

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS,
CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

MYLLHYANS MARJÓSEFA DE LIMA BRAZ

**NEGACIONISMO COMO MÉTODO, NECROPOLÍTICA E MISTANÁSIA NA
PANDEMIA DE COVID-19: NO BRASIL, A GESTÃO DA MORTE SE REVELA**

**JOÃO PESSOA-PB
2024**

MYLLHYANS MARJÓSEFA DE LIMA BRAZ

**NEGACIONISMO COMO MÉTODO, NECROPOLÍTICA E MISTANÁSIA NA
PANDEMIA DE COVID-19: NO BRASIL, A GESTÃO DA MORTE SE REVELA**

Trabalho de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do título de mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas.

Orientador: prof. Dr. Rodrigo Freire de Carvalho e Silva

**JOÃO PESSOA-PB
2024**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B794n Braz, Myllhyans Marjosefa de Lima.

Negacionismo como método, necropolítica e mistanásia na pandemia de Covid-19 : no Brasil, a gestão da morte se revela / Myllhyans Marjosefa de Lima Braz. - João Pessoa, 2024.
103 f. : il.

Orientação: Rodrigo Freire de Carvalho e Silva.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Política e Covid 19 - Brasil. 2. Governo Bolsonaro - Pandemia Covid 19. 3. Negacionismo. 4. Necropolítica. I. Silva, Rodrigo Freire de Carvalho e. II. Título.

UFPB/BC

CDU 32:578.834(81)(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS



ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRANDO(A)
MYLLHYANS MARJÓSEFA DE LIMA BRAZ DO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS
PÚBLICAS/CCHLA/UFPB

Aos vinte e sete do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e quatro, às quinze horas e trinta minutos, realizou-se a sessão de defesa de Dissertação do(a) mestrando(a) **Myllhyans Marjófefa de Lima Braz**, matrícula 20221017114, intitulada: **NEGACIONISMO COMO MÉTODO, NECROPOLÍTICA E MISTANÁSIA NA PANDEMIA DE COVID-19: NO BRASIL, A GESTÃO DA MORTE SE REVELA**. Estavam presentes os professores doutores: Rodrigo Freire De Carvalho e Silva (Orientador(a), Monique Guimaraes Cittadino (Examinador(a) interno(a) e Jailton Macena De Araújo (Examinador(a) externo(a). O(A) Professor(a) Rodrigo Freire De Carvalho e Silva, na qualidade de Orientador(a), declarou aberta a sessão, e apresentou os Membros da Banca Examinadora ao público presente, em seguida passou a palavra a(o) mestrando(a) Myllhyans Marjófefa de Lima Braz, para que no prazo de trinta (30) minutos apresentasse a sua Dissertação. Após exposição oral apresentada pelo(a) mestrando(a), o(a) professor(a) Rodrigo Freire De Carvalho e Silva concedeu a palavra aos membros da Banca Examinadora para que procedessem à arguição pertinente ao trabalho. Em seguida, o(a) mestrando(a) Myllhyans Marjófefa de Lima Braz respondeu às perguntas elaboradas pelos Membros da Banca Examinadora e, na oportunidade, agradeceu as sugestões apresentadas. Prosseguindo, a sessão foi suspensa pela Orientador, que se reuniu secretamente, apenas com os Membros da Banca Examinadora, e emitiu o seguinte parecer: A Banca Examinadora considerou a DISSERTAÇÃO: APROVADA, recomendando que seja feita revisão formal do trabalho, nos termos da ABNT, enfatizando a boa qualidade do Trabalho. A seguir, o(a) Orientador(a) apresentou o parecer da Banca Examinadora o(a) mestrando(a) Myllhyans Marjófefa de Lima Braz, bem como ao público presente. Prosseguindo, agradeceu a participação dos Membros da Banca Examinadora, e deu por encerrada a sessão. E, para constar eu, Herbert Henrique Barros Ribeiro, assistente em administração do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, lavrei a presente Ata. João Pessoa, 27 de setembro de 2024.

Handwritten signatures:
1. *Myllhyans Marjófefa de Lima Braz*
2. *Jailton Macena de Araújo*
3. *Monique Guimaraes Cittadino*

À Mikaela Muniz (*in memoriam*).

RESUMO

Enquanto crescia o número de mortes por Covid-19 no Brasil, o ex-presidente Jair Bolsonaro intensificou sua estratégia negacionista propagando notícias falsas, debochando dos enfermos, indicando medicamentos sem eficácia e sabotando todos os instrumentos de combate à pandemia, da recomendação do uso de máscara à vacinação. A quantidade de mortes no país foi quatro vezes maior do que a média mundial, por milhão de habitantes. Milhares delas podiam ter sido evitadas ou, ao menos, ocorridas sem desrespeito à dignidade da pessoa humana. Por isso se enquadrariam como mistanásia, fenômeno que descreve uma morte evitável e miserável que resulta da falta de acesso a serviços de saúde ou de tratamento insuficiente para manutenção da vida, por questões políticas, socioeconômicas ou científicas. Esta pesquisa parte do argumento hipotético-dedutivo de que a opção pelo negacionismo científico do Governo Bolsonaro foi uma forma de necropolítica que resultou em milhares de mortes por mistanásia, sobretudo das populações historicamente mais expostas às consequências de crises sanitárias e/ou humanitárias. Destarte, pretende-se ir além das racionalidades das ciências da saúde, que costumam reduzir as populações a grupos de “suscetíveis”, “infectados”, “sobreviventes” e “mortos”, para identificar pontos de interseção entre a disseminação do novo coronavírus com marcadores sociais como classe social, raça, gênero, grau de escolaridade e renda. Essas são questões centrais que norteiam esta dissertação. Feitas tais considerações, entende-se que a pesquisa é do tipo documental, com abordagem qualitativa, procedimento monográfico e a técnica de investigação, o levantamento de dados.

Palavras-Chave: Covid-19; Brasil; Bolsonaro; negacionismo; necropolítica; mistanásia.

ABSTRACT

As the number of deaths from Covid-19 grew in Brazil, former president Jair Bolsonaro intensified his denialist strategy by spreading fake news, mocking the sick, recommending ineffective medications and sabotaging all instruments to combat the pandemic, from recommending the use of masks to vaccination. The number of deaths in the country was four times higher than the world average per million inhabitants. Thousands of them could have been avoided or, at least, occurred without disrespecting the dignity of the human person. For this reason, they would be classified as *mistanasia*, a phenomenon that describes an avoidable and miserable death that results from the lack of access to health services or insufficient treatment to maintain life, for political, socioeconomic or scientific reasons. This research is based on the hypothetical-deductive argument that the Bolsonaro government's choice of scientific denialism was a form of necropolitics that resulted in thousands of deaths from *mistanasia*, especially among populations historically most exposed to the consequences of health and/or humanitarian crises. Thus, the aim is to go beyond the rationalities of health sciences, which tend to reduce populations to groups of "susceptibles," "infected," "survivors," and "dead," to identify points of intersection between the spread of the novel coronavirus and social markers such as social class, race, gender, level of education, and income. These are the central questions that guide this dissertation. Given these considerations, it is understood that the research is of the documentary type, with a qualitative approach, monographic procedure, and the investigation technique, data collection.

Keywords: Covid-19; Brazil; Bolsonaro; denialism; necropolitics; *mistanasia*.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: APORTES FÁTICOS E TEÓRICOS SOBRE A GESTÃO BOLSONARO	13
2.1 Trajetória da disseminação do novo coronavírus no Brasil e as primeiras medidas adotadas pelo Governo Bolsonaro	15
2.2 Insubstituibilidade do Estado, quebra e distorções do pacto federativo cooperativo pela saúde durante a maior crise sanitária do século XXI	26
2.3 Ministério da Saúde sob intervenção militar e a expansão do negacionismo	41
3 MISTANÁSIA COMO MATERIALIZAÇÃO DA NECROPOLÍTICA DO GOVERNO BOLSONARO NA PANDEMIA DA COVID-19	57
3.1 Mistanásia e necropolítica: da importância à insuficiência de seus antecedentes histórico-conceituais para explicar a realidade brasileira.....	58
3.2 Necropolítica como fim, negacionismo como método: impactos da pandemia para as populações historicamente vulnerabilizadas	64
3.3 Mistanásia anunciada: mortes evitáveis, marcadas pelo sofrimento e abandono.....	72
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	88

1 INTRODUÇÃO

O centro para a Segurança Sanitária, da Universidade de *Johns Hopkins*, considerada referência no campo de pesquisa sobre biomédica, em parceria com o Fórum Econômico Mundial e a Fundação Gates, reuniu autoridades governamentais, especialistas em saúde pública e representantes de empresas globais, como a *Johnson & Johnson*, para o “evento 201: um exercício de pandemia global” (tradução própria) que organizou em outubro de 2019, na cidade de Nova York, com o propósito de debater como seria a resposta do mundo a uma suposta pandemia causada por um tipo de coronavírus batizado de CAPS (sigla em inglês para Síndrome Pulmonar Associada ao Coronavírus – tradução própria). Na simulação, o CAPS teve origem no Brasil e foi identificado em agricultores contaminados por porcos, espalhando-se pelo mundo num intervalo de dezoito meses, resultando em sessenta e cinco milhões de mortes e uma crise econômica global sem precedente. O exercício terminou sem que nenhum dos convidados apontasse respostas que pudessem conter a disseminação do patógeno¹ (CFHS, 2020).

Em dezembro daquele ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi oficialmente informada de que várias pessoas na cidade de *Wuhan*, situada na China, apresentavam sintomas semelhantes a uma pneumonia viral. Uma semana depois, autoridades chinesas anunciaram a identificação de um novo coronavírus, o SARS-CoV-2. Até então, sete tipos de coronavírus humanos havia sido descobertos na história, a maioria causava apenas resfriados comuns, com exceção do SARS-COV e do MERS-COV (OPAS, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS classificou o novo surto viral como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O intuito era fomentar respostas imediatas e de âmbito internacional mediante cooperação global entre os países, mas a intenção não vingou, e, em 11 de março, a emergência foi alçada à pandemia. Naquele momento, o vírus havia se espalhado por cento e quatorze dos cento e noventa e três países existentes no planeta, e vitimado quatro mil pessoas das cento e dezoito mil infectadas (OPAS, 2020).

¹ Em 24 de janeiro de 2021, diante de especulações nas redes sociais, o *Center for Health Security* (CFHS), divulgou uma declaração afirmando que o *event 201* não previu o surto viral na China, antes, o exercício teve como pretensão realçar os desafios de preparação que provavelmente surgiriam numa pandemia muito grave e debater respostas possíveis para contê-la (CFHC, 2021).

Num relatório preliminar publicado em 2022, depois da realização de estudos de campo na China, os membros do Grupo Consultivo para as Origens de Novos Patógenos, criado por convocação da OMS, afirmaram que os dados observados sugeriram que a origem do SARS-CoV-2 foi zoonótica, ou seja, o vírus foi transmitido de animais para humanos. Ainda segundo a equipe científica, os beta coronavírus presentes em morcegos na China e no Laos foram os que mais se assemelharam ao novo coronavírus. Porém, nem os progenitores nem os hospedeiros naturais ou intermediários, nem o modo como o transbordamento para os humanos aconteceu puderam ser identificados (Nishioka, 2022). Durante a epidemia do SARS-CoV-1 (de 2002 a 2004), descobriu-se que alguns casos estavam ligados aos lugares onde se comercializam legumes, verduras e animais silvestres na China, chamados de “mercados molhados”, e que algumas espécies de morcegos de diferentes continentes tanto hospedavam diversos coronavírus similares ao SARS-CoV-1 como outros que com este não guardavam relação alguma (Abreu, 2020).

Apesar de ainda não ser possível saber a origem exata do SARS-CoV-2, a maioria dos casos de epidemias e pandemias registrada nos manuais de saúde e de história aponta para um fator em comum: a exploração ambiental irresponsável que provoca mudanças climáticas significativas, como a devastação de áreas verdes para servir ao modelo de pecuária em escala industrial, a caça e o tráfico de animais, inclusive silvestres, o confinamento e más condições de higiene em criadouros e locais de comercialização da carne de animais abatidos para consumo humano formam o combo completo do caos viral (Abreu, 2020).

Um caso emblemático que deixa claro os impactos da pecuária em escala industrial – para citar apenas um exemplo de um dos componentes apontados como causadores das crises sanitárias na história recente – aconteceu quando uma epidemia suína se alastrou por Guangdong, em 2017. À época, especialistas em virologia dos Estados Unidos da América (EUA) e da China concluíram que a origem do vírus começou em morcegos daquela região. Sabendo onde havia começado, restava saber como. Em outras palavras: como foi possível uma epidemia suína ter sido provocada por morcegos? Passado um ano, pesquisadores chineses publicaram na revista científica *Nature* que megafazendas de rebanhos de animais para o consumo humano alterou o *habitat* dos morcegos, propiciando o contato entre esses animais e a consequente transmissão patogênica (Lara, 2020).

Outro fato que demonstra tal impacto ocorreu em novembro de 2020, quando os governos da Holanda e da Dinamarca determinaram o abate de cerca de quinze milhões de visons criados em cativeiro depois que se tornou pública a informação de mutação viral por conta da transmissão do SARS-CoV-2 desses animais para humanos. Citando um estudo da revista *Science*, o bioquímico Luiz Gustavo Betim Góes, da Universidade de São Paulo (USP), explicou que a mutação nesses países ocorreu quando pessoas infectadas transmitiram o vírus para os visons e estes transmitiram para outros visons e de volta para os humanos (Abreu, 2020). Para o professor do Departamento de Medicina Veterinária da USP, Paulo Eduardo Brandão, o caso de mutação viral nesses países mostra que o confinamento de animais num único espaço, principalmente em indústrias que têm por fim maior produção econômica e, conseqüentemente, maior obtenção de lucro, aumenta consideravelmente o risco de transmissão de microorganismos infecciosos (Abreu, 2020).

Nesse diapasão, o texto Contágio Social (Coletivo Chuang, 2020), publicado por autodenominados “pensadores livres”, pega de empréstimo do biólogo norte-americano Robert Wallace, autor de *Grandes Fazendas Geram Grandes Gripes*, a teoria de que os ciclos das pandemias modernas acompanham os ciclos econômicos do sistema capitalista de produção. Sendo assim, as pandemias se originariam, basicamente, de duas maneiras: nos centros de produção agroeconômica e nas fronteiras agrícolas, por meio da expansão da circulação de mercadorias e de migrações de pessoas que atravessam as fronteiras diariamente, favorecendo, por consequência, a rápida disseminação patogênica entre os países.

Mas, afinal, o que é uma pandemia? Segundo a OMS (2020), pandemia significa uma propensão epidemiológica. Dito de outro modo, são vários surtos da mesma doença ocorrendo ao mesmo tempo e em vários países, de diferentes continentes, com transmissão do agente causador sustentada de pessoa a pessoa, podendo se tornar um acontecimento global, como foi o caso da pandemia de Covid-19. Somente a disseminação global de um agente patógeno é sinônimo de um fenômeno homogêneo e universal? Em outras palavras, apenas a transmissão de um mesmo vírus molda uma pandemia ou é capaz de explicar os eventos “exposição”, “infecção”, “doença” (leve ou grave), “cura” ou “morte”, em diferentes contextos?

Para o professor Sergio Carrara (2020, *apud* Santos, 2020), do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), há apenas uma

resposta às duas perguntas: não. De acordo com ele, é papel das ciências sociais criticar a cosmovisão individualista das ciências médicas de chamar as diferentes configurações sociais de “populações”, indicando que estas seriam formadas por indivíduos separáveis apenas por quatro categorias: “suscetíveis”, “infectados”, “sobreviventes” e “mortos”. Em resumo, para as ciências sociais não basta entender e intervir sobre a disseminação do coronavírus, é preciso estabelecer relações dessa dinâmica com marcadores sociais como classe social, raça, gênero, grau de escolaridade, renda e território. Essas são questões centrais que norteiam esta dissertação.

A realidade pandêmica evidenciou e agravou as desigualdades estruturais, expondo o permanente estado de crise pelo qual o mundo passa há décadas, desde que a versão neoliberal do capitalismo foi escolhida como sendo a melhor opção econômica por grande parte dele. Testemunhou-se que uns sofreram mais do que outros, alguns sequer tiveram condições de seguir as recomendações básicas da OMS de usar máscara, lavar sempre as mãos ou ter álcool gel sempre ao alcance, considerando que não dispunham nem mesmo de água encanada, sistema de saneamento básico e coleta de lixo (Santos, 2020). Tampouco de manter distanciamento social e cumprir a recomendação de “ficar em casa”, já que residiam em habitações precárias, pequenas e superlotadas, como acontece nos aglomerados subnormais do Brasil, e, ainda, porque não dispunham de programas sociais que garantissem o seu sustento ou, pelo menos, não suficientemente.

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi identificado em 26 de fevereiro de 2020, e a primeira vítima da doença morreu em 12 de março daquele mesmo ano (G1, 2020). Em abril de 2020, o país já registrava vinte mil, oitocentos e dezoito casos e seiscentos e noventa e nove óbitos. Em março de 2023, o país alcançou a triste marca setecentas mil mortes (Brasil, 2023). O então presidente Jair Bolsonaro, representante máximo do governo federal, sempre negou a gravidade da pandemia, não assumiu o papel de coordenação nacional para conter o avanço do vírus, nem apresentou soluções para as consequências sociais e econômicas da crise e sanitária. Antes, desincentivou o uso de máscara e o distanciamento social, debochou do sofrimento das vítimas e causou permanentemente crises institucionais.

Ademais, apresentou falsas soluções, como aconteceu em 17 de março de 2020, quando declarou durante uma entrevista à Rádio Tupi que o Brasil estaria livre do coronavírus se determinado número de pessoas fosse infectado e imunizado por

anticorpos e em outras inúmeras oportunidades em que recomendou o uso de medicamentos sem eficácia contra a Covid-19. No mesmo mês, a Secretaria de Comunicação do governo federal lançou a campanha “Brasil não pode parar”, incitando à desobediência ao distanciamento social decretado pela maioria dos chefes dos executivos estaduais. A campanha tentava justificar o *slogan*, veiculando a notícia falsa de que no mundo inteiro casos fatais entre jovens e adultos eram raros (Asano *et al.*, 2021).

Achille Mbembe (2016) expandiu o conceito de biopolítica, de Michel Foucault, e desenvolveu a teoria da necropolítica. O filósofo camaronês explica que o Estado não apenas exerce a gestão e a regulamentação sobre a vida dos indivíduos que fazem parte do seu corpo político, mas, também, sobre a morte, por meio tanto de ações como de omissões, que inclusive apontam como e quem deve morrer. Enquanto Foucault acreditava que as primeiras experiências de biopoder foram feitas durante a Revolução Industrial, Mbembe afirma que, na verdade, elas tiveram início com o colonialismo e suas práticas perversas contra os colonizados. Desse modo, o autor desloca a discussão foucaultiana da realidade europeia para os contextos coloniais e pós-coloniais.

A proposta conceitual da necropolítica aqui evocada é uma tentativa de explicar o raciocínio por trás do falso dilema fantasiado por Bolsonaro entre “salvar a economia ou salvar a população”, e a escolha do ex-presidente pela primeira opção. Destaque-se que, além de não fazer políticas de controle efetivas contra a propagação do vírus, Bolsonaro tampouco promoveu melhorias das taxas de desemprego e renda².

No Brasil, uma forma contumaz do Estado matar acontece em ações policiais dentro das periferias; e, de deixar morrer, omitindo-se de fazer políticas públicas ou extinguindo as que existiam e melhoravam as condições de vida das populações vulneráveis. Como se sabe, algumas das facetas mais cruéis da vulnerabilidade se forma justamente pela falta de acesso aos cuidados básicos de saúde. E, como se

² Registre-se que, em 2020, os parlamentares aprovaram pagamento de um benefício social chamado “auxílio emergencial”, no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por três meses – depois por mais três com o valor reduzido pela metade –, a pessoas com baixa renda, contrariando o governo federal que propôs que o valor fosse de apenas R\$ 200,00 (duzentos reais) por três meses. Em 2021, seguindo nova proposta do governo central, o Congresso Nacional aprovou a prorrogação do auxílio por mais quatro meses consecutivos, mas os valores passaram a ser R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), se o beneficiário morasse sozinho, R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), para os que residiam com a família, e R\$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais) às mulheres responsáveis pelo sustento de seus filhos (Senado, 2020).

testemunhou no Brasil, em caso de surto sanitário, as poucas políticas de prevenção e de contenção não tiveram caráter universal e igualitário.

No estudo “os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia”, publicado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2021, as frases: “a pandemia de Covid-19 não atinge a todos da mesma maneira” e “estamos no mesmo mar, mas não no mesmo barco” ganharam respaldo científico. Santos *et al.* (2020) afirmam que no Brasil muitas mortes que tiveram como causa o agravamento de complicações derivadas da síndrome respiratória causada pelo coronavírus poderiam ter sido evitadas ou, pelo menos, ocorridas sem desrespeito à dignidade da pessoa humana. Por isso, elas se enquadrariam como mortes por mistanásia.

Rechaçando a expressão “eutanásia social”, criada por Patrick Verspieren, em 1984, o bioeticista Márcio Fabri dos Anjos, em 1989, cunhou o termo mistanásia para designar uma morte precoce, marcada pela dor e abandono, que poderia ter sido evitada, caso o enfermo tivesse recebido os cuidados médicos necessários para tanto. Se a morte poderia ter isso evitada, já não se trataria mais de um fato natural, mas, sim, moral (Santos *et al.*, 2020 *apud* Ricci, 2017). Em síntese, a mistanásia pode ocorrer de três formas: (i) quando a pessoa morre antes mesmo de ser atendida por um profissional de saúde e receber o status de paciente, ou seja, sem sequer ter tido acesso ao sistema público de saúde; (ii) quando se tem acesso ao sistema público de saúde, mas não recebe o atendimento/tratamento necessário e de qualidade de que precisava para sobreviver, seja por falta de equipamentos e/ou de medicamentos adequados, seja por erro médico; (iii) quando o paciente sofre qualquer tipo de negligência da unidade de saúde onde está sendo atendido (Santoro, 2012). O conceito de mistanásia, segundo ensina Iara Souza (2020), ainda é aberto, mas sobre tais hipóteses de ocorrência o entendimento é majoritário. Segundo a professora, especialista em Biodireito e Saúde, há “quase um consenso” a esse respeito.

Destarte, a relação dialógica entre tais ensinamentos propicia aparato epistemológico para analisar se houve submissão da vida ao poder da gestão da morte pelo Governo Bolsonaro durante a pandemia de Covid-19. Para tanto, tem-se como meta ir além das racionalidades médica, sanitária e epidemiológica, pois, como já dito anteriormente, apenas a disseminação em escala global de um patógeno não é capaz de explicar uma pandemia – nem mesmo de explicar seus desdobramentos num único país, como é o caso do Brasil, onde não houve

coordenação nacional da crise, e, por isso governadores e prefeitos receberam autorização do Supremo Tribunal Federal (STF) para determinar medidas de enfrentamento ao coronavírus, tais como fechamento de estabelecimentos comerciais, suspensão de atividades de ensino e outras medidas quarentenárias, gerando uma série de providências administrativas heterogêneas e descoordenadas.

Sendo assim, o objetivo geral da pesquisa é analisar a política de combate à Covid-19, escolhida pelo Governo Bolsonaro, à luz das propostas conceituais de Achille Mbembe e de Márcio Fabri dos Anjos, e de dados apresentados em Boletins Epidemiológicos (BEs), informativos, artigos científicos, estudos de dados e outras produções literárias oficiais e extraoficiais, para, então, estabelecer uma relação dialógica dos dados colhidos com fundamentos constitucionais, filosóficos e bioéticos a respeito do tema, a fim de avaliar se houve conformação da gestão de enfrentamento da pandemia aos conteúdos axiológicos da necropolítica e da mistanásia.

Por conseguinte, os objetivos específicos são: i) conceituar a natureza da pandemia para as ciências da saúde e para as ciências sociais; ii) apontar as primeiras medidas da gestão Bolsonaro diante da disseminação viral no país, a partir do dever do Estado de assegurar o direito à saúde, ainda mais durante uma emergência sanitária; iii) demonstrar a ocorrência de técnicas da necropolítica que, inclusive, resultaram em mortes por mistanásia, por meio de avaliação de dados sobre a pandemia, indicando os pontos de interseção com ações e omissões do Governo Bolsonaro; (iv) explicar como o Governo Bolsonaro pode ter sido o principal responsável do Brasil concentrar uma média de mortes por Covid-19 muito maior do que a média mundial, por milhão de habitantes.

Feitas essas considerações, entende-se que a pesquisa deve ser do tipo documental, com abordagem qualitativa, cujas fontes principais serão Boletins do Observatório da Covid-19, feitos pela Fiocruz, Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde (MS), dados do Consórcio de Veículos de Imprensa (CVI), parecer da Comissão Parlamentar de Inquérito, estudos elaborados pelo Inesc, artigos científicos nacionais e internacionais, matérias jornalísticas, bem como produções da literatura especializada sobre o tema em referência, destacando-se as informações sobre índices e recortes sociais que estabelecem correlação entre desigualdade socioeconômica à mortalidade por Covid-19 no país.

O método de abordagem escolhido foi o hipotético-dedutivo, uma vez que se parte da ideia geral de que o negacionismo científico foi uma forma de necropolítica do Governo Bolsonaro que resultou em milhares de mortes por mistanásia. O procedimento será monográfico, haja vista que se pretende analisar os elementos que compõem os conceitos da necropolítica e da mistanásia no contexto pandêmico e em cotejo com os direitos à vida, à saúde e à integridade física, todos protegidos pelo princípio da dignidade humana; bem assim, debruçar-se sobre o exame de princípios e definições que se relacionam com o objeto de estudo desta pesquisa. Dessa forma, considerando que se deseja conhecer o fenômeno, o objetivo metodológico escolhido, a priori, é o exploratório, e a técnica de pesquisa, o levantamento de dados.

2 PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: APORTES FÁTICOS E TEÓRICOS SOBRE A GESTÃO BOLSONARO

O médico Li Wenliang, de 34 anos, morreu em 6 de fevereiro de 2020 por complicações da Covid-19, doença provavelmente contraída enquanto atendia pacientes infectados pelo novo coronavírus na cidade de Wuhan, epicentro do surto viral naquele momento. Em dezembro de 2019, o oftalmologista observou que os pacientes com conjuntivite também apresentavam sintomas semelhantes à Síndrome Respiratória Grave causada pelo SARS-CoV-1, e alertou pelas redes sociais os colegas de profissão. Dias depois, foi constrangido pela polícia a não espalhar “notícias falsas”. Xi Jinping somente reconheceu publicamente a epidemia do novo coronavírus em 20 de janeiro de 2020. Àquela altura, o vírus já havia ultrapassado as fronteiras da China e chegado ao Japão, à Tailândia e à Coreia do Sul (Rocha, 2020; El País, 2020).

No antigo *Twitter* (agora, X), o deputado Eduardo Bolsonaro comparou a postura da China à da União Soviética diante do acidente na usina nuclear de Chernobyl, em 1986. Políticos e militantes aliados o apoiaram e, mimetizando a fala xenófoba de Donald Trump, chamaram o novo coronavírus de “vírus chinês”. Usando a mesma rede social, Yang Wanming, embaixador da China, reagiu à ofensa e marcou os perfis da Câmara dos Deputados, de Rodrigo Maia, presidente daquele parlamento, e de Ernesto Araujo, ministro das relações exteriores. Somente o ex-presidente da Câmara pediu desculpas. Um dia antes do imbróglio, Luis Henrique Mandetta, ex-ministro da Saúde, agradeceu ao governo chinês o envio de equipamentos médicos para enfrentamento da crise sanitária no Brasil (G1, 2020).

Cumprir destacar que as falas preconceituosas e conspiratórias de alguns políticos ao redor do mundo tiveram impacto direto no aumento dos crimes de ódio contra a população asiática durante a pandemia de Covid-19. De acordo com informações publicadas pelo movimento *Stop Asian Hate*, entre março de 2020 a março de 2021 foram registrados seis mil seiscentos e três casos desse tipo. Segundo o porta-voz da polícia de Nova York, o aumento de denúncias recebidas no Estado foi de mil e novecentos por cento (Tammaro, 2021). Em 16 de março de 2020, apenas dois dias antes do tuíte de Eduardo Bolsonaro, Donald Trump havia feito um post em que mencionava a expressão “vírus chinês”, e a reprodução de tais termos aumentou de dezesseis mil quinhentos e trinta e cinco para cento e setenta e sete mil, trezentos

e vinte e sete, num intervalo de uma semana, segundo a *AAPI Equity Alliance*, um grupo de organizações sociais que defende os direitos da comunidade asiático-americana (Ventura, 2020).

As três pandemias do século XX – a Gripe Espanhola (1918-1919), a Gripe Asiática (1957-1958), e a Gripe de Hong Kong (1968-1969) – foram associadas a localizações geográficas, ensejando uma série de estigmas sociais pejorativos. A primeira do século XXI (entre 2009 e 2010), num primeiro momento foi registrada como Gripe Suína, causando uma “onda” de protestos de criadores de porcos e de várias indústrias alimentícias, sobretudo do Brasil, dos Estados Unidos e da Europa, por conta dos prejuízos financeiros da queda vertiginosa do consumo de carne de porco e derivados. Pressionada, em maio de 2009, a OMS mudou o nome para Influenza A (H1N1). Posteriormente, foi constatado que, embora os porcos fossem hospedeiros do vírus, este não era transmitido aos humanos pelo consumo da carne (Ferraz; Gomes, 2012).

Somente em 2015, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e com a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), a OMS definiu diretrizes para nomear novas doenças infectocontagiosas. Desde então, foi proibido que em suas denominações constassem nomes de lugares, de pessoas, de espécie animal, de tipo de alimento, de referências culturais ou quaisquer termos capazes de gerar pânico, como, por exemplo, “mortal”, “fatal” ou “desconhecida”. Covid-19 é a combinação de letras que formam seu nome em inglês : *CORona Virus Disease*, mais o ano em que foram identificados os primeiros casos da doença (Ventura, 2020).

Além de reprováveis, os discursos de ódio de autoridades brasileiras contra a China também se constituíam, na prática, atentados contra o próprio povo, porque além daquele país ser o maior parceiro comercial do Brasil, manter boas relações com ele poderia garantir a obtenção tanto de informações como de insumos imprescindíveis ao combate do novo coronavírus. E mais: depois de brasileiros residentes na China publicarem um vídeo na internet pedindo repatriação, o governo brasileiro precisava da cooperação do governo chinês para resgatá-los (UOL, 2020).

Antes de o apelo se tornar público, Bolsonaro se mostrou resistente à ideia, alegando que a volta de alguns compatriotas representaria riscos a toda população e que o voo fretado para o resgate seria muito caro, cerca de dois milhões. Além disso,

a atuação administrativa dependeria de lei específica. Questionado pela imprensa, Davi Alcolumbre, então presidente do Senado, negou a necessidade de edição legislativa. Bastava a iniciativa do governo federal, enfatizou. A verdadeira necessidade era aprovar uma lei que estabelecesse regras básicas sobre a quarentena dos futuros repatriados, e isso foi feito pelo Congresso em caráter de urgência. O Ministério da Defesa desobrigou a tripulação de cumprir quarentena na base da Aeronáutica, em Anápolis, junto aos trinta e quatro brasileiros trazidos de volta, contrariando o Ministério da Saúde (MS), a quem de fato e de direito cabia ditar as regras da missão (Sobrinho, 2020). Um prenúncio da intervenção militar que a pasta sofreria mais adiante.

2.1 Trajetória da disseminação do novo coronavírus no Brasil e as primeiras medidas adotadas pelo Governo Bolsonaro

O Brasil foi avisado diretamente sobre o novo coronavírus em 3 de janeiro de 2020, imediatamente a ala técnica do MS se reportou à OPAS pedindo mais detalhes sobre o assunto, tornando o país o primeiro a tomar tal iniciativa e se munir de informações técnico-científicas oficiais (Amado, 2020). Em 4 de fevereiro de 2020, o Governo Bolsonaro decretou estado de emergência sanitária e enviou ao Congresso um projeto de lei com medidas de combate ao novo coronavírus que incluíam exames, vacinação e tratamento obrigatórios, além de restringir entrada e saída de pessoas no e do território nacional. A Lei nº 13.979/2020 começou a vigor dois dias depois de aprovada (Senado, 2020).

Até então, não havia caso de contaminação identificado no país, o que fazia parecer que o governo brasileiro estava seriamente comprometido em adotar todos os esforços necessários para evitar a propagação local. A declaração de estado de emergência, apesar da ausência de registro de infecção, foi uma estratégia de Mandetta para conseguir que o MS adotasse medidas de saúde urgentes, sem necessidade de submissão a processos licitatórios. A autorização foi adicionada à Lei nº 13.979/2020 pela Lei nº 14.035/2020, esta publicada seis dias depois daquela:

Art. 4º É dispensável a licitação para aquisição ou contratação de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei.

§ 1º A dispensa de licitação a que se refere o caput deste artigo é temporária e aplica-se apenas enquanto perdurar a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Redação dada pela Lei nº 14.035, de 2020).

Como já dito anteriormente, o primeiro caso de contaminação por coronavírus no Brasil foi em 26 de fevereiro de 2020. Em 11 de março, dia em que a OMS mudou a classificação de emergência de saúde pública para pandemia, o Ministério da Saúde informou que cinquenta e dois casos foram confirmados no Brasil, sendo trinta em São Paulo, treze no Rio de Janeiro, dois na Bahia, dois no Rio Grande do Sul, dois no Distrito Federal, um em Alagoas, um no Espírito Santo e um em Minas Gerais. Mais tarde, naquele mesmo dia, o hospital Albert Einstein – onde foi identificado o primeiro caso da doença no país – confirmou mais dezesseis novos casos, os quais, portanto, ainda não tinham sido contabilizados pelo MS. No dia 20 de março, o MS declarou estado de transmissão comunitária do coronavírus em todo o território nacional. Nesse estágio é impossível estabelecer o rastreamento do contágio, como acontece na transmissão local (G1, 2020; MS, 2020).

Dentre os casos identificados no país, vinte e três estavam na comitiva que acompanhou Bolsonaro em viagem à Miami no dia 7 de março, começando por Fabio Wajngarten, secretário de comunicação do governo, que testou positivo no dia 12 do mesmo mês. Durante a visita aos EUA, num encontro com pastores da Flórida, o presidente do Brasil disse que a doença estava sendo “superdimensionada”. A empresários que se reuniram para ouvi-lo, afirmou que “muito do que tem ali é mais fantasia, a questão do coronavírus, que não é isso tudo que a grande mídia propaga” (Amado, 2022).

A assessoria de imprensa do Planalto divulgou oficialmente que Bolsonaro testou negativo para a doença, mas negou acesso aos laudos, alegando que a saúde do presidente da República devia ficar sob sigilo por questões de segurança. O jornal *Estadão* recorreu à justiça, e o embate chegou ao STF, onde Ricardo Lewandowski foi sorteado como relator. Antes disso, a Câmara já havia requerido ao Palácio a entrega dos exames, mas foi ignorada. Depois de alertado por um de seus Ministros que a recusa podia servir de embasamento para pedido de *impeachment*, o chefe do executivo federal finalmente entregou os laudos dos três testes que teria feito. Em um deles, no campo destinado ao nome da pessoa que se submeteu ao teste foi escrito “Airton Guedes”; noutro, “Rafael Augusto da Costa Ferraz”, mas com os números do

CPF e do RG de Bolsonaro; no terceiro, constava apenas “paciente 05”. Todos negativos e feitos em março de 2020, quando a comitiva presidencial voltou de viagem. Questionado, Bolsonaro se limitou a dizer que temia que adulterassem os documentos, sem explicar os motivos de sua suspeita (Moura, 2020).

Além de eventual processo de *impeachment*, Bolsonaro também temeu a acusação de crime contra a saúde pública. Ele descumpriu publicamente o isolamento que devia ter se imposto voluntariamente, devido ao contato com vários infectados da comitiva que viajou à Miami, quando foi ao encontro de apoiadores que protestavam contra o Congresso e o STF, no dia 15 de março – ambos vinham assumindo, juntamente com Mandetta, o protagonismo durante a crise sanitária. Na quinta-feira, apenas três dias antes, ao lado do Ministro da Saúde, o presidente fez um pronunciamento oficial que foi transmitido em todas as redes de rádio e de televisão, pedindo a suspensão dessa manifestação e de atos semelhantes:

Os movimentos espontâneos e legítimos marcados para 15 de março atendem aos interesses da nação, balizados pela lei e pela ordem. (...) Precisam, no entanto, diante dos fatos recentes, ser repensados. Nossa saúde e a de nossos familiares devem ser preservadas. O momento é de união, seriedade e bom senso (Bolsonaro, 2020 *apud* El País, 2020).

De acordo com os organizadores, oito mil pessoas (sem contar as que participaram das carreatas) se juntaram em frente ao Palácio do Planalto naquele domingo. Bolsonaro chegou a dizer que havia sugerido o cancelamento do ato, mas que não podia mandar nos manifestantes. Rodrigo Maia, Presidente da Câmara, postou um tuíte dizendo que em vez de estar no Palácio à frente de um gabinete de crise para adoção de soluções para o país, o Presidente preferiu participar de manifestação que ameaçava as instituições e a saúde. Em entrevista à CNN Brasil, Mandetta reforçou seu posicionamento e, portanto, também o da pasta que presidia: “fazer aglomeração é completamente equivocado” (CNN, 2020).

Com pouca ou nenhuma participação do chefe do executivo, nos primeiros meses de 2020, o Estado brasileiro criou e/ou potencializou instrumentos de combate ao coronavírus. Dentre eles: (i) lançamento de processo seletivo simplificado para contratação de cinco mil profissionais, com inscrição no Conselho Federal de Medicina (CFM), pelo Programa Mais Médicos, no dia 11 de março (G1, 2020; MS, 2020); (ii) destinação de R\$ 5,099 bilhões às ações e aos serviços de combate ao coronavírus por meio da Medida Provisória nº 924/2020, editada pelo governo federal em 13 de

março, depois de Mandetta ter articulado o acordo com os congressistas (G1, 2020; Senado, 2020); (iii) distribuição de 40 milhões de equipamentos de proteção aos profissionais de saúde do SUS, em 31 de março do mesmo ano (Folha, 2020; MS, 2020); (iv) aumento de leitos de UTI (Cimini *et al.* 2020); (v) liberação de 16 bilhões de reais aos estados, DF e municípios, de maio a agosto de 2020, com o propósito de minimizar o impacto da queda na arrecadação pelos entes federativos (MP Nº 938/2020); (vi) criação do auxílio emergencial, no valor de R\$ 600 reais por três meses – depois por mais três com o valor reduzido pela metade –, a pessoas com baixa renda, contrariando o governo federal que propôs que o valor fosse de apenas R\$ 200 reais mensais, válidos por três meses. Em 2021, seguindo nova proposta do governo central, o Congresso Nacional aprovou a prorrogação do auxílio por mais quatro meses consecutivos, mas os valores passaram a ser R\$ 150 reais, se o beneficiário morasse sozinho, R\$ 250 reais, para os que residiam com a família, e R\$ 375 reais, às mulheres responsáveis pelo sustento de seus filhos (Senado, 2020); (vii) realização de coletivas de imprensa pelo MS para prestar informações gerais e recomendar os protocolos de saúde indicados pela OMS; (viii) lançamento pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) do Painel Coronavírus, uma plataforma on-line de informações sobre número de casos, número de óbitos e taxa de letalidade, categorizados por dia e região; (ix) repasse de 60 bilhões de reais da União aos demais entes federativos, para enfrentamento a Covid-19, previsto na Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020;

Num raríssimo momento de união, o acordo da ajuda financeira (descrita no item ix) foi feito entre o presidente da República, os governadores e os presidentes da Câmara e do Senado, no dia 20 de março de 2020 (G1, 2020). Àquela altura, a maioria dos Poderes Executivos locais já havia adotado medidas de distanciamento social, causando reduções significativas na arrecadação e, conseqüentemente, redução ou perda do poder de compra da população. Bolsonaro usaria os efeitos econômicos negativos nos Estados para incitar a sociedade a se voltar contra os governos estaduais, pressionando-os a revogarem as normas quarentenárias que editaram.

Um dos ataques mais estarrecedores – respondido de maneira contundente pelos governadores, como se verá a seguir – foi feito no pronunciamento presidencial em rádio e tevê quatro dias depois da reunião supracitada. Bolsonaro começou destacando que desde o resgate dos brasileiros em Wuhan, seu governo estava se preparando para enfrentar o coronavírus; em seguida, elogiou Henrique Mandetta por

ter se reunido com Secretários de Saúde estaduais, elaborado estratégias de combate à propagação do vírus, prestado informações técnicas e preparado o SUS para atender eventuais pacientes infectados. Imediatamente depois, acusou a imprensa de fazer o oposto – espalhar pavor por meio de matérias que mostravam o cenário devastador na Itália, “um país com grande número de idosos e com um clima totalmente diferente do nosso”, por isso “uma verdadeira histeria” tomou conta do Brasil (UOL, 2020).

Em vez de cancelar as diretrizes adotadas pelo Ministro da Saúde, que, por sua vez, seguia as da OMS, apresentar, de fato, o que o governo havia feito e anunciar as próximas ações para conter os efeitos da pandemia, ele minimizou a crise, desincentivou as medidas de distanciamento social e apresentou a cloroquina como potencial medicamento contra a Covid-19. Abaixo, a transcrição na íntegra do seu discurso:

Desde quando resgatamos nossos irmãos em Wuhan, na China, em uma operação coordenada pelos ministérios da Defesa e das Relações Exteriores, surgiu para nós um sinal amarelo. Começamos a nos preparar para enfrentar o coronavírus, pois sabíamos que mais cedo ou mais tarde ele chegaria ao Brasil. Nosso ministro da Saúde reuniu-se com quase todos os secretários de Saúde dos estados para que o planejamento estratégico de combate ao vírus fosse construído e, desde então, o doutor Henrique Mandetta vem desempenhando um excelente trabalho de esclarecimento e preparação do SUS para atendimento de possíveis vítimas. Mas, o que tínhamos que conter naquele momento era o pânico, a histeria. Grande parte dos meios de comunicação foram na contramão. Espalharam exatamente a sensação de pavor, tendo como carro chefe o anúncio de um grande número de vítimas na Itália, um país com grande número de idosos e com um clima totalmente diferente do nosso. Um cenário perfeito, potencializado pela mídia, para que uma verdadeira histeria se espalhasse pelo nosso país. **Devemos, sim, voltar à normalidade. Algumas poucas autoridades estaduais e municipais devem abandonar o conceito de terra arrasada, como proibição de transporte, fechamento de comércio e confinamento em massa.** O que se passa no mundo tem mostrado que o grupo de risco é o das pessoas acima dos 60 anos. Então, por que fechar escolas? Raros são os casos fatais de pessoas sãs, com menos de 40 anos de idade. 90% de nós não teremos qualquer manifestação caso se contamine. **No meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho** como bem disse aquele conhecido médico daquela conhecida televisão. Enquanto estou falando, o mundo busca um tratamento para a doença. O FDA americano e o Hospital Albert Einstein, em São Paulo, buscam a comprovação da eficácia da cloroquina no tratamento do Covid-19. Nosso governo tem recebido

notícias positivas sobre este remédio fabricado no Brasil e largamente utilizado no combate à malária, lúpus e artrite. Acredito em Deus, que capacitará cientistas e pesquisadores do Brasil e do mundo na cura desta doença. Aproveito para render as minhas homenagens a todos os profissionais de saúde. Médicos, enfermeiros, técnicos e colaboradores que, na linha de frente nos recebem nos hospitais. Nos tratam e nos confortam. Sem pânico ou histeria, como venho falando desde o início, venceremos o vírus e nos orgulharemos de estar vivendo neste novo Brasil, que tem tudo, sim, para ser uma grande Nação. Estamos juntos, cada vez mais unidos, Deus abençoe nossa pátria querida. (Bolsonaro, 2020 *apud* UOL, 2020, grifo próprio).

Naquela noite, não restou dúvida de que, no Brasil, a crise sanitária global seria combatida por um presidente negacionista e populista por convicção. A partir de então, convencer a população a aderir ao uso da cloroquina como tratamento contra a Covid-19 se tornaria uma obsessão para Bolsonaro, que a transformou em política de governo, com direito a destituição de dois ministros que se opuseram à ideia, edição de protocolo feito pelo Ministério da Saúde e gasto de dinheiro público, inclusive com peças publicitárias.

Criada em 1930, a cloroquina tinha eficácia apenas contra a malária. Posteriormente, a partir do seu princípio ativo, cientistas desenvolveram a hidroxicloroquina, receitada a pacientes com lúpus e artrite reumatóide. Combinados com o antibiótico azitromicina, ambos os fármacos passaram a ser testados para tratamento da infecção causada pelo novo coronavírus, em dezembro de 2019. O estudo clínico mais popular foi realizado no Hospital de Marselha, cujo diretor era o médico e microbiologista francês Didier Raoult, que ficou conhecido como “Dr. Cloroquina” (Sayare, 2020).

Em março de 2020, Raoult divulgou no *Twitter*: “Confirmamos a eficácia da hidroxicloroquina (derivado da cloroquina, um medicamento usado no combate à malária) associada à azitromicina (um antibiótico) no tratamento da covid-19”. Nenhuma revista científica publicou o suposto feito. Profissionais da saúde do mundo inteiro criticaram a metodologia do estudo conduzido por ele, que além de não ter incluído grupo de controle, somente acompanhou oitenta pacientes com sintomas leves, entre seis a dez dias. Outros estudos rigorosos eram imprescindíveis para validar a administração dessa combinação medicamentosa, alertava a maioria da comunidade científica (Sayare, 2020).

No dia 4 de janeiro de 2021, o médico tornou pública a confissão de que a hidroxicloroquina não curava pacientes contaminados pelo novo coronavírus, mesmo quando a posologia era combinada com azitromicina. Apenas quatro dias depois, após a repercussão internacional, ele negou que tivesse mudado de ideia, reafirmando que a hidroxicloroquina e a azitromicina eram eficazes. A partir daí, uma série de condutas antiéticas, desumanas e anticientíficas do pesquisador vieram à tona, e ele passou a ser investigado. Cientistas franceses de dezesseis organizações de pesquisa científica pedem punição pelos atos de Didier Raoult, os quais, segundo eles, desrespeitaram protocolos científicos e normas jurídicas, resultando em descrédito da ciência (Baima, 2021).

O médico e microbiologista francês ganhou fama internacional quando Trump chamou seu experimento de “cura milagrosa” e “presente dos céus”. Bolsonaro, como de costume, imitou seu ídolo e também se fez garoto-propaganda da falsa terapia farmacológica. As notícias da suposta cura da Covid-19 levaram ao desabastecimento de cloroquina e de hidroxicloroquina em diversas farmácias no Brasil, prejudicando os pacientes que precisavam tratar as doenças para as quais esses medicamentos foram desenvolvidos (Pamplona; Watanabe, 2020). O MS autorizou a administração tanto de um como do outro para enfermos que apresentassem casos graves de Covid-19:

O ministro da Saúde alerta que o uso dos medicamentos não é recomendado fora do ambiente hospitalar, uma vez que eles podem provocar arritmia. Se você cometeu essa iniciativa [de comprar a cloroquina sem recomendação médica] mediada pela falta de informação, o mais correto a fazer é pegar a caixa e entregar ao farmacêutico, ao hospital ou posto de saúde, aconselhou (Brasil, 2020).

Bolsonaro queria que o MS recomendasse amplamente o uso dos remédios, tanto para prevenção como tratamento, mas Mandetta nunca concordou. Essa divergência se tornaria a principal razão da demissão do ortopedista do cargo de Ministro da Saúde. Em 19 de março daquele ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) já havia alertado para os riscos da automedicação da cloroquina e hidroxicloroquina, já que não havia estudos conclusivos sobre sua eficácia contra a doença ocasionada pelo novo coronavírus (ANVISA, 2020).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por sua vez, emitiu o parecer nº 04/2020, no qual, apesar de reconhecer que não havia evidências robustas de que esses fármacos eram eficazes para prevenir e tratar os sintomas de Covid-19,

autorizou a prescrição em três casos: (i) para pacientes com diagnósticos confirmados de Covid-19 e que apresentassem sintomas leves; (ii) para pacientes com “sintomas importantes”, que não estivessem sob cuidados intensivos, independentemente de estarem ou não internados; (iii) para pacientes sob cuidados intensivos, “incluindo ventilação mecânica”. Ainda segundo o parecer da autarquia, todas as hipóteses deveriam ser avaliadas pelo princípio da autonomia do médico e pela relação médico-paciente. A responsabilidade pela decisão seria, então, compartilhada por ambos. Dessa forma, o profissional estaria livre dos riscos de cometer quaisquer infrações éticas por receitar cloroquina e hidroxicloroquina a pacientes com Covid-19 (CFM, 2020).

Cumprе salientar que, a partir de então, Bolsonaro repetiria muitas e muitas vezes que desde o início da pandemia apoiou a autonomia médica na busca do tratamento contra a Covid-19, seguindo recomendação do CFM. Mas integrantes da cúpula desse conselho profissional terminariam investigados pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia, criada em 2021 (Amado, 2022).

Como se sabe, a alegada eficácia da cloroquina e da hidroxicloroquina, associadas ou não com outros remédios, como, por exemplo, a azitromicina, nunca se comprovou. A OMS, com base nos resultados de estudos realizados pela *Solidarity Trial*, que teve início em março de 2020 e avaliou mais doze mil pacientes em mais trinta países, tendo sido publicado na revista *The New England Journal of Medicine*, pela *Preprint*, que revisou ensaios clínicos randomizados, com mais de oito mil enfermos, para pesquisar sobre os efeitos colaterais da hidroxicloroquina quando administrada para tratar a infecção pelo novo coronavírus, e de outros, inclusive o do Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes (GDD), formado por médicos, pacientes e cientistas, recomendou que pessoas diagnosticados com Covid-19 se abstivessem de usar a hidroxicloquina, pois além de serem muito remotas as chances de produção de efeitos preventivos ou curativos, havia riscos significativos de efeitos colaterais sérios (OPAS, 2020, 2021; Bruno, 2021).

Antes do desenvolvimento da vacina, a redução do contato social entre pessoas sintomáticas ou não, ao lado de outras medidas preventivas, como as de proteção pessoal, com destaque para o uso de máscara, higienização das mãos com água e sabão ou álcool etílico 70%, e testagem em massa se configuravam como as únicas medidas capazes de conter o crescimento da curva de transmissão do novo coronavírus. Todas essas recomendadas exaustivamente pela OMS. A redução de

contato físico entre uma pessoa eventualmente infectada e uma suscetível é capaz de “achatar a curva de doentes simultâneos”, de modo que novos casos ocorram num intervalo de tempo maior entre um e outro, evitando, assim, o colapso do sistema de saúde (OBSERVATÓRIO COVID-19 BR, 2020).

Contudo, no Brasil, o isolamento social de fato nunca foi decretado, nem mesmo nos momentos mais críticos da pandemia. A Portaria nº 454, de março de 2020, foi uma tentativa do ministro da Saúde – para quem o governo brasileiro deveria seguir as recomendações da OMS e demais evidências técnico-científicas divulgadas até aquele momento – de impor como política nacional medidas restritivas de deslocamento e contato físico em geral de quem estivesse sintomático e dos que com este tiveram contato:

Art. 1º Fica declarado, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19).

Art. 2º Para contenção da transmissibilidade do covid-19, deverá ser adotada como, medida não-farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.

Parágrafo único. Considera-se pessoa com sintomas respiratórios a apresentação de tosse seca, dor de garganta ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre, desde que seja confirmado por atestado médico.

Art. 3º A medida de isolamento **somente** poderá ser determinada por prescrição médica, por um prazo máximo de 14 (quatorze) dias, considerando os sintomas respiratórios ou o resultado laboratorial positivo para o SARSCOV-2 (grifo próprio).

Apesar de condicionar o isolamento à prescrição médica e ao prazo máximo de quatorze dias, essa Portaria do MS foi importante porque ajudou a pautar ações e serviços de vários governadores e prefeitos, os quais, depois de a OMS ter reconhecido que a emergência sanitária havia se tornado uma pandemia, determinaram o fechamento ou, pelo menos, o funcionamento em horário reduzido de estabelecimentos comerciais locais, escolas, igrejas e transporte público.

No dia 25 de março de 2020, portanto, um dia após o pronunciamento presidencial (reproduzido acima), a Secretaria de Comunicação do governo federal lançou a campanha “Brasil não pode parar”, incitando à desobediência às medidas de distanciamento social adotadas por governos estaduais e municipais. A campanha

tentava justificar o *slogan*, veiculando a notícia falsa de que no mundo inteiro casos fatais entre jovens e adultos eram raros e por isso não fazia sentido adotar o isolamento social para todos (chamado horizontal) como medida preventiva (Asano *et al.*, 2021).

Nessa mesma data, em carta aberta, vinte e cinco governadores reafirmaram a manutenção das ações de combate ao novo coronavírus, criticaram o pronunciamento presidencial feito na data anterior e pediram apoio do chefe do executivo federal, a quem cabia a liderança naquele momento. Deixaram de assinar o documento os governadores de Rondônia e de Roraima, ambos filiados ao Partido Social Liberal (PSL), o mesmo que Bolsonaro se vinculou em 2018 para disputar a eleição (El País, 2020).

O presidente da República não assumiu a coordenação nacional da crise sanitária e humanitária no país, tampouco estabeleceu parceria com os governadores, como estes pediram na carta que lhe endereçaram. Longe disso, as disputas se tornaram ainda mais acirradas. De um lado, Bolsonaro defendendo o isolamento vertical, aquele em que apenas grupos de risco devem se isolar, pregando o uso de medicamentos sem eficácia comprovada pela ciência e acusando os governos estaduais e municipais pelos impactos que as deliberações restritivas tiveram na economia; do outro, o ministro da Saúde e a maioria dos governadores e prefeitos tentando seguir as instruções da OMS e conciliar a preservação da saúde e dos interesses econômicos do país.

O Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) propôs a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 672, requerendo, em síntese, que o STF concedesse medida cautelar determinando que o presidente da República se abstivesse de afrontar por ação ou omissão as políticas de isolamento social determinadas por Estados e Municípios e, ainda, concretizasse ações de apoio econômico aos setores mais atingidos pelas consequências da crise. Em 8 de abril, o ministro Alexandre de Moraes, sorteado para relatar a ação constitucional, concedeu parcialmente a tutela requerida quando assegurou autonomia aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para adoção de providências compatíveis com as descritas pela OMS e vários estudos técnico-científicos que apontavam como diminuir o número de contágios e óbitos num cenário de disseminação de um único agente patógeno (STF, 2020).

Em outubro do mesmo ano, o plenário do tribunal confirmou a decisão monocrática tomada em abril, quando desde então Bolsonaro e seus apoiadores começaram a espalhar diversas notícias falsas sobre esse fato, como aquela que dizia que a Suprema Corte o proibiu de combater a pandemia, atribuindo tal responsabilidade apenas aos governos subnacionais. O Supremo chegou a publicar no X (antigo *Twitter*) a seguinte mensagem:

Uma mentira contada mil vezes não vira verdade. É falso que o Supremo tenha tirado poderes do presidente da República de atuar na pandemia. É verdadeiro que o STF decidiu que União, Estados e prefeituras tinham que atuar juntos, com medidas para proteger a população (STF, 2021 *apud* UOL, 2021).

Jair Bolsonaro não assumiu a liderança que lhe cabia por imposição constitucional, mas quando o vácuo de poder era preenchido por qualquer outra autoridade, ele não se continha e atuava como agente agravador da pandemia, numa tentativa de protagonizar o momento, mesmo que para isso aumentasse consideravelmente os riscos contra a saúde e a dignidade da população. Foi assim com o STF, com os chefes dos executivos subnacionais e com o ministro da Saúde do seu governo, cuja conduta no cargo chegou a ser aprovada por 76% dos brasileiros, enquanto a sua foi de 33%, segundo pesquisa Datafolha realizada entre 18 e 20 de março de 2020. Para 58% dos entrevistados, a gestão dos governos estaduais e municipais era boa ou ótima (CNN, 2020).

No final de março do primeiro ano da pandemia, quando os EUA registraram o maior número de casos por Covid-19 no mundo, Bolsonaro foi questionado se temia que no Brasil ocorresse um aumento exponencial semelhante e mais uma vez negou os impactos da crise de saúde pública. Primeiro, disse que o brasileiro tinha que ser estudado porque mergulha no esgoto e nada acontece a ele, acrescentando que muitos no país já teriam anticorpos e que por isso a proliferação não seria alta dali pra frente. Ao ser indagado sobre como o governo implementaria o isolamento vertical, limitou-se a afirmar que "o próprio Mandetta tá convencido disso. Mas a quarentena vertical tem que começar pela própria família. O brasileiro tem que aprender a cuidar dele mesmo, pô" (Carta Capital, 2020).

Contudo, a verdade é que o ministro tentava convencer o presidente a seguir as diretrizes da OMS e a partir delas pautar as ações do governo, como se percebe no diálogo a seguir:

Nós vamos bater 180 mil mortes este ano, presidente. ***O senhor vai aguentar todo dia passando na tevê caminhão do Exército transportando cadáver morto de coroa, como estava lá na Itália?*** ***Aguento.*** O senhor não aguenta, não, presidente. ***O senhor já viu alguém morrer por falta de ar?*** A gente vai ter cena assim aos montes, presidente. ***A pessoa vai ficando roxa na sua frente, ela não tem como botar o oxigênio para dentro, é como morrer com uma mão apertando o pescoço. E tem mais, presidente. Todo o sistema de saúde vai ser atingido.*** Se alguém levar uma facada, como a que o senhor recebeu, e precisar de um leito de UTI para salvar a vida da pessoa, não vai ter. Essa pessoa vai morrer, presidente (Cantanhêde, 2020, grifo próprio).

Os dias seguintes mostrariam que o ex-presidente não foi convencido pela empatia, tampouco pela ciência. Ele continuou sabotando todas as ações de que dispunha contra a pandemia, uma a uma. O presidente, de certo modo, lembrou essa conversa quando imitou uma pessoa sem ar durante transmissão ao vivo em suas redes sociais. Na ocasião, ele disse que era daquele jeito, sem ar, que Mandetta queria que as pessoas ficassem, já que o médico era contra o uso da cloroquina e hidroxicloroquina (Amado, 2022).

Em abril de 2020, durante a semana da páscoa, o Brasil registrou mais de mil mortes causadas pelo coronavírus. No domingo, Mandetta reconheceu em entrevista ao *Fantástico* que o pior ainda estava por vir e que ‘o brasileiro não sabia se escutava o presidente ou o ministro’. “O presidente olha muito pelo lado da economia, o ministério pelo lado de proteção à vida. Que nós possamos ter uma fala unificada”. (G1, 2020). Depois da entrevista, Mandetta deixou de contar com o apoio dos militares do Palácio do Planalto. Dias depois, ele foi demitido por Bolsonaro (Shalders, 2020).

2.2 Insubstituibilidade do Estado, quebra e distorções do pacto federativo cooperativo pela saúde durante a maior crise sanitária do século XXI

Em consonância com o disposto no artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 (CRFB/1988), também chamada de “Constituição cidadã”, por ter elencado vários dispositivos em benefício da pessoa humana, erigiu o direito à saúde a direito fundamental e impôs ao Estado o dever de assegurá-lo de forma universal, igualitária e gratuita, assegurando sua efetivação pela previsão da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), como rezam os artigos 6º, 196, 197, 198 e 200 do texto

constitucional. Com a implantação do SUS, o acesso à saúde, que já foi restrito à parcela da sociedade vinculada ao sistema previdenciário, evoluiu para se tornar universal e igualitário – ao menos, em teoria –, fundamentado nas concepções de existência digna e de cidadania (Kerstenetzky, 2012).

A criação do SUS³, pela Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS), materializou o conceito de que o direito à saúde é elemento essencial da democracia, como explicou o sanitarista Sergio Arouca na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em pleno processo de (re)democratização:

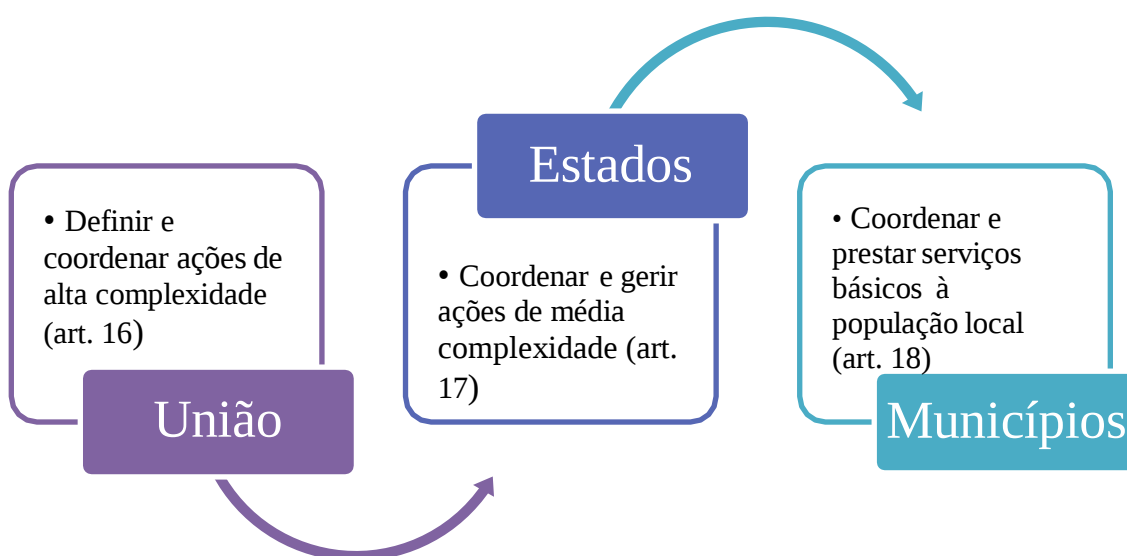
[...] é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo [...] (FIOCRUZ, 2020).

O inc. II, do art. 23, da Constituição Federal vigente, firmou o pacto federativo pela saúde, atribuindo a todos os entes estatais a responsabilidade solidária de “cuidar da saúde e assistência pública”. O caput e o inc. VII, do art. 30, reafirmam essa opção constitucional: “compete aos municípios: prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.” Igualmente, os termos do art. 198, quando conferiu ao sistema público de saúde uma estrutura unificada, regionalizada, hierarquizada e descentralizada no tocante à execução das prestações de saúde, “com direção única em cada esfera de governo” (inc. I). A competência legislativa, por sua vez, é concorrente, ou seja, a União edita as normas gerais sobre saúde, e os Estados e o Distrito Federal (DF) legislam sobre as necessidades específicas de cada um. Apesar de os municípios não gozarem de tal competência, podem suplementar as legislações federal e estadual em casos que envolvam interesse local (art. 24, XII; art. 30, I e II, da CRFB/1988).

³ Desde então, o SUS aumentou e aperfeiçoou programas como Atenção Básica à Família, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de ser referência internacional na imunização de doenças transmissíveis, vigilância em saúde, controle do HIV/AIDS, hemocentros e transplantes de tecidos e órgãos (Reis *et al.*, 2017).

A Lei nº 8.080/1990 prescreve as atribuições partindo dos pressupostos da complexidade das prestações e serviços de saúde e do alcance da atuação de cada ente federativo, cabendo ao Ministério da Saúde a direção nacional do SUS, às Secretarias Estaduais de Saúde, a direção estadual, e às Secretarias Municipais de Saúde, a direção municipal. Conforme se vê dos artigos transcritos na figura abaixo:

Figura 1. Fonte: Lei nº 8.080/1990. Elaboração própria.



Portanto, o SUS é formado por uma estrutura única, mas, ao mesmo tempo, descentralizada, hierarquizada e que impõe ação cooperativa e responsabilidade compartilhada a todos os poderes executivos, conforme os ditames da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica nº 8.080/1990. Cumpre destacar que, segundo o inciso XVIII, do art. 16, da lei em referência, é dever da União “elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal”.

Especificamente com relação às ações epidemiológicas e sanitárias, a redação desse diploma legal diz que cabe à União “definir e coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária” (art. 16, III, a e b), bem como “coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica” (art. 16 VI); aos Estados cabem “coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária” (art. 17, IV, a e b); e aos municípios, “executar serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária”

(art. 18, IV, a e b). Ademais, no parágrafo único desse artigo, posteriormente convertido em §1º, pela Lei nº 14.141/2021, ficou estabelecido que:

a União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Logo, é dever legal do governo federal definir, coordenar, executar e fiscalizar ações e serviços que garantam de forma efetiva e eficaz o funcionamento do SUS, sobretudo para conter o agravamento de crises de saúde pública que comprometam a capacidade administrativa, técnica e financeira dos entes subnacionais, como aconteceu durante a pandemia de Covid-19, especialmente no Amazonas. Sendo assim, não encontram respaldo legal quaisquer tentativas de justificação das omissões federais durante a pandemia, como aquela, já citada neste texto, de que o STF teria impedido o Governo Bolsonaro de agir para conter os danos pandêmicos no país⁴.

Na verdade, o chefe do executivo nacional criou sucessivos conflitos federativos e institucionais, inclusive no campo de ação do SUS que, mesmo com todas as dificuldades de financiamento e gestão, é um dos principais mecanismos de proteção social do Brasil, sobretudo dos mais pobres, o que se confirmou e ganhou notoriedade durante a pandemia do novo coronavírus. Contudo, ao lado do reconhecimento da importância de o país contar com um sistema público de saúde, a pandemia evidenciou as condições inadequadas – ou até mesmo a ausência destas – para a realização de atendimentos à população. Em parte, isso se explica pela escolha histórica de subfinanciar o SUS, que se intensificou a partir de 2016, ano da aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC nº 95), proposta pelo governo do então presidente Michel Temer, que substituiu as vinculações positivas de gasto mínimo (piso) com ações e serviços de saúde por vinculações negativas (teto de gastos) desde 2018 até 2036. Os especialistas independentes da ONU, Juan Pablo Bohoslavsky, perito em direitos humanos e dívida externa, e Philip Alston, perito em direitos humanos e extrema pobreza, afirmaram em relatório publicado em abril de 2020 que “a epidemia da COVID-19 ampliou os impactos adversos de uma emenda

⁴ Em 2021, numa entrevista à TV, o ex-Presidente mentiu mais uma vez a esse respeito: “Se o Supremo não tivesse me proibido, eu teria um plano diferente do que foi feito, e o Brasil estaria em situação completamente diferente” (Castro, 2021).

constitucional de 2016 que limitou os gastos públicos no Brasil por 20 anos” (Dhesca, 2020).

A regra de vinculação entre receita e despesa trazia, ao menos, a ideia de garantia de acesso aos serviços e prestações básicos de saúde enquanto o Estado não consegue prestá-los de modo adequado e suficiente, como previsto, a priori, no texto constitucional brasileiro (artigo 196 da CRFB/1988). A primazia do Novo Ajuste Fiscal (NRF) era diminuir o déficit público através do pagamento dos juros da dívida pública (Câmara, 2016), o que acirrou ainda mais uma espécie de disputa distributiva pelo orçamento público federal (Pinto, 2016).

Vale salientar que, em termos percentuais, uma das áreas mais impactadas com cortes no orçamento aprovado para 2022 foi a saúde, que recebeu 20% (vinte por cento) a menos do que em 2021. O montante previsto para compra de vacinas em 2022 – R\$ 3,9 bilhões, por exemplo, é menor do que o destinado em 2019 – 5,3 bilhões (Mota, 2022). Isso certamente comprometeu a concretização das políticas públicas dessa área naquele ano, já que o orçamento é imprescindível para a realização do direito humano à saúde.

Nesse panorama, pesquisadores da Fiocruz (2021) alertaram que a limitação de gastos públicos na área da saúde aprofundou as desigualdades históricas e certamente causaria muitas mortes por mistanásia. Segundo os estudiosos, é norma o crescimento de custos com saúde, seja pelo surgimento de novas tecnologias médicas, medicamentos e novos tratamentos em geral, seja pelo crescimento e envelhecimento da população. Ainda de acordo com esses especialistas, a parcela da população mais prejudicada pela limitação de investimento aprovada pela EC nº 95/2016, é a mais vulnerabilizada, é dizer, a que depende exclusivamente das ações e serviços de saúde prestadas pelo SUS. Essa política de austeridade na saúde pública aumentou ainda mais a desigualdade social do Brasil nesses últimos anos (Santos *et al.*, 2021).

Por outro lado, o estudo “Um país sufocado – Balanço do Orçamento Geral da União 2020”, do Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), revela que o Governo Bolsonaro deixou de gastar 80,7 bilhões do montante de 604 bilhões de reais destinados ao combate da pandemia do novo coronavírus pelo chamado “Orçamento de Guerra”, um regime fiscal extraordinário aprovado pela EC nº 106/2020, resultado da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 10/2020, que autorizou a separação dos gastos do combate à pandemia do orçamento geral da União (Senado, 2020).

Nesse caso, excepcionalmente, vê-se que não faltou dinheiro, mas sim gestão nacional para a crise:

Na situação de emergência e calamidade que o Brasil se encontrava em 2020, o governo federal tinha obrigação de gastar o máximo de recursos disponíveis para proteger a população. Mas o que vimos foi sabotagem, ineficiência e morosidade no financiamento de políticas públicas essenciais para sobreviver à crise (INESC, 2021, p. 28).

O estudo em referência levanta a hipótese de que a opção do Governo Bolsonaro de não investir o total de recursos liberados com o enfrentamento da pandemia pode ter sido um fator decisivo para que o país chegasse ao final de 2020 com mais de duzentas mil mortes por Covid-19, e taxa recorde de desemprego, 13,4 milhões (INESC, 2021).

Cumprе consignar que, o MMFDH, chefiado por Damares Alves, enviou uma nota técnica em 6 de julho de 2020, pedindo ao presidente da República que retirasse do projeto de lei nº 1.142/2020, que dispunha sobre a obrigação da União, dos Estados e dos Municípios adotarem medidas de proteção social e prevenção de disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas e nas comunidades quilombolas, os dispositivos previam provisão de água potável, materiais de limpeza e desinfecção, leitos de UTI, ventiladores pulmonares e materiais informativos sobre a doença. Mesmo reconhecendo a excepcionalidade e a urgência impostas pela pandemia, os vetos se justificavam, segundo a ministra, porque os povos tradicionais não haviam sido diretamente consultados sobre os assuntos. Bolsonaro assentiu. A lei nº 14.021/2020 foi sancionada no dia seguinte (Senado, 2020). Provocado por ação proposta pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APBI), o STF confirmou a responsabilidade da União de criar um plano abrangente de enfrentamento e monitoramento da Covid-19 para proteção dos povos tradicionais (Valente, 2020). No mês seguinte à publicação da lei no Diário Oficial, em harmonia com o entendimento da Suprema Corte, o Congresso Nacional suprimiu os vetos presidenciais (Senado, 2020).

Dados publicados pela Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado (CONORF) mostraram que o governo central optou por repassar percentual maior das verbas federais destinadas ao combate à pandemia de Covid-19 diretamente aos Municípios, que receberam cerca de 51,7%, enquanto os Estados receberam 48,2% do total de R\$ 119,55 bilhões repassados pela União até maio de 2021. Dos quinze Estados que receberam menos recursos do que os Municípios, onze

se opuseram em alguma medida ao Governo Bolsonaro antes e/ou durante a pandemia, são eles: Paraíba, Rio Grande do Norte, Alagoas, Piauí, Maranhão, Ceará, Bahia, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Santa Catarina. Em outras Unidades Federativas (UFs), a lógica se inverteu, e os governos estaduais receberam mais do que os prefeitos. Destes, merecem destaque os de Roraima – prestigiado com 75,1% do valor total destinado ao Estado –, Sergipe, Amazonas e Mato Grosso, todos aliados declarados do ex-presidente da República. Entretanto, cumpre consignar que os governos do Amapá e do Espírito Santo, mesmo críticos à gestão Bolsonaro, ficaram com percentuais maiores do que as prefeituras. Em 2021, a União diminuiu o repasse em 90,5% da verba federal transferida em 2020, a todos os demais entes subnacionais (Siga Brasil 2021).

Como é cediço, é dever do Estado – ainda mais durante uma crise sanitária e humanitária – desempenhar seu papel constitucional de concretizar os direitos sociais, mediante políticas públicas que garantam existência digna a todos, sobretudo aos mais vulneráveis, empreendendo esforços e investimentos para erradicar a pobreza, a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais (art. 3º, inc. III, da CRFB/1988), inclusive e especialmente assegurando a realização do direito à vida e à saúde, e este de forma gratuita, universal e igualitária. Mas, em vez disso, a principal autoridade do Estado brasileiro, à época, provocou por ação e/ou por omissão aumento das desigualdades estruturais.

Ora, num Estado social, instituído por uma Constituição dirigente⁵, a concretização dos direitos sociais é um projeto progressivo e permanente, o que significa, ao menos, manter o grau de efetivação já alcançado. Por isso, se em vez de manutenção e avanço, há perda do mínimo social já garantido, isso afronta o princípio

⁵Assentada na teoria de Canotilho (2001), a compreensão do constitucionalismo dirigente é responsável por determinar competências e proteger direitos individuais de liberdade, como faz a constituição-garantia, prescrevendo um conteúdo normativo programático e prestacional, fundamental para a tomada de decisões políticas de que dependam a atuação do legislador. Considerando as diferenças históricas, sociais e políticas entre Portugal e Brasil, a tese original do professor José Gomes Canotilho pode ser atual e necessária a este país de modernidade tardia (Streck, 2003). O professor lusitano explica que os países de modernidade tardia são aqueles que não conseguiram combater satisfatoriamente estas três violências: (i) física – falta de segurança –, (ii) política – desigualdade política e democrática – e (iii) social – a pobreza. Ele ainda acrescenta que a constituição dirigente além de atribuir tarefas ao Estado, ainda indica os instrumentos e o modo para fazê-las, citando como exemplos políticas públicas de ensino, saúde, segurança social. E por isso afirma compreender a angústia dos constitucionalistas de tais países quando discordam da revisão de sua tese originária (Canotilho, 2006).

da proibição de retrocesso social. Tal princípio não é previsto expressamente na CRFB/1988, mas encontra respaldo no princípio do Estado Democrático de Direito, no princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, caput e inc. III, da CRFB/1988), no princípio da máxima efetividade (artigo 5º, parágrafo 1º, da CRFB/88), além de estar intimamente ligado ao princípio da proteção da confiança e à noção do mínimo existencial (Barroso, 2001; Sarlet, 2012).

O conceito de mínimo existencial está implícito nos princípios da dignidade humana e no da igualdade, além de outros, podendo ser entendido, também, como acesso a prestações básicas de saúde (Barroso, 2001). Sendo assim, quando a morte ocorre por falta desses serviços de saúde, pode-se afirmar que é negada ao indivíduo a possibilidade de uma morte digna, o que, em última instância, viola o princípio da dignidade da pessoa humana (FIOCRUZ, 2021). Nesse mesmo sentido, Hideliza Boechat (2015, p. 29) ensina que: “o estudo da Mistanásia se torna importante pelo fato de a atual perspectiva dos direitos da personalidade reclamar por uma ‘morte digna’ e menos dolorosa”.

Não obstante a escolha do constituinte originário por inscrever no texto constitucional brasileiro os moldes para a construção de um Estado social, integrantes da política, da economia, do mercado financeiro e da sociedade civil defendem que a atuação estatal deve ser pautada sob os preceitos do modelo de Estado liberal.

Segundo essa lógica, os elevados gastos da União, especialmente aqueles designados às áreas social, assistencial e de infraestrutura, como reclama um Estado social, impõem ao governo a adoção de uma agenda negativa a fim de controlar o déficit público – ou seja, impõe um não-gastar, um não-investir, um não-fazer. Portanto, para eles, governar reduz-se ao mínimo – preceito fundante do liberalismo.

Consoante ensina Luís Cabral de Moncada (2003), dois postulados essenciais alicerçam o modelo jurídico de Estado liberal. Primeiro, a total separação entre o público e o privado. Como o mercado era considerado um apêndice da atividade privada geral, somente o direito privado e pessoas físicas deviam nele intervir. Assim, o Estado, por meio de normas de direito público, ficaria limitado a tratar de assuntos indispensáveis ao funcionamento da vida social e política. Segundo, o predomínio da autonomia privada na esfera econômica. Nessa configuração, ao Estado caberia apenas remover os obstáculos que pudessem de alguma forma impedir os particulares de alcançarem êxito pelos meios e méritos próprios.

Os paradigmas do Estado liberal, como o próprio nome sugere, foram lançados pelo liberalismo, teoria filosófica de matriz político-econômica idealizada por John Locke, no século XVII, e expandida por Adam Smith, que se tornou o teórico mais conhecido do liberalismo econômico. Em tese, como resposta aos mandos e desmandos do regime absolutista dos reis europeus, os liberais tinham como pretensão oferecer aos seres humanos igualdade perante a lei. Contudo, excluía do conceito de ser humano povos tradicionais de territórios colonizados, negros e mulheres. Mesmo deixando os “indesejados” de fora, a promessa de que a igualdade formal, somada à autorregulação do mercado seria suficiente para gerar riqueza com justiça, não vingou.

Isso ficou claro durante a Revolução Industrial, que propiciou muita riqueza aos burgueses e empresários, em geral, mas escassez e exploração aos trabalhadores, que se uniram para reivindicar garantias de direitos humanos sociais e econômicos. Ali, nascia o movimento socialista, cuja principal contribuição dada à humanidade foi o reconhecimento desses direitos, o que somente foi possível porque os trabalhadores perceberam que os efeitos nefastos do capitalismo não eram fruto do acaso ou imprescindíveis às atividades econômicas, mas resultado de uma forma de produção que atribuía mais valor aos bens de capital do que às pessoas. Essa inversão de valores foi nomeada por Karl Marx de reificação. O vocábulo traduz a intenção da burguesia de personificar o capital como se dotado de dignidade inerente fosse, para lhe transformar em sujeito de direitos, enquanto rebaixava o trabalhador à mercadoria, como se insumo fosse (Comparato, 2006).

O Estado social, apesar de representar uma mudança superestrutural do Estado liberal, é adepto à ordem capitalista e compatível com variados sistemas de organização político-administrativa, desde a democracia - como o caso dos EUA, na década de 1930 - até a Alemanha nazista e a Itália fascista (Bonavides, 2011). Franklin Roosevelt presidia os Estados Unidos, à época, e se baseou nas ideias do britânico John Maynard Keynes, um cientista econômico que antes de 1929 já apontava a iminência da crise do liberalismo por ausência de intervenção do Estado, para lançar o *New Deal*, em 1933, com o objetivo de recuperar a economia pelo consumo. As principais ideias de Keynes eram: criação de pleno emprego e estabilidade, aumento de salários e redução da jornada de trabalho. Percebe-se, então, que, ao contrário do liberalismo, sua proposta era a formatação de um Estado máximo, que deveria investir muito dinheiro público para criação e manutenção de um Estado de bem-estar social

(*welfare state*). Depois da Segunda Guerra Mundial, parte da Europa passou a intervir mais na economia para regular seu funcionamento e garantir direitos sociais. O auge do intervencionismo foi em 1960 (Feitosa, 2007).

Em 1970, teve início sua derrocada, com o movimento pela integração da economia e liberalização do mercado em escala global. A globalização como ficou conhecido, defendia que os Estados, em vez de regular, adequassem as economias locais aos padrões da economia global, não regulada. Nesse contexto, nasce o neoliberalismo, teoria econômica que adaptou o liberalismo clássico à internacionalização das estruturas produtivas e comerciais e se tornou a versão do capitalismo que vigora na maior parte do mundo até hoje. Em suma, na prática, a teoria seria aplicada com a reorientação dos gastos públicos, inclusive em áreas básicas, como, saúde e educação, menor atuação do Estado, que deveria privatizar empresas públicas, promover abertura econômica a empresas multinacionais, implementar reformas trabalhista, previdenciária e tributária que beneficiassem setores econômicos em detrimento dos cidadãos (Feitosa, 2007).

A depender da escola econômica, o conceito de neoliberalismo pode variar. A escola de Chicago, que teve os professores Milton Friedman e Frank Knight como arautos, tornou-se a mais conhecida. Os *Chicago boys* – como são chamados os alunos e ex-alunos da instituição de ensino – usaram o Chile, com autorização expressa de Augusto Pinochet (1973-1990), como cobaia para implementar teorias neoliberais. Se Pinochet contou com assessoria direta de Milton Friedman, guru dos *Chicago boys*, Jair Bolsonaro, fã declarado do ex-ditador chileno, escolheu Paulo Guedes, tornando-o superministro ministro da Economia. O brasileiro é PHD pela Universidade de Chicago e trabalhou no Departamento de Economia da Universidade do Chile, no início dos anos oitenta. Mesmo durante a pandemia, o *Chicago boy* brasileiro se manteve fiel aos preceitos do neoliberalismo, como quando apresentou a proposta de auxílio emergencial de apenas R\$ 200 reais para populações em situação de risco socioeconômico⁶ e diminuiu ou até extinguiu investimentos públicos para programas sociais⁷.

⁶ Como já dito anteriormente, o Congresso Nacional rejeitou a proposta de Paulo Guedes, feita em nome do Governo federal, e aprovou a Lei nº 13.982/2020, que instituiu o auxílio emergencial no valor de R\$ 600 reais.

⁷ Tanto os cortes orçamentários federais para políticas públicas voltadas à proteção de populações historicamente vulneráveis como o desinvestimento público para conter a pandemia são assuntos dos próximos tópicos.

Sendo assim, apesar de algumas variações, pode-se afirmar que a pretensão geral do neoliberalismo é o estabelecimento de um padrão de Estado mínimo, em que os interesses do capital regem as diretrizes políticas. Contudo, a crise sanitária da Covid-19 e a crise econômica que lhe sucedeu colocaram em xeque essa pretensão. Considerando o caos pandêmico, até mesmo (neo)liberais convictos passaram a cobrar do Estado o desempenho de suas funções de promotor e garantidor da saúde pública, o que incluía, por óbvio, compra de testes, insumos, contratação de mais profissionais da saúde, aumento de leitos nos hospitais, investimento em pesquisa para a descoberta de vacina por cientistas brasileiros, além, claro, da aquisição de imunizantes criados em outros países. Ademais, também se reivindicou auxílio assistencial aos mais vulneráveis e auxílio empresarial aos médios e pequenos empreendedores. Durante a pandemia, o Estado – geralmente associado à ineficiência, à burocracia e à intromissão exagerada na economia – foi reconhecido como protagonista insubstituível (Ferrajoli, 2020).

Portanto, pode-se afirmar, sem qualquer exagero, que sobreviver a uma crise sanitária depende também do Estado. Considerando que pandemias não se caracterizam somente como transmissões virais e não significam fenômenos homogêneos, as escolhas políticas são questão de vida ou morte. Isso inclui desde as escolhas constitucionais e políticas por um modelo mais liberal ou mais social de Estado, garantia de direitos sociais, manutenção de um sistema público e universal de saúde, a eleição de um chefe de governo cientificista ou negacionista, até o paradigma de federalismo adotado.

Cumprе consignar, desde logo, a consciência de que o tema “federalismo” reclamaria análise autônoma e minuciosa em trabalho específico, e que por isso os debates a seu respeito serão devidamente contextualizados ao longo desta dissertação, com o intuito de avaliar a atuação do Estado brasileiro sob o Governo Bolsonaro durante a pandemia de Covid-19. Dito isso, vale destacar que os dois formatos mais conhecidos de federalismo são: o dual e o cooperativo. No primeiro, como o próprio nome já diz, vigora o dualismo. Seu pressuposto é que cada ente subnacional possui autonomia sobre temas variados e pode agir com uma margem considerável de independência, sobretudo para implementar políticas públicas, já que conheceria melhor a realidade local e, desse modo, gastaria mais eficientemente os recursos públicos. Por isso, a coordenação nacional deve ser contingencial, o que impediria a centralização do poder. Esse modelo foi adotado pelos EUA sob a

presidência de Ronald Reagan, e radicalizado por Donald Trump durante a pandemia, quando ele se negou a agir em conformidade com a coordenação intergovernamental que a emergência exigia (Abruccio, 2022).

O federalismo é um guia de como os EUA devem responder às pandemias. Mesmo durante essas crises, a saúde continua sendo responsabilidade de cada Estado federado, mas ao governo central cabe assumir a liderança para apresentar uma resposta nacional, especialmente provendo medicamentos e insumos e estabelecendo medidas de isolamento social, pois como disse o prefeito de Nova York, Andrew Cuomo, “as fronteiras estaduais significam muito pouco para o vírus” (Gawthorpe, 2020).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 elegeu o paradigma do federalismo cooperativo, que une a autonomia das UF's à coordenação nacional, com o fim de garantir a efetivação dos direitos sociais mediante políticas públicas. Ou seja, o governo federal financia e normatiza políticas nacionais que podem ser executadas autonomamente pelos governos estaduais e municipais. Sendo assim, os poderes executivos não devem ter uma relação de contraposição ou de descoordenação, mas colaborativa e coordenada. Porém, Bolsonaro rompeu com o pacto federativo constitucional brasileiro e tentou impor um arremedo de federalismo dual, cujo *slogan* era “Mais Brasil, Menos Brasília”. O lema resumia a intenção do governo de se eximir das responsabilidades diante dos Sistemas Nacionais de Políticas Públicas (dentre os quais, está o SUS), e deixar a cargo dos chefes dos poderes executivos subnacionais a tarefa de solucionar, sem apoio logístico e financeiro suficientes, problemas que dependiam de políticas públicas coordenadas. “O federalismo sob o Bolsonarismo” fez questão de adotar uma postura beligerante com os governadores e prefeitos, numa tentativa sem trégua de subjugar-los às suas aspirações autocráticas, resultando em redução da efetividade dos direitos sociais pelo enfraquecimento de políticas públicas existentes e pela impossibilidade de instituição de novas (como já demonstrado nos estudos supracitados que revelaram cortes orçamentários substanciais), além de medidas heterogêneas e aleatórias para combater a pandemia, diante do vácuo de liderança do governo central (Abruccio, 2022).

Não obstante a tentativa de Bolsonaro impor uma agenda negacionista aos governos locais, graças ao modelo federativo elegido pela CRFB/1988 e confirmado pelo STF, os Estados e Municípios puderam planejar e executar medidas de controle da pandemia seguindo os protocolos da OMS. Em certa medida a atuação

independente desses entes foi possível pela articulação horizontal e colaborativa entre o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONSEMS), a exemplo da elaboração do Instrumento de Avaliação de Risco para a Covid-19, no qual foi sistematizada uma série de informações que indicava aos gestores públicos as melhores respostas de combate à doença, considerando a capacidade de atendimento dos pacientes e a situação epidemiológica de cada localidade (CONASS, 2020).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas 1,4%, dos cinco mil, quatrocentos e quarenta e sete Municípios que responderam à Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), não implementou medidas de distanciamento social em 2020, e somente 0,1% destes não adotou nenhuma medida de enfrentamento à pandemia. Registraram casos confirmados da doença 99,7%. Dos 93,8 Municípios onde ocorreram internações, houve óbitos em 88,8. Em 23,6% onde foi preciso tratamento hospitalar, a disponibilidade local de leitos públicos ou privados conveniados ao SUS foi ultrapassada (IBGE, 2020). É o que se resume na Tabela 1, apresentada logo abaixo:

Tabela 1 – percentual de Municípios que adotaram medidas de combate à pandemia no ano de 2020, dentre os 5.467 que responderam ao Munic. Fonte: IBGE (2020). Elaboração da autora.

Ações Municipais de Combate à Covid-19, em 2020	Percentual
Medidas de distanciamento social	98,6
Ampliaram o número de leitos	58,2
Ações de isolamento social por meio de decretos	81,4
Campanhas publicitárias incentivando o distanciamento social	18,6
Obrigatoriedade de máscaras	94,5
Desinfecção de bairros e locais públicos	78
Instalação de barreiras sanitárias em vias de acesso	76
Distribuição de máscaras	72,6
Distribuição de cestas básicas ou crédito alimentar	66,3
Concessão de auxílio emergencial municipal	10,7
Pontos de acolhimento para a população de rua	9,8
Instalaram hospitais de campanha	12,3
Funcionamento dos centros de assistência social (CRAS/CREAS)	64

Ainda de acordo com o IBGE (2020), a primeira determinação de isolamento social ocorreu em março de 2020. Em dezembro, apenas 4 (quatro) Municípios ainda

adotavam alguma medida desse tipo (IBGE, 2020). Como já dito neste texto, o governo federal nunca determinou medidas de distanciamento social em âmbito nacional para controlar a disseminação do novo coronavírus. Na Portaria nº 454, de março de 2020, o MS se limitou a recomendar medidas restritivas de deslocamento a pessoas sintomáticas e a quem com elas tivessem contato, desde que prescritas por um médico e pelo prazo máximo de quatorze dias (Brasil, 2020).

No BE nº 6, de 3 de abril de 2020, o MS reconheceu a importância das estratégias de distanciamento social adotadas pelos governadores e prefeitos para diminuir a taxa de transmissibilidade e, consequentemente, evitar o colapso das unidades de saúde instaladas em seus territórios. Contudo, em seguida, recomendou que tais medidas fossem mantidas até que houvesse suprimento de EPIs em número suficiente para propiciar a transição à etapa de Distanciamento Social Seletivo (DSS) (Brasil, 2020).

No boletim seguinte, o órgão recomendou aos chefes dos executivos estaduais e municipais de locais onde vigorassem medidas de Distanciamento Social Ampliado (DSA) e os casos confirmados tivessem impactado no máximo 50% da capacidade do SUS já existente antes da pandemia que as convertesse em medidas de DSS a partir do dia 13 de abril do mesmo ano. Mais uma vez, a falta de clareza, coordenação, colaboração e harmonia entre o Ministro da Saúde e o presidente da República e entre este e os governadores e prefeitos vieram à tona no BE nº 8, de 9 abril de 2020, conforme se depreende da leitura do trecho transcrito abaixo:

Durante toda a resposta, **o Ministério da Saúde nunca recomendou a adoção de qualquer medida de distanciamento social específica. Esse ato deve ser adotado pelos gestores locais, com base em suas realidades epidemiológicas e estruturais.** Deste modo, o Boletim Epidemiológico (BE) 7, divulgado na segunda-feira (7), reforça a necessidade de isolamento social para o preparo da rede de saúde pública. Segundo o documento, as medidas retardam o pico da epidemia, tempo que deve ser utilizado pelos gestores locais para preparar a assistência aos pacientes. O documento alerta que instituir medidas não-farmacológicas e não providenciar o aumento de capacidade de absorção de casos leves e graves pelo sistema de saúde é uma medida inefetiva. Assim, qualquer medida de relaxamento não será possível sem o preparo da rede de atenção à população. As medidas de distanciamento social visam, principalmente, reduzir a velocidade da transmissão do vírus. Ela não impede a transmissão, afirma o documento. Embora traga uma sinalização de data, 13 de abril, após a páscoa, o boletim neste momento condiciona qualquer situação de diminuição do isolamento

social às medidas de estruturação do sistema (Brasil, 2020, grifo próprio⁸).

Os boletins nº 9 e nº 10 sequer mencionaram o tema do distanciamento social. O nº 11, publicado em 17 de abril, dia seguinte ao da demissão de Mandetta, apresentou uma tabela denominada “interpretação do risco e medida sugerida para cada situação”, com definições sobre os tipos de distanciamento supramencionados (Brasil, 2020).

No BE nº 12, publicado no dia 19 daquele mês, o MS, já sob o comando (ao menos, em tese) do médico Nelson Teich, voltou a recomendar distanciamento social. O novo ministro já havia deixado claro publicamente a defesa de medidas restritivas de deslocamento, como fechamento do comércio e diminuição do fluxo de passageiros em transportes públicos (Brasil, 2020).

No final de abril, apenas nove dias depois de Teich ter assumido o cargo, questionado sobre o fato de o Brasil ter ultrapassado a China no número de óbitos por Covid-19 (já eram mais de cinco mil), Bolsonaro respondeu: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagres. O Supremo decidiu que quem decide essas questões são os governadores e prefeitos. Então, cobrem deles” (Bolsonaro, 2020 *apud* UOL, 2020⁹).

No início de maio, durante uma entrevista coletiva no Palácio do Planalto, o novo ministro chegou a defender a imposição de *lockdown* para algumas cidades. Para outras, a diretriz seria de relaxamento das medidas quarentenárias, tudo dependeria da avaliação de novos casos confirmados e da infraestrutura do sistema de saúde feita pelo MS, mas sempre mantida a opção de ser revista pelo governo local. Os secretários de saúde criticaram a ausência de uma única diretriz para todo o país (Reuters, 2020). Vale destacar que os integrantes do CONASS e do CONASEMS foram impedidos de assistir à posse de Nelson Teich. O ministro não logrou êxito em estabelecer um canal aberto de diálogo com esses órgãos, que tinham trabalhado em parceria com Mandetta (Adjunto, 2020).

Bolsonaro conseguiu convencer Teich de nomear Eduardo Pazuello como secretário-executivo do MS, cargo mais importante depois do seu. O general da ativa foi apresentado como especialista em situações logísticas e emergenciais. Experiência que teria adquirido entre 2018 e 2020 quando participou da força-tarefa

⁸ A fonte consultada não é paginada.

⁹ A fonte consultada não é paginada.

que recebeu milhares de refugiados vindos da Venezuela. A partir daí, dezenas de militares passaram a ocupar cargos no Ministério da Saúde (Amado, 2022).

Criticado pela chancela dada às indicações do general Pazuello, Teich disse que a militarização da pasta era temporária, duraria enquanto durasse a fase mais crítica da pandemia no país (Amado, 2022). Porém, temporária mesmo foi sua passagem pelo órgão, menos de um mês. Seu pedido de demissão foi motivado basicamente pelos mesmos motivos da demissão de seu antecessor: recusa em prescrever cloroquina e hidroxicloroquina como protocolo de tratamento contra a Covid-19 e falta de autonomia para adotar providências científicas de enfrentamento à pandemia (Senado, 2021).

No dia 11 de maio, Bolsonaro havia ampliado a lista de atividades essenciais para incluir salões de beleza, barbearias e academias. Teich ficou sabendo da “canetada” pela imprensa (Amado, 2020). Além de desautorizar o ministro, o presidente também investia contra os governadores e prefeitos que determinaram medidas restritivas de deslocamento. Isso depois de o MS reconhecer no BE nº 6, de 3 de abril de 2020, que as estratégias de distanciamento social adotadas em São Paulo e no Rio de Janeiro diminuiriam o número de casos de Covid-19 nesses locais (MS, 2020). A propósito, segundo o estudo *Evolution and epidemic spread of Sars-CoV-2 in Brazil* (“Evolução e disseminação epidêmica da Sars-CoV-2 no Brasil”), publicado na *Science*, apesar de os prejuízos decorrentes da política negacionista do presidente Bolsonaro, as medidas de distanciamento social adotadas pelos governos desses dois Estados brasileiros ajudaram a reduzir pela metade a taxa de transmissão do novo coronavírus em seus territórios (Bhatt *et al.*, 2020).

Contudo, não obstante os esforços (ainda que muitas vezes descoordenados e heterogêneos) de governadores, prefeitos, cientistas e imprensa, o Brasil se tornou referência mundial de estudos que correlacionam negacionismo científico a políticas de morte, levadas a cabo pelo ex-presidente Bolsonaro, que escolheu sabotar todos os instrumentos de combate à pandemia, transformando a promessa constituinte originária de construção de um Estado social num Estado em estado de caos.

2.3 Ministério da Saúde sob intervenção militar e a expansão do negacionismo

Eduardo Pazuello, general da ativa do Exército, até então secretário-executivo do MS, foi promovido a titular da pasta em lugar do seu ex-chefe imediato, o médico Nelson Teich. Era maio de 2020, havia apenas dois meses que a OMS tinha declarado o início da pandemia da Covid-19, e o Brasil já contava com a segunda troca para o cargo de ministro da saúde. No total, foram três durante a pandemia. O militar permaneceu dez meses no cargo do primeiro escalão do Governo Bolsonaro, sendo quatro de forma interina. Diferentemente dos médicos que lhe antecederam, Pazuello foi em tudo submisso a Bolsonaro. Claro que os ministros de Estado são subordinados diretamente ao chefe do Poder Executivo, mas não estão obrigados a cumprir ordens inconstitucionais ou ilegais. Eram agentes políticos, contudo, na prática, Pazuello e Bolsonaro agiam sob a lógica da hierarquia militar, só que invertida: o general obedecia ao capitão, sem questionar.

A grande primeira prova de obediência incondicionada do ministro ao presidente foi prática e simbólica: o MS autorizou a publicação de um novo protocolo de prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina, combinados com o antibiótico azitromicina, a pacientes com sintomas leves de Covid-19, que os médicos que o antecederam na chefia da pasta haviam se recusado a aprovar. No documento, o MS reconhecia que não havia evidências científicas robustas que autorizassem tratamento farmacológico específico contra a Covid-19, mas apesar da constatação, recomendou o uso dos fármacos também para casos leves da doença, nos seguintes termos:

Figura 2. Imagem extraída da plataforma do MS.



Orientação de tratamento conforme a Classificação dos Sinais e Sintomas			
Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS LEVES	Difosfato de Cloroquina =D1: 500mg 12/12h (300 mg de cloroquina base) =D2 ao D5: 500 mg 24/24h (300 mg de cloroquina base) + Azitromicina =500mg 1x ao dia, durante 5 dias Ou Sulfato de Hidroxicloroquina =D1: 400mg 12/12h =D2 ao D5: 400mg 24/24h + Azitromicina =500mg 1x ao dia, durante 5 dias		<i>Prescrever medicamento sintomático</i>

No protocolo, nomeado “Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19” publicado em 20 de maio de 2020, o MS informava que um artigo da Escola de Saúde Pública de *Yale* comprovou a eficácia da hidroxicloroquina (MS, 2020). Porém, na verdade, o artigo não foi elaborado em nome da instituição, mas apenas por um de seus professores, Harvey Risch. Ademais, não foi revisado por seus pares nem publicado em revista científica, mas no site medXRiv, que à época alertou que textos como o de Risch “não deviam ser usados para orientar prática clínica” (Orsi; pasternak, 2020).

O MS também orientou os médicos prescritores que obtivessem consentimento expresso dos pacientes que concordassem em receber o tratamento farmacológico, e chegou a elaborar um modelo de “Termo de Ciência e Consentimento”, disponibilizado no site do governo federal (MS, 2020). No trecho “os procedimentos, seus benefícios, riscos e alternativas”, o paciente era informado, dentre outras coisas, dos possíveis efeitos adversos que o uso dos remédios poderia causar, incluindo a morte:

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que: A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (in vitro). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina; A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina. **Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito** (Brasil, 2020, grifo próprio).

Um dia antes da publicação do protocolo, Bolsonaro chegou a fazer piada sobre o assunto: “Quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda toma tubaína”. Naquele dia, pela primeira vez, o Brasil registrou mais mil mortes por Covid-19 em 24 horas – o total notificado foi de mil cento e setenta e nove. O número de óbitos até

então já era de dezessete mil, novecentos e setenta e um, e o de casos confirmados, duzentos e setenta e um mil, seiscentos e vinte e oito (Lindner, 2020; MS, 2020).

Vale destacar, mais uma vez, que antes do desenvolvimento das vacinas, a redução do contato social entre pessoas sintomáticas ou não, ao lado de outras medidas preventivas, como as de proteção pessoal, com destaque para o uso de máscara, higienização das mãos com água e sabão ou álcool etílico 70%, e testagem em massa se configuravam como as únicas medidas capazes de conter o crescimento da curva de transmissão do novo coronavírus.

Além disso, a OMS, com base nos resultados de estudos realizados pela *Solidarity Trial*, que teve início em março de 2020 e avaliou mais doze mil pacientes em mais trinta países, tendo sido publicado na revista *The New England Journal of Medicine*, pela *Preprint*, que revisou ensaios clínicos randomizados, com mais de 8.000 (oito mil) enfermos, para pesquisar sobre os efeitos colaterais da hidroxicloroquina quando administrada para tratar a infecção pelo novo coronavírus, nunca indicou tratamento medicamentoso. Pelo contrário, desde outubro de 2020, recomendou que pessoas diagnosticados com Covid-19 se abstivessem de usar a hidroxicloroquina (OPAS, 2020).

Nas notas finais do protocolo de 20 de maio, o MS incluía a prescrição medicamentosa às crianças, mas de forma genérica, sem descrição de posologia: “Em crianças, dar sempre prioridade ao uso de hidroxicloroquina pelo risco de toxicidade da cloroquina” (MS, 2020). O documento foi atualizado em junho para estender o uso dos medicamentos a crianças, adolescentes e gestantes. Embora o anúncio da ampliação continue no site do MS, o link (“novas orientações para uso de medicamentos”) de acesso ao protocolo atualizado foi desativado, como mostram os *prints* abaixo:

Figura 3. Fonte: plataforma do Ministério da Saúde.



Figura 4. Fonte: plataforma do Ministério da Saúde.



Em 6 de maio de 2021, Marcelo Queiroga, substituto de Eduardo Pazuello, foi questionado, pelo senador Renan Calheiros, durante a CPI da Covid-19, por qual motivo, após um mês e meio na chefia da pasta, ainda não havia revogado o protocolo que incluía a cloroquina como opção terapêutica contra a Covid. “Porque não há protocolo, Senador. O que há é uma orientação que foi feita em 2020”, respondeu o médico que estava ministro. Técnicos do Comitê de Operações de Emergência (COE) alertaram Pazuello em junho de 2020 sobre os riscos da compra e produção excessivas de cloroquina, mas o MS seguiu adquirindo o remédio e no mês seguinte chegou a somar um estoque de 4 milhões de comprimidos (Senado, 2021).

À época, o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União (MPTCU) instaurou procedimento investigativo para analisar o aumento de 84% da produção de medicamentos à base de cloroquina pelo Exército, e a compra de matéria-prima por

valor seis vezes maior do que o normal (Fernandes, 2020). O procedimento ainda não foi encerrado (TCU, 2023).

Enquanto França, Bélgica, Itália, Reino Unido e Portugal tinham deixado de lado qualquer possibilidade de adoção de tratamento com cloroquina e se juntavam a outros países numa união de esforços para o desenvolvimento de vacinas contra o coronavírus. Entre 2020 e 2021, os anos mais críticos da pandemia, Bolsonaro fez um *post* por semana em defesa do uso da droga por pacientes acometidos pela Covid-19, o que resultou em mais de 11 milhões de interações e 1,7 milhão de compartilhamentos no *Facebook*. Com isso, o ex-presidente do Brasil foi considerado o maior propagandista da cloroquina no mundo (Bramati; Monnerati; Brebatti, 2021). O STF, em resposta a Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) – a exemplo da 6421, 6422, 6428 e 6431 – que questionaram o uso *off-label* da cloroquina e hidroxicloroquina contra o coronavírus, disse o óbvio: que o enfrentamento da pandemia devia se basear em protocolos científicos (STF, 2020).

Mas diante da atuação negacionista do ex-presidente da República, o óbvio precisava ser dito, muitas e muitas vezes. Bolsonaro quase nunca recuava e quando o fazia era sempre motivado por interesses pessoais, nunca por empatia, nunca por consciência de seus deveres institucionais, nunca em benefício de outrem. De acordo com pesquisa da Vox Populi, realizada em 14 de junho de 2020, 82% dos brasileiros disseram que a escolha de Eduardo Pazuello como ministro da saúde foi um erro do presidente Jair Bolsonaro. Dos entrevistados, 65% desaprovavam qualquer participação de militares no governo ou em qualquer outra instância política. Sobre o nível de confiança nos militares, 18% disseram que confiavam muito, 32%, mais ou menos, 17% confiavam e 31% não confiavam. Naquele dia, o número de mortes chegou a setenta e três mil (Amado, 2022; Conjur, 2020).

Dois dias antes da pesquisa, Gilmar Mendes lamentou “a substituição de técnicos por militares nos postos-chave do Ministério da Saúde”. Para o ministro do STF isso extrapolava a excepcionalidade e excedia o papel institucional das Forças Armadas. E concluiu: “O Exército está se associando a esse genocídio, não é razoável. É preciso pôr fim a isso”. O ministro da Defesa reagiu para defender a atuação das Forças Armadas no combate à pandemia. Gilmar Mendes respondeu dizendo que não atingiu a honra das Forças Armadas e reafirmou: “Apenas refutei e novamente refuto a decisão de se recrutarem militares para a formulação e execução

de uma política de saúde que não tem se mostrado eficaz para evitar a morte de milhares de brasileiros” (Mendes, 2020 *apud* Conjur, 2020¹⁰).

Pazuello havia nomeado mais dezessete militares nos seus primeiros dias no MS, cercando-se de servidores sem conhecimento técnico, como o empresário Carlos Wizard, que aceitou ocupar o cargo de secretário de ciência de tecnologia do MS. Ele era apoiador de Bolsonaro desde as eleições de 2018. Em 2020, lançou o “movimento nacional” e mantinha o site “Covid Tem Tratamento Sim”, no qual propagava a notícia falsa de que havia consenso internacional sobre a eficácia da cloroquina, hidroxicloroquina e azitromicina (kit Covid) para a cura da Covid-19. Depois ter sido anunciado para o cargo, Wizard disse em entrevista que o número de mortes por Covid-19 era “fantasioso ou manipulado”. Sem apresentar provas, acusou os chefes dos executivos subnacionais de contarem mortes por outras doenças como mortes pela infecção do coronavírus com a intenção de receber orçamentos maiores para seus territórios. Wizard desistiu de assumir a secretaria diante da repercussão negativa de suas falas, mas continuaria conselheiro do presidente da República, que havia escolhido como prioridade máxima se reeleger em 2022 (Amado, 2022).

Como se sabe, o próprio Bolsonaro e outros apoiadores também induziam a população a pensar que a realidade não era tão ruim como estava sendo retratada, numa tentativa de melhorar a imagem do governo. A ausência de transparência de dados relacionados à pandemia, sobretudo ao número de óbitos, se intensificaria sobremaneira durante o período em que Pazuello chefiou o MS. No dia 6 de junho, o governo federal retirou da plataforma do Ministério as informações sobre o número total de contaminados pelo novo coronavírus e o de mortes desde o começo da pandemia. Para Bolsonaro, não divulgar a totalidade de óbitos era “melhor para o Brasil”. Em nota, o MS defendeu que a mudança permitia acompanhar a realidade no país: “Ao acumular dados, além de não indicar que a maior parcela já não está com a doença, não retratam o momento do país” (UOL, 2020).

No dia seguinte, foram incluídos no site apenas os números de casos e óbitos ocorridos nas 24 horas anteriores. O “apagão” ocorreu na mesma semana em que a divulgação do boletim diário do MS passou a ser cada vez mais tarde, por volta das 22h00, era às 17h00 na gestão de Mandetta, e às 19h00, na de Teich. No dia 3 daquele mês, dia em que um número recorde de pessoas morreu no país: mil

¹⁰ A fonte consultada não é paginada.

trezentas e quarenta e nove, em 24 horas. Os dados foram publicados às 21h45. No dia 4, quando o número de mortes chegou a mil quatrocentos e setenta e um, a divulgação foi às 22h00. Questionado por jornalistas, Bolsonaro respondeu: “Acabou matéria do Jornal Nacional” (G1, 2020).

Entrevistas coletivas com servidores do quadro técnico do MS também se tornaram raras. Mandetta atribuiu à “lealdade militar burra” a supressão dos dados. “Não informar corretamente significa que o estado pode ser mais nocivo do que a doença”, disse o ex-ministro. “A manipulação de estatísticas é manobra de regimes totalitários. Tenta-se ocultar os números da #COVID19 para reduzir o controle social das políticas de saúde. O truque não vai isentar a responsabilidade pelo eventual genocídio”, escreveu Gilmar Mendes no antigo *Twitter*. A comparação entre o presidente da Coreia do Norte e o presidente do Brasil foi um dos assuntos mais comentados do mundo. “Agora será padrão Kim Jong-Un? O ditador da Coreia do Norte decidiu que ninguém morreu de Covid19 no seu país. Funciona assim em ditadura”, lamentou o jornalista Guga Chacra (2020 *apud* Novaes, 2020¹¹).

Como resposta, mais de cem jornalistas formaram o Consórcio de Veículos de Imprensa (CVI) e passaram a coletar informações sobre o número de infectados, de óbitos, recuperados e vacinados, junto às Secretarias de Saúde estaduais, até janeiro de 2023. Em junho de 2020, diante da repercussão e dos pedidos de esclarecimento do Ministério Público Federal (MPF), o governo federal voltou a publicar os dados completos, mas o CVI seguiu se informando diretamente com os Estados e DF. Bolsonaro também ficou conhecido no mundo todo por atacar jornalistas e reduzir o direito à liberdade de expressão. Em agosto de 2020, quando perguntado sobre os depósitos feitos pelo seu ex-assessor Fabrício Queiroz na conta de sua esposa, Michele Bolsonaro, ele ameaçou: “Minha vontade é encher tua boca com uma porrada, tá? Seu safado” (G1, 2020). Dessa forma, o CVI foi um canal importantíssimo de combate ao negacionismo institucionalizado pelo Governo Bolsonaro.

À sucessão de erros do MS sob a gestão Pazuello se somou o de ter deixado de investir 28 bilhões de reais para combater à pandemia, foi o que concluiu um relatório do TCU, de julho de 2020. Naquele período, a pasta dispunha de 39 bilhões de reais, porém gastou apenas 11 bilhões. Como já dito em outro tópico, um estudo do Inesc, feito em sobre todo o ano de 2020, revelou que o governo federal deixou de

¹¹ A fonte consultada não é paginada.

investir 80,7 bilhões do montante de 604 bilhões de reais destinados ao combate da pandemia do novo coronavírus pelo chamado “Orçamento de Guerra”, um regime fiscal extraordinário aprovado pela EC nº 106/2020, resultado da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 10/2020, que autorizou a separação dos gastos do combate à pandemia do orçamento geral da União. Vale repetir que, segundo os pesquisadores, a escolha certamente foi um dos fatores decisivos para que o país chegasse ao final de 2020 com mais de 200.000 mortes por Covid-19, e taxa recorde de desemprego, 13,4 milhões (Amado, 2022; INESC, 2020).

Sobrava dinheiro, faltavam insumos. Na segunda semana daquele ano, vinte e dois Estados e o DF dispunham de medicamentos para intubação por, no máximo, mais cinco dias. São Paulo, Paraná e Espírito Santo tinham estoque para mais quinze dias. O kit intubação, basicamente, era formado por hipnóticos (para induzir o sono), analgésicos (para minimizar os incômodos do tubo colocado na garganta), e bloqueadores neuromusculares (que impedem os movimentos musculares, para maior segurança do paciente). Enquanto a cloroquina, sem eficácia comprovada, mas defendida pelo presidente, contava com literalmente milhões de doses estocadas. É óbvio que naquele momento havia uma disputa acirrada pelos insumos no mundo todo, e era responsabilidade dos Estados, Municípios e da União, solidariamente, provê-los, mas os Estados acusavam o governo central de não usar o poder de compra e a influência internacional de que dispunha para importá-los. Àquela altura, não havia sequer um Estado brasileiro que não tivesse com estoque baixo, segundo o CONASS. A autonomia de ação dos entes federativos “não pode ser desculpa ou amuleto para que a União deixe de agir ou se desonere de seu papel”, afirmou a presidente da comissão da saúde do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), citando o art. 23 da CRFB/1988, que dispõe sobre a responsabilidade solidária dos três entes federativos e, ainda, a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que determina à União prestar assistência técnica e financeira aos Estados, ao DF e aos Municípios para o aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde (Amaral; Rezende, 2020).

Segundo Wilames Freire, presidente do CONASEMS, não havia como mensurar quantos pacientes sofreram danos à saúde ou até mesmo faleceram pela ausência de medicamento usado na intubação em 2020:

Se o paciente está para ser intubado e não tem essa medicação, claro que o hospital não vai intubá-lo porque não vai ter a medicação

necessária para mantê-lo sedado e manter o quadro de recuperação. O efeito é devastador, porque, em alguns momentos, se o hospital deixa de intubar o paciente que precisa do processo para se recuperar, vai contribuir para que possa agravar o estado de saúde e, às vezes, chegando a óbito (Freire, 2021 *apud* Idoeta, 2021¹²).

Entre abril e maio, Amazonas e Ceará já tinham registrado longas filas de espera por atendimento na ala de terapia intensiva. Apesar disso, não havia informações confiáveis nas plataformas oficiais sobre o número de leitos disponíveis pelo SUS no país. Naquele ano, apenas cinco unidades federativas publicaram esses números: Sergipe, Ceará, Alagoas, Espírito Santo e Distrito Federal. São Paulo e Amazonas, considerados epicentros da pandemia, informavam a taxa de ocupação de UTIs, mas sem distinguir quais leitos eram mantidos pelo SUS e quais pertenciam à rede privada. Os dados publicados nas plataformas Covid-19 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, colhidos em maio de 2020, apresentaram diferenças de até 200%, segundo foi divulgado por uma força-tarefa científica formada por mais de quarenta pesquisadores ligados a diversas instituições, como, por exemplo, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Fiocruz, *Social Accountability International*, *Tulane University* e USP (barberia *et al.*, 2020).

À falta de transparência, somava-se a ausência de cooperação da União com os demais entes federativos, informações imprecisas e até contraditórias sobre a realidade, defesa e liberação de medicamentos sem eficácia e desinvestimento em medidas de combate ao coronavírus. Como se não bastasse tudo isso, o Governo Bolsonaro também sabotaria dezenas de vezes a aquisição e/ou produção de vacinas pelo Brasil.

Em maio de 2020, Sue Ann Costa Clemens, uma pesquisadora carioca representante da Oxford no Brasil, contatou o MS propondo um contrato de compra e transferência de tecnologia de um imunizante contra a Covid-19 que estava sendo desenvolvido em parceria com o laboratório anglo-sueco AstraZeneca. No dia 27 do mês seguinte, o Ministério anunciou um acordo (assinado quatro dias depois) composto por duas etapas de cumprimento: a compra de dois lotes, com previsão de entrega do primeiro em dezembro de 2020, e do segundo, em janeiro de 2021, contendo cada um 15,2 milhões de doses da vacina, pelas quais o Brasil pagaria U\$

¹² A fonte consultada não é paginada.

127 milhões de dólares, desde que fosse comprovada a eficácia da imunização, claro; já na segunda, a compra aumentaria para 70 milhões de doses, com custo de U\$ 2,30 por unidade, e a transferência completa do Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) ao Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz). A expectativa da Fiocruz era se tornar autossuficiente na produção do imunizante e, ainda, fornecedor para países da América Latina (Amado, 2022; FIOCRUZ, 2020).

Embora as pesquisas da Universidade de Oxford fossem consideradas como promissoras pela OMS, durante uma pandemia não se deve acordar a aquisição de um único pretenso imunizante, pesquisado por um único laboratório. E a embaixadora Maria Nazareth Farani Azevêdo, então chefe da Missão do Brasil em Genebra, sabia disso. Ela intercedeu junto a todos os diretores executivos da aliança global Covax Facility – dirigida pela OMS, Unicef, Aliança Global para Vacinas e Imunização e Coalização para Inovações em Preparação para Epidemias – em favor da participação do Brasil. O consórcio Covax investia em cerca de quinze pesquisas e dava a opção ao país integrante de optar pela vacina que lhe aprouvesse, caso mais de uma fosse desenvolvida, óbvio (Amado, 2022).

Contudo, àquela altura, o Governo Bolsonaro estava mais preocupado em mimetizar o Governo Trump e desvincular o Brasil da OMS durante a maior crise de saúde pública do século. Maria Nazareth alertou sobre os prejuízos que o país sofreria caso imitasse os EUA, destacando a exposição demasiada a possíveis assédios movidos por interesses privados (*lobby*) das farmacêuticas. Diante da insistência em convencer o governo federal a aderir ao consórcio internacional de vacinas, a embaixadora foi destituída da chefia da Missão em Genebra. Ainda assim, ela pediu pessoalmente ao diretor-geral da OMS que reconsiderasse o aceite do Brasil um dia após o prazo final (estipulado para 18 de setembro de 2020) para responder ao consórcio e foi prontamente atendida por Tedros Adhanom – um dos muitos desafetos de Bolsonaro. O Brasil se juntava a mais de cento e cinquenta países que integravam o consórcio. Dentre eles, os vizinhos sul-americanos Argentina, Chile, Colômbia e Paraguai (Amado, 2022; Senado, 2020).

Em junho de 2020, quando o Brasil foi considerado epicentro da pandemia, o governador de São Paulo, João Doria, anunciou a parceria firmada entre o Instituto Butantan e a farmacêutica chinesa Sinovac Biotec para a produção de vacina contra o coronavírus que estaria em fase final de testes naquele país, ou seja, estava sendo testada em humanos. No Brasil, os testes ocorreriam em voluntários depois da

aprovação da Anvisa. A previsão inicial era de que ela começaria a ser aplicada no país no primeiro semestre de 2021. João Doria passou de aliado em 2018 a desafeto político de Jair Bolsonaro em 2020 por suas críticas à gestão da crise sanitária pelo governo federal, e a vacina, mais tarde batizada de CoronaVac, foi usada como elemento de disputa. Em 30 de setembro, João Doria e Weining Meng, diretor da Sinovac, assinaram um contrato de compra e venda de quarenta e seis milhões de doses do imunizante, no valor de U\$ 90 milhões de dólares, que seria custeada com verba estadual (Figueiredo; Pinhoni; Souza, 2020).

Num ensaio de autonomia, em reunião com Doria e mais vinte três governadores, no dia 20 de outubro, Pazuello prometeu que o governo federal compraria essas doses e, logo que a Anvisa autorizasse, elas seriam distribuídas a todos os Estados brasileiros pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Era a primeira vez que a CoronaVac estava sendo incluída no programa nacional de vacinação. Entretanto, no dia seguinte ao anúncio, Pazuello foi desautorizado pelo chefe. “Tudo será esclarecido. Não compraremos vacina da China”, prometeu Bolsonaro a uma seguidora do *Facebook* que lhe havia pedido a exoneração urgente de Pazuello sob o argumento de que ele teria se tornado cabo eleitoral de Doria. Nas redes sociais, Bolsonaro já havia dito que o Brasil aderiu ao consórcio “lá da Oxford. Não é daquele outro país, tá ok? É de Oxford”. Seguindo o exemplo do próprio presidente, muitos de seus apoiadores cometiam ataques xenófobos aos chineses e chamavam a CoronaVac de “vachina” (G1, 2020).

No dia 22, o presidente cumpriu parte da promessa que fez a sua apoiadora. Durante uma transmissão ao vivo em suas redes sociais, disse que Pazuello permaneceria no cargo, mas confirmou o cancelamento da validade da declaração sobre a intenção de compra das 46 milhões de doses da CoronaVac. E ouviu prontamente do ministro: “Senhores, é simples assim: um manda, e o outro obedece” (Pazuello, 2020 *apud* Figueiredo; Pinhoni; Souza, 2020¹³). A frase confirmou a subserviência de Pazuello a Bolsonaro. Recém-diagnóstico com Covid, o ministro ainda foi usado como falso exemplo de um caso bem-sucedido do uso da hidroxicloroquina, associado à azitromicina (Figueiredo; Pinhoni; Souza, 2020).

Em novembro de 2020, os testes com a CoronaVac foram suspensos pela Anvisa depois que um dos voluntários faleceu. O presidente comemorou: “Mais uma

¹³ A fonte consultada não é paginada.

que Jair Bolsonaro ganha”. Porém, a causa da morte foi suicídio, concluiu a polícia de São Paulo. O corpo da vítima havia sido encontrado ao lado de seringas e ampolas de remédios no dia 29 de outubro. Nessa data, o país chegou a cento e cinquenta e oito mil, novecentos e sessenta e nove mortos, e o chefe do executivo federal não se solidarizou aos familiares das vítimas ou anunciou providências para conter o avanço das consequências da pandemia, em vez disso, mandou o seguinte recado ao vivo a Doria, pelas redes sociais: “Ninguém vai tomar tua vacina na marra, não, tá ok? Procura outro. Eu que sou governo. O dinheiro não é meu, é do povo. Procura outro pra pagar tua vacina aí” (Bolsonaro, 2021 *apud* Gaspar, 2021¹⁴).

No dia 11 do mesmo mês, a Anvisa autorizou a retomada dos testes pelo Butantan e no dia 3 de dezembro, o governo de São Paulo recebeu mais um lote com insumos para a produção de 1 milhão de doses, no total o Estado contava com 1 milhão e 120 mil doses da vacina. E em alguns dias, anunciaria o início da vacinação para janeiro de 2021. No dia 8 daquele mês, Pazuello disse que se houvesse demanda e bom preço, o governo federal compraria. Três dias depois, após ter se encontrado com Pazuello, Ronaldo Caiado, governador de Goiás, afirmou que o MS iria editar uma MP para tratar da centralização e distribuição igualitária das vacinas, para que nenhum Estado fizesse politicagem e escolhesse quem viveria ou morreria. Contudo, foi o governo central quem rejeitou várias vezes os apelos do governo estadual de São Paulo para firmar parceria que viabilizasse a aquisição da CoronaVac (Gaspar, 2021).

Ao longo do mês de dezembro, com o anúncio de alguns países sobre o início da vacinação em seus territórios, crescia a pressão da população para que o governo central brasileiro fizesse o mesmo. No dia 8, Margaret Keenan, uma britânica prestes a completar 91 anos, foi a primeira pessoa imunizada no Reino Unido e a primeira do mundo com a Pfizer. A farmacêutica multinacional enviou cinquenta e três e-mails com propostas de compra e venda ao governo brasileiro. Na primeira tentativa, em agosto de 2020, ofereceu duas opções, com 30 milhões ou 70 milhões de doses, prevendo o início da imunização no país para dezembro, quando seria entregue o primeiro lote com 1,5 milhão. A proposta inicial ficaria válida até 29 daquele mês, qualquer que fosse a opção escolhida. Se aceita, o Brasil estaria entre os primeiros países a dar início à vacinação de sua população, ainda em 2020, portanto. Mesmo após o prazo

¹⁴ A fonte consultada não é paginada.

estipulado, o laboratório continuaria insistindo em contatar o governo brasileiro, afinal, fazer negócio com um país com sistema público de saúde e com 210 milhões de habitantes certamente resultaria numa venda milionária (Amado, 2022; Holton, 2020).

Na data em que começou a vacinação no Reino Unido, a diretora jurídica da Pfizer, Shirley Meschke, conseguiu se reunir com Fabio Wajngarten, chefe da Secretaria Especial de Comunicação Social (SECOM), à época, e lhe contou sobre a dificuldade de se reunir com o ministro da saúde e/ou sua equipe. Wajngarten chamou Carlos Bolsonaro e o influenciador digital Filipe Martins para testemunharem a conversa. Saindo da SECOM, Carlos foi direito ao gabinete da presidência contar ao pai o que ouvira de Meschke. Imediatamente, Bolsonaro convocou Eduardo Pazuello, Barra Torres, presidente da Anvisa, e outros integrantes do governo para uma reunião. Começou perguntando por que ainda não havia um contrato com a Pfizer. O ministro tentou se justificar alegando que lhe parecia “leonino” – ou seja, beneficiaria um contratante (no caso, a Pfizer) em detrimento do outro (a União) –, e que o Brasil teria muitas dificuldades de acondicionar as vacinas em baixas temperaturas, como exigido pela farmacêutica. O chefe da SECOM, que tinha se reunido pessoalmente com Meschke, refutou os argumentos do ministro. No dia 9 de dezembro, foi assinado um acordo de intenção de compra com a Pfizer que previa a entrega de 8,5 milhões de doses no primeiro semestre de 2021 e 61,5 milhões no segundo. Pazuello havia dito que a vacinação poderia começar ainda naquele mês. No entanto, o gerente-geral da Pfizer na América Latina, Carlos Murillo, afirmou na mesma data que não vislumbrava mais possibilidade de fornecimento de vacinas do laboratório ao Brasil antes de janeiro de 2021 (Amado, 2022; Christian, 2020).

A inação do governo federal com relação à aquisição das vacinas ia de encontro ao empenho em relação ao chamado “tratamento precoce”. Em agosto de 2020, num evento no Ceará, Pazuello disse que “milhares de mortes” teriam sido evitadas se o protocolo do MS tivesse sido seguido. Ele se referia ao protocolo de prescrição de cloroquina e hidroxiclороquina, combinados com o antibiótico azitromicina, publicado em maio e atualizado em junho:

Nós mudamos a orientação para tratamento [...]. Nosso tratamento precisa ser precoce e imediato. Aos primeiros sintomas, tem que procurar o médico, a unidade de saúde, ser diagnosticado pelo médico e tem que receber a prescrição dos medicamentos. O paciente tem que tomar os medicamentos e ser acompanhado pelo médico, pra ver se não precisa de outras intervenções. Se isso acontecer, o risco de morte cai drasticamente (Pazuello 2020 *apud* Amado, 2022, p. 237).

Defendeu sem apresentar qualquer evidência científica. Naquele mês, o Ceará chegou a duzentos e quatorze mil, quatrocentos e cinquenta e sete casos confirmados da doença e oito mil, trezentos e oitenta e quatro mortes (O Povo, 2020).

Em 16 de dezembro, numa tentativa (duvidosa) de acalmar a população, o ministro da saúde declarou:

O povo brasileiro tem capacidade de ter o maior sistema único de saúde do mundo, de ter o maior programa nacional de imunização do mundo, somos os maiores fabricantes de vacinas da América Latina. Para que essa ansiedade, essa angústia? (Pazuello, 2020 *apud* Fernandes, 2020¹⁵).

Horas depois, o CVI divulgaria que o país chegara a cento e oitenta e três mil, setecentos e trinta e cinco mortos. Bolsonaro, por sua vez, desincentivava a população a se vacinar:

Eu não vou tomar. Alguns falam que eu estou dando péssimo exemplo. Ô imbecil, ô idiota que está dizendo que eu estou dando péssimo exemplo: eu já tive o vírus, eu já tenho anticorpos. Para que tomar vacina de novo? Na Pfizer está bem claro lá no contrato: nós não nos responsabilizamos por qualquer efeito colateral. Se você virar um chimpanzé... se você virar um jacaré, é problema de você, pô. [...] Se você virar o Super-Homem, se nascer barba em alguma mulher aí ou um homem começar a falar fino, eles não têm nada a ver com isso (Bolsonaro, 2020 *apud* Fernandes, 2020¹⁶).

Em meio a todas as incertezas sobre a vacinação, a “segunda onda” da doença começou no Brasil naquele conturbado dezembro de 2020. O alerta havia sido dado no mês anterior, com o aumento considerável de mortes na Europa e nos Estados Unidos, deixando os hospitais no limite da capacidade de atendimento. Segundo a Universidade *Jonhs Hopkins*, no mês de novembro, morreram aproximadamente onze mil pessoas diariamente no mundo. Naquele momento, as regras de distanciamento social foram flexibilizadas na maior parte do país, com reabertura do comércio, incluindo bares e restaurantes. No dia 31 de dezembro, foram mil e setenta e quatro vidas perdidas, no universo de cento e noventa e quatro mil, novecentos e quarenta e nove mortos por Covid-19 em 2020 (Ronan, 2020). O Governo Bolsonaro continuava inerte, ou, quando muito, atuando para impor o método negacionista ao que se filiou. Em janeiro do ano seguinte, o país em choque assistiria os amazonenses morrerem

¹⁵ A fonte consultada não é paginada.

¹⁶ A fonte consultada não é paginada.

asfixiados por falta de oxigênio medicinal, enquanto o ministro da saúde e a secretária de gestão do trabalho e da educação na saúde, a médica pediatra Mayra Pinheiro, que ficou conhecida como “capitã cloroquina”, passeavam por Manaus, propagandeando o falso tratamento com o kit Covid (Amado, 2022).

A tragédia no Amazonas escancararia a política de morte do Governo Bolsonaro diante do avanço da transmissão do coronavírus no país. Além do colapso em Manaus, a escalada do número de vítimas em todo o Brasil, bem como a omissão (e até sabotagem) diante da oferta de vacinas motivariam a instalação da CPI da Covid-19, em abril de 2021.

3 MISTANÁSIA COMO MATERIALIZAÇÃO DA NECROPOLÍTICA DO GOVERNO BOLSONARO NA PANDEMIA DA COVID-19

Antes de retomar a análise dos conceitos de mistanásia e de necropolítica, com o objetivo de estabelecer relações dialógicas com a realidade brasileira durante a pandemia da Covid-19, cumpre analisar, ainda que sucintamente, alguns de seus antecedentes históricos – até como exercício necessário ao entendimento holístico sobre os fenômenos que eles descrevem e seus modos de realização nesse cenário.

De acordo com José Roque Junges (2011), com o deslocamento do interesse pela vida e pela saúde da esfera privada para a pública, o Estado passou a gerir e a normatizar aspectos relacionados à reprodutividade, à natalidade, à padronização de comportamentos e à mortalidade. Esse poder foi chamado por Michel Foucault de biopoder, e suas formas de execução, biopolítica.

A união entre Estado e Medicina deveria servir apenas à promoção e à potencialização da vida e da saúde, mas foram inseridas nos mecanismos estatais práticas supremacistas que etiquetavam como inferiores (ou degenerados) corpos de determinada raça/etnia, bem assim aqueles que apresentassem determinadas particularidades físicas e/ou mentais – como dificuldade para andar ou falar, por exemplo – e, por fim, determinavam a eliminação desses corpos em prol da vida e da saúde de pessoas consideradas brancas e “perfeitas biologicamente” (Maciel *et al.*, 2006).

Portanto, o saber médico foi cooptado pelo Estado para fundamentar a decisão que indicava em qual grupo cada indivíduo devia ser “encaixado”. Diante disso, estava clara a premente necessidade de revisão da ética médica, de natureza puramente deontica, e a sistematização de um conjunto de valores éticos que fosse capaz de mediar conflitos em sociedades cada vez mais plurais e de, ao menos, limitar a submissão da vida aos abusos da política e da ciência (Maciel *et al.*, 2006).

Foi com tal incumbência que nasceu a Bioética. Mas seus princípios originários, desenvolvidos precipuamente em países anglo-saxônicos, não deram conta de explicar as realidades periféricas, como a do Brasil. Isso foi demonstrado com a invenção do neologismo mistanásia, em 1989, pelo brasileiro Marcio Fabri dos Anjos, para definir uma morte evitável e marcada pelo sofrimento e abandono, em substituição à expressão eutanásia social, usada pelo francês Patrick Verspieren, em 1984, para nomear o mesmo fenômeno.

Igualmente, o conceito de necropolítica foi construído por Achille Mbembe com a finalidade de suprir uma lacuna. No caso, a de uma teoria que explicasse suficientemente a submissão da vida ao poder da morte. Aliás, a divisão da população em subgrupos, considerando critérios biológicos (como mencionada acima), foi chamada por Foucault de racismo. Enquanto para o filósofo francês as questões relacionadas à classe e à raça conferiram, na prática, aos Estados modernos e ao Estado nazista o direito soberano de matar, o filósofo camaronês entende que tal direito foi instituído pela primeira vez pelos colonizadores europeus em detrimento dos povos que eles escravizaram (Mbembe, 2016).

3.1 Mistanásia e necropolítica: da importância à insuficiência de seus antecedentes histórico-conceituais para explicar a realidade brasileira

Entre os precedentes da história da Bioética está a ética médica de Hipócrates (460-370 a.C.), resumida no juramento batizado com seu nome – embora não haja certeza se foi ele ou um de seus alunos quem o criou. Dentre as promessas repetidas pelos formandos em Medicina está a de agir sempre em benefício do ser humano, sem nunca lhe causar dano ou mal (CRM/PR). Não obstante a tradição milenar, o mundo já testemunhou inúmeras atrocidades médicas, muitas delas em nome do Estado, como as realizadas na Alemanha entre 1933 a 1945, onde, inclusive, a ciência se mostrava mais promissora. A propósito, foi o Ministério da Saúde da Prússia o editor da primeira norma sobre princípios éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, em 1900. O documento exigia do pesquisador integridade moral e apresentação de prova da obtenção de consentimento expresso do sujeito pesquisado, após este ter sido informado sobre eventuais consequências danosas que podiam resultar da pesquisa em questão. Em 1931, o Ministério do Interior alemão publicou quatorze diretrizes para novas terapias e pesquisa em seres humanos, além de repetir as duas exigências do documento supramencionado (FIOCRUZ).

Cerca de 65% dos médicos residentes na Alemanha aderiram ao regime nazista. À época, várias de suas pesquisas foram publicadas por revistas científicas e se tornaram referências globais em currículos de faculdades de Medicina no mundo inteiro, sem que, muitas vezes, suas origens desumanas fossem informadas (Czech *et al.*, 2023). Apesar de as barbáries médicas não terem sido exclusividade do

governo de Adolf Hitler – a esterilização forçada, por exemplo, foi uma prática comum na República de Weimar e nos Estados Unidos antes do nazismo – foi somente no período pós-guerra que o mundo se revelou chocado e comovido. Em resposta, foi publicado o Código de Nuremberg, em 1947, o primeiro documento internacional a estabelecer regras sobre a relação entre Direitos Humanos e ética (Santos, 2017). Consoante ensina Fábio Konder Comparato (2006, p. 78), a primeira chave para a compreensão histórica da dignidade suprema da pessoa e dos direitos humanos, em grande parte, se dá pelo resultado da dor e do sofrimento moral. “A cada grande surto de violência, os homens recuam, sentem remorso e, por fim, exigem novas regras para uma vida digna”.

A partir dali, o caminho foi pavimentado para a construção da Bioética (ética da vida), que é antes de tudo definida como uma ética aplicada às ciências da vida e da saúde, especialmente Biologia e Medicina, em benefício de todos os seres vivos, do meio ambiente e ecossistemas. Mas o termo “Bioética” somente foi criado em 1970, pelo biólogo, oncologista, e professor norte-americano Van Rensselaer Potter, que o apresentou no artigo *Bioethics, the Science of Survival*. No ano seguinte, Potter escreveu o livro *Bioethics: Bridge to the Future*. Ele explicou que a escolha pelo prefixo “bio” informa o conhecimento das ciências que estuda os seres vivos e suas leis orgânicas, e “ética” porque indica a parte da filosofia que se ocupa dos fundamentos da moral e dos valores humanos. “Valores éticos não podem estar separados de fatos biológicos”, escreveu o autor no prefácio (Potter 1971 *apud* Santos, 2017).

Sendo assim, cumpre consignar que, antes mesmo da invenção do vocábulo em referência, em 1927, o teólogo protestante Fritz Jahr propôs, num artigo publicado na revista *Kosmos*, uma ética de respeito a todos os seres vivos, assim resumida: “respeita cada ser vivo em princípio como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal” (1927 *apud* Santos, 2017). Portanto, sua teoria ampliou o primeiro postulado ético de Immanuel Kant de que as pessoas humanas são fins em si mesmas, e nisso consiste sua dignidade: elas são diferentes das coisas. Dito de outra forma, segundo o entendimento de Jahr, com o avanço dos estudos sobre o meio ambiente, as diretrizes éticas até então elaboradas mereciam ser reconfiguradas para incluir todos os seres vivos na categoria de fins em si mesmos (Comparato, 2006).

André Hellegers, médico obstetra e demógrafo, acrescentou, em 1971, o neologismo inventado por Potter ao nome de um instituto pertencente à Universidade Georgetown, em Washington, que passou a se chamar The Joseph and Rose

Kennedy *Institut for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, depois rebatizado de Instituto Kennedy. Entre 1971 e 1978, Warren Thomas Reich, fundador e diretor do Projeto para a História do Cuidado e professor de Bioética e Teologia na mesma universidade, com a ajuda de duzentos e oitenta e cinco outros pesquisadores, editou a primeira Enciclopédia da Bioética (Santos, 2017).

Com isso, a partir daquela década, a Bioética se tornou um ramo da ciência, e os bioeticistas não médicos puderam pela primeira vez participar de decisões para solução de dilemas bioéticos, com o propósito de criar ou aperfeiçoar protocolos e normatizações que garantissem: (i) os direitos e deveres do paciente e do profissional de saúde; (ii) formulação de políticas públicas de saúde; e (iii) a garantia ao respeito à voluntariedade dos pacientes em pesquisas de saúde envolvendo seres humanos (Maciel *et al.*, 2006). “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”, exortou Potter quando sugeriu a Bioética como ponte entre a ciência e o humanismo (Potter, 1971 *apud* Santos, 2017).

Sob esse prisma, a Bioética é definida como um conjunto de princípios e regras que define tanto os limites quanto os objetivos relacionados às intervenções humanas sobre a vida (de modo geral), para apontar valores racionais e de referência ética (Cunha; Leone; Privitera, 2001 *apud* Junqueira, 2011). Para Junges (2011, p. 173), “não se pode entender o surgimento e o papel da Bioética sem relacioná-la com as dinâmicas do biopoder e da biopolítica.”

Portanto, do exposto, pode-se afirmar que a Bioética concretiza uma forma de oposição ao Biopoder e à Biopolítica, porque se propôs a limitar os mecanismos de submissão da vida e da ética à gestão da morte. Nesse diapasão, vale registrar que tão importante quanto desenvolver e observar protocolos de referência global, a exemplo do respeito à autonomia da vontade diante de proposta para participação em experiências médicas, é considerar a pluralidade e as especificidades locais para questionar e transformar a realidade na qual se está inserido.

Foi o que fez o bioeticista e teólogo Márcio Fabri dos Anjos quando cunhou o termo *mistanásia*. O neologismo é resultado da junção do prefixo *mis* (infeliz) e do sufixo *thanatos* (morte), e designa uma morte evitável e indigna, visto que é marcada pela dor e abandono. Até então, a Bioética contava com três definições éticas sobre questões ligadas ao fim da vida, são elas: eutanásia, distanásia e ortotanásia. A primeira deriva do grego *euthanasía* (morte boa) e significa uma forma de abreviação da vida de um enfermo, a seu pedido, com o objetivo de interromper ciclos de

sofrimentos insuportáveis; a segunda resulta do prefixo *dis* (afastamento) e sufixo *thanatos* (morte), e nomeia o prologamento da vida biológica do paciente, sem a garantia da dignidade e qualidade de vida, por isso também é descrita como “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”; a terceira, por sua vez, provém da combinação de *orto* (certo) e *thanatos* (morte), razão pela qual se diz que é uma morte no seu tempo certo, sem abreviação nem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer. Assim, a mistanásia preencheu uma lacuna doutrinária da Bioética latino-americana e, mais especificamente, claro, da brasileira (Pessini, 2013).

No boletim do Instituto Camiliano da Pastoral da Saúde (ICAPS), de 1989, dos Anjos explicou pela primeira vez sua proposta conceitual:

Ao entender a eutanásia como morte suave, feliz, a primeira situação que nos ocorre para contextualizá-la é o seu contrário. Parece importante falar, então, da morte infeliz, dolorosa, que chamaríamos de mistanásia. Isto nos remete, dentro da área da biomedicina, aos pacientes terminais sofrendores, seja pela convicta recusa em não se interferir no processo de morte, seja pelo mau atendimento médico-hospitalar. Mas nos remete também muito além da área hospitalar. E nos faz pensar na morte provocada de formas lentas e sutis por sistemas e estruturas. A mistanásia nos faz lembrar dos que morrem de fome, cujo número apontado por estatísticas é de estarrecer. Faz lembrar, de modo geral, a morte do empobrecido, amargado pelo abandono e pela falta de recursos os mais primários (Anjos, 1989 *apud* Ricci, 2019. p. 42).

Naquele momento, nasceu no Brasil uma “Bioética profética, crítica, afirmativa e preventiva” (Ricci, 2017, p. 47), em forma de denúncia da submissão dos mais vulneráveis aos riscos ininterruptos da morte que tem como causa a repetição sistemática de desigualdades e exclusões fundantes e estruturais do país. Portanto, para além de se ocupar com questões biomédicas e biotecnológicas, como reprodução assistida, eutanásia, engenharia genética e transplantes de órgãos, a Bioética brasileira desempenhou um importantíssimo serviço sociopolítico, priorizando as perspectivas coletivas, voltadas à justiça social.

A Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), instituída em fevereiro de 1995, foi profundamente inspirada pelo Movimento da Reforma Sanitária, cuja atuação crítica e comprometida com a luta pela garantia dos direitos sociais foi fundamental para a criação do SUS, um dos principais pilares da (re)edificação da democracia no Brasil (SBB, 2020). Pelos motivos expostos, seria duplamente repreensível se os estudiosos da jovem ciência tivessem simplesmente importado inteiramente o formato bioético genérico de outros países, descolando-se do contexto local.

Dez anos depois, durante as reuniões na sede da ONU em Paris para definir o teor do que viria a ser a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), países europeus e anglo-saxônicos tentaram restringir os conteúdos de interesse da Bioética às dimensões biomédicas e biotecnológicas, porém a delegação brasileira, apoiada por outras delegações latino-americanas, além de representantes de países africanos e da Índia, não somente impediram tal reducionismo, como conseguiram incluir na versão final do texto os campos sanitário, social e ambiental (Garrafa, [200-?]).

Como explicado no capítulo segundo, o CFM, aliado do Governo Bolsonaro, autorizou, por meio do Parecer nº 04/2020, a prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina, mesmo reconhecendo que ainda não havia comprovação de eficácia contra a Covid-19. Diferentemente, a SBB, honrando sua missão e seu histórico, sempre se opôs e denunciou o negacionismo científico, inclusive do CFM (Cunha; Trindade, 2021). Sua atuação no movimento “Frente pela Vida”, que foi criado em maio de 2020, e reuniu quatorze entidades científicas da saúde e Bioética, além do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o objetivo de defender a saúde pública e a democracia durante a pandemia do novo coronavírus, foi imprescindível para a elaboração de um Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19, entregue ao MS e ao Conass em junho do mesmo ano (CNS, 2020). Considerando tais atuações, pode-se afirmar que a Bioética brasileira vem realizando a função de “ponte”, idealizada por Van Potter, lá em 1970.

Assim como aconteceu com a mistanásia diante da Bioética global, o conceito de necropolítica não foi construído do zero por Achille Mbembe. O filósofo, historiador e professor africano também refletiu criticamente sobre as narrativas eurocentradas quando confrontou e expandiu a definição de Biopolítica, de Michel Foucault. Em resumo, para Mbembe, o Biopoder, definido como o “domínio da vida sobre o qual o poder tomou o controle” é insuficiente para a compreensão das formas como a vida é submetida à gestão da morte. Segundo ele, a necropolítica, além de produzir a morte, indica quem deve morrer (Mbembe, 2016)

Em outras palavras, a política de morte é um modo de agir de governantes autoritários que definem quem são os indivíduos matáveis (pessoas negras e pobres, prevalentemente), indicados como sujeitos que seriam destituídos de valor em si, tanto que, mesmo quando milhares ou até milhões são mortos, a atrocidade não gera

comoção social. Aliás, a raça foi o elemento comum crucial do colonialismo e do nazismo, mas somente o último chocou e comoveu o mundo.

Tomando como base os ensinamentos de Mbembe (2016), tortura, proibição de casamento misto, esterilização forçada e extermínio de populações inteiras que fizeram profissionais da saúde, pesquisadores e estudiosos de outras áreas unirem esforços para sistematizar diretrizes bio-éticas e humanistas pós-nazismo, na verdade, foram testados primeiramente nas colônias. “O que se testemunha na Segunda Guerra Mundial é a extensão dos métodos anteriormente reservados aos ‘selvagens’ pelos povos ‘civilizados’ da Europa” (Mbembe, 2016, p. 14).

Richard Charles Horton defendeu, no artigo “Off-line: COVID-19 – uma crise de poder”, publicado em 2020 na revista *The Lancet*, da qual é editor-chefe, a tese de que a pandemia da Covid-19 é sobre a política do corpo e, por isso, pode ser explicada por Foucault. Na sociedade industrial, a importância de manter corpos saudáveis para a produção de capital uniu Estado e conhecimento médico. Naquele contexto, segundo Foucault, por serem relevantes para a economia, as condições biológicas da população se tornaram objeto de controle político-médico. Horton afirmou que os princípios Foucaultianos explicam a distribuição de poder na pandemia, visto que as abordagens estatais colocaram “governo central versus governo local, jovens versus velhos, brancos versus negros, saúde versus economia”, e concluiu que, novamente, a Medicina e a saúde pública também foram cooptadas pela política para controlar corpos a favor da economia.

Rafael Dall’Alba *et al.* (2021) explicaram no artigo “COVID-19 no Brasil: muito além da biopolítica”, publicado na mesma revista médica, que no país a Biopolítica não é bastante para a compreensão da pandemia do novo coronavírus, já que não se trata apenas da política do corpo, mas da política da morte. Para os pesquisadores, é a necropolítica que cumpre tal propósito. O negacionismo científico, a ausência de um plano nacional de combate ao vírus, pouco investimento em programas sociais capazes de impedir que os mais pobres fossem forçados a trabalhar (ainda segundo os autores, 40% da força de trabalho no Brasil está no trabalho informal), enquanto muito recurso público foi destinado ao setor financeiro (o Banco Central destinou 1,2 trilhão em recursos para bancos), além do profundo desprezo pela vida, como o “e daí?”, dito por Bolsonaro quando perguntado sobre o crescente número de vítimas, revelam “um cenário diferente e muito mais dramático do que o controle biopolítico”.

Ao final, arremataram: “Com mais de 227.500 vidas perdidas pela COVID-19, até 4 de fevereiro de 2021, podemos dizer que a necropolítica está, ironicamente, viva no Brasil” (Dall’Alba *et al.*, 2021, p. 15, tradução própria).

3.2 Necropolítica como fim, negacionismo como método: impactos da pandemia para as populações historicamente vulnerabilizadas

Jair Bolsonaro sempre incentivou a população a se expor ao novo coronavírus : “O Brasil tem que trabalhar. O maior remédio pra qualquer doença é o trabalho. Vão quebrar o Brasil por conta do vírus?”, disse o ex-presidente, reafirmando sua opção de “proteger” os interesses do capital (que se confundiam com os dele próprio), em detrimento da saúde e da vida. Em entrevista concedida à Folha de São Paulo (2020), quando questionado sobre a escolha de Bolsonaro, o autor da necropolítica, Achille Mbembe, explicou que o sistema capitalista tem como uma de suas pedras fundamentais a distribuição desigual da oportunidade de viver e do risco de morrer:

Essa é a lógica do sacrifício que sempre esteve no coração do neoliberalismo, que deveríamos chamar de **necroliberalismo**. Esse sistema sempre operou com um aparato de cálculo. A ideia de que alguém vale mais do que os outros. Quem não tem valor, pode ser descartado (Mbembe, 2020 *apud* Folha de São Paulo, 2020, grifo próprio¹⁷).

Portanto, para Mbembe, ainda que, potencialmente, qualquer pessoa pudesse ser infectada pelo vírus, quando o Estado adotou medidas de distribuição desigual dos riscos de contaminação, ele agravou a disparidade entre privilegiados e vulneráveis. Em síntese, é possível concluir que a imposição das técnicas da necropolítica sob a lógica neoliberal consubstancia o necroliberalismo.

O Governo Bolsonaro elegeu o negacionismo científico – constituído no contexto pandêmico, essencialmente, pela defesa da falsa teoria da imunidade coletiva por contágio e do falso tratamento precoce – como a principal estratégia de se eximir da responsabilidade de combater, de fato, a proliferação viral e seus efeitos nefastos no país. Para que seu plano desse certo era imprescindível que os brasileiros acreditassem que a pandemia era uma espécie de “seleção natural” e, por isso mesmo, somente os “mais fracos” (que seriam idosos e adultos com doenças

¹⁷ A fonte consultada não é paginada.

crônicas) ou os que não fizessem o “tratamento precoce” indicado pelo governo morreriam. Por conseguinte, a culpa pela doença e pela morte seria do infortúnio evolutivo ou da escolha pessoal de quem não quisesse se submeter ao protocolo farmacológico, jamais do Estado ou do ex-presidente.

De acordo com Viviane Boaventura (2020 *apud* Tavares, 2020), pesquisadora da Fiocruz e professora do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a teoria popularmente conhecida como “imunidade de rebanho” explica o processo de interrupção da transmissão de determinada enfermidade quando um número considerável de pessoas adoece. A descontinuação pode ocorrer pela exposição ao patógeno causador ou pela vacinação. Sendo assim, em tese, parece ser uma operação simples: seria necessário apenas ser infectado e produzir anticorpo para, então, não ser reinfestado e não transmitir a doença. No entanto, existem variáveis que impedem o sucesso da imunidade comunitária pelo contágio, tais como: “o grau de risco provocado pela exposição da população ao vírus, a taxa de reinfecção e a aferição de produção de anticorpo adequado” (Boaventura *apud* Tavares, 2020).

No caso da Covid-19, considerando os coronavírus que causam a gripe comum, a comunidade científica alertou, desde o início da crise, sobre a probabilidade da curta duração de anticorpos e, conseqüentemente, sobre a impossibilidade da imunização coletiva pela infecção natural (Tavares, 2020). Nesse mesmo sentido foi a advertência de Pedro Hallal:

Toda a população já teve acesso ao vírus da gripe, por exemplo, e não tem imunidade de rebanho. Porque há mutação do vírus, a quantidade de anticorpo não é tão duradoura e sempre tem gente para ser infectado por gripe. A imunidade de rebanho é atingida quando basicamente não tem mais gente para ser infectada. E isso é difícil no caso dessas doenças nas quais os anticorpos não têm uma duração tão longa (Hallal, 2020, *apud* Tavares, 2020¹⁸).

Boris Johson, ex-primeiro-ministro do Reino Unido, adotou o princípio da imunidade de grupo, ainda em fevereiro de 2020, mirando a proteção da economia local. Entretanto, alertado, por cientistas do *College London*, de que sua estratégia política resultaria em, aproximadamente, duzentas e sessenta mil mortes num curto período de tempo, não somente pela síndrome respiratória viral, mas por outras doenças que o sistema público de saúde colapsado não daria conta de tratar, reconheceu o erro e mudou de estratégia (De Miguel, 2020). No Brasil, Bolsonaro

¹⁸ A fonte consultada não é paginada.

também foi advertido sobre a iminência de colapso do SUS e do aumento descomunal de vítimas caso não seguisse as recomendações da ciência, mas nunca considerou salvar vidas, nem mesmo quando viu os amazonenses agonizarem sem ar – como se mostrará com mais detalhes a seguir, foi justamente nesse momento que ele intensificou seus métodos negacionistas, com distribuição de cloroquina para o Estado e o lançamento do aplicativo TrateCov na capital. Durante sessão da CPI da Covid-19, Hallal fez questão de registrar a escolha deliberada do ex-presidente: “investir na aquisição (sic) da imunidade de rebanho foi uma estratégia repugnante” (Senado, 2021, p. 96).

O engodo negacionista da “imunidade de rebanho”, adotado sob as diretrizes neoliberais, foi chamado de “neoliberalismo epidemiológico”, porque, tal como a tese da autorregulação do mercado, a melhor maneira de enfrentar o novo coronavírus seria deixá-lo se espalhar pelo território nacional, com interferências estatais mínimas, até que uma quantidade considerável de pessoas fosse infectada e, por consequência, imunizada. Isso seria, então, a extensão da política econômica que governa parte do mundo há décadas levada ao extremo, como um tipo de “darwinismo social *laissez-faire*” (Frey, 2020). A instrumentalização da correlação entre negacionismo e neoliberalismo como meio de promoção da morte em larga escala foi uma marca do Governo Bolsonaro.

Segundo pesquisa do INESC (2021), o governo federal extinguiu programas e políticas públicas voltados à proteção de grupos historicamente mais expostos às consequências de crises, como quilombolas, indígenas, mulheres, periféricos e crianças e adolescentes, a exemplo do Programa 2034: Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo, que não recebeu um real sequer em todo o ano de 2020, e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) que investiu apenas 35,4 milhões dos 120,4 milhões de reais de que dispunha, isso significa que deixou de investir 70% do montante autorizado para a pasta. Ademais, embora os negros, desde sempre, sejam os que mais ocupam trabalhos informais, precários e com menor renda – atualmente, ganham 76% a menos do que os brancos, e a diferença da média salarial também seja injusta: R\$ 1.764 contra R\$ 3.100 –, a taxa de aprovação para o recebimento do auxílio emergencial para os que solicitaram o benefício foi de 74%, enquanto para os não negros solicitantes foi de 81% (Instituto Locomotiva, 2020).

De acordo com os Boletins Epidemiológicos do MS publicados nos primeiros meses de 2020 e identificados como Semanas Epidemiológicas (SE), houve maior número de hospitalização e óbitos de pessoas brancas do que de pessoas negras, contudo, ao longo das semanas, houve maior proporção de hospitalização e de óbitos de pessoas negras. Observou-se, ainda, uma diferença considerável entre os índices de mortes e de internação hospitalar de negros, o que indica maior vulnerabilidade social e desigualdade de acesso às prestações e serviços de saúde pública. Esses números podem ser ainda maiores devido à desconsideração contumaz dos recortes de raça/cor pelo sistema brasileiro de saúde pública (Oliveira *et al.*, 2020).

Essa constatação remete a uma das dimensões da necropolítica: há corpos cujos perfis de morbimortalidade nem são registrados, pois que classificados como descartáveis e supérfluos. A publicização desse registro pode provocar o questionamento sobre a legitimidade do mito da democracia racial, argumento potente a serviço do apagamento do racismo como traço social, responsável por um dado equilíbrio social que mantém negros e negras no “inquestionável” lugar de subalternidade. O desvelamento das estruturas político-sociais racializadas poderia abrir caminho para outra compreensão desse lugar previamente marcado, portanto, pergunta-se a quem interessa não explicitar as diversas faces do genocídio da população negra? (Oliveira *et al.*, 2020, p.11).

Depois de pressionado por movimentos sociais e notificado pela Defensoria Pública da União (DPU), o MS, em abril de 2020, passou a incluir em seus Boletins informações sobre raça/cor. Mesmo assim, o órgão ignorou um volume considerável de dados a esse respeito, mantendo, dessa forma, um padrão de subnotificação que impediu ou, no mínimo, dificultou a análise sobre as desigualdades raciais e elaboração de políticas públicas específicas, voltadas à maioria das vítimas (Carpio *et al.*, 2020).

A nota técnica nº 11, do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), liderado pelo Centro Técnico Científico (CTC), da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RIO), mostrou que a “desigualdade no acesso do tratamento confirma que as chances de morte de um paciente preto ou pardo analfabeto (76%) são 3,8 vezes maiores do que um paciente branco com nível superior (19,6).” Os números de óbitos ratificam a desigualdade das chances de viver e de morrer: quase 55% dos negros infectados com o vírus morreram nos primeiros meses de 2020; entre os brancos, o percentual foi de 38%. O NOIS, também, avaliou conjuntamente os dados sobre raça/cor, escolaridade e tipo de internação:

Pessoas brancas e sem escolaridade tem uma proporção de óbitos de 48% na enfermaria, e 71% na UTI. Pretos e pardos com a mesma escolaridade tem 69% e 87%, respectivamente. Para pessoas com ensino superior, a diferença é ainda maior: o percentual de óbitos de pretos e pardos é maior do que a de brancos na enfermaria (17% contra 7%) e quase 60% na UTI (63% contra 40%) (NOIS, 2020¹⁹).

Na mesma linha de pesquisa, estudo publicado na Radis (2021) constatou que os óbitos na fila de espera por leitos foram mais de negros e indígenas do que de brancos. Ressalte-se que, dos 14% da população que fez o teste de diagnóstico até novembro de 2020, quem recebia menos de meio salário mínimo fez proporcionalmente quatro vezes menos testes do que quem recebia mais de quatro salários mínimos. Entre os profissionais de enfermagem, a maioria das vítimas fatais também era negra. Isso equivale a 51% de negros versus 31% de brancos. Quando as informações sobre raça/cor são cruzadas com nível de escolaridade, apurou-se que entre os auxiliares técnicos 29,6 eram brancos, enquanto 47,5, de pretos e pardos (COFEN, 2021).

Entre março de 2020 a dezembro de 2021 morreram mais de quatro mil e quinhentos profissionais de saúde no Brasil. É o que mostra pesquisa feita pela Internacional Serviços Públicos (ISP), ligado à ONU, por meio de levantamento de dados dos períodos mais difíceis da pandemia em quatro países: Zimbábue, Paquistão, Tunísia e Brasil. A escolha de incluir o Brasil nessa lista se deu por conta da abordagem negacionista do governo Bolsonaro. “Faltaram equipamentos de proteção, oxigênio, vacinas, medicamentos, sobraram mensagens falsas e desaforadas do governo sobre a covid-19, chocando o mundo”, afirmou Rosa Pavanelli, secretária-geral da ISP. Ademais, a pesquisa também revela que morreram mais profissionais de saúde nos meses em que mais faltaram Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Cumpre-se registrar que para cada dez profissionais que perderam suas vidas, oito eram mulheres (COFEN, 2022).

Correlacionando informações entre raça/cor, gênero e ocupação no mercado de trabalho, um estudo realizado pela Rede de Pesquisa Solidária mostrou que mulheres negras morreram mais por Covid-19 do que qualquer outro grupo na base do mercado de trabalho, mesmo que ocupassem a mesma função. Homens negros, por sua vez, morreram mais do que homens brancos, independentemente da

¹⁹ A fonte consultada não é paginada.

ocupação, fosse no topo, fosse na base do mercado de trabalho. Por outro lado, morreram menos mulheres brancas do que homens brancos que exercem profissões consideradas superiores, porém elas morreram mais do que homens brancos e negros quando ocupavam as mesmas funções na base do mercado de trabalho (USP, 2021).

Registre-se, ainda, que a primeira pessoa a morrer no Brasil por complicações da Covid-19 foi a diarista Rosana Urbano, de 57 anos, em 12 de março de 2020, na zona leste de São Paulo (UOL, 2020). Cinco dias depois, morreu Cleonice Gonçalves, com 63 anos, num hospital municipal, sem leito de terapia intensiva, na cidade de Miguel Pereira, a cerca de cento e vinte quilômetros do Alto Leblon, bairro “nobre” do Rio de Janeiro, onde trabalhava como empregada doméstica há mais de vinte anos. A idosa contraiu a doença da patroa que, apesar de ter voltado sintomática das férias na Itália e ter testado positivo para o coronavírus, não comunicou sua funcionária, nem tampouco a liberou do serviço. Cleonice foi a primeira vítima no Estado. Dias antes, o MS havia informado que aproximadamente 57% dos nove mil casos suspeitos de infecção pelo novo vírus foram contraídos por pessoas que voltaram ao Brasil de viagens feitas à Itália e à Espanha (Gaier; Slattery, 2020).

Esses casos atestaram o que já se sabia: pessoas com maior poder aquisitivo, moradores de bairros “nobres”, com plano de saúde, veículos particulares e que podiam ficar em casa contaminariam aquelas que nunca viajaram para o exterior, dependiam do SUS, moravam em bairros periféricos, muitos deles sem saneamento básico e coleta de lixo, dividiam cômodos de casas minúsculas e precisavam pegar transportes públicos superlotados para o trabalho, também precarizado. As mortes dessas mulheres ressaltaram o óbvio: quanto mais vulneráveis as condições de vida de determinadas populações, mais expostas à contaminação viral e, conseqüentemente, à morte elas estariam. Basta apenas uma simples leitura de registros históricos para se tomar conhecimento de que em qualquer crise sanitária e/ou humanitária os que mais sofrem são os pobres (entre os quais está a classe trabalhadora), negros, indígenas, mulheres, crianças e pessoas com deficiência, ainda mais num país como o Brasil.

Porém, o Governo Bolsonaro, em vez de protegê-las, agravou as condições de exposição a que estavam submetidas pela desigualdade e preconceito históricos, como quando editou a MP nº 928, de 23 de 2020, autorizando, durante o estado de calamidade, os empregadores a firmarem contratos individuais com os trabalhadores,

com “prevalência sobre os demais instrumentos normativos legais e negociais, respeitados os limites estabelecidos na Constituição” (Brasil, 2020). Na prática, era uma autorização para a mudança de todas as normas trabalhistas que não estivessem constitucionalizadas e a edição de contrato (formal ou informal) individual com o mínimo de direitos possível ao trabalhador, que seria constrangido a aceitar os termos contratuais para não ser despedido.

Mais uma vez, o governo central institucionalizava técnicas necroliberais, com o fim de atender interesses privados de parte de seu eleitorado, como os dos empresários Luiz Renato Durski Junior e Roberto Justus. Para o proprietário do Madero e de outros restaurantes, o fechamento parcial de estabelecimentos comerciais, determinado por governadores e prefeitos, geraria “consequências muito maiores do que as pessoas que vão morrer por conta do coronavírus. Não podemos [parar] por conta de cinco mil ou sete mil pessoas que vão morrer”, disse em vídeo publicado em suas redes sociais. Justus, por sua vez, enviou um áudio num grupo de WhatsApp, mas acabou sendo exposto por um integrante não identificado (Milanez, 2020):

Você está preocupado com os pobres? Você vai ver a vida devastada da humanidade na hora do colapso econômico, da recessão mundial, dos pobres não ter o que comer, das empresas fecharem, do desemprego em massa, não dá pra comparar com um virusinho, que é uma gripezinha leve para 90% das pessoas. Não tem nenhuma pessoa que morreu que não tivesse outras doenças. Na pessoa saudável, zero, e na favela não tem só gente doente não. Não vai acontecer porra nenhuma se o vírus entrar na favela, pelo contrário. Essa molecada que tá na favela [...] nem pega a doença (Justus, 2020 *apud* Milanez, 2020²⁰).

Em abril de 2020, mês seguinte às declarações, o número de negros mortos pela Covid-19 quintuplicou no país. Em São Paulo, cidade onde os empresários eram radicados, a maioria de óbitos foi de moradores da periferia. Brasilândia, com 50% da população negra e o segundo distrito com maior proporção de domicílios em favelas, foi o que concentrou o mais elevado número de vítimas fatais: em apenas duas semanas de abril, foram cento e três. Já em Moema, bairro com menos negros da cidade, cerca de 6%, foram vinte e seis o número de mortes, no mesmo período. No Rio de Janeiro, Campo Grande, com 50% de moradores negros era o bairro com mais

²⁰ A fonte consultada não é paginada.

mortes na cidade. Igualmente, vale destacar que, na capital paulista, os bairros com mais residentes negros eram justamente os com menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Dos dez, com mais mortes pela doença, oito tinham IDHM baixo ou médio (Fonseca; Muniz; Pina, 2020).

Assim, o novo coronavírus, trazido ao Brasil por moradores de bairros ricos quando retornaram de suas viagens à Europa, começava a se espalhar pelos bairros pobres e periféricos das grandes cidades e, em abril, já vitimava mais negros e pobres do que brancos e ricos. Ao contrário do que insinuou, cinicamente, Roberto Justus, a alta exposição a agentes transmissores de outras doenças, por questões territoriais e socioeconômicas, não tornava os moradores das periferias imunes ao novo coronavírus, muito pelo contrário. A falta de acesso ou o acesso limitado a testes e a atendimento de saúde reduziu a possibilidade de tratamento e aumentou a subnotificação de casos e mortes dos mais pobres, que, em regra, viviam em aglomerados subnormais, com altas taxas de letalidade por Covid-19. Em maio de 2020, a taxa de letalidade do Leblon, no Rio de Janeiro, era de 2,4%, enquanto na favela da Maré era de 30,8% (FIOCRUZ, 2020).

Na Região Metropolitana de João Pessoa (RMJP) que, além da capital paraibana, é formada pelos municípios de Santa Rita, Bayeux, Cabedelo, Pedras de Fogo, Conde, Cruz do Espírito Santo, Lucena, Rio Tinto, Alhandra, Caaporã e Pitimbu, a diferença também se confirmou. Em 2020 e 2021, anos mais críticos da pandemia, João Pessoa registrou os números mais elevados de casos e óbitos da RMJP²¹, mas Bayeux, com maior percentual de residências em favelas da Paraíba, cerca de 33,5%, o que representa a quarta maior proporção do país entre municípios com cinquenta mil e cem mil habitantes, apresentou taxa de letalidade superior à da capital. (Carvalho, Miranda; Moraes, 2021).

Os bairros com maiores taxas de mortalidade e letalidade também não coincidiram. Enquanto Mangabeira e Cristo, os mais populosos de João Pessoa,

²¹ Uma das vítimas foi Mikaela Muniz. Aos vinte e seis anos de idade e sem comorbidades, a estudante de gastronomia estava no final da gestação de seu primeiro e único filho quando testou positivo para a doença e precisou ser internada no hospital público Frei Damião, na capital paraibana. Mikaela permaneceu intubada por vinte e cinco dias, mas não resistiu e faleceu em 25 de abril daquele ano, cerca de um mês depois de dar à luz a Benjamim (Rodrigues, 2021; G1, 2021). No dia seguinte, em 26 de abril, o número de mortes por Covid-19 em 2021 superou o total de mortes de todo o ano de 2020, no Brasil. No dia 29, o país atingiu 400.000 (quatrocentas mil) óbitos (Butantan, 2021).

ficaram em primeiro e segundo lugar em número de óbitos, respectivamente, em Mumbaba, Trincadeiras e Costa do Sol a Covid-19 foi mais letal. Desses três, apenas Trincadeiras não é periférico, mas comporta duas favelas: Saturnino de Brito e Renascer. Os bairros com mais casos confirmados foram Mangabeira e Manaíra (este último de classe média alta), o que, em parte, pode ser explicado pela instalação de centros de testagem nesses locais, segundo a pesquisa em destaque (Carvalho, Miranda; Moraes, 2021).

Era completamente previsível que a pandemia aprofundaria os indicadores de vulnerabilidade dos grupos historicamente mais suscetíveis a doenças relacionadas a determinantes sociais de saúde – dentre esses, precárias condições sanitárias – e a questões étnico-raciais. Além disso, doenças preexistentes como diabetes, hipertensão arterial, cardiopatia e obesidade, que aumentam os riscos de morte por Covid-19, são mais comuns em pessoas pobres e negras, justamente pelas circunstâncias de vida e trabalho a que estão submetidas (Trevisol, 2017; FIOCRUZ, 2020). Portanto, a desproporcionalidade das taxas de mortalidade e letalidade verificada entre bairros ricos ou de classe média (habitados por maioria branca) e bairros pobres ou favelas (com maioria negra) somente pode ser entendida a partir da interação dos efeitos biológicos da Covid-19 com as condições socioeconômicas e sanitárias de cada população.

Logo, tais fatos justificavam a implementação de programas sociais nacionais que, ao menos, diminuíssem consideravelmente, os impactos de tais desigualdades. Mas, como se tem visto ao longo deste texto, Bolsonaro trabalhou para aumentá-las, numa tentativa de naturalizar o inaceitável.

3.3 Mistanásia anunciada: mortes evitáveis, marcadas pelo sofrimento e abandono

Anfremon D'Amazonas, médico intensivista e coordenador da UTI do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), em Manaus, contou num vídeo publicado por ele em 14 de janeiro de 2021, dia em que começou o desabastecimento de oxigênio medicinal na capital, sobre o esforço hercúleo para salvar os pacientes em estado grave de Covid-19. Em seguida, lamentou o negacionismo do governo federal e cobrou providências de combate à “segunda onda” da doença. Apenas nos primeiros

dias daquele mês, morreram no Estado mil seiscentas e cinquenta e quatro pessoas. O médico justificou o desabafo, dizendo que tinha o direito de cobrar o governo que ajudou a eleger e, ainda, acrescentou que todos os pacientes daquela unidade intensiva haviam feito o “tratamento precoce”, por isso era injusta a “acusação” de que o protocolo farmacológico indicado pelo MS não estava sendo seguido (Shimidt, 2021). Dois dias antes, Bolsonaro havia dito que a ausência de tratamento precoce “aumentou assustadoramente o número de mortes” (Soares, 2020).

Reportagem da Folha de São Paulo (2021) apurou que o MS foi alertado sobre o colapso iminente da rede pública de saúde local desde o dia 8 de janeiro, e, até o dia 13, recebeu documentos diários com informações detalhadas da Força Nacional do SUS, além de documentos do governo estadual e da empresa fornecedora de cilindros de O₂, a White Martins, sobre a probabilidade de interrupção do fornecimento. E mais: em novembro de 2020, a Agência Brasileira de Inteligência (ABIN) informou o governo federal sobre o levantamento de dados que indicava a chegada da “segunda onda” da pandemia ao Brasil no mês seguinte (Souza, 2020).

Porém, em vez de articular com os governos subnacionais a adoção de medidas de isolamento social, distribuição de máscaras de proteção e álcool gel, promoção de “testes em massa”, provisão de insumos médico-hospitalares, inclusive kits de intubação e cilindros de oxigênio, contratação de mais profissionais de saúde, aquisição e distribuição de EPIs e garantir auxílio emergencial aos amazonenses expostos a condições de vulnerabilidade socioeconômica, o ex-presidente da República enviou uma comitiva anticientificista, integrada pelo ministro Pazuello, a pediatra cearense Mayra Pinheiro e outros dez médicos, de distintas especialidades (como, oncologia, dermatologia e infectologia), com a incumbência de convencer médicos da rede pública a adotarem o falso tratamento precoce (Amado, 2022).

No dia 4 de janeiro, o ex-secretário de saúde do Amazonas se reuniu com Mayra Pinheiro para tratar sobre “tratamento precoce” e TrateCov. No dia 7, o MS enviou ofício, assinado por Pinheiro, à Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SESAM), pedindo autorização para visitar as unidades básicas de saúde destinadas a atendimento a pacientes com Covid-19, com o propósito de difundir o “tratamento precoce”, o que foi concedido. A incursão, batizada pelo governo federal de “Missão Manaus”, ocorreu nos dias 11 e 12 de janeiro. E, logo no primeiro dia, o MS, em cerimônia presidida pelo ex-ministro Pazuello e com a presença do governador Wilson Lima – aliado de Bolsonaro –, lançou na capital amazonense o TrateCov, aplicativo

desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), chefiada por Mayra Pinheiro, com a promessa de ser uma ferramenta de auxílio a médicos e enfermeiros no processo de diagnóstico de casos de Covid-19 e, por conseguinte, de prognóstico. Contudo, qualquer pessoa podia acessar a plataforma e quaisquer que fossem os dados pessoais informados (idade, peso, sintomas e frequência com que havia saído de casa nos dias anteriores), invariavelmente, receberia a recomendação de adotar o “tratamento precoce” (Amado, 2022; Senado, 2021). Numa simulação, feita por um repórter, o TrateCov indicou o falso tratamento para um bebê de cinco meses, com febre e congestão nasal (Landim, 2021).

Consigne-se que a TV Brasil, canal estatal de comunicação, foi usada pelo governo federal para propagar o TrateCov:

[...] diante do aumento do número de casos em Manaus, o Ministério da Saúde lançou no Amazonas um aplicativo para agilizar o atendimento de pacientes com sintomas de covid-19 e para garantir um tratamento precoce. É o TRATECOV, ferramenta desenvolvida por servidores do próprio Ministério (Senado, 2021, p. 97).

Somente em 21 de janeiro, o CFM emitiu uma nota à imprensa, recomendado ao MS a retirada imediata da internet do aplicativo TrateCov, o que foi feito no mesmo dia. No dia 14 de janeiro, enquanto amazonenses agonizavam sem ar nos hospitais, o MS enviou à SESAM cento e vinte mil comprimidos de hidroxicloroquina, mas apenas quarenta mil e quinhentas unidades, no total, dos medicamentos usados para intubar pacientes das UTIs. A medida fez parte do “Plano de Contingência de Apoio ao Enfrentamento da Crise da Covid-19 no Estado do Amazonas”, apresentado ao STF como resposta à determinação contida nos autos da ADPF nº 756²² (STF, 2021).

Entre os dias 14 e 15 de janeiro, de acordo com o Ministério Público e a Defensoria Pública, morreram por asfixia no Amazonas cerca de sessenta pessoas. Os dois órgãos públicos ajuizaram uma Ação Civil Pública (ACP) requerendo a condenação judicial da União, do Estado e do Município pela tragédia humanitária causada pela falta de oxigênio medicinal naquele janeiro de 2021. Além do pagamento

²² Ajuizada pelo Partido Comunista do Brasil (PCdoB), Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Socialista Brasileiro (PSB) e pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), em outubro de 2020, a ação questionava a atuação do Poder Executivo Federal com relação à aquisição de imunizantes contra a Covid-19, e foi extinta em agosto de 2023.

de indenizações, que totalizam R\$ 4 bilhões de reais, os autores também pediram que os entes federativos fossem obrigados a realizar audiência pública, a construir um memorial físico e virtual em homenagem às vítimas e a elaborar um programa de amparo aos familiares das vítimas. O processo ainda está em tramitação²³ (MPF, 2024).

Registre-se que muitos médicos e familiares dos enfermos adquiriram cilindros de O₂ por conta própria. No segundo dia da crise, após ignorar por diversas vezes os avisos de alerta acerca dos riscos de colapso do sistema de saúde local, os governos federal e estadual começaram a transferir, às pressas, pacientes para outros Estados. Segundo a SESAM, das quinhentas e quarenta e duas pessoas transferidas para dezesseis Estados, quatrocentas e quarenta e quatro retornaram com vida (Amado, 2024).

O investimento do governo central para propagar e distribuir o kit Covid e os discursos a favor da autonomia médica, inclusive com o apoio do CFM, incentivou experimentos antiéticos e cruéis, como a administração de nebulização com hidroxicloroquina em pacientes doentes de Covid. À época, o CONEP e o CNS publicaram uma nota reprovando veementemente a pesquisa clandestina por graves violações a normas brasileiras de ética clínica e ao Código de Nuremberg, como se vê do trecho transcrito abaixo:

O tratamento experimental proposto em Manaus é uma grave violação não somente à luz das normas de ética em pesquisa no Brasil. O Código de Nuremberg, formulado em 1947 em resposta aos crimes praticados por médicos em experimentos com seres humanos durante a Segunda Guerra Mundial, é documento, ainda hoje, referenciado internacionalmente na área de ética em pesquisa. Seu mote é o respeito à autonomia e à dignidade humana, reunindo, em seus dez itens, orientações de como as pesquisas devem ser conduzidas de forma ética. Ao que tudo indica, o tratamento “experimental” proposto no Instituto da Mulher e Maternidade Dona Lindu feriu o Código de Nuremberg em diversos itens, senão todos (Brasil, 2021²⁴).

Ao menos, cinco pessoas morreram em Manaus, incluindo um bebê prematuro, depois de terem inalado comprimidos de hidroxicloroquina macerados e diluídos em soro fisiológico. Em fevereiro de 2021, a ginecologista Michelle Chechter aparece em

²³ Para mais informações, basta acessar: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/acp-falta-de-oxigenio-indenizacao>.

²⁴ A fonte consultada não é paginada.

vídeo submetendo Jucicleia de Sousa Lira à nebulização, na Maternidade Dona Lindú. Após o procedimento, o estado da paciente piorou consideravelmente e ela faleceu vinte e sete dias após o nascimento do seu primeiro filho. Destaque-se que Michelle Chechter usava como argumento de autoridade para convencer pacientes o apoio de Bolsonaro ao uso da cloroquina e da hidroxiclороquina contra a Covid-19 (Estado de Minas, 2021).

Em camaquã, no Rio Grande do Sul, dos quatro enfermos que passaram pelo tratamento experimental, três morreram. A responsável pelo preparo e administração do procedimento inalatório, a médica Eliane Scherer, foi denunciada ao Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) e ao Ministério Público Estadual (MPE/RS) pelo Hospital Nossa Senhora Aparecida (HNSA), onde realizava o experimento clandestino. Antes disso, a profissional foi afastada de suas funções por pressionar enfermeiros e técnicos de enfermagem a fazerem o mesmo. Em comunicado, o HNSA prestou os seguintes esclarecimentos:

Reafirmamos que não temos como atribuir melhora, ou piora relacionada diretamente ao procedimento experimental, mas de fato, o desfecho final de três pacientes submetidos a terapia foi óbito. **Todos eles tem (sic) documentado em prontuário taquicardia, ou arritmias, algumas horas após receberem a nebulização.** Dois deles já estavam em grave estado geral, com insuficiência respiratória em ventilação mecânica e um deles estava estável, recebendo oxigênio por máscara com boa evolução (Azevedo, 2021²⁵).

Questionado sobre o caso, Jair Bolsonaro defendeu a médica Eliane Scherer e criticou o hospital (Kuhl, 2021). Para o ex-presidente, a autonomia médica era uma garantia inviolável, desde que servisse aos seus interesses negacionistas. Por outro lado, os médicos que seguiam as recomendações da OMS e desaconselhavam o falso tratamento medicamentoso se tornaram desafetos de Bolsonaro, mesmo quando integravam seu Governo, como foi o caso dos ex-ministros da saúde, Henrique Mandetta e Nelson Teich. Bolsonaro chegou a chamar de canalha qualquer pessoa contrária ao suposto tratamento (Mazui; Amato, 2021).

A apologia sistemática ao “tratamento precoce” gerou muito lucro a empresários e médicos apoiadores de Bolsonaro. De acordo com a Anvisa, a venda dos medicamentos que compunham o kit Covid cresceu 166% em 2020, em comparação ao ano anterior. Em 2019, foram vendidas 7,85 milhões de embalagens

²⁵ A fonte consultada não é paginada.

de ivermectina. No ano seguinte, esse número saltou para 56,83 milhões, um aumento de 623,7%. Jailton Barbosa, diretor da farmacêutica Vitamedic, que produz o vermífugo, admitiu que gastou mais de setecentos mil reais (R\$ 700.000) patrocinando anúncios publicitários em veículos de comunicação de grande circulação nacional (Senado, 2021).

Além da ivermectina, as propagandas também incentivavam a automedicação com outros itens do kit Covid, como a cloroquina e a hidroxicloroquina. Tais ações infringiram normas sobre a promoção comercial de medicamentos da Anvisa, como a Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 96, de 17 de dezembro de 2008, sobretudo o parágrafo 2º do artigo 3º e o artigo 7º, como se confere a seguir:

Artigo 3º, § 2º - Todas as alegações presentes na peça publicitária referentes à ação do medicamento, indicações, posologia, modo de usar, reações adversas, eficácia, segurança, qualidade e demais características do medicamento **devem ser compatíveis com as informações registradas na Anvisa.**

Artigo 7º - **As informações sobre medicamentos devem ser comprovadas cientificamente** (Brasil, 2008, grifo próprio).

Outrossim, Barbosa confessou que a Vitamedic não realizou pesquisa científica para estudar os efeitos da ivermectina contra a Covid-19. Cumpre consignar que esses informes publicitários, intitulados “Manifesto pela Vida: médicos do tratamento precoce do Brasil”, eram feitos em nome do grupo “Médicos pela Vida”, formado por cerca de cem profissionais – dos quais apenas dois eram infectologistas – defensores do “tratamento precoce”. A organização contou com o apoio de Bolsonaro e do CFM, e se tornou uma associação formalizada, com sede em Pernambuco (Associação Dignidade Médica de Pernambuco – ADM/PE). Em maio de 2021, o CFM confirmou o teor do parecer 04/2020, no qual concedia a médico e paciente liberdade sobre a escolha de qual tratamento aderir contra a doença, contrariando as diretrizes da OMS (Senado, 2021).

Afora isso, a Vitamedic, sem intermediação da associação em destaque, contratou diretamente profissionais da saúde como promotores da ivermectina, a exemplo do endocrinologista Flávio Adsuará Cadegiani que recebeu R\$ 10 mil reais da empresa. O mesmo que comandou a pesquisa “Proxalutamida para pacientes hospitalizados por COVID-19”, que pode ter causado a morte de duzentas pessoas. Em janeiro de 2021, o Conep autorizou o médico a realizar o estudo em Brasília, mas

ele alterou o local para Amazonas, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e ampliou de duzentos e noventa e quatro para seiscentos e quarenta e cinco o número de participantes. Ademais, Cadegiani não apresentou os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLS), e somente informou sobre as mortes quando questionado sobre o andamento da pesquisa pelo Conep. Fato considerado gravíssimo pelo Conselho, que determinou a interrupção da pesquisa e denunciou o médico ao Ministério Público (Brasil, 2021; Senado, 2021).

Importa ressaltar que, por meio do acesso ao inquérito do Ministério Público do Amazonas (MP/AM), o Conselho de Ética teve acesso aos termos de consentimento assinados pelos pacientes daquele Estado e verificou que vários trechos sobre os direitos dos participantes que constavam do modelo original aprovado pelo órgão foram subtraídos pelo pesquisador (Brasil, 2021). Sobre o tema, o professor de Bioética Marcos Antonio dos Santos destacou que o termo de consentimento não é meramente um papel escrito, mas um procedimento que deve ser ainda mais criterioso num contexto de pandemia porque as pessoas ficam ainda mais suscetíveis ao medo da morte. Esconder informações do paciente voluntário, nas palavras do professor, “Seria tão grave que os últimos a fazerem algo parecido na medicina foram os nazistas” (Santos *apud* Magri, 2021). Além dos testes com proxalutamida, Volnei Garrafa incluiu os testes com cloroquina como equiparáveis às pesquisas médicas nazistas (Mader 2021).

À época, a Rede Latino-americana e Caribenha de Bioética (Redbioética), da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), que tem Garrafa como um de seus coordenadores, divulgou a seguinte declaração:

Consideramos que esse poderia ser um dos episódios mais graves e sérios de infração à ética de pesquisas e de violação aos direitos humanos dos participantes na história da América Latina, que envolve a morte suspeita de 200 indivíduos (Redbioética *apud* Senado, 2021, p. 134-135).

Sem registro na Anvisa, a proxalutamida ainda estava em fase de testes contra o câncer de próstata e câncer de mama, de acordo com a farmacêutica chinesa Kintor Pharma. Consequentemente, não podia ser comercializada em nenhum lugar do mundo. No Brasil, o uso devia se restringir a estudos clínicos autorizados pelo CONEP, como foi o caso em destaque. Porém, como também já foi dito, a permissão foi cassada diante de vários desrespeitos às normas éticas internacionais e

brasileiras. A pesquisa dirigida por Cadegiani chegou a ter os resultados preliminares publicados na *Frontiers in Medicine*, após ter sido rejeitada por revistas científicas de prestígio, como a *The Lancet* e a *The New England Journal*. Na publicação, que ocorreu em março de 2021, portanto, apenas dois meses depois da licença para iniciá-la, os pesquisadores afirmaram que a taxa de hospitalização de homens que receberam a substância foi reduzida em 91%. Mas o tempo recorde das supostas descobertas e os indícios de fraude, incluindo conflitos de interesse com a fabricante – lembre-se que o médico brasileiro foi pago para incentivar e receitar o tratamento com ivermectina – colocaram em xeque a validade do estudo (Idoeta, 2021).

Mesmo assim, Bolsonaro defendeu o uso do fármaco sem comprovação científica contra a síndrome respiratória causada pelo novo coronavírus (Idoeta, 2021). Além das questões ligadas às desigualdades históricas, comuns a outros países, o Brasil ainda teve que suportar a gestão Bolsonaro como fator de risco de exposição ao coronavírus. Conforme mostrado neste texto, o ex-presidente fez do negacionismo seu método de gerir a maior crise sanitária do século. Vale destacar que sua estratégia não consistia apenas em se negar a assumir os deveres constitucionais e institucionais que lhe cabiam, mas, também, em atuar proativamente em duas frentes: descredibilizando e desincentivando as recomendações científicas e promovendo medicamentos inúteis à replicação viral.

Sob esse prisma, importa lembrar que a resposta do Governo Bolsonaro à falta de oxigênio medicinal no Amazonas foi enviar cento e vinte mil comprimidos de hidroxiclороquina e uma equipe de médicos para constranger colegas a receitá-la e, ainda, determinar o lançamento do TrateCov na capital, aplicativo que indicava indiscriminadamente o tratamento com as drogas que formavam o kit Covid a qualquer pessoa que o acessasse e informasse sintomas iguais ou semelhantes à enfermidade. “O objetivo era usar Manaus como cobaia do projeto” (Amado, 2022, p. 257).

Cumprir dizer que as passagens e as diárias para bancar a excursão de médicos anticientificistas à Manaus custou aos cofres públicos R\$ 52 mil reais. Apenas para divulgar o tratamento precoce em campanhas publicitárias, o Governo Bolsonaro gastou R\$ 23 milhões, montante que daria para adquirir quatrocentas e cinquenta e seis mil, setecentas e dezoito doses da vacina *Pfizer* – cuja unidade foi negociada por US\$ 10 dólares, valor equivalente a R\$ 51 reais –, o suficiente para garantir a imunização com as duas doses de toda a população de cidades como Presidente Prudente e Betim, com pouco mais de duzentos mil habitantes, cada uma

(Matoso, Palma; Perna, 2021). No total, o governo gastou mais de R\$ 90 milhões com a aquisição de medicamentos ineficazes no combate à Covid-19 (Shalders, 2021).

Por outro lado, deixou de financiar 72% dos leitos de UTI para a Covid-19 no momento mais grave da pandemia no país, quando todos os Estados estavam com seus sistemas de saúde locais pressionados pelo aumento de casos que ocorreu na “segunda onda” da pandemia. Em dezembro de 2020, a União destinava repasse orçamentário para a manutenção de doze mil e três leitos, em março, o número baixou para três mil e setenta e dois. Em parte, isso teve por causa a inércia do governo de Jair Bolsonaro e dos parlamentares que adiaram a votação do projeto de lei do orçamento de 2021, para se dedicar às eleições das presidências da Câmara e do Senado. Àquela altura, entre o final de fevereiro e início de março, o país registrou mais de mil mortes por dezoito dias consecutivos. Provocado pelos Estados de São Paulo, Maranhão, Ceará e Bahia, o STF, por sua ministra Rosa Weber, determinou, em 27 de fevereiro, que o governo federal retomasse o repasse da verba para custeio dos leitos, mas até o dia 12 de março, a decisão foi ignorada (G1, 2021).

Registre-se que, até março de 2021, ao menos, setenta e duas mil pessoas internadas morreram à espera de leitos de UTI. Isso significa um óbito para cada três pessoas internadas (Lopes, 2021). Das vítimas da doença, a maioria integrava as camadas sociais mais vulneráveis. É o que demonstra estudos feitos por especialistas em bioética, história, antropologia, medicina, relações internacionais e políticas públicas, que publicaram suas análises no livro “Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia”, publicado pela Fundação Oswaldo Cruz, em 2021.

A propósito, o Brasil foi considerado o pior país do mundo na gestão da pandemia, informou o *Lowy Institute*, com sede na Austrália. O ranking global, publicado em 28 de janeiro de 2021, foi feito com base em seis critérios: mortes confirmadas; casos confirmados; casos por cada milhão de habitantes; mortes por milhão de habitantes; casos em proporção à testagem; testes por cada mil habitantes. À época, o país acumulava oficialmente duzentas e vinte mil mortes, mas o índice provavelmente era maior devido à subnotificação e à falta de transparência do governo federal. Com desempenhos ruins, mas à frente do Brasil, ficaram Estados Unidos, Irã, Colômbia, México e Peru. Do lado extremo oposto, a Nova Zelândia, liderado pela social-democrata Jacinda Ardern, foi o país que melhor enfrentou a crise

sanitária. Na América Latina, o Uruguai, presidido por Luis Lacalle Pou, de centro-direita, destacou-se como exemplo de boa gestão (DW, 2021).

Em julho de 2021, o Brasil chegou a meio milhão de óbitos acumulados por Covid-19. De acordo com Pedro Hallal (Dominguez, 2021), quatrocentas mil vítimas fatais poderiam ter sido poupadas se o governo federal tivesse apoiado as medidas de prevenção e contenção indicadas pela OMS, bem como se tivesse promovido campanhas de orientação à população e acelerado o processo de aquisição das vacinas disponíveis no mercado desde 2020.

Desde o início da pandemia, **o Brasil tem mortalidade acumulada de 2.345 por um milhão de habitantes, enquanto a média do mundo é de 494 por milhão. Ou seja, quatro em cada cinco mortes teriam sido evitadas se estivéssemos na média mundial.** Não estou comparando com Nova Zelândia, Coreia do Sul, Vietnã, mas se estivéssemos na média da mortalidade, como um aluno que tira nota média, teríamos poupado 400 mil vidas (Hallal, 2021 *apud* Dominguez, 2021, p. 12, grifo próprio).

O epidemiologista também fez questão de ressaltar que entre os dez países mais populosos do mundo, o Brasil era o único com mais de três mil mortes por milhão de habitantes. Além disso, no bloco dos BRICS – grupo que reúne Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul –, o Brasil foi o país com a maior mortandade (Radis, 2021). Mas poderia ter sido o primeiro país do mundo a dar início à imunização de sua população, caso o governo de Jair Bolsonaro não tivesse rejeitado a oferta de setenta milhões de doses da Pfizer e sessenta milhões de doses do Butantan na primeira metade de 2020. Outros países começaram a vacinar em 8 de dezembro de 2020, o Brasil, apenas em 17 de janeiro de 2021 e com uma quantidade de imunizantes muito inferior ao número de habitantes. Se ambas as ofertas tivessem sido aceitas e fossem aplicadas dois milhões de doses por dia, a partir o dia 21 de janeiro, cento e quarenta e cinco mil mortes seriam evitadas ao longo de 2021 (Dominguez, 2021; Senado, 2021).

Estudo do Grupo Alerta, formado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), pela Oxfam Brasil, pela Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência (SBPC) e pela Anistia Internacional Brasil também denunciou o excesso de mortes no país. Segundo os pesquisadores, foram trezentos e cinco mil acima do esperado, das quais cento e vinte mil teriam sido evitadas por meio de medidas não farmacológicas, testagem e rastreamento. De acordo com a médica Jurema Werneck, diretora-executiva da Anistia Internacional e representante do Alerta, foram cruzados

dados oficiais do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) com declarações de óbitos dos Cartórios de Registro Civil, a fim de garantir confiabilidade ao estudo (OXFAM, 2021; Senado, 2021).

Se a morte poderia ter isso evitada, já não se trataria mais de um fato natural, mas, sim, moral (Santos *et al.*, 2020 *apud* Ricci, 2017). Sob esse prisma, é o entendimento de Volnei Garrafa:

A mistanásia é a morte desnecessária, cruel, miserável, diferente do genocídio, que é direto, intencional, programado. A morte desnecessária, cruel, miserável, diferente do genocídio, que é direto, intencional, programado. A morte miserável ocorre quando as pessoas são abandonadas, enganadas. E, desde o começo, o que aconteceu no Brasil foi um abandono completo da população, pela absoluta inexistência de uma condução nacional orgânica no combate à pandemia. Cada estado e cada município teve que organizar-se por conta própria. Durante toda pandemia, foi completa a ausência de informações fidedignas, sem qualquer campanha pública de orientação à população, como a obrigatoriedade do uso de máscara, a utilização rotineira de álcool gel e lavagem das mãos, a adoção de cuidados preventivos de não aglutinação de pessoas, etc. (Garrafa, 2021 *apud* Mader, 2021, grifo próprio²⁶).

Nessa mesma linha de análise, a professora especialista em Biodireito e Saúde Iara Souza (2021) entende que fatos derivados de ações ou omissões de gestores públicos que resultaram em mortes evitáveis e indignas durante a pandemia de Covid-19 configuram, sim, mistanásia, mesmo que tenham ocorrido durante uma pandemia, quando a prestação de serviços de saúde se torna ainda mais complexa. Ainda assim, sua ausência ou inadequação não deve ser relevada. Destaque-se que, por entender não haver dúvidas da ocorrência da mistanásia, Garrafa defendeu a responsabilização criminal do ex-presidente da República e de sua equipe perante os tribunais internacionais, como aqueles carrascos das guerras da antiga Iugoslávia ²⁷ (Mader 2021).

²⁶ A fonte consultada não é paginada.

²⁷ A guerra da Iugoslávia (1991-1999), que fragmentou o país, começou com uma série de revoltas separatistas locais, e tantas foram as denúncias de crime contra a humanidade que o Conselho de Segurança da ONU criou o Tribunal Penal Internacional para ex-Iugoslávia (TPII) com o único propósito de julgar os responsáveis. A corte funcionou até dezembro de 2017 e condenou noventa pessoas por genocídio, crimes de guerra e crimes contra a humanidade, o que representa um grande marco civilizatório, porque pela primeira vez foi reconhecida a responsabilidade criminal individual em âmbito internacional. Outra contribuição importantíssima para a humanidade foi o reconhecimento do estupro como um crime em si, inclusive com potencial genocida, e não mais um crime de guerra colateral. Os carrascos, como bem denominou Volnei Garrafa, eram em sua maioria presidentes, generais e ministros (Nações Unidas Brasil, 2017; Magnoli, 2019).

Assim, embora haja divergência numérica, todos os dados convergem para ratificar que houve excesso de mortes no Brasil e que o principal responsável por elas foi o ex-presidente Jair Bolsonaro. Sua oposição às medidas não farmacológicas, a disseminação de notícias falsas, a promoção e propagação de medicamentos sabidamente ineficazes contra a Covid-19, a recusa, a priori, depois, a lentidão para adquirir as vacinas, além dos discursos para desacreditá-las são provas irrefutáveis de que a escolha de atentar contra a vida do povo brasileiro, especialmente dos historicamente mais vulneráveis, foi consciente e deliberada. Médicos, empresários e políticos que se juntaram a ele também são indesculpáveis, mas apenas puderam agir com tamanha ganância e crueldade, porque Bolsonaro, que representava um governo de extrema-direita, já havia pavimentado o “necrocaminho”, que resultou em milhares de morte evitáveis, marcadas pela dor, pelo abandono e indignidade. Mortes por mistanásia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nem coincidência nem azar, a crise sanitária global apenas agravou e colocou em evidência a crise eminentemente social e histórica pela qual o mundo passa desde que a versão neoliberal do capitalismo começou a se impor, lá na década de 1980. Como se viu, apenas as chaves biológica e sanitária não são capazes de explicar a gênese de uma pandemia, que, por sua vez, também não pode ser definida como um fenômeno homogêneo e universal por ter um único patógeno como agente causador. Dito de outro modo, a transmissão mundial de um mesmo vírus não molda uma pandemia porque não esclarece suficientemente como se dão os eventos “exposição”, “infecção”, “doença” (leve ou grave), “cura” ou “morte” em diferentes contextos. Igualmente, para uma análise cientificamente honesta e produtiva, é preciso ir além dos reducionismos das ciências da saúde que definem diferentes configurações populacionais apenas como “suscetíveis”, “infectados”, “sobreviventes” e “mortos”, para estabelecer relações dessas dinâmicas com marcadores sociais.

Logo, considerando que pandemias não se caracterizam apenas como transmissões virais e não significam fenômenos homogêneos, as escolhas políticas se tornaram questão de vida ou morte. Pautado pela lógica do neoliberalismo, que opera sob a diretriz da submissão de todos os seres vivos a cálculos econométricos, o Governo de Jair Bolsonaro maximizou os riscos de exposição da população ao novo coronavírus com a intenção de poupar a economia. Se a pretensão do ex-presidente era testar a teoria (comprovadamente inútil) da eficácia da “imunidade de rebanho” e de medicamentos sem efeitos contra a Covid-19, o método escolhido foi o negacionismo. Nessa linha de raciocínio, pode-se afirmar que, semelhante à doutrina da autorregulação do mercado, a resposta à crise sanitária adotada pelo governo federal foi deixá-la regular-se a si mesma, permitindo que o vírus se propagasse pelo país com o mínimo de ação combativa possível. A tática manejada por Bolsonaro e outros líderes negacionistas foi argutamente batizada por Isabel Frey (2020) de “neoliberalismo epidemiológico”.

A articulação da correlação entre negacionismo científico e a doutrina neoliberal do Estado mínimo aprofundou as condições precedentes de exclusão social – tais como, moradias subnormais, trabalhos informais e precários, desemprego, ausência das condições materiais e humanas para o funcionamento pleno do SUS –, sujeitando

populações secularmente vulnerabilizadas a níveis ainda mais elevados de necropolítica, mediante cortes orçamentários para programas sociais, ausência ou insuficiência de distribuição de renda, ausência de protocolos de testagem em massa nas periferias – quase sempre distantes das unidades de saúde e onde moram pessoas com mais comorbidades por questões relacionadas às condições históricas de vida e de trabalho – e interrupção de financiamento de leitos hospitalares mantidos pelo SUS. Ademais, o falso dilema entre “salvar a economia ou salvar a população” incentivou trabalhadores, sobretudo os informais ou com subempregos, estes ocupados majoritariamente por pessoas negras e/ou pobres, o sacrifício individual em nome da normalidade econômica do país.

A estratégia de negar a realidade sobre a qual governava permitiu ao ex-presidente fugir das obrigações que lhe eram próprias por força normativa (com destaque para a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 14.141/2021), como as de definir, coordenar, executar e fiscalizar ações e serviços que garantissem de forma efetiva e eficaz o funcionamento do SUS, o que naquele contexto incluía conter o agravamento da crise de saúde pública para evitar o comprometimento da capacidade administrativa, técnica e financeira dos entes subnacionais e o colapso do sistema de saúde local. Nessa mesma esteira, se acreditassem, como queria Bolsonaro, que a pandemia se tratava de uma “seleção natural”, que pouparia pessoas com histórico de atleta, jovens e quem, de qualquer idade, fizesse o “tratamento precoce”, a responsabilização pela doença e até pela morte seria do acaso ou da escolha das vítimas, jamais das más ações e omissões do ex-chefe do Executivo federal.

Porém, como demonstrado ao longo do texto, estudos que se dedicaram a analisar o caso brasileiro apontaram justamente as más ações e omissões presidenciais, sintetizadas a seguir, como os principais motivos de o Brasil ter acumulado uma média de mortes muito acima da mundial:

- encorajou a população a se expor ao vírus, propagando a teoria falaciosa da imunidade coletiva por contágio como medida eficaz de controle da pandemia;
- se opôs às diretrizes indicadas pela OMS: uso de máscara de proteção, distanciamento social e higiene das mãos;

- incentivou tratamento com medicamentos sabidamente ineficazes contra a Covid-19;
- criou sucessivos conflitos institucionais, tentando obstruir medidas quarentenárias determinadas pelos governos locais e chanceladas pelo STF;
- se negou a assumir a coordenação nacional da crise e destituiu ministros da saúde que tentaram seguir o que dizia a ciência;
- espalhou sistematicamente notícias falsas sobre assuntos relacionados à pandemia, induzindo a erro milhões de pessoas;
- deixou de investir 80,7 bilhões do montante de 604 bilhões de reais destinados ao combate da pandemia do novo coronavírus pelo chamado “Orçamento de Guerra” (INESC, 2021; Senado, 2020);
- cortou o financiamento de políticas públicas, a exemplo do Programa 2034: Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo, que não recebeu um real sequer em todo o ano de 2020 (INESC, 2021);
- se absteve de promover testagem em massa e de adquirir suprimentos, respiradores e EPIs para abastecimento da rede pública;
- retardou a compra de vacinas e desencorajou a vacinação;
- promoveu aglomerações.

Cumprе lembrar que a gestão da pandemia pelo Governo Bolsonaro foi considerada a pior do mundo num ranking global, feito pelo *Lowy Institute*, que considerou o número de mortes e casos confirmados por milhão de habitantes, casos em proporção à testagem e testes realizados por cada mil habitantes (DW, 2021). Como já foi tratado em tópico anterior, diferentes pesquisas chegaram à mesma conclusão: milhares de óbitos poderiam ter sido evitados caso o governo brasileiro tivesse seguido os protocolos científicos de prevenção e contenção da disseminação do coronavírus.

Restou comprovado que a maioria das vítimas foi de pessoas pertencentes a grupos historicamente mais vulneráveis, o que em grande medida pode ser explicado pela imposição de técnicas de necropolítica, na medida em que o Estado, em vez de diminuir, aumentou a disparidade entre privilegiados e vulneráveis e, consequentemente, distribuiu desigualmente as chances de viver e de morrer. Outros dados apresentados nesta pesquisa também mostraram que dentre as milhares de

morte evitáveis, muitas foram marcadas pela dor, abandono e indignidade, por isso se enquadram no conceito de mortes por mistanásia.

Assim, identificadas as relações entre a teoria da necropolítica e da mistanásia com a política negacionista do Governo Bolsonaro foi possível traçar um panorama do fenômeno social objeto da pesquisa e concluir, com fulcro nos ensinamentos de Achille Mbembe e de Márcio Fabri dos Anjos, que não resta dúvida quanto ao manejo de técnicas de gestão da morte que o ex-presidente impôs ao Brasil durante os anos da pandemia em que esteve no poder, lançando mão de estratégias propositais e institucionais de disseminação do coronavírus, fazendo com que o país tivesse uma média de mortes muito maior do que a mundial, transformando o território nacional numa espécie de laboratório a céu aberto para testar a teoria falaciosa e criminoso da “imunidade de rebanho”, num ataque sem precedentes aos direitos humanos no país.

REFERÊNCIAS

ABREU, Gabrielle. O que motivou o abate de visons na Holanda e Dinamarca? **Jornal da USP**. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/o-que-motivou-o-abate-de-visons-naholanda-e-dinamarca/>. Acesso em 10 jul. 2023.

ABRUCCIO, Fernando et al. Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista De Administração Pública**, V. 54, p. 663–677. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>. Acesso em: 24 out. 2023.

ABRUCCIO, Fernando. **Jornal USP**. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/2022/08/7-Fernando-Abrucio.pdf>. Acesso em: 24 out. 2023.

ADJUNTO, Daniel. **CNN**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/secretarios-de-saude-sao-barrados-em-posse-de-teich/>. Acesso em: 6 maio 2023.

AMADO, Guilherme. Jornal o Globo, Rio de Janeiro, 2020. **O Globo**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/guilherme-amado/damare-alegou-falta-de-consulta-indigenas-ao-pedir-veto-para-oferta-de-uti-agua-potavel-24632056>. Acesso em: 17 dez. 2022.

AMADO, Guilherme. Sem Máscara: **o governo Bolsonaro e a aposta pelo Caos**. São Paulo. Companhia das Letras, 2022.

AMARAL, Luciana; REZENDE, Constança, 2020. Falta insumo para caso grave de covid em 22 estados e DF; cloroquina sobra. **UOL**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/08/13/coronavirus-falta-medicamentos-intubacao-pacientes-graves.htm>. Acesso em: 3 jan. 2023.

AMATO, Fábio; MAZUI, GUILHERME. Bolsonaro chama de 'canalha' quem é contra tratamento precoce para a Covid; ineficácia é comprovada por pesquisas científicas. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/05/05/bolsonaro-chama-de-canalha-quem-e-contra-tratamento-precoce-contra-a-covid-ineficacia-e-comprovada-por-pesquisas-cientificas.ghtml>. Acesso em: 16 jan. 2023.

ASANO, Camila et al. Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil. **Conectas**. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacao/boletim-direitos-na-pandemia-no-10/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

AZEVEDO, Lucas. RS: Três pacientes nebulizados com hidroxicloroquina morrem; hospital apura. **UOL**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/24/rs-tres-pacientes-nebulizados-com-hidroxicloroquina-morrem-hospital-apura.htm>. Acesso em: 23 maio 2024.

BAIMA, Cesar. Francês defensor da cloroquina para COVID-19 tem mais estudos sob suspeita. **Revista Questão de Ciência**. Disponível em: <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/artigo/2023/01/03/medico-frances->

defensor-da-cloroquina-para-covid-19-tem-mais-estudos-colocados-sob-suspeita. Acesso em: 25 set. 2023.

BARBERIA, Lorena *et al.* Boletim 9: Leitos de UTI Covid-19: lacunas, inconsistência e disparidades marcam os dados apresentados pelo governo federal e pelos estados, com prejuízo para a população e para avaliação das medidas de combate à pandemia. **Rede de Pesquisa Solidária**. Disponível em: https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2020/06/boletim-9-pps_5junho.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023

BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas**. 5. ed. Rio de Janeiro. Renovar, 2001.

BETIM, Felipe. As ações de Pazuello durante a pandemia de covid-19 que agora o colocam em xeque. **El País**. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-24/as-aco-es-de-pazuello-durante-a-pandemia-de-covid-19-que-agora-o-colocam-em-xeque.html>. Acesso em 16 jan. 2023.

BHATT *et al.* Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. **Science**. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abd2161>. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRAMATI, Daniel; BREMBATTI, KATIA; MONNERATE, Alessandra. Cloroquina tem Bolsonaro como maior influenciador do mundo. **Estadão**. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/cloroquina-tem-bolsonaro-como-maior-influenciador-do-mundo/>. Acesso em: 9 nov. 2023.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Nota Pública**: Conep/CNS avalia que tratamento com cloroquina nebulizada desrespeita normas de ética clínica no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/abril/nota-publica-conep-cns-avalia-que-tratamento-com-cloroquina-nebulizada-desrespeita-normas-de-etica-clinica-no-brasil>. Acesso em: 8 maio 2024.

BRASIL, **Emenda Constitucional nº 95**, Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm#art1. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. Agência de Vigilância Sanitária. **Informativo**. Esclarecimentos sobre hidroxicloroquina e cloroquina: não há estudos conclusivos que comprovam o uso desses medicamentos para o tratamento do novo coronavírus. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/esclarecimentos-sobre-hidroxicloroquina-e-cloroquina>. Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletins Epidemiológicos**. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos>. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informativo**. Brasília, DF. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em 26 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informativo**. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/ministerio-da-saude-autoriza-uso-de-cloroquina-para-casos-graves-de-coronavirus>. Acesso em 26 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informativo**. Brasília, DF. Ministério da Saúde lança edital de reposição para profissionais brasileiros. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/300-ministerio-da-saude-lanca-edital-de-reposicao-para-profissionais-brasileiros>. Acesso em: 11 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informativo**. Brasília, DF. Ministério da Saúde lança o painel coronavírus. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/coronavirus/>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informativo**. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/marco/ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitarianacional#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20declarou,se%20unir%20contra%20o%20v%C3%ADrus>. Acesso em 18 fev. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Preceito Fundamental 672**. Trata-se de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental proposta pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil em face de atos omissivos e comissivos do Poder Executivo federal, praticados no contexto da crise de saúde pública decorrente da pandemia do COVID-19 (Coronavírus). Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF672liminar.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRITO, Ricardo. Bolsonaro volta a se referir ao coronavírus como gripezinha, critica governadores e gera reação. **UOL**. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/03/24/bolsonaro-volta-a-se-referir-ao-coronavirus-como-gripezinha-e-criticar-governadores-por-restricoes.htm>. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRUNO, Cristina Helena. Revisão de Literatura sobre Cloroquina e Hidroxicloroquina. **UFSCAR**. Disponível em: <https://informasus.ufscar.br/revisao-de-literatura-sobre-cloroquina-e-hidroxicloroquina/>. Acesso em: 6 maio 2023.

BUHRING, Marcia Andrea. Direito Social: proibição de retrocesso e dever de progressão. **Direito e Justiça**. V. 41, n. 1, p. 56-73, jan-jun. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/18175/12667>. Acesso em 11 jan. 2023.

BUTANTAN. Retrospectiva 2021: segundo ano da pandemia é marcado pelo avanço da vacinação contra Covid-19 no Brasil. **Portal do Butantan**. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/retrospectiva-2021-segundo-ano-da-pandemia-e-marcado-pelo-avanco-da-vacinacao-contracovid-19-no-brasil>. Acesso em: 15 set. 2024.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. Fundamentos filosófico-jurídico-médicos da ortotanásia: uma análise interdisciplinar. 2015. **Dissertação** (Mestrado em Cognição e Linguagem) – Centro de Ciências do Homem, Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes, 2015. Disponível em: http://www.pgcl.uenf.br/arquivos/dissertacaohildeliza23_030920191400.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

CÂMARA, dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016**. Disponível em: https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1495741&filename=Tramitacao-PEC+241/2016. Acesso em: 8 jan. 2022.

CANTANHÊDE, Eliane. A comitiva presidencial infectada pelo coronavírus. **Estadão**. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/infograficos/politica,a-comitiva-presidencial-infectada-pelo-coronavirus,1084402>. Acesso em: 3 set. 2022.

CANTANHÊDE, Eliane. Mandetta a Bolsonaro: 'Estamos preparados para ver caminhões do Exército transportando corpos?' **Estadão**. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/mandetta-a-bolsonaro-estamos-preparados-para-ver-caminhoes-do-exercito-transportando-corpos/>. Acesso em: 27 jun. 2022.

CARPIO et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. Cadernos de Saúde Pública, nº 9, set. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1177/desigualdades-raciais-e-a-morte-como-horizonte-consideracoes-sobre-a-covid-19-e-o-racismo-estrutural>. Acesso em: 12 jan. 2023.

CARTA CAPITAL. Governo Bolsonaro deixa vencer R\$ 243 mi em vacinas, testes e remédios. **Carta Capital**. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cartaexpressa/governo-bolsonaro-deixa-vencer-r-243-mi-em-vacinas-testes-e-remedios/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

CARTA CAPITAL. <https://www.cartacapital.com.br/saude/bolsonaro-ironiza-infeccoes-brasileiro-pula-em-esgoto-e-nao-peganada/>. **Carta Capital**. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/bolsonaro-ironiza-infeccoes-brasileiro-pula-em-esgoto-e-nao-peganada/>. Acesso em: 17 jul. 2023.

CARVALHO, Myriam; MIRANDA, Livia; MORAES. Região Metropolitana de João Pessoa e Campina Grande (PB). In: Miranda, Livia Isabel Bezerra de (coord.). **As Metrôpoles e a Covid-19**: dossiê nacional, v. 2, 2021. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/dossie-nacional-as-metropoles-e-a-covid-19-volume-ii/>. Acesso em: 1 julho. 2024.

CASTRO, Alessandra. 50% do Governo Bolsonaro: quais os desafios para os próximos dois anos de gestão. **Diário do Nordeste**. Disponível em:

<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/politica/50-do-governo-bolsonaro-quais-os-desafios-para-os-proximos-dois-anos-de-gestao-1.3036261>. Acesso em: 2 jan. 2023.

CENTER FOR HEALTH SECURITY. Statement about nCoV and our pandemic exercise. **CFHS**. Disponível em: <https://centerforhealthsecurity.org/2020/statement-about-ncov-and-our-pandemic-exercise>. Acesso em: 14 dez. 2023.

CENTER FOR HEALTH SECURITY. Tabletop exercise: event 201. **CFHS**. Disponível em: <https://centerforhealthsecurity.org/our-work/tabletop-exercises/event-201-pandemic-tabletop-exercise>. Acesso em: 14 dez. 2023.

CHRISTIAN, Hérica. Executivo da Pfizer confirma que ofereceu ao governo 70 milhões de doses de vacina ainda em agosto. **Rádio Senado**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/05/13/executivo-da-pfizer-confirma-que-ofereceu-ao-governo-70-milhoes-de-doses-de-vacina-ainda-em-agosto>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CIMINI, Fernanda et al. A Estratégia brasileira de combate à Covid-19: como o vácuo de liderança minimiza os efeitos das políticas públicas já implementadas. **Fiocruz**. Disponível em: <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/conteudo-interno/estrategia-brasileira-de-combate-covid-19-como-o-vacu-de-lideranca-minimiza-os>. Acesso em: 10 out. 2023.

CNN Brasil. Aprovação do Ministério da Saúde é mais que dobro da de Bolsonaro, diz pesquisa. **CNN Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/aprovacao-do-ministerio-da-saude-e-mais-que-dobro-da-de-bolsonaro-diz-pesquisa/>. Acesso em: 4 jan. 2023.

CNN Brasil. Mandetta diz considerar aglomerações ‘completamente equivocadas’. **CNN Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/mandetta-diz-considerar-aglomeracoes-completamente-equivocadas/>. Acesso em: 2 jan. 2023.

COLETIVO CHUANG. **Contágio Social**. São Paulo: Veneta, 2020.

COMPARATO, Fabio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Cofen**. Estudo analisa perfil dos profissionais de saúde mortos pela covid-19. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/estudo-analisa-perfil-de-medicos-e-profissionais-de-enfermagem-mortos-pela-covid-19_105515.html. Acesso em: 23 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer nº 04/2020. **CFM** condiciona uso de cloroquina e hidroxiclороquina a critério médico e consentimento do paciente. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-condiciona-uso-de-cloroquina-e-hidroxiclороquina-a-criterio-medico-e-consentimento-do-paciente/>. Acesso em: 5 maio 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Informativo**. Instrumento de Avaliação de Risco para a Covid-19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-278-2020/>. Acesso em: 13 fev. 2024.

CUNHA, Thiago Rocha da; TRINDADE, Marcos Aurélio. Atuação da Sociedade Brasileira de Bioética e da Frente pela Vida na Pandemia de Covid-19 sob ótica da Bioética Crítica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atuacao-da-sociedade-brasileira-de-bioetica-e-da-frente-pela-vida-na-pandemia-de-covid19-sob-otica-da-bioetica-critica/19084?id=19084>. Acesso em: 17 jun. 2024.

CZECH, Herwing *et al.* *Offline: Medicine and the Holocaust—it's time to teach.* **The Lancet**, v. 402, n. 10415, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)31608-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)31608-3.pdf). Acesso em: 15 jan. 2024.

DALL'ALBA, Rafael *et al.* COVID-19 in Brazil: far beyond biopolitics. **The Lancet**, v. 397, n. 10274, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00202-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00202-6/fulltext). Acesso em: 11 jul. 2024.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Apresentação. **BSMS**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 4 jul. 2024.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Relatório da DPRJ aponta pelo menos 1891 mortes por falta de leitos**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/10813-Pesquisa-da-DPRJ-aponta-pelomenos-1891-mortes-por-falta-de-leitos>. Acesso em: 30 mar. 2022.

DIREITOS HUMANOS ECONÔMICOS, SOCIAIS, CULTURAIS E AMBIENTAIS. DHESCA. COVID-19: As políticas econômicas e sociais irresponsáveis do Brasil colocam milhões de vidas em risco, dizem especialistas da ONU. **Dhesca Brasil**. Disponível em: <https://www.plataformadh.org.br/2020/04/29/covid-19-as-politicas-economicas-e-sociais-irresponsaveis-do-brasil-colocam-milhoes-de-vidas-em-risco-dizem-especialistas-da-onu/>. Acesso em: 8 abr. 2023.

DOMINGUEZ, Bruno. Meio milhão de vidas perdidas. **Radis**, nº 226, jul. 2021. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis226_web.pdf. Acesso em: 13 jan. 2023

DW. Brasil fez a pior gestão do mundo na pandemia, diz estudo. **DW**. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/brasil-fez-a-pior-gest%C3%A3o-do-mundo-na-pandemia-diz-estudo/a-56369231>. Acesso em: 10 mar. 2024.

EL PAÍS. Xi Jinping sabia da gravidade do coronavírus em Wuhan duas semanas antes de reconhecer a epidemia. **El País**. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-02-16/xi-jinping-sabia-da-gravidade-do-coronavirus-em-wuhan-duas-semanas-antes-de-reconhecer-a-epidemia.html>. Acesso em: 13 ago. 2023.

FEITOSA, Maria Luiza de Alencar Mayer. **Paradigmas Inconclusos: os contratos entre a autonomia privada, a regulação estatal e a globalização dos mercados**. Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

FERNANDES, Augusto. Bolsonaro: "Ô imbecil, eu já tive o vírus, para que tomar vacina?" **Correio Brasiliense**. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2020/12/4895582-bolsonaro-o-imbecil-eu-ja-tive-o-virus-para-que-tomar-vacina.html#google_vignette. Acesso em: 10 jul. 2023.

FERRAJOLI, Luigi. Por que uma Constituição da Terra? **Revista de Direito Brasileiro**, v. 31, n. 12, 2020. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/9024/6272>. Acesso em: 31 jul. 2023.

FERRAZ, Luiz Marcelo Robalinho; GOMES, Isaltina Maria de Azevedo Mello. Ameaça e Controle da Gripe A(H1N1): uma análise discursiva de Veja, IstoÉ e Época. **SciELO**. Disponível em: <tps://www.scielo.br/j/sausoc/a/pJNk4xWRPsNCp9rMV9gdzxB/#>. Acesso em: 15 ago. 2023.

FREY, Isabel. "*Herd Immunity*" is Epidemiological Neoliberalism. **Economic Sociology & Political Economy**. Disponível em: <https://economicsociology.org/2020/04/24/herd-immunity-is-epidemiological-neoliberalism/>. Acesso em: 25 jun. 2024.

FIGUEIREDO, Patrícia; PINHONI, Marina; SOUZA, Vivian. Doria assina contrato para 46 milhões de doses da vacina chinesa e diz que profissionais de saúde serão vacinados neste ano. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/09/30/doria-assina-contrato-para-46-milhoes-de-doses-da-vacina-chinesa-e-diz-que-medicos-serao-vacinados-neste-ano.ghtml>. Acesso em: 29 jan. 2023.

FOLHA DE SÃO PAULO. Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da 'necropolítica'. **Folha de S. Paulo**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>. Acesso em 11 jan. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Boletim Especial. Balanço de dois anos da pandemia da Covid-19: janeiro de 2020 a janeiro de 2022. Portal **Fiocruz**. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redeb.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

G1 GLOBO. 'Brasileiro não sabe se escuta o ministro ou o presidente'. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2020/04/12/maio-e-junho-serao-os-meses-mais-duros-afirma-mandetta-em-entrevista-exclusiva-ao-fantastico.ghtml>. Acesso em 21 jan. 2023.

G1 GLOBO. Estudante de 26 anos morre de Covid-19 um mês após dar à luz ao primeiro filho, em João Pessoa. **G1**. Disponível em:

<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2021/04/26/estudante-de-26-anos-morre-vitima-de-covid-19-um-mes-apos-dar-a-luz-ao-primeiro-filho-em-joao-pessoa.ghtml>. Acesso em: 15 set. 2024.

G1 GLOBO. Ministério declara transmissão comunitária do novo coronavírus em todo o território nacional. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/20/ministerio-declara-transmissao-comunitaria-nacional-do-novo-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 19 fev. 2023.

G1 GLOBO. Primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil ocorreu em SP e completa seis meses nesta quarta. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/26/primeiro-caso-confirmado-de-covid-19-no-brasil-ocorreu-em-sp-e-completa-seis-meses-nesta-quarta.ghtml>. Acesso em 20 jan. 2023.

GARRAFA, Volnei. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Apresentação [200-?]. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 14 jul. 2024.

GASPAR, Malu. O SABOTADOR: Como Bolsonaro agiu, nos bastidores e em público, para boicotar a vacina. **Revista Piauí**. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-sabotador/>. Acesso em: 21 set. 2023.

GAUTHORPE, Andrew. Federalism has become another casualty of Trump and the coronavirus. The Guardian. Disponível em: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/18/federalism-another-casualty-donald-trump-coronavirus>. Acesso em: 12 fev. 2023.

HOLTON, Kate. Imunização no Reino Unido: Mulher de 90 anos é 1ª vacinada contra Covid-19. **CNN Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/britanica-de-90-anos-e-primeira-a-receber-a-vacina-da-pfizer-fora-dos-testes/>. Acesso em: 7 out. 2023.

HORTON, Richard. *Offline: COVID-19—a crisis of power*. **The Lancet**, v. 396, n. 10260, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932262-5>. Acesso em: 14 jan. 2024.

HUB. Plataforma da Universidade Johns Hopkins. Disponível em: <https://hub.jhu.edu/2019/11/06/event-201-health-security/>. Acesso em: 18 dez. 2022.

IDOETA, Paula Adamo. Proxalutamida: os questionamentos e as suspeitas sobre a nova droga defendida por Bolsonaro contra a covid-19. **BBC Brasil**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57897387>. Acesso em: 9 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Munic: Pesquisa de Informações Básicas Municipais. **IBGE**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?edicao=32141&t=destaques>. Acesso em: 13 dez. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Um país sufocado: balanço do Orçamento Geral da União 2020. **Inesc**. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/04/BGU_Completo-V04.pdf. Acesso em 18 jan. 2023.

INSTITUTO LOCOMOTIVA. Negros pediram mais auxílio emergencial, mas brancos tiveram maior sucesso. **Instituto Locomotiva**. Disponível em: <https://ilocomotiva.com.br/clipping/exame-negros-pediram-mais-auxilio-emergencial-masbrancos-tiveram-maior-sucesso/>. Acesso em 18 jan. 2023.

JUNGES, Roque José. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. **Acta bioeth**, vol.17, n. 2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2024.

JUNQUEIRA, Cilene Rennó. Especialização em Saúde da Família Modalidade à Distância. Módulo Bioética. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios**. UNIFESP. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf. Acesso em: 1 abr. 2024.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão: A Reinvenção do Estado Social no Mundo contemporâneo**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KUHL, Nathalia. PC e MP investigaram médica que fez nebulizações com hidroxicloroquina. **Metrópoles**. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/pc-e-mp-investigacao-medica-que-fez-nebulizacoes-com-hidroxicloroquina>. Acesso em: 23 maio 2024.

LAMDIN, Raquel. Em simulação, TrateCov indica cloroquina para bebê com febre e congestão nasal. **CNN Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/em-simulacao-tratecov-indica-cloroquina-para-bebe-com-febre-e-congestao-nasal/>. Acesso em: 9 nov. 2023.

LARA, Angel Luis. Biopolítica de uma catástrofe anunciada. **Outras Palavras**. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-civilizatoria/biopolitica-de-uma-catastrofe-anunciada/>. Acesso em: 12 ago. 2023.

LINDNER, Julia. Quem é de direita toma cloroquina quem é de esquerda tubaína, diz Bolsonaro sobre liberação. **Estadão**. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/quem-e-de-direita-toma-cloroquina-quem-e-de-esquerda-tubaina-diz-bolsonaro-sobre-liberacao/>. Acesso em: 19 set. 2023.

LOPES, Raquel. Ao menos 72 mil pessoas internadas morreram por Covid-19 fora de um leito de UTI. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/ao-menos-72-mil-pessoasinternadas-morreram-por-covid-19-fora-de-um-leito-de-uti.shtml>. Acesso em: 30 jul. 2023.

MACIEL *et al.* Bioética e Medicina. **Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://www.cremarj.org.br/publicacoes/download/86>. Acesso em: 8 mar. 2024.

MADER, Helena. 'É caso de mistanásia': um dos maiores especialistas em Bioética no país, Volnei Garrafa diz que testes com cloroquina e proxalutamida se equiparam ao horror das experiências médicas nazistas na Segunda Guerra. **Crusoé**. Disponível em: <https://crusoe.com.br/edicoes/181/e-caso-de-mistanasia/>. Acesso em: 29 maio 2024.

MAGNOLI, Demétrius. A Guerra da Iugoslávia e a Corte Penal Internacional. **Declaração 1948**. Disponível em: <https://declaracao1948.com.br/2019/08/12/a-guerra-da-iugoslavia-e-corte-penal-internacional/>. Acesso em: 10 ago. 2024

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre, **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5846597>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MARINHO, Suely et al. Faz sentido instituir Comissão de Bioética Hospitalar (CBH) nas unidades de saúde durante a pandemia da Covid-19?. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42981/2/CBHUnidadeSa%c3%badeCovid19.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2022.

MATOSO, Filipe; PALMA, Gabriel; PERNA, Yasmim. Governo gastou R\$ 23 milhões para divulgar tratamento precoce, mostram documentos; medida é ineficaz contra Covid. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/06/11/governo-diz-que-gastou-r-23-milhoes-para-divulgar-tratamento-precoce-ineficaz-contracovid.ghtml>. Acesso em: 1 jun. 2024.

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. **Revista Arte & Ensaios**, nº 32, dezembro 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. MPF e DPE/AM pedem na Justiça indenização de R\$ 4 bi e reparação após mortes por falta de oxigênio em Manaus (AM). **MPF**. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-e-dpe-am-pedem-na-justica-indenizacao-de-r-4-bi-e-reparacao-apos-mortes-por-falta-de-oxigenio-em-manaus-am>. Acesso em: 28 maio 2024.

MONCADA, Luis S. Cabral de. **Direito Econômico**. 5ª ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

MOTA, Camilla Veras. Menos educação, mais emendas: quem ganha e perde recursos em 2022 na previsão de gastos do governo. **BBC Brasil**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-60233189>. Acesso em: 13 jan. 2023.

MOURA, Rafael Moraes; RODRIGUES, Lorena. Estadão recorre ao STF para obrigar Bolsonaro a divulgar exame de covid-19. **Estadão**. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/estadao-recorre-ao-stf-para-obrigar-bolsonaro-a-divulgar-exame-de-covid-19/>. Acesso em: 20 fev. 2023.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Tribunal para ex-Iugoslávia enraizou luta contra impunidade na consciência coletiva, diz chefe da ONU. **Nações Unidas**. Disponível

em: <https://brasil.un.org/pt-br/78778-tribunal-para-ex-iugosl%C3%A1via-enraizou-luta-contra-impunidade-na-consci%C3%Aancia-coletiva-diz-chefe>. Acesso em: 10 ago. 2024.

NISHIOKA, Sérgio de Andrade. Origem da pandemia de COVID-19: comitê científico assessor da OMS não descarta nenhuma hipótese. **UNA-SUS**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/546>. Acesso em: 15 out. 2023.

NÚCLEO DE OPERAÇÕES E INTELIGÊNCIA EM SAÚDE (NOIS). **Centro Técnico Científico da PUC-RIO**. Diferenças sociais: pretos e pardos morrem mais de COVID-19 do que brancos, segundo NT11 do NOIS. Disponível em: <https://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/>. Acesso em: 18 jul. 2023.

OLIVEIRA *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. **UNICEF**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 6 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novelcoronavirus>. Acesso em 14 ago. 2023.

OXFAM Brasil. 120 mil mortes teriam sido evitadas com medidas preventivas. **Oxfam Brasil**. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/noticias/120-mil-mortes-teriam-sido-evitadas-com-medidas-preventivas/>. Acesso em: 2 set. 2023.

PAMPLONA, Nicola; WATANABE, Phillippe. Pacientes que usam hidroxiclороquina já não acham o remédio em farmácias. **Folha**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/pacientes-que-usam-hidroxiclороquina-ja-nao-acham-o-remedio-em-farmacias.shtml>. Acesso em: 9 maio 2023.

PESSINI, Leo. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, 2013.

PINTO, Elida Graziane. Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação, **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 1-3, dez. 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00179516.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2023.

REIS *et al.* Políticas Sociais e Austeridade Fiscal. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, 2017, p. 1-50. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/sites/default/files/CEBES-AUSTERIDADE-1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

RICCI, Luiz Antonio Lopes. **A morte social: mistanásia e bioética**. São Paulo: Paulus, 2017.

RICCI, Luiz Antonio Lopes. Mistanásia: um olhar sobre a Dignidade Humana e Políticas Públicas. **ICAPS**. Disponível em: <https://www.icaps.org.br/restrito/img/downloads/slide--mistanasia-congresso-2019--63e3ffe8927e2.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2023.

ROCHA, Eduardo. Identificação do coronavírus é fruto de observação de oftalmologista chinês. **Jornal da USP**. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/descoberto-por-um-oftalmologista-chines-o-coronavirus-preocupa-o-mundo/>. Acesso em: 13 ago. 2023.

RODRIGUES, Ed. Estudante morre de covid-19 um mês após ter o primeiro filho na PB. **UOL**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2021/04/27/estudante-morre-com-covid-19-um-mes-apos-ter-o-primeiro-filho-na-pb.htm>. Acesso em: 15 set. 2024.

RONAN, Gabriel. Brasil fecha 2020 com 194.949 mortes por COVID-19. **Estado de Minas**. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/12/31/interna_nacional,1225164/brasil-fecha-2020-com-194-949-mortes-por-covid-19.shtml#:~:text=O%20Brasil%20chegou%20nesta%20quinta,%C3%BAltimo%20balan%C3%A7o%20divulgado%20%C3%A0s%2017h30. Acesso em: 24 set. 2023.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte Digna**: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, 2012.

SANTOS *et al.* Mistanásia hoje: pensando as desigualdades sociais e a pandemia COVID-19. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/mistanasia_hoje_-_pensando_nas_desigualdades_sociais_e_a_pandemia_covid-19_doi_.pdf. Acesso em: 8 maio 2022.

SANTOS, Boaventura. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020. E-book.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos. Bioética: tomo Teoria Geral e Filosofia do Direito. **Enciclopédia Jurídica da PUC/SP**. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/53/edicao-1/bioetica>. Acesso em: 5 maio 2024.

SARLET, Ingo. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SAYARE, Scott. O Arauto da Cloroquina. **Revista Piauí**. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-arauto-da-cloroquina/>. Acesso em: 2 ago. 2023.

SENADO FEDERAL. CPI da Pandemia. **Relatório Final**. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>. Acesso em: 6 maio. 2023.

SENADO NOTÍCIAS. Congresso derruba vetos de Bolsonaro à lei que protege indígenas na pandemia. **Senado**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/08/19/congresso-derruba-vetos-de-bolsonaro-a-lei-que-protege-indigenas-na-pandemia>. Acesso em: 6 maio 2023.

SENADO NOTÍCIAS. Lei que regula situação de emergência para combater coronavírus é sancionada. **Agência Senado**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/02/07/lei-que-regula-situacao-de-emergencia-para-combater-coronavirus-e-sancionada>. Acesso em: 4 jan. 2022.

SENADO NOTÍCIAS. MP libera R\$ 60,1 bilhões contra coronavírus em estados e municípios. **Senado**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/06/05/mp-libera-r-60-1-bilhoes-contra-coronavirus-em-estados-e-municipios#:~:text=O%20presidente%20Jair%20Bolsonaro%20editou,2020%2C%20sancionada%20na%20semana%20passada>. Acesso em: 7 ago. 2023.

SENADO NOTÍCIAS. Proposta de Emenda à Constituição nº 10 de 2020. Orçamento de Guerra. **Agência Senado**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141443>. Acesso em: 4 jan. de 2023.

SHALDERS, André. **BBC**. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>. Acesso em: 20 set. 2022.

SIGA BRASIL. Painel Cidadão. **Senado**. Disponível em: <https://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrçamentoVisãoGeral>. Acesso em: 3 nov. 2023.

SOBRINHO, Wanderley Preite. Quarto individual, base aérea: como será a quarentena dos trazidos da China. **UOL**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/02/05/conheca-a-base-aerea-de-apanopolis-onde-os-brasileiros-ficaram-em-quarentena.htm>. Acesso em: 16 ago. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA. Quem somos. **SBB**. Disponível em: <https://www.sbbioetica.org.br/sbbioetica/page/129-quem-somos>. Acesso em: 16 jun. 2024.

SOUZA, Iara Antunes. A escolha entre deixar viver, deixar morrer em meio à pandemia. **Universidade Federal de Ouro Preto**. Disponível em: <https://ufop.br/noticias/em-discussao/escolha-entre-deixar-morrer-e-deixar-viver-em-meio-pandemia>. Acesso em: 28 maio 2022.

SOUZA, Washington Peluso Albino de. **Primeiras linhas de Direito Econômico**. 5 ed. São Paulo: LTr, 2003.

TAMMARO, Rodrigo. População de origem asiática é vítima de violência e preconceito na pandemia. **Jornal da USP**. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/populacao-de-origem-asiatica-e-vitima-de-violencia-e-preconceito-na-pandemia/>. Acesso em: 15 ago. 2023.

TAVARES, Viviane. Imunidade de Rebanho. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Disponível em: <https://www.epsv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/imunidade-de-rebanho>. Acesso em: 19 jun. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. COVID-19 no Brasil: várias epidemias num só país Primeira fase do EPICOID19 reforça preocupação com a região Norte. Epicovid19. **Universidade Federal de Pelotas**. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/covid19/files/2020/05/EPICOID19BR-release-fase-1-Portugues.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2023.

UOL. STF rebate fala de Bolsonaro: 'Mentira repetida mil vezes não vira verdade'. **UOL**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/07/28/stf-desmente-bolsonaro-mentira-contada-mil-vezes-nao-vira-verdade.htm>. Acesso em: 13 dez. 2022.

VALENTE, Fernanda. STF referenda liminar sobre medidas de proteção a indígenas durante epidemia. **Conjur**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-ago-05/stf-referenda-medidas-protecao-indigenas-durante-epidemia/>. Acesso em: 6 maio 2023.

VENTURA, Dayse de Freitas Lima. Pandemia e estigma: notas sobre as expressões “vírus chinês” e “vírus de Wuhan”. In: BAENINGER, Rosana; VEDOVATO, Luís Renato; NANDY, Shailen (coord.). **Migrações Internacionais e a pandemia de Covid-19**. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/miginternacional/miginternacional.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.