo, por um racismo que se atualiza em descaso e violência de Estado contra a população negra, que é a maioria absoluta nas favelas, nos cortiços, nas palafitas, na população de rua, nas cadeias, nos empregos precários.

Além da questão relacionada à moradia da população pobre no País, composta por uma maioria de negras e negros tem dificuldade em fazer quarentena pois é a maioria entre as pessoas que continuam pegando trem ou ônibus lotado para poder ir trabalhar.

Epidemiologista e uma das coordenadoras do GT Racismo e Saúde da Abrasco, docente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Edna Araújo a ressaltando em vários documentos a negação de direitos vivenciada cotidianamente pela maioria dos negros e negras no País:

No Brasil, o enfrentamento à pandemia da Covid-19 tem desvelado não somente a insuficiência do nosso sistema de saúde – aliás, condição comum a muitos sistemas de saúde do mundo mediante uma pandemia –, mas também a desigualdade social oriunda da alta concentração de renda e do racismo nas suas mais variadas formas, que fazem com que o nascer, viver, adoecer e morrer da população negra sejam mediados por condições de miserabilidade, de privação de direitos, de moradia e de emprego formal.

Cabe, ainda, ressaltar que, em um país profundamente marcado pelo patriarcado, em que as inserções de trabalhadores e trabalhadoras negros e negras também são marcadas pelo gênero, as mulheres negras foram “duplamente” penalizadas.

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 2021⁹. O estudo, ligado à Rede de Pesquisa Solidária, que reúne várias instituições públicas e 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, o que demonstra 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, com exceção da agricultura, os homens negros possuem maiores riscos do que os enfrentados pelos brancos, de acordo com o estudo. O trabalho determina a mortalidade maior mesmo entre advogados, com risco 43% maior, e engenheiros e arquitetos, com 44%.

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 anteriormente, há uma incidência considerável nesse público de medo, ansiedade, desânimo, exigências de processos de luto, entre outras demandas psicossociais.

A 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, protocolado em agosto de 2020, aponta que “grande parte das vidas perdidas no Brasil por Covid-19 poderiam ser salvas, como se

9 “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.” (BALTHAZAR, 2021).

observa em diversos países do mundo que exerceram políticas e uma gestão de saúde observando os parâmetros da ciência e da Organização Mundial de Saúde (OMS)”.

No documento protocolado, 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, além de praticar 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;
- negar medidas de atendimento e enfrentamento à Covid-19 em comunidades mais vulnerabilizadas, entre 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;
- participar e endossar 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 da alegação;
- intervir em cargos públicos com a finalidade de proteger seus familiares de investigações criminais.

Para além da apresentação dos crimes, ações e omissões do governo Jair Bolsonaro na condução da pandemia, na perspectiva do Movimento Negro organizado, enumeram-se, ainda, os DIREITOS VIOLADOS:

- o Direito constitucional e universal à vida e à segurança individual;
- o Direito constitucional e universal à saúde;
- o Direito constitucional à saúde pública;
- o Direito à não discriminação racial;
- o Direito ao patrimônio histórico e cultural das comunidades quilombolas;
- o Direito ao acesso à informação e liberdade de expressão;
- os Direitos ao livre exercício do Poder Legislativo, do Poder Judiciário e dos poderes constitucionais dos estados;
- o Regime democrático;
- os Princípios constitucionais da probidade administrativa.

4.2.6.2. Discriminação de gênero

Para eliminar a discriminação de gênero, o Comitê recomenda a elaboração de uma estratégia ampla de promoção do direito à saúde da mulher, em todas as suas dimensões. Esse exercício deve necessariamente abordar a questão da violência doméstica e do feminicídio.

No entanto, conforme exposto no item 4.1.2, não houve adoção de ações que garantiriam a ampliação da rede de proteção e atendimento às mulheres, bem como a não houve adoção de medidas que evitassem a sobrecarga de trabalho a elas. Conforme a pesquisa “O trabalho e vida das mulheres na Pandemia” (GÊNERO E NÚMERO; SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA, [2020?]), 50% das mulheres passaram a cuidar de alguém na pandemia; 72% são responsáveis pelo cuidado de crianças, idosos ou pessoas com deficiência. Em casa, os tempos do cuidado e os tempos do trabalho remunerado se sobrepõem no cotidiano das mulheres; 41% das mulheres que seguiram trabalhando durante a pandemia com manutenção de salários afirmaram trabalhar mais na quarentena.

Tomando em conta as mortes de mulheres ocorridas durante o período pandêmico, que ocorreram e ocorrem no especial contexto misógino ampla e abertamente propagado pelo Presidente Jair Bolsonaro, pode-se caracterizar tal situação como “feminicídio de Estado”, conforme aborda a advogada e pesquisadora no âmbito da elaboração deste documento doutora Soraia Mendes (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021). A pesquisadora define como feminicídio de Estado “[...] 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 poder, construída e naturalizada como padrão de menosprezo ou discriminação ao gênero feminino.” Assim, Soraia Mendes enfatiza que 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.

É determinante, como nota a pesquisadora, que a misoginia expressa diretamente pelo senhor Presidente da República e seus subordinados nunca esteve no campo de discursos estrategicamente desconectados, sem finalidades específicas, sendo capazes de impulsionar objetivamente atos que resultaram, e resultam, em mortes de mulheres.

A misoginia é a repulsa e o ódio às mulheres. E essa forma de aversão ao feminino está diretamente vinculada aos atos de violência praticados contra as mulheres, além de ser a principal responsável por grande parte dos feminicídios e pelas outras violências.

Para enfatizar ainda mais sua misoginia, no dia 7 de outubro de 2021, Jair Bolsonaro vetou (BRASIL, 2021i) a previsão de distribuição gratuita de absorventes femininos para estudantes de baixa renda e pessoas em situação de rua na Lei Federal nº14.214/2021, que institui a criação do Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual. A distribuição de absorventes era a principal medida determinada pelo programa. Segundo a senadora Marília Arraes, idealizadora do projeto aprovado pela Câmara e pelo Senado, a pobreza menstrual, um problema que já atingia milhões de mulheres no mundo, sendo que uma a cada quatro jovens não frequenta as aulas durante o período menstrual porque não tem absorvente, teve seus efeitos agravados pela pandemia. As

estudantes de baixa renda e mulheres em situação de rua não têm garantido o mínimo necessário à dignidade e à higiene pessoal.

Quando se trata do corpo da mulher, o Governo quer que ela seja fértil e maternal, pois a obriga a ter um filho, mesmo que ela não queira. Ou seja, a mulher não pode definir as regras do próprio corpo. Mas o ciclo menstrual, que garante uma gestação, pode ser ignorado. Sangrar pernas abaixo, deixar de frequentar a escola nos dias de menstruação, pode, mesmo sendo necessário passar por desconforto e humilhação, pois o Governo misógino se recusou a prestar o mínimo de assistência. Todo este contexto, agravado pela pandemia, demonstra fortes indícios de dúvida sobre a *causa mortis* de mulheres na pandemia, **fato violador do princípio de não discriminação**.

4.2.6.3. Discriminação de povos indígenas

A seguir, são elencadas por Luiz Eloy Terena (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), advogado e pesquisador nesta iniciativa, as principais violações que ferem o princípio de não discriminação aos povos indígenas constatadas neste período de pandemia.

Ausência de dados/transparência do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi): os dados do Siasi são somente acessáveis mediante solicitação oficial via Lei do Acesso à Informação, ao contrário de outras bases de dados em saúde produzidas pelas agências governamentais. Assim, se o Ministério da Saúde tem historicamente investido na disponibilização de dados na área da saúde através de sistemas específicos (entre os quais o SIM, Sinam, Sinasc, entre muitos outros), seria esperado que ocorresse o mesmo com o Siasi. A demanda por disponibilização pública dos dados do Siasi foi um tema recorrente discutido no âmbito da ADPF 709, e, mesmo após determinação do Supremo Tribunal Federal (STF), não foi possível o acesso aos dados por parte dos especialistas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Exposição imediata dos povos indígenas ao vírus: a Fiocruz analisou o risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas levando em consideração as vulnerabilidades geográficas e sociodemográficas. A vulnerabilidade geográfica dos indígenas foi determinada pela ocupação de territórios localizados em municípios classificados segundo níveis de probabilidade de risco imediato de epidemia, estimado para a população municipal. A situação foi analisada em três momentos distintos do curso da pandemia no País, tendo como datas de análise os dias 18 de abril de 2020, 5 de maio de 2020 e 20 de maio de 2020. Na última data disponível da análise, 66,1%, 60,8%, 54,2% e 34,9% da população indígena nas regiões Sul-Sudeste, Nordeste, Amazônia Legal e Centro-Oeste respectivamente residiam em municípios de elevado risco para a epidemia (FIOCRUZ, 2020a, 2020b). Com a disseminação inicial da Covid-19 por via aeroviária para as capitais da região litorânea do País e para capitais das regiões Norte e Centro-Oeste, as terras indígenas geograficamente mais vulneráveis em meados de abril de 2020 eram aquelas localizadas, em sua maioria, próximas a centros urbanos como Manaus, eixo Rio Branco-Porto Velho, Fortaleza, Salvador e capitais do Sul e Sudeste (FIOCRUZ, 2020a).

Em 5 de maio de 2020, identificavam-se como em alto risco para a pandemia, por exemplo, as terras indígenas da Amazônia Legal situadas na calha dos rios Solimões e Amazonas e seus afluentes, terras no Amapá e Norte do Pará, Altamira, Médio e Alto Purus, região Yanomami, vale do rio Javari e alto rio Juruá (FIOCRUZ, 2020b). Esses dados apontavam que seria fundamental a agilidade da resposta governamental para conter o avanço da transmissão. Lamentavelmente, apesar de a pesquisa (FIOCRUZ, 2020a; 2020b; HALLAL *et al.*, 2020) apontar que a população indígena em contexto urbano precisava ser contemplada nas estratégias de controle da pandemia direcionadas aos povos indígenas, até o momento, a resposta governamental tem sido a omissão.

Ausência de resposta do Governo brasileiro: a Sesai apresentou, em 11 de março de 2020, o *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana do novo Coronavírus COVID-19*. Esse documento não apresenta a operacionalização (responsáveis, metas, prazos) necessária para a implementação das medidas indicadas, tampouco como será feito seu monitoramento. Além disso, faltam indicadores sobre diagnósticos da capacidade instalada, da força de trabalho, de insumos necessários para as medidas de enfrentamento e dos aportes orçamentários a serem aplicados.

Ausência de protocolo sanitário e testagem dos trabalhadores: o primeiro caso de Covid-19 entre indígenas foi confirmado pela Sesai em 1 de abril de 2020. O caso ocorreu em uma agente indígena de saúde do DSEI Alto Solimões, que se infectou durante o trabalho a partir de um colega médico que havia se deslocado para São Paulo. Somente em agosto de 2020 a Sesai organizou um protocolo sanitário de entrada em territórios indígenas, prevendo a testagem dos trabalhadores antes de transitar em terras indígenas, com vistas a minimizar os riscos de transmissão da Covid-19 entre os profissionais e usuários.

4.2.6.4. Discriminação de crianças e adolescentes

Órfãos da Covid-19

O primeiro ponto que deve ser abordado para demonstrar a violação aos direitos de crianças e adolescentes foi a ideia que se disseminou desde o início da pandemia de que crianças não são afetadas pela Covid-19. De acordo com reportagem da BBC (SANCHES, 2021), a cientista Susan Hillis, pesquisadora de doenças infecciosas do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, afirma que a magnitude no número de órfãos expõe exatamente o oposto, mas autoridades de diferentes países e a sociedade em geral têm ignorado ou agido de modo lento demais para ajudar esses menores de idade em situação tão extrema.

A vulnerabilidade social e econômica afetou grande número de crianças e adolescentes, tornando-se símbolo de uma pandemia que vem marcando drástica e irreversivelmente uma geração de brasileiros. Segundo estimativas, mais de 113 mil menores de idade brasileiros perderam o pai, a mãe ou ambos para a Covid-19 entre março de 2020 e abril de 2021. Se consideradas as crianças e adolescentes que tinham como principal cuidador os avós/avôs, esse número salta para 130 mil no País.

De acordo com organizações não governamentais que atuam junto a órgãos de proteção da infância no Brasil, o atendimento social para menores de 18 anos de idade foi bastante afetado em 2020, em decorrência da suspensão das atividades presenciais. Muitos casos passaram meses sem encaminhamento, o que pode ter causado um “re-pesamento” no levantamento real de órfãos, aponta a fala do ONG Aldeias Infantis SOS Brasil, organização de atuação nacional, em reportagem da CNN Brasil (MANCUSO, 2021).

Essas crianças, na maioria dos casos, não irão para adoção. Mas precisam de políticas públicas para ter estrutura socioeconômica e emocional, porque, muitas vezes, nem há espaço nas casas dessas famílias para receber novas pessoas.

Programa Nacional de Alimentação Escolar

O segundo aspecto referente à violação do princípio de não discriminação de crianças e adolescentes diz respeito à suspensão das atividades presenciais, como já mencionado. Nesse contexto, ocorreram graves violações do direito à alimentação e nutrição adequadas conforme Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). O PNAE é um dos programas consolidados da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Muitos governos municipais e estaduais decidiram pela adoção de distribuição de cestas de alimentos para as famílias com crianças e jovens frequentando a escola pública.

Alguns governos introduziram a utilização de um cartão magnético com o qual a família podia comprar os produtos alimentícios de sua preferência no comércio local. A grande maioria de governos optou por restringir a distribuição de cestas e kits de produtos alimentícios para famílias inseridas no cadastro único, reduzindo drasticamente o número de beneficiários, violando provisão constitucional que estabelece o programa como universal para todas as crianças e jovens frequentando escolas públicas.

Um estudo de caso elaborado pela Relatoria Nacional para o Direito Humano à Alimentação da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (Plataforma DHESCA) em 2020 (SANTARELLI) documentou as múltiplas violações cometidas pelo governo do estado do Rio de Janeiro, por governos municipais do mesmo estado e outras autoridades. Nesse caso, foi também detectada uma violação do direito humano à alimentação e nutrição adequadas (DHANA) por parte do Ministro Toffoli, juiz do Supremo Tribunal Federal, ao aceitar o recurso de um município fluminense no sentido de manter a distribuição de cestas somente para famílias já inscritas no Cadastro Único, em contraposição à ordem judicial do Tribunal Regional do Estado do Rio de Janeiro que demandava a distribuição da alimentação escolar para todos e todas alunos/alunas matriculados/as em escolas públicas.

Entre as múltiplas recomendações da Relatoria às autoridades, destacamos as que seguem: ao Fundo Nacional de Desenvolvimento escolar, demanda-se ampliação do orçamento do PNAE e reativação do grupo consultivo do programa como espaço legítimo de participação social; à Prefeitura de Remanso (Bahia), é demandado o atendimento universal a todos os escolares de todas as escolas públicas e revisão da composição das cestas priorizando alimentos frescos preferencialmente adquiridos da agricultura regional familiar; ao governo do Rio de Janeiro, demanda-se o uso do máximo de recursos disponíveis e a vedação do retrocesso social para assegurar o direito humano à

alimentação e nutrição das crianças e adolescentes das escolas públicas, além de rever a orientação sobre composição das cestas feitas às escolas sugerindo aquisição de produtos da agricultura familiar; ao judiciário, recomenda-se que o pleno do STF reveja decisão do Ministro Dias Toffoli que desobriga o estado do Rio de Janeiro da distribuição universal de cestas, acatando recurso de agravo protocolado pela Defensoria Pública.

Ainda no âmbito da operacionalização do PNAE, a maioria dos governadores e prefeitos optou pela suspensão das compras diretamente da agricultura familiar local e regional, definida em legislação nacional, com enormes prejuízos para os agricultores familiares envolvidos com o programa, agravando a situação já precária de insegurança alimentar no seio da população rural.

4.2.6.5. Discriminação de idosos

O direito à saúde dos idosos foi o mais desafiado pela Covid-19, devido à gravidade da manifestação clínica dessa virose em pessoas da terceira idade, uma vez que a imunossenescência (diminuição das funções do sistema imunológico), comum em idosos, os predispõe a desfechos negativos em relação às doenças infecciosas, como a Covid-19 (ZHANG, 2020). Além disso, uma parte considerável da população idosa possui uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão arterial, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, cardiopatias, entre outras (BRASIL, 2019b), que são importantes fatores prognósticos de quadros mais graves da doença (CDC, 2020). Outro ponto relevante é que o distanciamento social, fundamental para a redução da transmissão da Covid-19, especialmente para as pessoas com mais de 60 anos, limita o acesso dos idosos aos serviços de saúde para o acompanhamento regular, o que pode agravar ou descompensar condições clínicas preexistentes.

Além da grande ameaça à vida, a pandemia pode colocar pessoas idosas em maior risco de pobreza, perda de suporte social, trauma de estigma, discriminação e isolamento. A pandemia coincide com o envelhecimento populacional, considerado o principal evento demográfico do século XXI em âmbitos mundial (YENILMEZ, 2015) e nacional (GRAGNOLATI, 2011). A Constituição brasileira, no seu artigo 230, dispõe que, além da família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, “defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Além disso, o Brasil, como signatário do Plano Internacional de Envelhecimento do Idoso, de abril de 2002, firmado sob organização da ONU em Madri, na Espanha, tem o compromisso de reconhecer a vulnerabilidade dos idosos em situações de emergência humanitária, como é o caso de uma pandemia.

O sociólogo Norbert Elias, no seu livro *Solidão dos Moribundos: Seguido de Envelhecer e Morrer*, afirma que envelhecer está relacionado com distanciamento social, invisibilidade, luto e abandono. Essas questões preocupam ainda mais no contexto atual da inesperada pandemia da Covid-19. Esses efeitos são menos visíveis do que as altas taxas de letalidade e mortalidade, mas representam sérias consequências para os idosos e suas famílias.

Idosos morando sozinhos podem precisar de ajuda para adquirir alimentos, suporte afetivo, econômico, cuidados à saúde e outros elementos. Idosos que moram com outras

pessoas correm o risco de serem contagiados por integrantes do lar que mantenham contato com o exterior.

A pandemia atual e as recomendações de distanciamento que vieram a seguir aumentaram a consciência pública sobre os impactos psicológicos das medidas de distanciamento social e da solidão que muitas pessoas estão experimentando. Na vida cotidiana de muitos idosos, esse sentimento é comum, entretanto, silenciado pela sociedade.

Identificar e atender, o mais cedo possível, na pandemia, aos idosos que moram sozinhos é uma das recomendações da ONU. Estratégias de proximidade e redes de suporte para mitigar a solidão e o distanciamento social incluem o uso de internet e celular. Entretanto, segundo a pesquisa “Idosos no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho”, essa opção é limitada em um país como o Brasil, com alto percentual de idosos analfabetos (atingindo mais de 40% em alguns estados, segundo o último censo), de famílias pobres que não têm disponibilidade de internet e com dispositivos móveis não adaptados às limitações do envelhecimento.

Como saída a essa situação, a pesquisa anteriormente citada aponta que os resultados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA), da Inglaterra, mostram que estratégias de prevenção primária visando diminuir o impacto da solidão e do isolamento social podem ajudar a prevenir doenças crônicas entre idosos. No Brasil, os agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família têm um papel importante na identificação e no acompanhamento de idosos sozinhos e com necessidade de suporte. Entretanto, **mudanças da Política Nacional de Atenção Básica, desde 2017, debilitaram as equipes dos territórios e desqualificaram o trabalho dos ACS, agravando o risco de desassistência de parte significativa da população, especialmente na pandemia.** Teme-se retrocesso quanto ao importante papel da atenção primária na redução de internações e de mortalidade por causas evitáveis em idosos, observada desde o começo do século XXI.

4.2.6.6. Discriminação de pessoas com deficiência

Apesar de a deficiência não se enquadrar, a princípio, como fator para que a pessoa faça parte do grupo de risco para contaminação pelo coronavírus – conforme informa o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos em sua cartilha direcionada a essa população, a Lei Brasileira de Inclusão afirma, no parágrafo único de seu artigo 10, a condição de vulnerabilidade da pessoa com deficiência em situações de emergência pública; e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) também recomenda que todas as pessoas (BERNARDES, 2021) com deficiência sejam incluídas como grupo de risco para a infecção pela Covid-19. E é dever também da sociedade assegurar a efetivação dos direitos das pessoas com deficiência.

Conforme o CNS, o atual Governo se esconde através de posições assistencialistas relacionadas às pessoas com deficiência. Entretanto, é necessário evidenciar que o Executivo não apresenta propostas para garantia dos seus direitos; ao contrário, ameaça os já conquistados. É importante salientar **a ausência de protocolos de atendimentos de pessoas com deficiência infectadas pela Covid-19, assim como a violação cons-**

tante do seu direito ao acesso de informações, já que recursos de audiodescrição, libras, legendas, documentos em meios e formatos acessíveis e linguagem simples.

O básico ainda precisa ser exigido, e entender os corpos das pessoas com deficiência como políticos os fortalece para o reconhecimento de discriminações e enfrentamentos para garantia e acesso aos direitos.

4.2.6.7. Discriminação da população LGBTQIA+

As pessoas LGBTQIA+ são historicamente expostas a violências: de ordem física, material, simbólica e/ou psicológica. Em um período de crise sanitária, econômica e social, isso pode ser intensificado, levando em conta a necessidade de políticas de isolamento social. É necessário considerar que os impactos na saúde mental dessa população podem ser mais agravados do que em populações que não sofrem preconceito de forma estrutural e institucional.

Muitas pessoas desse grupo já se encontram vivendo alguma forma de isolamento social, devido aos preconceitos sofridos, à não aceitação de sua identidade de gênero ou orientação sexual por parte da família, à dificuldade de serem inseridas em espaços públicos/sociais, como empregos, universidades, entre outros. Muitas vezes, o próprio ambiente doméstico e familiar é o lugar onde acontecem agressões e violações aos direitos das pessoas LGBTQIA+. Logo, estar confinado com pessoas que, por muitas vezes, não aceitam sua identidade de gênero e/ou sua orientação sexual pode ser algo extremamente doloroso. Porém, devido à Covid-19, pessoas LGBTQIA+ que não possuem abrigo e/ou estejam desempregadas podem necessitar retornar à casa de familiares, muitas vezes LGBTQIA+fóbicos.

Outro aspecto que é importante ressaltar quanto ao descaso com a população LGBTQIA+ é o de que, com o avanço da Covid-19 no Brasil, determinou-se apenas a operacionalização de atividades essenciais em todo o território nacional; entretanto, os atendimentos relativos ao processo transexualizador no SUS realizados em caráter ambulatorial ou hospitalar não foram enquadrados no rol de atividades essenciais. Consequentemente, as consultas para orientação quanto ao acesso e uso da hormonização, consultas com equipe multi e interdisciplinar e a própria confiança e segurança que os usuários possuíam no serviço foram desregulados à medida que as informações sobre a continuidade de acesso ao PTSUS tornaram-se fragmentadas e imprecisas, podendo desencadear desfechos de automedicação e disforias (FERREIRA, 2020). Ainda, **as incipientes informações de retorno e a continuidade de consultas no SUS podem desencadear efeitos psicológicos e emocionais.** A recomendação é de que o Estado possa minimizar os efeitos dessas divergências a partir da organização e implantação de teleatendimentos para acesso aos medicamentos e ao acolhimento, visto que nesse período pode haver potencialização dos discursos de ódio e violência intrafamiliar; além dos teleatendimentos psicossociais que se configuram como ferramenta importante no SUS (FERREIRA, 2020).

4.2.6.8. Discriminação da população encarcerada

Conforme os pesquisadores no âmbito deste documento Cristian Gamba (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), os efeitos da gestão da pandemia no Brasil considerando a população encarcerada, 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, agrava-se no contexto descontrolado de disseminação de uma doença.

No contexto da pandemia, a Comissão Interamericana editou a Resolução n. 01/2020, que recordou aos Estados-Membros do sistema interamericano que, ao emitirem medidas de emergência e contenção em relação à pandemia, 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 liberdade. Assim, 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 de 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, 2020).

Conforme apontam os pesquisadores, no Brasil, a emergência sanitária colocava diante das autoridades a terceira maior população encarcerada do mundo (748 mil presos), segundo dados do Infopen (BRASIL, 2020). E aqui, diferentemente de em outros países, o próprio Estado reconheceu cautelarmente, em 2015, a situação de graves violações de direitos humanos no ambiente carcerário, em ação judicial pedindo o reconhecimento de um “estado de coisas inconstitucional” do sistema carcerário brasileiro.

É importante ressaltar que a capacidade do sistema carcerário brasileiro hoje é de 440,5 mil; há um déficit de 241,6 mil vagas (regimes fechados, provisório, semiaberto), o que quer dizer que as prisões no Brasil estão 54,9% acima da capacidade. 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 fossem contabilizados, o número chegaria a quase 748 mil.

Sob o ponto de vista sindêmico, Gamba (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) entende que esses dados se relacionam também com as condições sanitárias encontradas pelo vírus no ambiente carcerário e a precária assistência médico-hospitalar. Os dados Infopen do primeiro semestre de 2020 (BRASIL, 2020), embora com uma ligeira melhora em relação a 2019, mostravam que, quanto 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, 1.534 enfermeiros, 868 clínicos gerais, 71 médicos especialistas para um contingente de mais de 700 mil pessoas. Os dados também mostram 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 população feminina (1004 mulheres) eram portadoras de HIV; 28,4% (6.607) eram homens com tuberculose; 30,3% (680) eram mulheres com sífilis.

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 de Estado da Justiça e Segurança Pública e da Saúde, tratando 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 parágrafo 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”.

Gamba (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) destaca, na realidade brasileira de superlotação carcerária, a precariedade da medida adotada pelo Governo Federal diante de um caso suspeito/confirmado de Covid-19. 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. Trata-se de uma medida bastante genérica, que não prevê de forma específica como esses procedimentos devem ser realizados, nem mesmo como serão fornecidos os materiais e insumos necessários para o seu respectivo cumprimento.

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. 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 e ampliação do rol de itens permitidos, fornecimento ininterrupto de água, designação de equipes médicas em todos os estabelecimentos, fornecimento de equipamentos de proteção individual. Recomenda, ainda, o procedimento a ser adotado em casos de suspeita ou confirmação de infecção por

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.

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.

Quadro 3. Testes realizados x casos confirmados em indivíduos privados de liberdade.

	Testes realizados	Casos confirmados
Sistema Prisional	354.019	66.040
Sistema Socioeducativo	20.879	2.637

Fonte: Dados organizados a partir de informações do Conselho Nacional de Justiça (2021).

Considerando que o Brasil possuía, segundo dados do mais recente Infopen (BRASIL, 2019), 748.009 pessoas privadas de liberdade no sistema prisional adulto, pode-se concluir que, aproximadamente, 8,8% dos presos brasileiros foram infectados pela Covid-19, desconsiderando eventuais subnotificações. 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.

Quadro 4. 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 (2021).

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.

Gamba (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) ressalta que foi constatada a total omissão do Poder Executivo Federal, não tendo sido encontrado nenhum ato normativo que contivesse determinações ou orientações voltadas para a redução da superlotação carcerária nos espaços de privação de liberdade. Com isso, a tarefa de promover as medidas necessárias nessa seara ficou a cargo dos demais poderes, sobretudo o Judiciário e os Executivos estaduais. Ou seja, o Poder Executivo Federal, mais uma vez, **violou o princípio da não discriminação**.

A maioria das medidas utilizadas pelo judiciário como forma de prevenção à disseminação gerou ainda mais restrições aos direitos dos apenados, uma vez que houve a redesignação de audiências, estendendo o tempo de permanência no cárcere; a para-

lisação da realização de audiências de custódia, instrumento essencial para apuração dos casos de maus-tratos e tortura; a suspensão ou restrição de visitas e entrada de alimentos, entre outros efeitos. 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 (CNJ, 2020).

4.2.6.9. Discriminação da população em situação de rua

A pandemia trouxe mais um agravante à população em situação de rua, fazendo as pessoas ficarem ainda mais vulneráveis, já que estão mais expostas ao vírus do que outros grupos, pois, apesar de a rua ser um lugar arejado, eles estão expostos a todos os vírus e a todo tipo de infecção, não têm condições de fazer higienização, usar máscaras, isolar-se. A falta de proteção aumenta muito a vulnerabilidade dessas pessoas.

Veridiana Machado, representante do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Ciamp-Rua), afirma em matéria divulgada pela Fiocruz (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2020), que não se sabe ao certo quantas pessoas estão em situação de rua, mas, com a pandemia, é algo que nos salta aos olhos. O número é expressivo, inclusive de crianças nos sinais pedindo dinheiro. “Basta ir à rua e ver [...]”, afirma.

Nota-se a mudança de perfil nas novas pessoas em situação de rua: são pessoas pertencentes à classe trabalhadora que não conseguem mais pagar seus aluguéis e contas e estão indo para as ruas em busca de alimento, mas permanecem por não terem mais como se manter. Segundo o pesquisador do Núcleo de População em Situação de Rua da Fiocruz Brasília Marcelo Pedra, na mesma matéria da Fiocruz, há agravamento da situação econômica e social no país.

Em março de 2020, a população em situação de rua no Brasil chegou a quase 222 mil pessoas, o que representa um aumento de 140% desde setembro de 2012. Visto que a crise econômica foi acentuada em decorrência da Covid-19, segundo o Ipea, estima-se que a população em situação de rua tenha aumentado ainda mais nos últimos meses.

Vanilson Torres, que passou 27 anos nas ruas de Natal e hoje é representante do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, afirma na matéria citada: “Já vivíamos a falta de políticas públicas para a população em situação de rua, mas a pandemia só escancarou tudo isso”. E se pergunta: “Como ficar em casa se não temos moradia? Como usar máscara se não temos onde lavar? Já vivemos socialmente isolados. Passamos fome, frio e ainda enfrentamos a Covid-19.” A pandemia desnudou as mazelas sociais existentes, afirma Vanilson (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2020), que também demonstra preocupação com a assistência a crianças e adolescentes em situação de rua e o futuro delas.

Outro aspecto que mostra a **discriminação à população em situação de rua** é o déficit de abrigos para acolhimento em estados e municípios brasileiros. De acordo com Veridiana Machado, representante do Ciamp-Rua, não houve ampliações de vagas em abrigos e nem projetos de moradias, mas as remoções continuaram acontecendo. Muitos foram removidos junto com seus pertences como se fossem lixo. Da mesma forma,

o acesso ao Auxílio Emergencial não contemplou as pessoas em situação de rua, pois não conseguiram se cadastrar para receber a renda pelo processo burocrático, como a obrigatoriedade de inclusão de um telefone celular no cadastro, por exemplo, além de problemas no acesso a alguns serviços que passaram a atender de forma remota durante a pandemia.

É notória a falta de respostas do poder público quanto às desigualdades raciais durante a pandemia, assim como para a questão de gênero, aos indígenas, às crianças e adolescentes, aos idosos, às populações em situação de rua, LGBTQIA+ e carcerária. Não houve políticas específicas capazes de mitigar os impactos da crise a essas populações vulnerabilizadas, **ação que comprova o não cumprimento do princípio de não discriminação de um governo que adotou uma política de extermínio** a quem não tem “histórico de atleta” como o Presidente Jair Bolsonaro.

4.2.7. Violação dos princípios de acessibilidade e qualidade

Garantir acessibilidade e qualidade em saúde é essencial para que a atenção primária em saúde (APS) seja fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor à pandemia, tendo em vista sua capilaridade e alcance a parcelas da população expostas a riscos excessivos devido a suas condições de vida. A Covid-19 mostrou que discursos e práticas de redução do tamanho do Estado, flexibilização das leis trabalhistas, desmonte do sistema de proteção social, desvalorização e desinvestimento em ciência, tecnologia e ensino, precarização de serviços públicos de saúde, além de serem equivocados, são violadores de direitos humanos, inclusive dos direitos à saúde e à vida.

Segundo a Fiocruz e Abrasco (MEDINA *et al.*, 2020) “Sem retirar a importância da adequada estruturação da atenção especializada voltada aos casos mais graves da Covid-19, é preciso alertar que, no âmbito da atenção primária à saúde (APS), muito pode e precisa ser feito.” Pois, como apontam a Fiocruz e Abrasco, quando há ausência de vacinas e de medicamentos específicos, bem como a alta transmissibilidade da infecção, entende-se que as únicas intervenções eficazes que podem controlar a pandemia “são medidas de saúde pública como isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos, com o propósito de reduzir o contágio, evitando sofrimento e morte, ao frear a velocidade da pandemia”. Ao mesmo tempo, é necessário dotar o sistema de recursos para oferecer a atenção adequada e oportuna. No entanto, o que se identificou em relação à APS foi a restrição à quantidade de usuários no serviço. Se, antes, havia a preocupação de atenção voltada para o indivíduo, envolvendo sua família e contexto, durante a pandemia, isso se tornou um desafio, considerando a necessidade de distanciamento e de redução das aglomerações.

Os usuários eram constantemente estimulados e convidados a frequentar o serviço numa perspectiva de promoção de saúde e prevenção de doenças – a exemplo das pessoas hipertensas e diabéticas, que requerem um maior acompanhamento para adesão ao tratamento, incluindo mudança no estilo de vida e tratamento medicamentoso para prevenção de complicações, internações hospitalares e mortalidade. Mesmo sabendo que esses pacientes são os que apresentam mais risco em relação ao agravamento da

Covid-19, com a pandemia, eles são orientados a buscar atendimento apenas mediante o aparecimento de sintomas sugestivos da infecção.

Além disso, alguns atendimentos e consultas foram suspensos, a fim de diminuir o fluxo de pessoas nas unidades básicas de saúde (UBS): crescimento e desenvolvimento infantil (C e D), Hipertensão (ocorrendo apenas renovação de receita), exame citopatológico, fisioterapia e saúde mental (apenas renovação de psicotrópicos).

Se, por um lado, percebeu-se maior empenho na abertura de novos leitos e equipamentos para cuidado intensivo nos hospitais, por outro lado, nota-se drástica diminuição na APS, fazendo com que os pacientes busquem serviços secundários e terciários em detrimento dos serviços primários. **Violam-se, assim, os princípios de acessibilidade e qualidade.**

5. Conclusões a respeito das violações constatadas

O conjunto de entidades que apresenta este documento demanda que justiça seja feita para as centenas de milhares de famílias que perderam seus entes queridos de forma prematura, evitável e desnecessária devido a uma gama de violações de direitos humanos decorrentes de uma série incontável de atos de omissão e comissão por parte de representantes do Governo Federal do Brasil, sob a liderança política do Presidente da República Jair Messias Bolsonaro. O mandatário, que não demonstrou, em momento algum, qualquer empatia aos acometidos pela Covid-19 – muito pelo contrário, ridicularizava-os chamando-os de “fracotes” –, deixou claro que a vida, o bem mais caro de seus concidadãos, que o elegeram para governar o País, não tinha o menor valor para ele. Temos certeza de que o conjunto de provas, testemunhos e evidências que coletamos neste Documento de Denúncia são uma demonstração de que o Presidente Bolsonaro e seus associados devem ser chamados à responsabilidade pelos crimes cometidos.

A violação que articula todas as outras refere-se ao não cumprimento do estabelecido no artigo 6º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, que “reconhece e protege o direito à vida de todos os seres humanos”. O Comitê de Direitos Humanos, no Comentário Geral 36, atualizado em 2018, define que esse

[...] É o direito supremo do qual nenhuma derrogação é permitida, mesmo em situações de conflito armado e outras emergências públicas que ameacem a vida da nação. O direito à vida tem uma importância crucial tanto para os indivíduos quanto para a sociedade como um todo. É muito precioso por si mesmo como um direito inerente a todo ser humano, mas também constitui um direito fundamental, cuja proteção efetiva é o pré-requisito para o gozo de todos os outros direitos humanos e cujo conteúdo pode ser informado por outros direitos humanos (COMENTÁRIOS..., 2018, p. 68).

E continua:

O direito à vida é um direito que não deve ser interpretado de forma restrita. Diz respeito ao direito dos indivíduos de estarem livres de atos de comissão ou omissão que se destinam a ou potencialmente podem causar sua morte não natural ou prematura, bem como impedi-lo de desfrutar uma vida com dignidade. O artigo 6º garante este direito a todos os seres humanos, sem distinção de qualquer espécie, inclusive para os suspeitos ou condenados, mesmo pelos crimes mais graves (COMENTÁRIOS..., 2018, p. 197).

Ao mesmo tempo, de forma articulada, o Governo brasileiro, sob a liderança do Presidente Bolsonaro, violou o direito à saúde (artigo 12 do PIDESC) de muitos milhões

de brasileiros e brasileiras que contraíram o coronavírus. Tal situação poderia ter sido evitada caso o Estado brasileiro tivesse adotado integralmente as medidas propostas pela OMS e a comunidade científica internacional e nacional; caso o mais alto dignatário do País tivesse apoiado a coordenação em âmbito nacional das medidas de fortalecimento dos equipamentos de terapia intensiva, distanciamento social, utilização da capacidade nacional instalada para a produção de vacinas, uso da máscara e higienização com álcool em gel, em vez de contrapor-se ostensivamente a essas ações em suas entrevistas, *lives* e atividades públicas, conforme fartamente documentado neste relatório. Impossível estimar, neste momento, a magnitude das sequelas deixadas nos que contraíram a virose, que ônus trará para sua qualidade de vida e com a implicação de quais custos para o SUS.

As provas são contundentes de que o Estado brasileiro estava de posse de todas as informações necessárias para adotar, a tempo, as estratégias necessárias para conter a expansão acelerada da pandemia e a decorrente alta mortalidade. Ao não adotar o princípio da governança antecipada, o Estado brasileiro violou uma série de provisões internacionais sanitárias e de direitos humanos, bem como provisões nacionais.

A pandemia se instalou no País no bojo de uma política econômica recessiva associada a medidas de austeridade fiscal, que têm como carro-chefe a Proposta de Emenda Constitucional n. 95, aprovada em dezembro de 2016, também conhecida como Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, que limita os gastos primários, em particular para a garantia de direitos sociais constitucionais e da seguridade social, a serem corrigidos unicamente pela inflação anual até 2036. Análises prospectivas sobre o impacto de uma redução significativa de recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde indicam que há uma clara violação ao princípio de vedação do retrocesso social, resultando em enorme impacto negativo na realização dos direitos que são constitucionalmente garantidos pela universalidade e integralidade, como o direito à saúde e à educação (MENDES SANTOS, 2019).

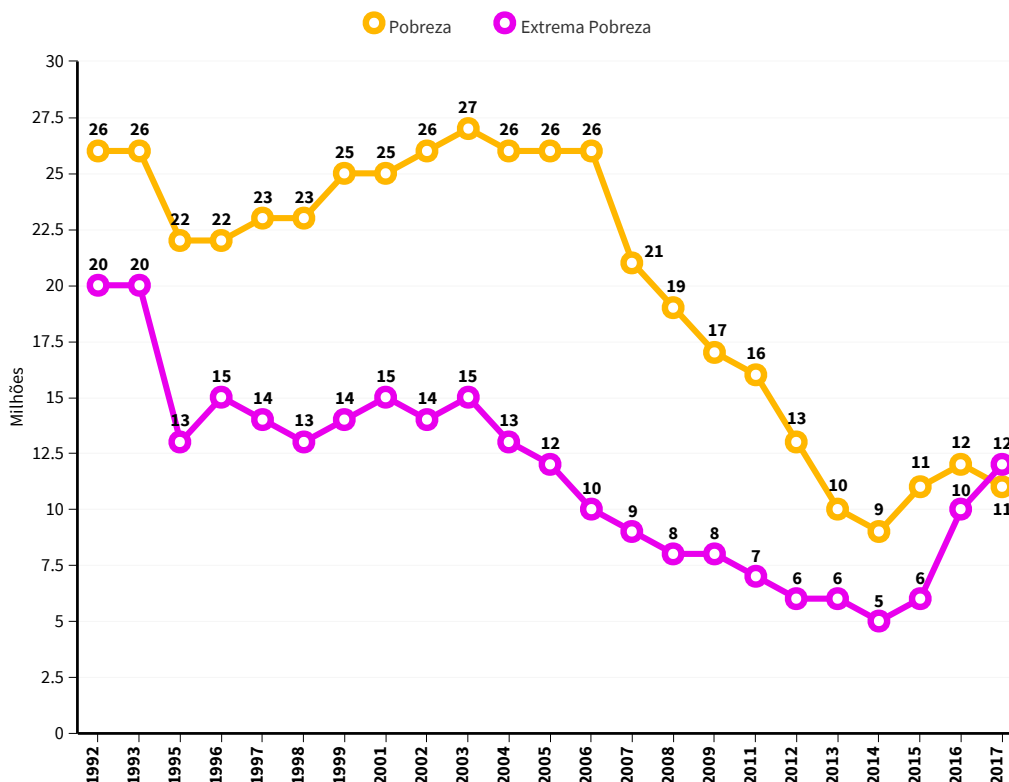
Há fortes evidências de que o processo ocorre em um contexto de retrocesso planejado na área da saúde, com uma postura de negação de direitos; busca-se, intencional e sistematicamente, a desconstrução da garantia constitucional do direito humano à saúde, que estabelece a universalidade do Sistema Único de Saúde, devidamente regulamentado e institucionalizado. O projeto do atual Governo é reduzir ao máximo a atenção pública básica em saúde, dirigida exclusivamente para aqueles que não podem pagar, para que todos os demais sejam induzidos a buscar atendimento no **mercado**. No entanto, mediante o quadro de envelhecimento da população, haverá demanda cada vez maior por políticas de “acompanhamento longitudinal” em saúde. Da mesma forma, doenças crônico-degenerativas e outros problemas de saúde que afetam os mais velhos – câncer, diabetes, transtornos mentais – não se resolvem com a “compra” de uma só consulta; é necessário o acompanhamento frequente, que, se realizado na iniciativa privada, traria um peso muito grande ao orçamento das famílias. Temos hoje mais de 70 milhões de pessoas vivendo na miséria e na pobreza; mais de 30 milhões de desempregados e desalentados; 45 milhões de trabalhadores informais. As perspectivas de crescimento, segundo institutos especializados, são as piores possíveis.

A situação crônica de subfinanciamento do SUS, agravada desde a aprovação da Emenda Constitucional 95 – que congelou por 20 anos os investimentos sociais – evoluiu agora para um quadro de “desfinanciamento”. Além disso, medidas tomadas em outras áreas do Governo, como a farrá da liberação de novos agrotóxicos, a flexibilização do acesso às armas e o fim de políticas como o Mais Médicos, agravam ainda mais a situação. E, mais, conforme ressalta o parágrafo 4º do Comentário Geral 14 do PIDESC:

[...] a referência do artigo 12, nº 1 do Pacto, “do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”, não se limita ao direito aos cuidados de saúde. Pelo contrário, o memorial da elaboração e da redação expressa no artigo 12, nº 2 reconhece que o direito à saúde engloba uma vasta gama de fatores socioeconômicos que promovem as condições nas quais as pessoas podem levar uma vida sã e torna esse direito extensivo aos fatores determinantes básicos da saúde, como alimentação, nutrição, moradia, acesso a água limpa e potável e condições sanitárias adequadas, condições de trabalho seguras e saudáveis e um meio ambiente são (COMENTÁRIOS..., 2018, p.).

Já em 2017 era possível identificar o impacto da política recessiva e da austeridade fiscal sobre o perfil da pobreza no Brasil. Conforme podemos observar no gráfico a seguir, após uma queda significativa da pobreza extrema e da pobreza no Brasil, de 1992 até 2014, os números voltam a subir, atingindo os valores observados em 2004, em termos de pobreza extrema.

Figura 4. Número de brasileiros na pobreza e na extrema pobreza (em milhões): 1992-2017.



Fonte: IBGE-PNAD Contínua (a partir de 2012); IBGE/PNAD.

Antes mesmo da instalação do governo Bolsonaro e da pandemia, em 2018, as condições alimentares e nutricionais da população brasileira tinham sofrido considerável deterioração. Isso se dá desde 2014, quando o Brasil havia saído do mapa da fome da ONU, mas de forma acelerada depois de 2016, retornando a insegurança alimentar aos patamares de 2004. As decisões do governo Bolsonaro relacionadas à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional agravaram ainda mais o quadro. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), a desativação da Comissão Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, responsável pela coordenação executiva da Política Nacional, associadas a cortes ainda mais profundos nos programas-chave da política de SAN – tais como o Pronaf, o Programa de Aquisição de Alimentos e os programas voltados para o apoio aos povos indígenas e às populações e comunidades tradicionais –, agravam o quadro de insegurança alimentar e fome. Os direitos à vida e à saúde estão intimamente ligados com o acesso à alimentação e nutrição adequadas.

A partir do *Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil* (CONNECTAS, 2021), da Conectas Direitos Humanos, foram identificadas no ano de 2020 3.049 normas relativas à Covid-19 no âmbito da União. No âmbito federal, foi detectada mais do que a ausência de um enfoque de direitos: também a existência de uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo Governo brasileiro sob a liderança da Presidência da República. Os resultados afastam a ideia de que haveria incompetência e negligência por parte do Governo Federal na gestão da pandemia. Bem pelo contrário, a sistematização de dados, ainda que incompletos em razão da falta de espaço para tantos eventos, desvela o empenho e a eficiência da atuação do Governo Federal em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional, declaradamente com o objetivo de retomar a atividade econômica o mais rápido possível e a qualquer custo.

A Conectas Direitos Humanos também constatou que o Governo Federal percebeu na regulamentação do caráter essencial das atividades a possibilidade de restringir, ao menos parcialmente, o alcance das medidas de proteção da saúde pública adotadas pelos estados. Assim, ficou estabelecido o acalorado embate político entre a estratégia federal de disseminação do vírus e as numerosas estratégias estaduais e municipais de contenção da propagação da doença, gerando a inflação de normas federais, estaduais e municipais, além de ensejar uma intensa judicialização.

Assim, demandamos que o Estado brasileiro, sob a liderança do Presidente Jair Bolsonaro, **seja responsabilizado:**

- **pela morte prematura de 480.340 brasileiros e brasileiras devido a violações de obrigações por atos de comissão e omissão anteriormente elencados;**
- **pelos danos e sequelas causados aos milhões de brasileiros e brasileiras que contraíram a virose devido à gestão indevida da pandemia;**
- **pelos danos causados a centenas de milhares de órfãos e demais familiares pelas mortes prematuras.**

Pois o Estado vem violando a quase totalidade das obrigações básicas referentes ao **direito humano à saúde** (§ 43) e as obrigações prioritárias (§ 44, ambos do Comentário Geral 14) e, conseqüentemente, o **direito à vida**, entre elas, em resumo, as que seguem.

OBRIGAÇÃO	SITUAÇÃO
a) Garantir o direito de acesso a centros, bens e serviços de saúde sobre uma base não discriminatória, em especial no que diz respeito aos grupos discriminados e/ou marginalizados.	VIOLADO
b) Garantir o direito de acesso a uma alimentação essencial mínima que seja nutritiva, adequada, segura e garantir que ninguém passe fome.	VIOLADO
c) Assegurar acesso à habitação e condições sanitárias básicas, assim como ao fornecimento adequado de água limpa potável.	VIOLADO
d) Fornecer medicamentos essenciais segundo as definições periódicas que figuram no Programa de Ação de Medicamentos Essenciais da OMS.	VIOLADO
e) Distribuição equitativa de todas as instalações, bens e serviços de saúde.	VIOLADO
f) Adotar e aplicar, com base em evidências epidemiológicas, estratégia de um plano de ação nacional de saúde pública para fazer frente às preocupações em matéria de saúde de toda a população. A estratégia e o plano de ação devem ser elaborados e periodicamente revisados, com base em um processo participativo e transparente.	VIOLADO
g) Zelar pela atenção à saúde reprodutiva, materna (pré-natal e pós-natal) infantil.	VIOLADO
h) Proporcionar vacinação contra as principais doenças infecciosas detectadas na comunidade.	VIOLADO
i) Adotar medidas para prevenir, tratar e combater as doenças epidêmicas e endêmicas.	VIOLADO
j) Difundir a educação e proporcionar acesso à informação relacionada aos principais problemas de saúde na comunidade, inclusive sobre métodos para prevenir e combater essas doenças.	VIOLADO
k) Proporcionar capacitação adequada de pessoal do setor saúde, inclusive a educação em matéria de saúde e direitos humanos.	VIOLADO

Importante ressaltar que, segundo a legislação internacional de direitos humanos, um Estado Parte nunca pode, em qualquer circunstância, justificar seu descumprimento das obrigações básicas estabelecidas supracitadas que são inderrogáveis. Assim, conforme os fatos delineados no contexto deste documento, constata-se que o Estado brasileiro,

especialmente através do chefe do Poder Executivo, de forma dolosa, tentou minimizar publicamente os riscos da pandemia, em inúmeras oportunidades, induzindo considerável parte da população, tanto por palavras como por seu comportamento pessoal, a desprezar medidas sanitárias como a utilização de máscaras e o distanciamento social.

Ademais, propagou a utilização de medicamentos comprovadamente ineficazes contra a Covid-19, associando inexoravelmente a sua imagem pessoal à utilização do medicamento hidroxicloroquina, à época já comprovadamente demonstrada a sua ineficácia pela comunidade científica e pela Organização Mundial da Saúde. Ainda, dentre suas inúmeras infrações, deixou deliberadamente de prover hospitais públicos com as condições mínimas para o enfrentamento da pandemia, exemplificando-se a ausência de disponibilidade de oxigênio para pacientes submetidos à internação hospitalar. Os fatos aqui descritos ilustram de forma sucinta a gravidade da violação dos direitos humanos ora atribuída ao Estado brasileiro.

A morte prematura de milhares de brasileiros poderia ter sido evitada, assim como o desfrute da vida com limitações decorrentes de sequelas produzidas em vítimas sobreviventes da Covid-19. Ressalta-se, ainda, que a escandalosa conduta do Presidente no período pandêmico foi rotineiramente notícia nos periódicos internacionais. A toda evidência, a bem da credibilidade do Sistema Internacional dos Direitos Humanos, a responsabilização do Estado brasileiro é tarefa que se impõe.

A infração ao ordenamento jurídico internacional e nacional, detidamente explicitado no marco legal, cujos preceitos fundamentais encontram-se reproduzidos no Direito interno, encontra-se sobejamente demonstrada. A violação do direito à saúde da população brasileira, propalada com orgulho e como demonstração de poder pelo senhor Jair Messias Bolsonaro, consubstanciou-se também na violação do direito à vida de milhares de cidadãos e cidadãs: por ausência de cuidados sanitários, em expressão de fidelização ao chefe do Executivo; por ausência de tratamento e infraestrutura adequados; pela ausência de outras medidas político-sanitárias de contenção da disseminação do vírus.

Destarte, o Estado brasileiro **não respeitou** os direitos à saúde e à vida de sua população, uma vez que ele próprio, deliberadamente, produziu as violações que interferiram na fruição dos direitos mencionados.

Na mesma esteira, o Estado brasileiro **não protegeu** o direito à saúde da população e, ao que sugere o conteúdo da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a pandemia da Covid-19 no País¹⁰, existem indícios de que tenha se associado a terceiros cujos interesses passavam distante da manutenção da saúde e da vida do povo brasileiro, olvidando-se de seu dever de proteção desses direitos.

Ainda, ao deixar de tomar medidas sanitárias adequadas e elaborar as políticas públicas urgentes e necessárias, o Estado **não facilitou, proporcionou ou promoveu** os direitos à saúde e à vida da população conforme orienta o parágrafo 33 do Comentário Geral 14 ao artigo 12 do PIDESC.

10 O Relatório Final foi aprovado em 26 de outubro de 2021 e está disponível em: https://senadofederal-my.sharepoint.com/personal/cpipandemia_arquivos_senado_leg_br/Documents/Relat%C3%B3rio%20Final/Relatorio_Final_aprovado.pdf. Acesso em 27 out. 2021. Esta iniciativa apresentou contribuições ao Relator em 05 de outubro de 2021.

Faz-se de suma importância destacar que todas as violações aqui registradas além de ferirem os artigos 6º do PIDCP e 12 do PIDESC, à luz dos seus Comentários Gerais, ferem todos os tratados internacionais que afirmam e garantem estes direitos, especialmente aos que se referem ao direito à saúde, a saber: Convenção Americana de Direitos Humanos; Artigo 10 do Protocolo de San Salvador; Artigo 5º da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965); nos artigos 11.1 e 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979); no artigo 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); A Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e de seus Familiares (1990), especificamente os artigos 28, 43e e 45c. a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), que no artigo 25, dispõe sobre a proteção do direito à saúde, além da Declaração Final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (DECLARAÇÃO..., 1975).

Por derradeiro, as campanhas negacionistas e o empenho pessoal do Presidente da Nação, inclusive com o próprio exemplo de conduta, amplamente veiculado na mídia oficial e em redes sociais, representam a **violação do dever de promover os direitos à vida e à saúde** no contexto da pandemia de Covid-19, recaindo sobre o Estado brasileiro também tal imputação. Olhando todo este cenário, é possível concordar facilmente com o filósofo Vladimir Safatle (2020) quando afirma que as ações, e também omissões do Estado brasileiro, especialmente no período da pandemia, ultrapassam a “necropolítica do Estado gestor da morte e do desaparecimento”. Por ser “o ator contínuo de sua própria catástrofe, ele é cultivador de sua própria explosão, estabelecendo o flerte contínuo com sua própria destruição”.

O Estado brasileiro, em seus três Poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário, é o executor da “necropolítica”. Os três Poderes que constituem o Estado brasileiro são responsáveis pela morte de mais de seiscentas mil pessoas (600.000) por Covid-19. O Presidente Jair Messias Bolsonaro, que não atendeu aos preceitos de direitos humanos em sua condução de governo, colaborou com as mortes visto que deveria priorizar os interesses de toda a população, para alcançar o objetivo fundamental da República: promover o bem de todos (artigo 3º, IV da Constituição), bem como o desenvolvimento nacional e a erradicação da pobreza. O não atendimento dos preceitos dos direitos humanos foi agravado no período pandêmico e corroborado pelos Poderes Legislativo e Judiciário, que não adotaram medidas eficazes para afastá-lo do poder mesmo diante de provas contundentes de sua opção por uma política de extermínio.

O Poder Judiciário não cumpriu com a obrigação de concretizar os direitos fundamentais, uma vez que também descumpriu a obrigação de controlar os demais poderes, especialmente o Executivo. O Poder Legislativo, por sua vez, também é responsável pelas mortes que poderiam ter sido evitadas, pois não deu seguimento aos numerosos pedidos de *impeachment* que chegaram à Câmara, tendo o Senado que instaurar a Comissão de Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid-19, a qual coletou ampla evidências de inúmeros crimes em potencial cometidos por Bolsonaro, tais como de responsabilidade, charlatanismo, prevaricação e corrupção passiva, entre outros, conforme o Relatório Final aprovado e referido. Como define a pesquisadora Benilda Brito (*in*: SOCIEDADE

MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) trata-se da maior tragédia humanitária da história brasileira desde a escravização do povo negro.

O não cumprimento das obrigações de respeitar, proteger e garantir os direitos humanos à vida e à saúde resultou na imagem mais chocante da pandemia: as valas escavadas mecanicamente em cemitérios. Essa imagem é a concretização do discurso do governo de Jair Bolsonaro. Por falta de adoção de uma política adequada no combate à pandemia da Covid-19, que resultou, até o dia 8 de outubro de 2021, em seiscentas mil (600.000) mortes, o mundo testemunhou a brutalidade de um enterro massivo, mediado por uma escavadeira, a que esses corpos foram submetidos. Uma escavadeira é necessária para dar conta dos resultados de uma política de extermínio. Os corpos enterrados eram corpos de pessoas com famílias, com histórias e com sonhos, que foram literalmente aterrados pelo Estado como se fossem material reciclável. Esta é a imagem da tragédia brasileira, resultado da morbidez da necropolítica, resultado da política que escolhe seus corpos matáveis, como analisa em vários momentos o filósofo camaronês Achille Mbembe.

6. Requerimentos e recomendações às instituições e órgãos nacionais

A responsabilização por violações de direitos humanos é uma necessidade decorrente das análises e conclusões deste documento. As recomendações a seguir sugerem medidas e ações para que as instituições e autoridades brasileiras possam envidar esforços e abrir ações para enfrentar a desvalorização e naturalização da morte e extermínio de grupos estruturalmente discriminados.

Requerimento 1

Seja reconhecida a responsabilidade do Estado brasileiro por não haver exercido a governança antecipatória demandada pela gravidade da pandemia, e, conseqüentemente, pelas mais de 480.000 mortes prematuras e evitáveis ocorridas no contexto da pandemia da Covid-19.

Recomenda-se que o Estado brasileiro investigue exaustivamente a responsabilidade administrativa e criminal pelas centenas de milhares de mortes prematuras, conforme legislação internacional, assegurando que os responsáveis sejam trazidos perante a justiça, evitando-se a impunidade.

Requerimento 2

Seja reconhecida a responsabilidade do Estado brasileiro, em particular do primeiro mandatário, pelo desrespeito à dignidade das vítimas da Covid-19 e seus familiares;

- pelo desenvolvimento de um processo de retrocesso planejado na saúde, entre outras áreas, com uma postura de negação de direitos e desconstrução da garantia constitucional do direito à saúde;
- pela maior mortalidade nos leitos de UTI públicos;
- por recomendar e adquirir, às custas do erário, tratamento ineficaz para o tratamento da infecção ocasionada pela Covid-19, contrariando as orientações da comunidade científica internacional e da OMS;
- pela morosidade na compra de vacinas para a Covid-19, atrasando sobremaneira o início da campanha de vacinação no País.

Recomenda-se que o Congresso Nacional encaminhe o julgamento dos múltiplos pedidos de *impeachment* contra o Presidente da República Jair Messias Bolsonaro, de maneira célere, visando interromper as violações diárias de diferentes direitos, em par-

ticular os direitos à vida e à saúde, garantindo reparação adequada e justa para todas as vítimas e descendentes.

Recomenda-se que o Estado brasileiro promova a imediata revogação da Emenda Constitucional n. 95, com retomada do investimento no Sistema Único de Saúde e em pesquisas científicas acerca da infecção, instrumento que deveria ser um dos norteadores no enfrentamento à Covid-19.

Recomenda-se que, no que couber aos órgãos de responsabilidade, seja garantido o direito à memória e à verdade, para que não haja deturpação da história desta pandemia para justificar as violações ocorridas, inclusive mediante ao estabelecimento de uma Comissão da Memória e da Verdade da Covid-19, que documente e subsidie a busca de reparação das vítimas das violações, registrando as vozes das vítimas, assim como a identificação de quem se beneficiou com as violações durante a pandemia.

Requerimento 3

Seja reconhecida a responsabilidade do Estado brasileiro pela ampliação do fosso do racismo estrutural e do patriarcado, modos de estrutura social que colocam, respectivamente, pessoas negras e as mulheres em posições sociais de subordinação, posto que, recair sobre as mulheres, principalmente mulheres negras e pobres, o maior peso no que diz respeito à sustentação e manutenção da vida na pandemia, mais especificamente o cuidado e o trabalho – produtivo e reprodutivo, remunerado e não remunerado – realizado por elas; e também vimos aumentar a violência racista, misógina e LGBTQIA+fóbica durante a pandemia, que se traduz na radicalização do extermínio da juventude negra nas periferias e favelas, na ampliação do número de feminicídios e assassinatos de LGBTQIA+, em particular de transexuais, no período de crise sanitária.

Recomenda-se que as ações afirmativas realizadas pelo Estado, destinadas a promover a igualdade, reconheçam a existência do racismo, desmistificando o mito da democracia racial (a crença de que, por ser um país diverso e miscigenado, o Brasil não é um país racista e que consegue transcender os conflitos raciais).

Recomenda-se que os crimes de racismo sejam classificados pelo sistema de justiça como racismo e não como injúria racial sendo que o crime de racismo é inafiançável e imprescritível.

Recomenda-se que o Estado brasileiro coloque em prática a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que “reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde”.

Recomenda-se que seja feita a recomposição do sistema de transparência do Governo Federal, com a atualização dos dados relacionados aos impactos da pandemia, com recorte racial e de gênero, nos termos dos parâmetros étnico-raciais adotados pelo IBGE.

Requerimento 4

Seja reconhecida a responsabilidade do Estado brasileiro pela violação do dever de proteger grupos com vulnerabilidades contra discriminação e apoio a ações e omissões que promovam e naturalizem a morte e o extermínio desses grupos.

Recomenda-se que todas as autoridades e instituições proponham medidas que coíbam práticas e manifestações discriminatórias de qualquer tipo por parte de agentes públicos, inclusive o Presidente, sendo instituídas sanções em caso de reincidência, incluindo a perda de mandato nos casos mais graves.

Requerimento 5

Seja reconhecida a responsabilidade do Estado brasileiro pelas sequelas deixadas em pessoas acometidas pela Covid-19, que poderiam ter sido evitadas mas não o foram em decorrência de ações ou omissões do Estado brasileiro.

Recomenda-se que o Estado brasileiro estabeleça um fundo soberano, a partir de incidência de impostos sobre operações financeiras, para garantir renda básica vitalícia no valor de um salário mínimo a toda e todo indivíduo com sequelas em decorrência da pandemia da Covid-19.

Recomenda-se que o Estado brasileiro cumpra o dever de oferecer, pelo SUS, tratamentos auxiliares para as sequelas deixadas em parte da população recuperada da infecção causada pela Covid-19.

Requerimento 6

Seja reconhecida a responsabilidade do Estado brasileiro de apoiar os órfãos e demais dependentes das pessoas vítimas de morte prematura pela Covid-19.

Recomenda-se que a política de seguridade social destine pensão individual e mensal no valor de um salário mínimo a crianças e adolescentes que tenham ficado órfãos em razão da pandemia de Covid-19.

Requerimento 7

Seja reconhecida a responsabilidade do Estado brasileiro pelas mortes prematuras em excesso em integrantes de grupos particularmente vulneráveis em consequência da prática de discriminação estrutural, tais como povos indígenas, população negra, mulheres, idosos, crianças e adolescentes, quilombolas, agricultores familiares, LGBT-QIA+, população carcerária, pessoas em situação de rua.

Recomenda-se que o Estado brasileiro cumpra a obrigação de investigar e, quando necessário, levar a julgamento, seguindo normas internacionais, incluindo o Protocolo

de Minnesota para investigação de mortes potencialmente ilegais, e tenha por objetivo garantir que os responsáveis sejam devidamente responsabilizados, prevenindo que se estabeleça a impunidade, de modo que a reparação seja efetivada, evitando-se a repetição do que aconteceu.

Requerimento 8

Seja reconhecida a responsabilidade do Executivo Federal pela suspensão do atendimento de saúde a várias áreas indígenas durante vários meses, deixando-as sem assistência.

Recomenda-se que o Estado brasileiro retome imediatamente o atendimento de saúde regular e permanente às áreas indígenas.

Requerimento 9

Seja reconhecida a responsabilidade do Executivo Federal pela imposição do fundamentalismo religioso e do extremismo político em diversos órgãos públicos, particularmente naqueles encarregados de atendimento da saúde dos povos indígenas.

Recomenda-se que o Estado brasileiro reforce a necessidade de diferenciação na organização do SUS para atender às especificidades da atenção à diversidade intercultural em saúde, recuperando o princípio de equidade das ações de saúde.

Recomenda-se que o Estado brasileiro respeite culturas e valores dos povos indígenas, garantindo que a SESAI possa funcionar com independência do fundamentalismo religioso e extremismo político.

Requerimento 10

Seja reconhecida a responsabilidade do Executivo Federal pela omissão no que se refere às obrigações de respeito, proteção e garantia à vida da população de mulheres e da população LGBTQIA+, já que, ficar em casa tornou-se um desafio para mulheres e LGBTQIA+, especialmente travestis, transexuais e outras identidades que sofrem violências intrafamiliares.

Recomenda-se que o Estado brasileiro garanta o fortalecimento das redes de apoio para realização do distanciamento social em espaços livres de hostilidade e violências; que se estabeleçam canais de apoio para oferecer suporte, seja socioeconômico ou de saúde mental, a partir de escuta qualificada e orientação profissional.

Recomenda-se que o Estado brasileiro garanta o acolhimento e engajamento social nas circunstâncias que tendem a favorecer o sofrimento psíquico, bem como o acesso dessas pessoas a ações emergenciais fornecidas pelo Governo.

Recomenda-se que o Estado brasileiro garanta como população prioritária as pessoas em processo transexualizador para que possam manter seus acompanhamentos médicos e o acesso aos medicamentos e ao acolhimento.

Requerimento 11

Seja reconhecida a responsabilidade do Executivo Federal pela omissão na adoção de ações adicionais de proteção e atendimento às mulheres, pois o povo brasileiro acusa o Presidente Jair Messias Bolsonaro de institucionalizar a misoginia, promover a repulsa e o ódio às mulheres e instaurar o feminicídio.

Recomenda-se que o Estado brasileiro seja 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, parágrafo 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.

Recomenda-se que, no que couber, sejam observadas, pelos diferentes e competentes órgãos investigativos e o Ministério Público, as “Diretrizes Nacionais para Investigar, processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres” (BRASIL, 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 na não deturpação de sua memória para justificar a violência sofrida;
4. ao direito a processo e julgamento livres de estereótipos e preconceitos;
5. ao direito de ver os responsáveis identificados e sancionados, com a 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 demonstrarem 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 os encaminhamentos necessários e compatíveis com suas necessidades;
 - evitar o emprego de linguagem discriminatória e questionamentos eivados por juízos de valor que questionem hábitos, atitudes, comportamentos da vítima ou responsabilizem a vítima pela violência sofrida.

Requerimento 12

Seja reconhecida a responsabilidade do Governo Federal, em articulação com outros poderes constituídos, no que concerne à ausência de medidas efetivas e concretas voltadas para redução da superlotação carcerária e ao atraso injustificado da vacinação da população privada de liberdade, que, apesar de prevista no Plano Nacional de Imunização como público prioritário, foi vacinada após toda a população adulta não prioritária.

Recomenda-se que os magistrados adotem o disposto na Recomendação n. 62 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), especialmente os seguintes pontos elencados:

- 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 dispõem de equipe de saúde; adolescentes que estejam internados pela prática de atos infracionais sem violência ou grave ameaça;
- 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;

- 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;
- 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.

Requerimento 13

Seja, de forma célere, responsabilizado o Governo Federal por suas decisões orçamentárias, tanto em relação à execução como à alocação de recursos, para os anos de 2020 a 2022, que violaram sistematicamente o direito humano à saúde no contexto da pandemia, pois impediram a adoção de medidas exigíveis ao enfrentamento da pandemia no que se refere a estruturação médico-hospitalar, deixando de realizar a logística necessária para o atendimento da população.

Recomenda-se que o Estado brasileiro reveja imediatamente o arcabouço fiscal do País, especialmente a EC 95, que retira recursos da saúde, já que, para 2018, 2019 e 2022 (anos em que as regras fiscais não foram flexibilizadas), foram retirados mais de R\$40 bilhões do SUS em função do congelamento do piso de aplicação de saúde nos níveis de 2017 pela EC 95, sendo que a retirada de recursos do SUS e de outras áreas enfraquece a capacidade do Estado na garantia dos direitos humanos.

Recomenda-se para 2022, alterar o orçamento encaminhado, prevendo recursos suficientes para o SUS, inclusive em relação à vacinação, à manutenção de leitos abertos e ao atendimento a demandas reprimidas (mais de 1 milhão de cirurgias deixaram de ser realizadas na pandemia).

Requerimento 14

Seja reconhecida a necessidade de rever a atenção básica em saúde de maneira a garantir os princípios de acessibilidade e qualidade no contexto de distanciamento social.

Recomenda-se que o Estado brasileiro garanta os serviços de APS para, simultaneamente, enfrentar a pandemia no contexto de distanciamento social e manter a oferta regular de suas ações que visam à prevenção de doenças e à promoção da saúde, solucionando possíveis agravos.

Requerimento 15

Seja reconhecida a falta de respeito e internalização às normas internacionais para vigilância em saúde cometidas pelo Governo Federal pelos seguintes atos:

- descumprimento das normas e legislações – nacionais e internacionais – que visam contribuir no combate à pandemia da Covid-19;
- desrespeito às formulações sistematizadas no interior do Ministério da Saúde com vistas ao monitoramento da pandemia e diagnóstico para reversão do quadro pandêmico, não implantando ações educacionais de orientação sobre mecanismos de prevenção e de proteção individual e coletiva;
- recomendação de medida farmacológica cientificamente não comprovada como eficaz na imunização para a Covid-19;
- atuação constantemente produzindo contrainformação sobre as medidas não farmacológicas necessárias para diminuição do contágio do coronavírus (utilizando meios oficiais para produzir informação negacionista);
- não priorização do fortalecimento da Política Nacional de Vigilância em Saúde como medida eficaz no combate à pandemia.

Recomenda-se que o Estado brasileiro promova medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pela pandemia da Covid-19 e outros surtos.

Requerimento 16

Seja reconhecido que o Estado brasileiro agravou sobremaneira a situação de insegurança alimentar e fome da população vulnerável durante o período pandêmico. O povo brasileiro acusa o Presidente Jair Messias Bolsonaro de promover o desmonte da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), o que agravou a já severa situação de fome e insegurança alimentar na população brasileira, com fortes consequências para as famílias afetadas e para a sociedade como um todo.

Recomenda-se que o Estado brasileiro realize imediatamente o congelamento de preços, nos setores públicos e privados, de alimentação, gás de cozinha, combustível e produtos de higiene, com a devida fiscalização do Governo, para evitar aumentos abusivos, já verificados desde o início da pandemia.

Recomenda-se que o Estado brasileiro faça a imediata reinstituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea).

Requerimento 17

Seja reconhecido que o Estado brasileiro não protegeu o direito à moradia e o direito de posseiros ao legítimo uso de terras públicas para produzir sua subsistência.

Recomenda-se que o Poder Judiciário mantenha a suspensão de despejos conforme previsto na Lei Federal n. 14.216/2021, por tempo indeterminado, não podendo haver cumprimento de ato ou decisão judicial, extrajudicial ou administrativa que resulte em desocupação ou remoção forçada coletiva em imóvel privado ou público, urbano ou rural, seja para moradia ou produção.

7. Requerimentos às instituições e organismos internacionais

Considerando que as violações ferem os direitos constitucionais, em especial à saúde e à vida, garantidos nos pactos internacionais recepcionados pela Constituição Federal; entendendo que o não cumprimento das obrigações do Estado brasileiro a estas normativas internacionais de direitos humanos, por conta de ação ou omissão do Estado, que falha no seu dever de garantia dos direitos humanos; e considerando que no Estado Democrático de Direito, é estabelecido o dever de cooperação internacional entre os Estados, apresentam-se os seguintes requerimentos:

Requerimento ao CDESCR/ONU

Solicita-se que o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR/ONU) tome em conta a violação do direito humano à saúde no modo como o Estado Brasileiro e o Governo Federal realizaram o enfrentamento da pandemia Covid-19 nos termos do artigo 12 do PIDESC e o que dele explicitado no Comentário Geral nº 14 do CESCR/ONU, inclusive por descumprimento do princípio da não-discriminação e da progressividade na realização do direito humano à saúde e, sendo sua avaliação pertinente, inclua esta análise quando da apreciação do III Informe Oficial do Estado brasileiro a respeito do cumprimento do PIDESC em pauta no Comitê.

Requerimento ao CCPR/ONU

Solicita-se que o Comitê de Direitos Humanos (CCPR/ONU) tome em conta a violação do direito humano à vida no modo como o Estado Brasileiro e o Governo Federal realizaram o enfrentamento da pandemia Covid-19 nos termos do artigo 6º do PIDCP e o que dele é explicitado no Comentário Geral nº 36 do CCPR/ONU, inclusive por descumprimento do princípio da não-discriminação e, sendo sua avaliação pertinente, inclua esta análise quando da apreciação do Informe Oficial do Estado brasileiro a respeito do cumprimento do PIDCP em pauta no Comitê.

Requerimento ao CDH/ONU

Solicita-se que o Conselho de Direitos Humanos (CDH/ONU) tome em conta a violação dos direitos humanos, particularmente à saúde e à vida no modo como o Estado Brasileiro e o Governo Federal realizaram o enfrentamento da pandemia Covid-19, considerando o previsto no artigo 6º do PIDCP e o artigo 12 do PIDESC no processo da

Quarta Revisão Periódica Universal (RPU) à qual o Estado brasileiro será submetido no próximo período

Requerimento ao ACNUDH/ONU

Solicita-se que o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (SCNUDH/ONU), considerando as “Diretrizes Relativas à Covid-19” das Nações Unidas, tome em conta a violação dos direitos humanos, particularmente à saúde e à vida no modo como o Estado Brasileiro e o Governo Federal realizaram o enfrentamento da pandemia Covid-19, considerando o previsto no artigo 6º do PIDCP e o artigo 12 do PIDESC para a composição de seu informe à CDH/ONU e também para promover ações que entender oportunas a respeito.

Requerimento aos Procedimentos Especiais/ONU

Solicita-se que os Procedimentos Especiais/ONU, particularmente as Relatorias que tenham direta relação com a temática, tomem em conta a violação dos direitos humanos, particularmente à saúde e à vida no modo como o Estado Brasileiro e o Governo Federal realizaram o enfrentamento da pandemia Covid-19, considerando o previsto no artigo 6º do PIDCP e o artigo 12 do PIDESC para a composição de seu informe à CDH/ONU e também para promover ações que entenderem oportunas a respeito.

Requerimentos à CIDH/OEA

Solicita-se à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH/OEA), por meio de suas relatorias (para o Brasil e ReDESCA, especialmente), considerando o previsto na sua Resolução nº 01/2020 que determina, entre outros aspectos “que o contexto de pandemia e suas consequências acentuam a importância do cumprimento e observância das obrigações internacionais em matéria de direitos humanos, particularmente as que se referem aos DESCAs” e recomenda “1. Adotar de forma imediata, urgente e com a devida diligência todas as medidas que sejam adequadas para proteger os direitos à vida, à saúde e à integridade pessoal das pessoas que se encontrem em suas jurisdições frente ao risco que representa a presente pandemia. [...] 2. Adotar de maneira imediata e interseccional um enfoque de direitos humanos em todas as estratégias, políticas e medidas estatais dirigidas a enfrentar a pandemia da Covid-19 e suas consequências [...]” (2020, p. 7), além de sete princípios e obrigações gerais para orientar a atuação (§ 3), além de recomendações para grupos em situação de especial vulnerabilidade, tome em conta a violação dos direitos humanos, particularmente à saúde e à vida no modo como o Estado Brasileiro e o Governo Federal realizaram o enfrentamento da pandemia Covid-19 na composição de novos relatórios sobre o Brasil e sobre a situação dos DESCAs no país.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Avisa); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Regulamento Sanitário Internacional - RSI 2005*. [Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, p. 11]. 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 30 out. 2021.

ALENCAR, Joana; STUKER, Paola; TOKARSKI, Carolina; ALVES, Iara; ANDRADE Krislane de. Políticas públicas e violência baseada no gênero durante a pandemia da covid-19: ações presentes, ausentes e recomendadas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc), Nota Técnica n. 78, jun. 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200624_nt_disoc_78.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. *Comitê nacional de vida e memória indígena*. 2021 Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/. Acesso em: 13 set. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO); INTERNATIONAL POLLUTANTS ELIMINATION NETWORK. *Agronegócio e pandemia no Brasil – uma sindemia está agravando a pandemia da Covid-19?* [s. l.]: [s. n.], 2021. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/05/Agronegocio_-_ABrasco-IPEN.pdf. Acesso em: 6 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). *Dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil*. São Paulo, março de 2020. Disponível em: www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

BALTHAZAR, Ricardo. Negros têm mais risco de morrer de Covid mesmo no topo da pirâmide social, diz estudo. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, seç. Equilíbrio e Saúde, 27 set. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/09/negros-tem-mais-risco-de-morrer-de-covid-mesmo-no-topo-da-piramide-social-diz-estudo.shtml>. Acesso em: 30 out. 2021.

BARCELLOS MALIN, A. M.; DOS SANTOS ALVES, T.; MELO QUINTSLR, M. M.; NETO MACHADO, L.; DA COSTA MAIA LOPES, B.; DE JESUS MOREIRA, D. L.; CARDOSO GOMES, J. Covid-19: acesso à informação pública no Brasil – Relatório de Pesquisa.

Liinc em Revista, Brasília, v. 16, n. 2, p. e5370, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18617/liinc.v16i2.5370>. Acesso em: 30 out. 2021.

BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim. *Dossiê Assassinatos e Violência Contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020*. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

BERNARDES, Vitória. *Em meio à pandemia, quem protege as pessoas com deficiência? Segmento populacional segue sem orientações*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1247-artigo-em-meio-a-pandemia-quem-protege-as-pessoas-com-deficiencia-segmento-populacional-segue-sem-orientacoes-por-vitoria-bernardes>. Acesso em: 8 out. 2021.

BEZERRA, Lucila. ONU investiga uso de agrotóxicos como arma em conflitos territoriais da Mata Sul. *Brasil de Fato - Pernambuco*, Cidades, 10 set. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefatope.com.br/2021/09/10/onu-investiga-uso-de-agrotoxicos-como-arma-em-conflitos-territoriais-da-mata-sul>. Acesso em: 29 out. 2021.

BOLSONARO, Jair. Discurso do Presidente da República, Jair Bolsonaro, durante o Encontro Brasil Vencendo a Covid-19 - Palácio do Planalto. *In: ENCONTRO BRASIL VENCENDO A COVID-19*, 2020, Brasília, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos/2020/discurso-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-durante-o-encontro-brasil-vencendo-a-covid-19-palacio-do-planalto>. Acesso em: 30 out. 2021.

BOLSONARO, Jair. Pronunciamento de abertura na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). *In: ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU)*, 76., 2021, Nova York, 21 set. 2021. Disponível em: <https://youtu.be/EmiKQDVtDds>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Adolescentes internados*. Brasília, 2018. Disponível em: 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 de 24 de agosto de 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>. 2021b. Acesso em: 18 set. 2021.

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

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

BRASIL. Controladoria-Geral da União. CGU monitora aplicação dos recursos federais repassados a estados e municípios. Controladoria-Geral da União, [2021?]h. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/coronavirus/cgu-monitora-aplicacao-dos-recursos-federais-repassados-a-estados-e-municipios>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Decreto n. 591, de 06 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Brasília, 1992.

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

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. *Detecções/suspeitas do coronavírus – painel regional*. Brasília, 2021e. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYThhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 28 set. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento nacional de informações penitenciárias*. Brasília, 2020c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota* [Governo Federal/Ministério da Saúde informa que recebeu, sim, a carta do CEO da Pfizer...]. 23 jan. 2021j. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nota-1>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas*. Brasília, 2020d. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095139/plano_de_contingencia_da_saude_indigena_preliminar.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caminhos do direito à saúde no Brasil*. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério das Comunicações. Secretaria Especial de Comunicação Social. [A cloroquina, medicamento que tem apresentado bons resultados contra a Covid-19...] [Brasil], 20 mai. 2020d. Twitter: @secomvc. Disponível em: <https://twitter.com/secomvc/status/1263208935236001800>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério das Comunicações. Secretaria Especial de Comunicação Social. [O ministro-chefe da Secretaria-Geral da Presidência, Jorge de Oliveira, defendeu, nesta quarta (20), o novo protocolo do Ministério da Saúde, que permite o uso da cloroquina...] [Brasil], 20 mai. 2020e. Facebook: @SecomVc. Disponível em: https://www.facebook.com/SecomVc/posts/260666828621933?comment_id=260869668601649. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. *Diretrizes Nacionais para Investigar, processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres*. Brasília, 2016.

BRASIL. Nota Ministério da Saúde. 23 jan. 2021g. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nota-1. Acesso em: 5 out. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Agência Senado. Bolsonaro veta projeto que suspendia despejo na pandemia. *Agência Senado*, 5 ago. 2021i. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/08/05/bolsonaro-veta-projeto-que-suspendia-despejo-na-pandemia>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRIZZI, A. et al. *Factors driving extensive spatial and temporal fluctuations in COVID-19 fatality rates in Brazilian hospitals*. Imperial College COVID-19 Response Team – Report 46 06 de october 2021. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/91875/2/2021-10-06-COVID19-Report-46.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

CABRAL, Sandro; PONGELUPPE, Leandro; ITO, Nobuiuki. The Disastrous Effects of Leaders in Denial: Evidence from the COVID-19 Crisis in Brazil. *SSRN Electronic Journal Elsevier BV*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3836147>. Acesso em: 29 out. 2021.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 36, n. 8, ago. 2020.

CAMPANHA NACIONAL DESPEJO ZERO. [Dados atualizados da Campanha - 30 de agosto de 2021]. 2021. *Campanha Despejo Zero*, Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1CIZjXacbUDgMqSaidkIps0ba9BF9q8Ju/view>. Acesso em: 30 out. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *People Who Are at Increased Risk for Severe Illness CDC*. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-increased-risk.html?deliveryName=USCDC_2067-DM31413. Acesso em: 30 jun. 2020.

COLLUCCI, Cláudia. Denúncia sobre proxalutamida é uma das mais graves da história da América Latina, diz Unesco. *Folha de S.Paulo*, 11 out. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/10/denuncia-sobre-proxalutamida-e-das-mais-graves-da-historia-da-america-latina-diz-unesco.shtml>. Acesso em: 30 out. 2021.

COMENTÁRIOS Gerais dos Comitês de Tratados de Direitos Humanos da ONU. Comitê de Direitos Humanos. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Brasília: DPU, MPF, DPE-SP, 2018. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Coment%C3%A1rios%20Gerais%20da%20ONU.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021. [Inclui os seguintes documentos: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), entre outros].

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). *Convenção Americana sobre Direitos Humanos*. San José da Costa Rica, 1969.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). *Pandemia e Direitos Humanos nas Américas. Resolução n° 1/2020*. 2020. Disponível em <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso 03 out. 2021.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). Situação dos direitos humanos no Brasil: Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021. [S. l.]: CIDH, 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. *Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta a Covid-19 no Brasil*. Boletim n. 10, São Paulo: Conectas, 2021. Disponível em: https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2021/03/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. *Relatório de Violência contra os Povos Indígenas 2020*. 2021. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

COSTA, J. S. *et al.* Covid-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. *Psicologia e Sociedade*, n. 32, p. e020013, 2020.

COSTA, Jaqueline Sérgio da; SILVA, Johnny Clayton Fonseca da; BRANDÃO, Eric Scapim Cunha; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. Covid-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. *Psicologia & Sociedade*, v. 32, 4 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240218>. Acesso em: 30 out. 2021.

CRETELLA JÚNIOR, José. *Comentários à Constituição de 1988*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. 12 setembro 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

DIÁRIO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. Brasília: Câmara dos Deputados, ano 65, n. 118, 6 ago. 2010. Ata da 171ª Sessão da Câmara dos Deputados, ordinária, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 53ª Legislatura, em 05 de agosto de 2010. Discurso do Sr. Jair Bolsonaro (PP-RJ. Sem revisão do orador.). p. 36348-36349. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD06AGO2010.pdf#page=86>. Acesso em: 29 out. 2021.

DIAS, Bruno C. Revista Ciência & Saúde Coletiva e ENSP debatem sobre vulnerabilidade. *ABRASCO*, 31 ago. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/revista-ciencia-saude-coletiva-e-enspfiocruz-debatem-sobre-vulnerabilidade/30383/>. Acesso em: 30 out. 2021.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESTUDO reforça indícios de que pobres e indígenas são mais vulneráveis à covid-19. *BBC News Brasil*, 23 set. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54274684>. Acesso em: 30 out. 2021.

FERREIRA, Lola; SANTOS, Sanara. Isolamento social limita acesso de população a tratamento transexualizador no SUS. *Gênero e Número*, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.generonumero.media/isolamento-acesso-trans-saude/>. Acesso em: 8 out. 2021.

FRICKER, M. *Epistemic Injustice: Power and Ethics of Knowing*. New York: Oxford University Press, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Contaminação por mercúrio se alastra na população Yanomami*. 2019. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/46979>. Acesso em: 2 ago. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (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. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40980>. Acesso em: 2 jun. 2020.

GÊNERO E NÚMERO; SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. *Sem parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia*. [S. l.]: [s. n.], [2020?]. Disponível em: https://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

GOVERNO faz propaganda de homem rural armado no Dia do Agricultor. *O Tempo, Política*, 28 jul. 2021. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/politica/governo-faz-propaganda-de-homem-rural-armado-no-dia-do-agricultor-1.2519181>. Acesso em: 29 out. 2021.

GRAGNOLATI, M. *et al. Growing old in an older Brazil: implications of population aging on growth, poverty, public finance and service delivery*. Washington: World Bank, 2011.

HALLAL, P. C. et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *Lancet Glob Health*, v. 8, n. 11, p. e1390-e1398, 2020. DOI: [10.1016/S2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9).

HORTA, Bernardo L. et al. Prevalence of antibodies against SARS-CoV-2 according to socioeconomic and ethnic status in a nationwide Brazilian survey. *Revista panamericana de salud publica - Pan American journal of public health*, v. 44, p. e135, oct. 2020. DOI: [10.26633/RPSP.2020.135](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.135). Acesso em: 3 out. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). *Um país sufocado: Balanço do Orçamento Geral da União 2020*. Brasília: INESC, 2021. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/04/BGU_Completo-V06-1.pdf. Acesso em: 28 out. 2021.

LIMA, R. S. F. Direito à saúde e critérios de aplicação. *Direito Público*, n. 2, p. 112-132, 2006.

MANCUSO, Brunna. Órfãos da Covid-19: uma geração invisível. *CNN Brasil*, 19 jun. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/orfaos-da-covid-19-uma-geracao-invisivel/>. Acesso em: 30 out. 2021.

MARKS, S. Human rights and root causes. *The Modern Law Review*, p. 57-78, 2011.

MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. Trad. Renata Santini. São Paulo: N-1, 2018.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, ago. 2020.

MENDES SANTOS. Os Aspectos Ideológicos da Emenda Constitucional N. 95 (Novo Regime Fiscal) e o Efeito Cliquet. *Revista Âmbito Jurídico*, ano XXII, n. 191, dez. 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/revista-ambito-juridico/revista-ambito-juridico-no-191-ano-xxii-dezembro-2019/>. Acesso em: 25 set. 2021.

MENDONÇA, M. H. M. et al. (orgs.). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MINISTRO do Meio Ambiente defende passar “a boiada” e “mudar” regras enquanto atenção da mídia está voltada para a Covid-19. *G1*, 22 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/22/ministro-do-meio-ambiente-defende-passar-a-boiada-e-mudar-regramento-e-simplificar-normas.ghtml>. Acesso em: 30 out. 2021.

MORAES, A. *Direito constitucional*. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MUNDIM, Marília. *Covid-19: casos entre privados de liberdade aumentam 287% em 90 dias*. Agência CNJ de Notícias, Brasília, 14 out. 2020. Disponível em: www.cnj.jus.br/covid-19-casos-entre-privados-de-liberdade-aumentam-287-em-90-dias/. Acesso em: 15 set. 2021.

NETO, Antônio; DUARTE, Daniele; TRENTIN, Melisanda; CARVALHO, Sandra. *O Impacto da Covid-19 na Defesa dos Direitos Humanos no Brasil*. [s. l.]: Observatório para a Proteção dos Defensores dos Direitos Humanos e Justiça Global, 2021. Disponível em: www.global.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Rapport-Br%C3%A9sil2021port.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de Ação Internacional Contra o Envelhecimento 2002*. Trad. Arlene Santos. Brasília, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Los Derechos Humanos em el Centro de La Respuesta. DIRECTRICES RELATIVAS A LA COVID-19*. Alto Comisionado 8 de maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). OHCHR. *Directrices relativas a la COVID-19*. 08/05/2020. Disponível em: <www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_Guidance_SP.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). *Resolução n. 01/2020: Pandemia e Direitos Humanos as Américas*. Adoptado pela CIDH/OEA em 10 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Documentos básicos*. 48. ed. Genebra, 2014.

PASSARINHO, Nathalia. *3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil*. BBC Brasil. 23 fev. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Acesso em 21 out. 2021

PIOVESAN, F. *A Constituição Brasileira de 1988 e os tratados internacionais de direitos humanos*. EOS Revista Jurídica da Faculdade de Direito, ano 2, v. 2, n. 1, p. 20-33, 2008.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR (Rede PENSSAN). *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. 2021. Disponível em http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 3 out. 2021.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR. *Vigisan: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. Rio de Janeiro, 2021.

ROMERO, D. H. *et al.* Idosos no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021.

SAFATLE, Vladimir. *Para além da necropolítica*. São Paulo: n-1 edições, 2020. Disponível em <www.n-1edicoes.org/textos/191>. Acesso: 21 out. 2021.

SANCHES, Mariana; MAGENTA, Matheus. Brasil tem 1 órfão por covid a cada 5 minutos: “Pensamos que crianças não são afetadas, mas é o oposto”. *BBC News Brasil*, 22 jul. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57923377>. Acesso em: 30 out. 2021.

SÁNCHEZ, A. *et al.* Covid-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? *Cadernos de Saúde Pública*, n. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ThQ4BfJJYngFJxv8xHwKckg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2021.

SÁNCHEZ, Alexandra; SIMAS, Luciana; DIUANA, Vilma; LAROUZE, Bernard. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 8 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00083520>. Acesso em: 30 out. 2021.

SANTARELLI, M. *Missão sobre violações ao direito à alimentação escolar na pandemia de Covid-19: casos do Estado do Rio de Janeiro e do município de Remanso Bahia (BAHIA)*. São Paulo: Plataforma DHESCA, 2020.

SERRANO, Pedro. Todas as vidas são iguais. *Revista Carta Capital*, 8 abr. 2020.

SILVA, Tatiana Dias; NATALINO, Marco Antônio Carvalho; PINHEIRO, Marina Brito. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Diest; Disoc, Nota Técnica n. 74, jun. 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10078>. Acesso em: 30 out. 2021.

SINDISAÚDE CAXIAS DO SUL. Brasil fez a pior gestão do mundo na pandemia. *SINDISAÚDE Caxias do Sul*, 10 fev. 2021. Disponível em: <http://www.sindisaude.com.br/home/noticias-destaque/brasil-fez-a-pior-gestao-do-mundo-na-pandemia.html>. Acesso em: 30 out. 2021.

SOBREIRA, Vinícius. “A gente tem vivido o terror”: veneno, tiros e prisões contra camponeses na Mata Sul. *Brasil de Fato - Pernambuco, Recife - PE*, Política, 13 maio 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/05/13/a-gente-tem-vivido-o-terror-veneno-tiros-e-prisoas-contra-camponeses-na-mata-sul>. Acesso em: 29 out. 2021.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS. *Violações dos direitos humanos no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19*. Passo Fundo: Saluz, 2021.

STRECK, L. L. *Coronavírus, o consequencialismo e o dilema do trem: matar o gordinho?* 2 abr. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-02/senso-incomum-covid-19-consequencialismo-dilema-trem-matar-gordinho>. Acesso em: 13 set. 2021.

TAVARES, A. R. *Curso de direito constitucional*. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

VIEIRA, F. S.; SERVO, L. M. S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde Debate*, v. 44, ed. esp. 4, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E406>. Acesso em: 24 out. 2021.

YENILMEZ, M. I. Economic and social consequences of population aging the dilemmas and opportunities in the twenty-first century. *Appl Res Qual Life*, n. 10, p. 735-752, 2015.

ZHANG, W. *Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang*. São Paulo: Polo Books, 2020.

Sites

BRASIL. Ministério da Saúde. Covid-19. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Disponível em: www.senado.leg.br. Acesso em: 28 out. 2021.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org>. Acesso em: 28 out. 2021.

CAMPANHA DESPEJO ZERO. Disponível em: <https://www.campanhadespejozero.org>. Acesso em: 28 out. 2021.

MULHERES NAPANDEMIA. Disponível em: <https://mulheresnapanemia.sof.org.br>. Acesso em: 28 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>. Acesso em: 28 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