

## A HISTÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE MENSURAÇÃO DO AUTORITARISMO NO BRASIL

*The history of the single health system as an instrument for measuring authoritarianism in Brazil*

**Juliana Alves Ferreira**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS  
julitaalves85@gmail.com

**Carlos Augusto de Oliveira Diniz**

Universidade Federal de Jataí - UFJ  
carlos27diniz@ufj.edu.br

**Danielle Bogo**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS  
daniellebogo@hotmail.com

**Resumo:** O objeto do presente trabalho é o processo de construção do direito humano a saúde no contexto capitalista brasileiro. A hipótese repousa na ideia de que a luta pelo direito a saúde é essencialmente uma luta pela vida e justamente por isso é uma luta essencialmente contra o autoritarismo. O objetivo geral é analisar a luta social que culminou na criação do Sistema Único de Saúde na Assembleia Nacional Constituinte e objetivo específico é demonstrar que a luta pelo direito humano a saúde no Brasil é historicamente mais ampla, pois pode ser uma luta pela própria democracia ou contra o autoritarismo. Optamos pelo método dedutivo partindo de premissa geral que é a trajetória política do movimento sanitarista fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde para a uma premissa específica que foi o desmonte paulatino do Sistema único de Saúde por políticas de austeridade, especialmente a Emenda Constitucional 95, até a catástrofe do governo Bolsonaro durante a pandemia do COVID-19. Quanto à metodologia faremos uma abordagem qualitativa de natureza básica para a produção de conhecimentos novos quanto à efetividade de Direitos Humanos, e no aspecto técnico a pesquisa será desenvolvida valendo-se de pesquisas bibliográfica; documental; e *Ex-Post Facto*. Na conclusão a hipótese do artigo confrontada teórica e metodologicamente se confirmou.

**Palavras-chave:** Direitos Humanos; Saúde Pública; Autoritarismo; Austeridade; Mistanásia.

**Abstract:** The object of this work is the process of building the human right to health in the Brazilian capitalist context. The hypothesis rests on the idea that the fight for the right to health is essentially a fight for life and precisely for this reason it is essentially a fight against authoritarianism. The general objective is to analyze the social struggle that culminated in the creation of the Unified Health System in the National Constituent Assembly and the specific objective is to demonstrate that the struggle for the human right to health in Brazil is historically broader, as it can be a struggle for democracy itself or against authoritarianism. We opted for the deductive method, starting from the general premise that is the political trajectory of the health movement, which was fundamental for the creation of the Unified Health System, to a specific premise, which was the gradual dismantling of the Unified Health System through austerity policies, especially Constitutional Amendment 95, until the catastrophe of the Bolsonaro government during the COVID-19 pandemic. Regarding the methodology, we will take a qualitative approach of a basic nature to produce new knowledge regarding the effectiveness of Human Rights, and in the technical aspect the research will be developed using bibliographical research; documentary; and *Ex-Post Facto*. In conclusion, the theoretically and methodologically confronted hypothesis of the article was confirmed.

**Keywords:** Human Rights; Public health; Authoritarianism; Austerity; Mistanasia.

## INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe a uma abordagem mais apurada acerca dos direitos humanos, uma análise que seja capaz de ir além de seu aspecto teórico, diga-se de passagem, o domínio teórico sobre direitos humanos é imprescindível, mas é preciso reconhecer com alguma sinceridade que na academia jurídica por vezes peca-se por privilegiarmos abordagens puramente teóricas em detrimento das abordagens surgidas de análises da realidade concreta dos fatos juridicamente relevantes, pois existe riqueza conceitual imensurável quando se debruça sobre a concretude dos fatos, mesmo porque é da prática que surge a teoria.

Neste sentido, pretende-se desvendar um aspecto intrínseco da construção de direitos humanos que muitas vezes passam ao largo da percepção científica, ou seja, é preciso desvelar os impactos jurídicos dos direitos humanos para além do processo de declaração, reconhecimento e positivação, pois tais aspectos escondem a grandeza por trás de todo processo de construção dos direitos humanos. É lógico que uma declaração de direitos humanos e uma constituição são importantes para a humanidade, porém não podemos perder de vista o processo construtivo que as antecede e este é um ponto fundamental do presente trabalho.

Neste sentido, o desenvolvimento do texto foi dividido em tópicos que entendemos fundamentais para a abordagem do objeto (é o processo de construção do direito humano a saúde no contexto capitalista brasileiro) e confrontação da hipótese (a luta pelo direito a saúde é essencialmente uma luta pela vida e justamente por isso é uma luta essencialmente contra o autoritarismo) deste trabalho.

Logo, no primeiro tópico intitulado “Do Movimento Sanitarista ao Sistema Único de Saúde” foi feita uma abordagem cronológica da luta do movimento sanitário iniciado durante a ditadura militar e de como essa mobilização social foi fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988.

No segundo item denominado “Política de Austeridade como forma de Suspensão de Direitos Humanos” foi feita a análise de como o discurso neoliberal se fez presente no Brasil depois da Constituição de 1988 por intermédio de políticas de austeridade, cujo marco histórico foi a Emenda Constitucional 95. Tais políticas de austeridade foram fundamentais para que o Sistema Único de Saúde nunca tenha sido plenamente concretizado, ou seja, a austeridade fez do SUS, depois de sua criação, uma estrutura sempre aquém do que deveria ser.

Por último o terceiro tópico “Governo de Jair Messias Bolsonaro: O Triunfo do Desejo de Morte” a análise se concentra na atuação do governo durante a pandemia do COVID-19 que

ocorreu justamente num cenário de autoritarismo e austeridade e, portanto um cenário que produziu efeitos catastróficos alçando o Brasil a concentrar 11% de mortes por COVID-19 no mundo.

Ao cabo do desenvolvimento do texto pode-se perceber que a hipótese do artigo após ser confrontada pelas análises desenvolvidas foi confirmada e neste sentido ressalta-se que tal confirmação está à disposição nas Considerações Finais.

## **DO MOVIMENTO SANITARISTA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A construção do Sistema Único de Saúde remonta ao período da ditadura militar iniciada com o golpe de Estado de 1964 dado pelo Exército brasileiro com apoio do empresariado do Brasil. Neste período a mobilização política social pode ser vista em pelo menos duas frentes, ou seja, uma que defendia o fim do regime militar e a outra que lutava pelo direito a um sistema público que fosse capaz de garantir o direito a saúde de modo universal.

Neste sentido:

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo. Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios dessas empresas (Almeida, 1998). Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos. Em sentido contrário, as políticas do período deram continuidade à diretriz dos governos anteriores de expansão da cobertura da assistência médica previdenciária estatal às camadas mais desfavorecidas. Com esse propósito, foram instituídas várias medidas, como a incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias, em 1967; a extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), em 1971; a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas, em 1972, e aos trabalhadores autônomos, no ano seguinte. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 18).

Logo, podemos constatar que existe clara disputa entre duas formas de se entender Saúde Pública, uma é a dimensão que entende Saúde como um direito e, portanto, é função/obrigação do Estado garanti-lo ao povo. A outra forma é a daqueles que compreendem a Saúde como um serviço e, dessa forma, pode ser explorado economicamente pela iniciativa privada.

Por uma dedução lógica é perfeitamente plausível ponderar que quem compreende saúde como direito é a população que não detém o controle do processo produtivo, ao passo que quem defende a saúde como serviço é o indivíduo que tem condição econômica favorável decorrente do controle dos meios de produção.

Em síntese, quem defende a Saúde como um serviço é quem quer lucrar com a exploração e geralmente tem condições econômicas de pagar para garantir seu direito. Porém, a disputa social conseguiu alguns avanços quanto a Saúde especialmente pela expansão da assistência médica apesar da resistência. Aqui é importante ponderar que o povo trabalhador conseguiu tais avanços graças a sua capacidade de mobilização política, apesar do regime ditatorial vivido naquele momento.

Com base na justificativa de que os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados a partir do primeiro governo Vargas, encontravam-se em situação de insolvência (Braga, Paula, 1986), o governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios de seus contribuintes e eliminando o modelo de gestão tripartite (União, empregadores e empregados), que garantia aos usuários, ao menos formalmente, a representação nos processos decisórios dos institutos (Santos, 1994). Além de determinar a progressiva exclusão da participação social na gestão da previdência, o INPS passou a priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários. O modelo de remuneração por unidade de serviços (US), posto em prática pelo INPS para pagar seus fornecedores, mostrar-se-ia altamente danoso por incentivar a corrupção, ampliar de forma desmesurada procedimentos médicos desnecessários e impedir qualquer planejamento dos serviços a serem priorizados. No que concerne à saúde pública, o período é marcado pela instauração de uma crise de recursos e pelo enfraquecimento da capacidade de ação do MS. É ilustrativa desse processo a queda da participação da pasta da saúde no orçamento total da União de 2,21% para 1,40%, entre 1968 e 1972 (Braga, Paula, 1986). Nesse mesmo período, o Ministério dos Transportes e as forças armadas, recebiam 12% e 18% do orçamento, respectivamente. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 18).

Importante destacar o discurso em torno da eficiência dos investimentos com saúde como maneira de se abrir a possibilidade de participação/contratação de serviços, ou de prestadores de serviços, junto ao setor privado. Talvez essa prática seja o pilar de sustentação da concepção de Saúde como serviço e não como direito, pois se predominar esse entendimento fica fácil para que o setor privado possa ter acesso, ou seja, ser destinatário, dos recursos públicos direcionados para a saúde.

Não por acaso é natural, facilmente constatável, que à medida que a tese da Saúde como serviço se entranha nas ações políticas naturalmente haverá um enfraquecimento, provocado, dos órgãos do Estado como foi o caso no período do esvaziamento do Ministério da Saúde ao passo em que as forças armadas drenavam para si um percentual dez vezes maior. Afinal o que é a prioridade de um Estado garantir saúde a sua população ou engordar salários e pensões de militares?

Ressalte-se ainda que os poucos recursos destinados a saúde foram parar com prestadores de serviço privados e como se sabe o setor privado sempre prestou, presta e prestará um serviço público de baixa qualidade, pois a lógica privatista é lucro auferido mediante diminuição de gastos.

Concomitante a esse quadro a crise econômica internacional proveniente do aumento do preço do petróleo, iniciado em 1974, promoveu abalos no cenário internacional e consequentemente no plano nacional. Logo, chegava ao fim o ciclo crescimento econômico o que fez com que se evidenciassem/explicitassem as tensões sociais permitindo o surgimento e mesmo o fortalecimento de muitas formas de mobilização popular exigindo transformações políticas e mudanças nas condições sociais do povo trabalhador e foi justamente esse cenário que deu origem aos primeiros movimentos de consolidação e expansão da saúde pública no Brasil.

Nesta linha é necessário ressaltar que o movimento pelo direito a saúde pública, para além de uma luta por saúde, representou combate ao próprio regime militar que a partir dos anos 70 começa a dar mostras de enfraquecimento. Cite-se as Eleições para o Senado (1974, 1976 e 1978), a lei da anistia (1979), a volta ao pluripartidarismo e o fim do AI-5 (1979) que deram o tom às transformações do regime no que se convencionou chamar de abertura lenta e gradual. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 20).

Paralelamente a esses movimentos percebemos um fortalecimento do Ministério da Saúde além de uma melhor definição quanto as sua área de atuação e suas funções, pois até então o modelo em vigência tratava como similares a Saúde e a Previdência públicas:

No que concerne diretamente à saúde, o período atestou maior articulação no âmbito do MS, que ampliou o repasse de verbas para os estados e passou a desenvolver projetos verticais direcionados ao controle de algumas doenças, como a hanseníase, a tuberculose e o câncer (Braga, Paula, 1986). Em 1975, o regime instituiu, por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde. A literatura que analisa esse período identifica na proposição desse sistema de saúde uma iniciativa que terminaria por consolidar, no MS e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária. Segundo o texto da lei, caberia à pasta da Saúde ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, fiscalização e controle sanitários e outras medidas e ações de corte coletivo. Sobre o MPAS, por sua vez, recairiam responsabilidades de coordenação dos serviços assistenciais, entre outras ações mais voltadas para a atenção da saúde individual. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 20).

Importante mencionar que neste período é possível perceber além dos embates voltados para o fortalecimento da estrutura pública da Saúde, especialmente, no que se refere a burocracia e recursos, também se identificou a necessidade de formação de profissionais que fossem preparados para atuar nessa estrutura de Saúde, ou seja, foi em meio ao enfrentamento

do regime ditatorial que se forjaram o Sistema Único de Saúde - SUS e um quadro técnico-científico que seriam de fundamental importância para o direito a Saúde no Brasil.

Nesta linha, é importante citar a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, e o desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva representaram uma visão contrária ao regime autoritário que via na sua derrocada a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Tal processo de construção propiciou uma mudança significativa na forma de se compreender a Saúde no Brasil e como demonstração do surgimento de uma nova compreensão quanto à função do Estado no que se refere ao direito a Saúde, logo, não se pode omitir, por exemplo, a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS que era vinculado ao Ministério da Saúde e que se caracterizava como uma iniciativa de investimentos que tinha em vista a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior. O PIASS tinha dois objetivos primordiais: 1º - aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais; 2º - viabilizar, com foco nos cuidados primários em Saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Neste sentido, o movimento da reforma sanitária brasileira avançava em seu processo de organização e em julho de 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo cria o periódico *Saúde em Debate* com o objetivo de difundir o ideário do movimento sanitarista. Some-se ao quadro a realização frequente das Conferências Nacionais de Saúde – CNS que passou a ser um espaço de debate importante naquele momento especialmente a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Logo, destaca-se o protagonismo que o movimento sanitarista assume no debate sobre a Saúde Pública no Brasil, especialmente no governo de João Batista Figueiredo marcado pela crise da dívida externa brasileira que de 1978 até o final de 1983 elevou-se 142%. Devido a tal aumento o Brasil foi obrigado a assinar um acordo com o Fundo Monetário Internacional – FMI que impôs uma série de exigências desfavoráveis como a liberalização da economia e o controle do *déficit* público.

Naturalmente essas imposições da chamada política de austeridade produziram recessão na economia aumentando a insatisfação social com o regime militar cujo marco político pode ser identificado no Movimento pelas Diretas Já entre 1983 e 1984. Neste cenário evidenciou-se que o regime militar estava encurralado pela luta política empreendida pelos

movimentos sociais e, portanto sem condição de fabricar um sucessor o governo militar foi forçado a promover a transição para a democracia.

Em 1985 o Senador Tancredo Neves, em eleição indireta, é eleito Presidente, porém, devido a sua morte quem assume é seu vice José Sarney e o regime militar chega ao fim. Ainda nesse ano realizam-se eleições diretas para prefeito das capitais e no ano seguinte, o Congresso encarrega-se de criar uma nova constituição que levasse de volta o país à plena democracia. No campo econômico o período foi marcado por uma crise econômica, que leva a planos econômicos emergenciais que se sucediam na tentativa de acabar com a hiperinflação e fomentar o crescimento econômico.

É em meio a este cenário que a Presidência da República, por solicitação do ministro da Saúde, convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS onde se reuniram diferentes setores da sociedade para o debate e deliberações sobre a construção de um modelo de Saúde Pública adequado ao Brasil. Neste sentido, entre os principais debates é importante destacar o direito do cidadão a saúde; a reformulação e o financiamento do sistema nacional de saúde; a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização; e a participação popular no sistema de saúde. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 25).

Neste sentido, esse debate culminaria na projeção do Sistema Único de Saúde – SUS no texto da Constituição Federal de 1988, logo, a estruturação jurídica do SUS pode ser considerada como uma das mais bem sucedidas reformas da área conduzida em um país capitalista democrático.

A inscrição do SUS na Constituição de 1988 foi resultado das lutas pelo reconhecimento dos direitos sociais no país e está estreitamente vinculada ao processo de redemocratização vivenciado em parte dos anos 1970 e 1980. Na discussão e na elaboração do texto constitucional, a questão social assumiu importância ímpar, pois havia o entendimento de que se fazia necessário resgatar a enorme dívida social herdada do regime militar. Tendo em vista esse objetivo, os constituintes escreveram na Constituição de 1988 a garantia de direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da Previdência Social. Essas garantias foram objeto de capítulo específico, o da Seguridade Social, simbolizando o rompimento com o passado. Os princípios que os animaram foram: ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos; eliminação das diferenças de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos; introdução da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência; participação dos setores da chamada sociedade civil no processo decisório e no controle da execução das políticas; definição de mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis; e garantia de um volume suficiente de recursos para a realização das políticas contempladas pela proteção social, entre outros objetivos. (MARQUES, FERREIRA, 2023, p. 467).

Sendo assim, a criação do SUS está diretamente ligada à capacidade de organização popular que, paralelamente, foi capaz de germinar a concepção de um sistema público e

universal que garantisse o direito a Saúde aos brasileiros e ainda enfrentar o regime militar. Porém, depois de 35 anos da Promulgação da Constituição Federal de 1988 ficou evidente que a luta do movimento sanitarista que foi fundamental para a construção do modelo constitucional do direito a Saúde pode ter sido em vão, pois de algum modo depois da Constituição Federal a mobilização social em torno da Saúde Pública no Brasil passa por um processo paulatino de enfraquecimento, especialmente por parte daqueles que mais necessitam de um sistema público de saúde.

O texto da Constituição Federal de 1988 pode passar a falsa ideia de que os direitos, de modo geral, são dádivas atribuídas pelos deputados constituintes, porém, é fundamental ponderar que em momento algum da História os direitos foram fruto de benesses de governo, pelo contrário, são frutos de lutas sociais travadas no âmago do antagonismo de classes.

Sendo assim, os direitos individuais, sociais, políticos previstos na Constituição Federal não são presentes, mas sim fruto de lutas políticas travadas no âmbito da dialética de classes. Neste sentido, especificamente com relação ao direito a Saúde previsto no texto constitucional temos dispositivos que merecem menção:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
  - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
  - III - participação da comunidade.
- (...)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Como visto o texto constitucional estabeleceu o que podemos chamar de diretrizes que devem guiar a atuação do Sistema Único de Saúde. Porém, não obstante, essa estrutura do SUS cravada na Constituição Federal não é fruto exclusivo dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, mas para, além disso, são conquistas auferidas após muito tempo de lutas sociais que foram fundamentais para o acúmulo de conhecimento e amadurecimento que não seria possível sem o movimento sanitário iniciado na ditadura militar.

Portanto, a disposição dos artigos em comento é parte de um processo e não o início como pode sugerir uma análise menos atenciosa da História do Sistema Único de Saúde e do próprio Brasil. Neste sentido, a falta da compreensão da população de que o SUS é antes de tudo um patrimônio conquistado depois de muita mobilização social não pode ser esquecida e desarticulada, ou deixada a cargo apenas dos profissionais da saúde, pois eles são uma das faces do Sistema Único de Saúde, pois a sua defesa é tarefa fundamental de toda a classe trabalhadora que ao fim e ao cabo são os beneficiários de uma ideia de Saúde que seja pública, gratuita, universal e socialmente referenciada.

## **POLÍTICA DE AUSTERIDADE COMO FORMA DE SUSPENSÃO DE DIREITOS HUMANOS**

A mobilização social durante a ditadura militar que redundou no Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 teve duas frentes importantes que foram a redemocratização e a construção de um modelo de sistema público de saúde. Logo, podemos delinear que o movimento sanitário empreendeu luta contra a ditadura e pelo direito a saúde pública e essa luta logrou êxito cuja comprovação é a própria Constituição Federal.

Porém, essa mesma Constituição Federal não encerrou a disputa daqueles dois modelos já citados neste texto, ou seja, a disputa entre aqueles que compreendem/defendem a Saúde como um Direito em oposição àqueles que difundem a ideia de que a Saúde seja um serviço que pode ser explorado economicamente pela iniciativa privada. Dessa forma,

Além disso, embora a Constituição de 1988 defina a saúde privada como complementar à pública, o sistema tributário do país manteve os gastos em saúde junto ao setor privado no cálculo da renda tributável na declaração do imposto sobre a renda tanto da pessoa física como da jurídica, de modo que o Estado continuou a financiar e a incentivar a adesão a planos e seguros de saúde. Isso terá consequências de todos os tipos, enfraquecendo o SUS financeiramente e, principalmente, não permitindo que fosse reconhecido e legitimado pela chamada classe média do país. (MARQUES, FERREIRA, 2023, p. 469).

Neste sentido, o texto constitucional no artigo 199 consignou que “*a assistência à saúde é livre à iniciativa privada*” deixando claro desde sua promulgação que a luta popular que criou o SUS não pode arrefecer sob pena de que a lógica privatista domine o tema da Saúde e com isso torne inócua a conquista do direito a Saúde Pública fruto da luta política travada antes da Assembleia Nacional Constituinte.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 o Brasil tem sido palco para a experimentação de um sem número de políticas neoliberais que sempre recorrem ao pálido discurso de defesa da austeridade fiscal como forma de o Estado superar suas frequentes crises econômicas, ou seja, a prioridade neoliberal é a suposta saúde das contas públicas ainda que isso possa lançar a população a sua própria sorte o que pode ter resultados nefastos sobre a população que depende do Sistema Único de Saúde.

Desde a eleição de Fernando Collor de Mello até os dias atuais, o controle do gasto público foi alçado à prioridade na condição da política macroeconômica, refletindo-se na condução das políticas sociais. A exceção ocorreu no segundo governo de Luiz Inácio Lula da Silva e no primeiro de Dilma Rousseff, o que não significa que os recursos destinados à saúde pública tenham sido adequados aos propósitos de um sistema universal, especialmente quanto aos aportes da esfera federal. (MARQUES, FERREIRA, 2023, p. 469).

Corroborando essa constatação o artigo “*A dívida pública como instrumento de extermínio no Estado de Exceção*” em que o autor demonstra que tomando por fundamento o Orçamento Federal Executado, ou seja, o que foi efetivamente pago/gasto, na última década o Brasil segundo os dados do Orçamento Público Federal direcionou para o pagamento de juros da Dívida Pública, em média, dez (10) vezes mais recursos do que para a Saúde (DINIZ, 2023).

Sendo assim, seria um erro não trazer o quadro elaborado pelo autor, pois são dados um tanto quanto perturbadores, pois trazem quanto do Orçamento Público Federal (em Reais) foi destinado para o gasto com juros da Dívida Pública Federal - DPF, com a Saúde e com a Educação (DINIZ, 2023, p. 108):

ANO	ORÇAMENTO	DPF	SAÚDE	EDUCAÇÃO
2011	R\$ 1,571 Trilhão	45,05%	4,07%	2,99%
2012	R\$ 1,712 Trilhão	43,98%	4,17%	3,34%
2013	R\$ 1,783 Trilhão	40,30%	4,29%	3,70%
2014	R\$ 2,168 Trilhões	45,11%	3,98%	3,73%
2015	R\$ 2,268 Trilhões	42,43%	4,14%	3,91%
2016	R\$ 2,572 Trilhões	43,94%	3,90%	3,70%
2017	R\$ 2,483 Trilhões	39,70%	4,14%	4,10%
2018	R\$ 2,621 Trilhões	40,66%	4,09%	3,62%
2019	R\$ 2,711 Trilhões	38,27%	4,21%	3,48%
2020	R\$ 3,535 Trilhões	39,08%	4,26%	2,49%
2021	R\$ 3,861 Trilhões	50,78%	4,18%	2,49%
2022	R\$ 4,060 Trilhões	46,30%	3,37%	2,70%

Destino do Orçamento Público Federal (em reais)

Como se percebe no quadro, cuja simplicidade não condiz com a complexidade e gravidade dos dados que apresenta, existe uma escolha política por trás destes dados, ou seja, o Estado brasileiro está agindo/dizendo/comunicando que a prioridade orçamentária no Brasil é direcionar quase metade dos recursos públicos federais a especulação financeira que é para onde vão os valores recebidos a título de juros e amortização da Dívida Pública Federal.

Podemos ainda complementar esses dados para ressaltar a gravidade da situação, pois neste sentido é necessário trazer a informação de que a realidade concreta do SUS repousa numa situação/condição aflitiva:

Para se ter uma ideia dessa dificuldade, que levou a situação financeira do SUS a ser considerada como de subfinanciamento em 2016, considerando as três esferas de governo, o gasto público com saúde correspondeu a 3,9% do PIB, enquanto a média dos países da OCDE foi de 6,5% do PIB. Ainda mais elucidativo, cabe considerar que, nesse mesmo ano, o setor público foi responsável por 43% dos gastos em saúde no Brasil, perante à 73,6% na média dos países da OCDE (OCDE, 2020). Ao longo dos anos de sua existência, vários foram os momentos em que ficou evidente que o SUS não constituía uma prioridade na agenda governamental e também não o era no interior da Seguridade Social. Isso se manifestou já em 1993, quando os 15% da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores que deveriam ser destinados ao Ministério da Saúde (MS), posto que previstos no orçamento da União, não foram repassados, obrigando o MS a realizar empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). (MARQUES, FERREIRA, 2023, p. 470).

Esse quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde demonstrou a necessidade inadiável de enfrentamento de nova luta, não mais para construir o SUS, mas sim para implementá-lo, e então, mais uma vez a sociedade iniciou uma mobilização política visando garantir recursos mínimos.

Tal movimento envolveu parlamentares de diferentes espectros ideológicos e partidos, organizados no que veio a ser chamado de Frente Parlamentar de Saúde, bem como acadêmicos

e pesquisadores da área, servidores do Ministério da Saúde e das demais esferas de governo, servidores dos tribunais de contas. (MARQUES, FERREIRA, 2023, p. 470).

Como resultado da luta encaminhada por esse amplo movimento, foram definidos: o percentual mínimo que os municípios e os estados e o distrito federal deveriam alocar em saúde do total de sua receita disponível, de 15% e 12%, respectivamente; o aporte mínimo a ser destinado pela União, de valor não inferior ao empenhado do ano anterior, acrescido da variação do PIB. Embora essas definições constem da Emenda Constitucional 29, de 2007, seu conteúdo só foi de fato regulamentado em 2012, com a Lei Complementar 141. Nessa Lei, também foram definidos quais ações e serviços de saúde seriam considerados gasto SUS, o que era objeto de discussão em algumas cidades e estados. Apesar do avanço que significou essas definições, introduzindo pelo menos um referencial mínimo de recursos, a situação de subfinanciamento do SUS não foi resolvida. Por isso, esse movimento encaminhou em 2013 que, com relação aos recursos oriundos do governo federal, ele fosse definido como o equivalente a 10% da receita corrente bruta, cuja campanha ficou conhecida como Saúde + 10. Ao final, foi aprovada a Emenda Constitucional 66, em 2015, que definiu percentuais escalonados no tempo sobre a receita corrente líquida. Esses percentuais começavam com 13,2% em 2016 e terminavam com 15%, a ser aplicado em 2020. (MARQUES, FERREIRA, 2023, p. 470).

As conquistas acima descritas podem não significar muito, ou quase nada, no que se refere a sua efetivação/implementação caso a sociedade não se mantenha mobilizada. Foi necessário fazer essa ponderação para dizer que o financiamento do Sistema Único de Saúde foi dilacerado/destruído no ano de 2016 pela Emenda Constitucional 95 que em essência suspendeu o ordenamento jurídico para por em prática o exemplo mais brutal de uma política de austeridade.

A perversidade da Emenda Constitucional 95 salta aos olhos porque repousa na dita política de austeridade, que é a pior alternativa em qualquer situação, pois proíbe investimento social, mas não limita recursos orçamentários para o pagamento dos juros da dívida pública e de quebra ainda impôs ao povo trabalhador a morte como perspectiva na medida em que congelou por 20 anos investimentos sociais, atingindo diretamente o Sistema Único de Saúde.

A Emenda Constitucional n.º 95/2016 foi resultado das Propostas 241 e 55, que tramitaram, respectivamente, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, alcançando sua votação final, em segundo turno nesta última casa legislativa, no dia 16 de dezembro de 2016. A partir de então, foram inseridos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) vários dispositivos que implementaram um novo regime fiscal com um limite para os gastos do governo federal, que vigorará pelos próximos 20 (vinte) anos. Esse novo regime valerá, portanto, até 2036, sendo o teto fixado para 2017 correspondente ao orçamento disponível para os gastos de 2016, acrescido da inflação daquele ano. Para a educação e a saúde, o ano-base será este 2017, com início de aplicação em 2018. Qualquer mudança nas regras só poderá ser feita a partir do décimo ano de vigência do regime, e será limitada à alteração do índice de correção anual. [...]. Aumentos reais do limite estão vedados, pois, de acordo com o § 3.º, inciso II desse mesmo artigo 102, nos exercícios posteriores a 2017, o limite dos gastos corresponderá ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Aplicado - IPCA (e assim sucessivamente). Apenas aumentos nominais são possíveis, portanto. As regras do novo regime não permitem, assim, o crescimento das despesas

totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem, o que diferencia o caso brasileiro de outras experiências estrangeiras que adotaram o teto de gastos públicos. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que (e aqui já antecipando a nossa crítica a respeito), poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira. (MARIANO, 2017, sp).

Mas afinal, qual seria a lógica de uma legislação que corta investimentos sociais de maneira tão brutal? “*Não existe outra lógica que não seja a intenção de destruir a vida daqueles que por não serem donos dos meios de produção dependem de políticas públicas do Estado nas áreas essenciais como saúde e seguridade social*”. (DINIZ, 2023, p. 121). Quando em um Estado, autointitulado democrático, os Direitos Humanos são negados ao povo trabalhador, sob qualquer justificativa, é basilar que possamos analisar o contexto que motivou tal negação.

Na discussão sobre Direitos Humanos, especialmente quanto a sua concretização, é possível perceber a influência de aspectos que nem sempre são analisados com a atenção necessária, mas que são cruciais para que se possa primeiramente fazer um prognóstico quanto à efetividade de tais direitos e posteriormente se possa estruturar um planejamento que, dependendo do quadro, seja capaz de direcionar ações políticas uteis a avanços quanto à efetivação de Direitos Humanos, que por sua vez nunca são dádivas do Estado, mas sim fruto de nossa capacidade de mobilização quanto sociedade.

Dessa maneira, para facilitar a percepção de tais aspectos capazes de impactar na efetividade dos Direitos Humanos é importante que se tenha em vista uma questão que entendemos basilar que é o *Poder* em seu sentido amplo, ou seja, o *Poder* em suas várias faces/nuances que não se restringem ao Judiciário, pois é o *Poder* o elemento central em todas as disputas/lutas sociais que indiscutivelmente existem em pelo menos dois momentos dos Direitos Humanos que são a conquista e a efetivação.

Logo, se compreendermos que os Direitos Humanos são fruto nunca de concessão, mas sim de lutas/disputas travadas no contexto social, é imprescindível que em sua abordagem não se perca o foco nas plurais manifestações do *Poder* capazes de determinar se um Direito Humano será primeiramente conquistado e posteriormente efetivado.

Neste sentido, para que se consiga uma análise consubstanciada dos Direitos Humanos, ou seja, uma análise que seja fruto da realidade concreta, é fundamental que se parta da constatação de que o contexto brasileiro no qual estão inseridos os Direitos Humanos é essencialmente controlado pelo modo de produção capitalista. Sendo assim, a conquista e gozo de um direito passa necessariamente pelas relações de *Poder* que por sua vez são determinadas

num cenário marcado pela luta de classes; subjugação (exploração) daqueles que não detêm os meios de produção; concentração de renda e brutal desigualdade.

O cenário capitalista determina como as relações de *Poder* se dão no âmbito da Economia, Política, Estado, Ideologia, História, Democracia, Geopolítica, Sistema Jurídico, etc. e, portanto, como são estruturantes do modelo de conquista e efetivação dos Direitos Humanos. É preciso conhecer os elementos que impactam os Direitos Humanos numa sociedade capitalista dominada pela dialética de classes permeadas por relações de *Poder* encontradas na Economia, Política, História, Estado, Democracia, etc.

Neste norte se tomarmos o Brasil como exemplo é possível perceber que considerável parte dos acontecimentos sociais que redundaram na retirada/negação de Direitos Humanos desenvolveu-se dentro modo de produção capitalista, cite-se a Ditadura do Estado Novo, Ditadura Empresarial Militar, Neoliberalismo, Golpe de Estado de 2016, Operação Lava Jato, Reformas Trabalhista e Previdenciária do governo Temer, Emenda Constitucional 95, Necropolítica do Bolsonarismo na Pandemia da COVID-19, Destruição da Amazônia, Genocídio Ianomâmi dentre outros.

Em todos esses episódios de nossa História produziu-se algum direito (aqui compreendido em sentido amplo), porém considerando que a motriz da História é a dialética de classes é preciso desvendar, compreender, esclarecer a quem pertence o direito surgido ao cabo de cada etapa/batalha da luta de classes, ou seja, todo direito pertence a alguém que teve êxito neste processo dialético em dado momento, especialmente, porque no capitalismo todo e qualquer direito é a consagração de luta política.

Essa constatação nos conduz ao seguinte raciocínio: Quando a legislação produzida restringe direitos humanos fundamentais de segunda dimensão (direitos sociais) a disputa foi vencida pelos detentores dos meios de produção, ao passo que se legislação garante/amplia direitos sociais a disputa que os antecedeu foi uma vitória da classe trabalhadora.

Sendo assim, os Direitos Humanos não são fruto de um sistema jurídico que seja um fim em si mesmo, mas sim de variados elementos econômicos e políticos dados pelo contexto do modo de produção capitalista que estarão presentes em todos os acontecimentos sociais que entram para a História e são consagrados ao vencedor da disputa social em forma de legislação, que por sua vez, nada mais é que a representação histórica da vitória de uma classe sobre a outra na luta social que antecede todo e qualquer direito.

Todos os episódios ocorridos no Brasil que foram descritos anteriormente finalizam momentos/etapas da luta de classes culminando na consagração ou retirada de Direitos

Humanos a depender da classe social vitoriosa naquele tempo e espaço em que se deu a luta social. Podemos perceber ainda que a dialética de classes recebe variadas definições dependendo do objeto em disputa: Democracia (x) Ditadura; Meio Ambiente (x) Agronegócio; Ciência (x) Negacionismo; Direitos (x) Privilégios; Políticas Públicas (x) Especulação Financeira; Igualdade (x) Liberdade, etc., mas é preciso ter em mente que em todas essas definições estamos diante de relações de *Poder* dadas por um contexto econômico de exploração sobre a classe trabalhadora.

Portanto, é necessário pontuar de modo claro que no contexto capitalista em que prevalece a dialética de classes os Direitos Humanos só serão efetivados, e não retirados, na medida em que a classe trabalhadora seja eficaz quanto a se manter mobilizada antes, durante e depois de cada uma das disputas sociais travadas no tempo e no espaço político. Para fixar o raciocínio tomemos como exemplo a História recente do Brasil em que a luta empreendida contra a ditadura empresarial militar culminou com a redemocratização, cabendo a Constituição Federal de 1988 à positivação/previsão de Direitos Humanos negados pelo regime militar.

Ocorre, que após a Constituição Federal de 1988 paulatinamente a classe trabalhadora não logrou êxito em manter a mobilização política que construiu a redemocratização e o Sistema Único de Saúde e o que vimos foi um processo de esvaziamento da eficácia dos Direitos Humanos, que se acreditava serem inabaláveis, e aqui é crucial como marco macabro dessa afirmação a famigerada Emenda Constitucional 95 que estabeleceu em essência uma espécie de suspensão do ordenamento jurídico estruturado na Constituição Federal de 1988.

Os Direitos Humanos positivados, que a partir daí transformam-se em Direitos Fundamentais, perdem sua substância/matéria/eficácia quando a classe trabalhadora não permanece mobilizada depois do reconhecimento dos direitos e sendo assim todo direito conquistado torna-se inócuo e passam a condição de mero registro histórico de uma disputa travada em certo tempo e espaço.

E é justamente isso que percebemos quando olhamos para a Constituição Federal de 1988 e a Emenda Constitucional 95, pois a pandemia do COVID -19 desvelou a face mais sombria do que pode produzir uma agressiva política de austeridade, haja vista que o corte de investimentos na saúde pública desmontou o Sistema Único de Saúde – SUS usurpando sua capacidade de reação e enfrentamento de momentos críticos como na Pandemia do COVID-19. (DINIZ, 2023, p. 121).

A relação entre a política de austeridade expressa na Emenda Constitucional 95 e o número de mortos em decorrência do COVID-19 é diretamente proporcional, pois quando um

Estado desestrutura um sistema de saúde pública em uma sociedade extremamente desigual atua diretamente para eliminar aqueles que dependem da saúde pública. E essa prática estatal possui um nome: Mistanásia. Logo, a Emenda Constitucional 95 liga-se umbilicalmente aos mais de 705.494 (setecentos e cinco mil quatrocentos e noventa e quatro) mortos durante a pandemia. (DINIZ, 2023, p. 121).

## **GOVERNO DE JAIR MESSIAS BOLSONARO: O TRIUNFO DO DESEJO DE MORTE**

Durante o governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022) o Brasil passou pelo seu período histórico mais sombrio, mórbido, catastrófico, pois foi um governo nitidamente fascista que se somou a um sem número de incompetentes nos mais diversos setores. Não há como poupar nenhum dos membros do governo Bolsonaro quanto a sua responsabilidade ética e histórica com absolutamente tudo o que defendeu, representou e produziu Jair Messias Bolsonaro durante o tempo em que esteve na Presidência da República.

A figura de Jair Messias Bolsonaro nunca escondeu seu desprezo pelos Direitos Humanos e também não se esforçou em esconder sua sanha assassina, basta levantar seus discursos durante seus 28 anos como parlamentar:

“Sou a favor, sim, de uma ditadura, de um regime de exceção, desde que este Congresso dê mais um passo rumo ao abismo, que no meu entender está muito próximo” (1999). “O erro da ditadura foi torturar e não matar” (2008). (...). “Eu sou, realmente, a constituição” (2021). (VIOLIN, 2022, p. 124).

“Há pouco ouvi um parlamentar criticar os grupos de extermínio, enquanto o Estado não tiver coragem de adotar a pena de morte, o crime de extermínio, no meu entender, será muito bem-vindo” (2003). “Esses policiais têm que ser condecorados. Policial que não mata não é policial” (2017). “Se morrerem 40 mil bandidos por ano, por ação da polícia, temos que passar para 80 mil. Não há outro caminho. Não dá para combater violência com políticas de paz e amor” (2017). “O policial entra, resolve o problema e, se matar 10, 15 ou 20, com 10 ou 30 tiros cada um, ele tem que ser condecorado, e não processado” (2018). (VIOLIN, 2022, p. 126).

“As minorias têm que se curvar às maiorias. As minorias se adéquam ou simplesmente desaparecem” (2017). “Respeitaremos as minorias, mas quem mandará será a maioria” (2017). “Acabaram com nossa alegria de viver, não pode fazer uma brincadeira, uma piada, tudo não pode, é preconceito. Tá aí as feministas, tá aí o LGBT, as minorias. Uma desgraça no Brasil” (2017). (VIOLIN, 2022, p. 133).

Essas são apenas parte das falas de Jair Messias Bolsonaro. Logo, todos aqueles que dele se aproximaram sabiam perfeitamente com quem estavam lidando e assumiram o risco ético e histórico de atrelarem-se a uma figura tão brutal como Jair Messias Bolsonaro. É natural que durante um governo como este o neoliberalismo se aproveite para implementar suas

políticas de austeridade, que sempre atacam de morte os direitos sociais, neste sentido é necessário e importante citar o ministro da Saúde do governo Bolsonaro, o senhor Luiz Henrique Mandetta:

Ministro da Saúde de Bolsonaro é o primeiro a propor cobrança de atendimentos no SUS. Luiz Henrique Mandetta admitiu essa possibilidade em entrevista ao programa "Roda Viva", da TV Cultura. "É justo ou equânime uma pessoa que recebe 100 salários mínimos ter o atendimento 100% gratuito no SUS [Sistema Único de Saúde]? Quem vai ter 100% de atendimento gratuito no SUS? Eu acho que essa discussão é extremamente importante para esse Congresso. Eu vou provocá-la, vou mandar a mensagem, sim, para a gente discutir equidade e nesse ponto a gente vai por o dedo". (FIGUEIREDO, 2023, sp).

Este mesmo ministro que no dia 27 de maio de 2019 manifestou sua intenção de destruir a lógica do Sistema Único de Saúde – SUS, pouco tempo depois da fatídica entrevista no programa Roda Viva, era visto ostentando um colete do SUS durante as entrevistas coletivas em meio a Pandemia de COVID-19.

Coube ao destino mostrar ao então ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta a importância de uma política pública universal de saúde para o enfrentamento de momentos como o da Pandemia de COVID-19. O que se viu no Brasil foi uma catástrofe sanitária que segundo dados oficiais ceifou mais de 705.494 (setecentos e cinco mil quatrocentos e noventa e quatro) vidas em decorrência da infecção com o COVID-19.

Esse número de mortes, que representa 11% das mortes por COVID-19 do Mundo, seria imensuravelmente maior não fosse à existência do Sistema Único de Saúde – SUS que apesar de sua desestruturação decorrente de políticas de austeridade que têm lançado a população a sua própria sorte.

Ademais, apesar do desejo do ex-ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta de destruir os fundamentos basilares do Sistema Único de Saúde foi o ex-presidente Jair Messias Bolsonaro o protagonista da Mistanásia que se viu no Brasil. Neste sentido, a Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nºs 1.371 e 1.372, de 2021) indiciou o ex-presidente:

Em face de todo o exposto, esta CPI, dados os limites da investigação parlamentar e os elementos probatórios colhidos, sugere os seguintes indiciamentos, que incluem tanto crimes quanto ilícitos civis e administrativos, todos baseados na existência de indícios suficientes de autoria e materialidade, conforme se pode verificar pelas provas documentais, testemunhais e periciais exaustivamente apresentadas ao logo do presente relatório. Neste momento será apresentado o resumo dos crimes praticados pelos indiciados, esclarecendo que a descrição das condutas típicas individualizadas e a respectiva subsunção aos tipos penais já foi feita nos itens 13.3 a 13.25: **1) JAIR MESSIAS BOLSONARO** – Presidente da República - art. 267, § 1º (epidemia com resultado morte); art. 268, caput (infração de medida sanitária preventiva); art. 283 (charlatanismo); art. 286 (incitação ao crime); art. 298 (falsificação de documento particular); art. 315 (emprego irregular de verbas públicas); art. 319 (prevaricação),

todos do Código Penal; art. 7º, parágrafo 1, b, h e k, e parágrafo 2, b e g (crimes contra a humanidade, nas modalidades extermínio, perseguição e outros atos desumanos), do Tratado de Roma (Decreto nº 4.388, de 2002); e arts. 7º, item 9 (violação de direito social) e 9º, item 7 (incompatibilidade com dignidade, honra e decoro do cargo), crimes de responsabilidade previstos na Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950. (SENADO FEDERAL, 2021, p. 1111-1112).

Ressalte-se que a Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia não indiciou apenas o ex-presidente, pois ao todo foram indiciadas 80 pessoas físicas e/ou jurídicas. Retornando ao indiciamento de Jair Messias Bolsonaro é importante que se faça algum exercício de reflexão para estabelecermos a relação entre o direito humano e fundamental a Saúde e o autoritarismo/totalitarismo.

Olhando a História brasileira podemos perceber que é permeada por golpes de Estado, perseguição e opressão contra o povo trabalhador, e petrificação de privilégios para segmentos sociais que historicamente se mantiveram a custa da riqueza gerada pelo trabalho das classes populares, mas para, além disso, é importante ponderar que analisando os períodos da ditadura militar e o pós-golpe de Estado de 2016<sup>1</sup> (Governos Michel Temer e Jair Bolsonaro) percebe-se que foi o direito a saúde assume importância ímpar.

A importância da Saúde é ressaltada nos momentos de autoritarismo porque é justamente o marco da resistência, ou da luta pela sobrevivência contra a ação mórbida e macabra que se nota tanto na ditadura militar quanto no Brasil pós-golpe de estado de 2016. Defender a saúde pública (vida) nesses dois momentos é tão importante quanto à defesa das liberdades políticas, pois não é possível falar em vida fora da democracia, pois o autoritarismo se alimenta das mortes que provoca e, portanto lutar por saúde é resistir ao autoritarismo.

Neste sentido, é fundamental pontuar aqui uma dedução lógica, tanto na ditadura militar quanto nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro muitas pessoas morreram porque nestes momentos o Estado praticou deliberadamente a Mistanásia. Na ditadura militar a Mistanásia se percebe na ausência de um sistema público de saúde e foi a luta do movimento sanitaria que garantiu o acúmulo político e científico que garantiu o SUS na Constituição de 1988.

---

<sup>1</sup> Em 2016 a Presidenta Dilma Vana Rousseff foi apeada do poder por um golpe de Estado arquitetado pelas elites que acusaram a Presidenta de cometimento de “Pedalada Fiscal” e que isso seria crime de responsabilidade. Foi golpe de Estado por três motivos básicos: 1º) No ordenamento jurídico brasileiro não existe tipificação legal para “Pedalada Fiscal”. 2º) A lei nº 1.079/1950 (dispõe sobre os crimes de Responsabilidade de Agentes Políticos) não elenca e consequentemente não define como crime de responsabilidade o conceito de “Pedalada Fiscal”. 3º) Em 2023 o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, 7 anos depois do golpe de 2016, a 10ª Turma decidiu por unanimidade manter a decisão de 1ª Instância que arquivou ação de improbidade contra a ex-presidente Dilma Vana Rousseff no caso das “pedaladas fiscais”.

A ditadura militar torturou, estuprou e matou muitos brasileiros em seus macabros porões, mas o maior número de mortos provocados pela ditadura está no fato de que durante seus 21 anos a população foi lançada a sua própria sorte, pois não existia um sistema público de saúde e havia uma desigualdade social brutal em que a classe trabalhadora não tinha condições de pagar por tratamentos médicos e terminava morrendo sem amparo.

Já no pós-golpe de Estado de 2016 a missão era praticar a Mistanásia por intermédio da inviabilização do funcionamento de políticas públicas, fundamentais para aqueles que não podem pagar por tratamento médico, sob o argumento da austeridade a todo custo. Nesse norte, o instrumento utilizado para esvaziar as políticas públicas foi a brutal Emenda Constitucional 95 que simplesmente travou/bloqueou/impediu o investimento em direitos sociais por 20 anos em uma sociedade extremamente desigual e cuja população esta em crescimento.

A luta do movimento sanitaria durante a ditadura conseguiu que fosse estruturado o Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, ou seja, os artigos 196 a 200 da Constituição são registros de uma vitória da classe trabalhadora. Por outro lado a Emenda Constitucional 95 é um registro histórico da vitória da elite brasileira. Porém, a Mistanásia que os golpistas imaginavam deveria se dar lentamente para que não pudesse ser percebida, a Emenda Constitucional 95 produziria em 20 anos muitas mortes, mas sem despertar atenção da sociedade, logo, a estrutura para a mistanásia foi criada e posta em funcionamento com esse objetivo.

Porém, os arquitetos do golpe de Estado de 2016 e da estrutura mórbida da Emenda Constitucional 95 (teto dos gastos) não contavam com duas variáveis que surgiram durante o caminho planejado e trilhado: a primeira foi o fato de perderem as eleições presidenciais de 2018, pois acreditavam ter montado um plano perfeito para leva-los ao poder depois de verem o triunfo eleitoral do Partido dos Trabalhadores nas últimas quatro eleições, mas mais que isso foi ainda a eleição Presidencial de Jair Messias Bolsonaro.

E a segunda variável foi a explosão da Pandemia de COVID-19, ou seja, foi montada uma estrutura orçamentária para evitar/impedir/proibir investimento em direitos sociais o que comprometia diretamente o Sistema Único de Saúde e logo após essa estrutura ser posta em funcionamento surge a Pandemia de COVID-19 durante o governo de um político tacanho. Eis a receita para o extermínio da classe trabalhadora, pois muitas mortes poderiam ter sido evitadas não fosse à conexão macabra entre política neoliberal de austeridade (Emenda Constitucional 95) e o um governo autoritário.

Especialmente quanto as políticas de austeridade são importantes mencionar que sempre estiveram em implementação depois da Constituição Federal de 1988, as vezes de modo acelerado, as vezes de modo moderado, mas sempre utilizadas, ou seja, a política neoliberal de austeridade sempre esteve em nosso horizonte social. Sendo assim, cite-se, por exemplo, o ocorrido em 1993 com relação ao financiamento do SUS quando os 15% da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores que não foram destinados ao Ministério da Saúde conforme determinava a legislação o que obrigou o Ministério da Saúde a contrair um empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). (MARQUES, FERREIRA, 2023).

Neste sentido, é preciso ponderar que uma política de austeridade pode produzir efeitos brutais para uma sociedade, sobretudo as extremamente desiguais como é o caso do Brasil, pois *quando uma política social é de caráter universal, seus efeitos atingem todo o universo dessa população*. (SANTOS, VIEIRA, 2018, p. 2304). Este é exatamente o caso do Sistema Único de Saúde visto que é um sistema público, gratuito e universal, e justamente por isso quando o SUS sofre cortes financeiros toda a população é atingida.

A austeridade é um conceito cuja citação se impõe,

A austeridade fiscal caracteriza-se por escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais. O uso do termo austeridade e de seu valor moral pelo neoliberalismo foi criticado por Bastos. Segundo o autor, no discurso neoliberal a austeridade assume sentido diverso daquele considerado justo no campo da moral privada, de virtude, pois está associada à ideia do comedimento nos desejos. Aponta que é utilizada pelos neoliberais para justificar a moderação no crescimento dos salários e da oferta de bens e serviços públicos porque evitaria prejuízo à poupança dos empresários, que é necessária para a geração de empregos e para o bem-estar futuro dos consumidores. O autor critica que não se emprega, entretanto, a moderação dos lucros e que ao adotar essas políticas, os neoliberais defendem os empresários, não os consumidores. Assim, a austeridade proposta não é a dos que consomem mais (os ricos), mas a dos trabalhadores e dos cidadãos que dependem de serviços públicos, o que aumenta a injustiça social. (SANTOS, VIEIRA, 2018, p. 2305).

Equivale a dizer que as políticas de austeridade atendem aos proprietários dos meios de produção em detrimento do povo trabalhador. E é justamente nesse contexto que fica claro o que já foi dito anteriormente quanto a disputa de duas formas de compreensão da Saúde Pública, para a classe social que controla os meios de produção e, portanto, pode pagar por serviços médicos sem comprometer sua subsistência, trata-se a Saúde Pública como um serviço. Já para a classe trabalhadora a Saúde Pública é um direito e sendo assim é obrigação do Estado garanti-lo.

Ademais, não se pode perder de vista que o Brasil possui um agravante quanto a sua abismal desigualdade social o que pode potencializar os danos de uma política de austeridade, pois na sociedade brasileira, em 2016, *os 10% mais ricos concentraram 55% da renda produzida no país inteiro*. (SANTOS, VIEIRA, 2018, p. 2307).

Dessa forma, se for feita uma reflexão atenta em cima dos dados perceber-se-á que o principal efeito de uma política de austeridade é implantar o Estado mínimo para os pobres ao passo que os ricos ficam com o Estado máximo, ou seja, em efeitos práticos o ajuste fiscal no Brasil tem como objetivo real forçar a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, *por meio da diminuição do gasto com políticas públicas, o que reduzirá a participação das despesas primárias no PIB de cerca de 20% em 2016 para 16% a 12% do PIB até 2026, a depender do desempenho da economia*. (SANTOS, VIEIRA, 2018, p. 2308).

É evidente que essa desidratação das políticas públicas mediante a diminuição paulatina de recursos iria produzir efeitos nocivos para a classe trabalhadora, especialmente, no caso da SUS que possui sua estrutura de atendimento de modo universal. Em texto intitulado *“Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil.”*, publicado em 2019, um ano antes da pandemia, foi feita uma relação entre a mortalidade associada a políticas de austeridade.

Porém, antes de analisar a pesquisa é importante dizer por precaução metodológica que se trata de uma pesquisa que teve como objeto a *Estratégia Saúde da Família (ESF)* que podia ser afetada por medidas de austeridade fiscal e pelo possível fim do *Programa Mais Médicos (MMP)*. Portanto, antes da pandemia de COVID-19 os cientistas e acadêmicos já apontavam para os riscos de uma política de austeridade para a saúde pública.

Neste ponto é importante ressaltar que uma das promessas de Jair Messias Bolsonaro durante a campanha eleitoral em 2018 era acabar com o Programa Mais Médicos, diga-se de passagem, também era simpatizante dessa ideia o médico Luiz Henrique Mandetta que seria nomeado Ministro da Saúde no governo Bolsonaro. Importante ainda é registrar que esse mesmo médico Luiz Henrique Mandetta que no início de 2019 queria derrubar a gratuidade do Sistema Único de Saúde se tornaria uma das vítimas dos demônios que ajudara a invocar:

O médico e ex-deputado federal Luiz Henrique Mandetta não é mais o ministro da Saúde. A demissão foi anunciada pelo próprio ministro, no Twitter, nesta quinta-feira (16/04). O também médico e empresário Nelson Teich assume em seu lugar. “Acabo de ouvir do presidente Jair Bolsonaro o aviso da minha demissão do Ministério da Saúde. Quero agradecer a oportunidade que me foi dada, de ser gerente do nosso SUS, de pôr de pé o projeto de melhoria da saúde dos brasileiros e de planejar o enfrentamento da pandemia do coronavírus, o grande desafio que o nosso sistema de saúde está por enfrentar”, disse ele na rede social. (SHALDERS, 2023, sp.)

Existe um brocardo romano que diz: “O que fazemos na vida ecoa na eternidade!” O homem, diferente dos outros animais, pode escolher de que forma quer entrar para a História e Luiz Henrique Mandetta fez a sua escolha, pois absolutamente todos os homens que participaram da gestão de Bolsonaro sempre souberam quem ele é, ademais Jair Messias Bolsonaro nunca, nunca, escondeu seu total desprezo pela vida e pelos direitos humanos basta olhar seus pronunciamentos públicos.

Logo, Luiz Henrique Mandetta não foi vítima de Bolsonaro, ele foi ministro da saúde do pior governo da História do Brasil, um governo marcado pela simbiose entre fascismo e políticas de austeridade. Essa dita simbiose produz efeitos diretos sobre a mortalidade daqueles que dependem do Sistema de Saúde Pública, conforme o estudo apresentado a seguir, porém, antes é preciso consignar as precauções metodológicas utilizadas pelos pesquisadores.

Neste sentido, o estudo construiu uma tábua de mortalidade utilizando o conceito de coorte sintética, que observa a experiência da população durante período de tempo utilizando como paradigma onde a mortalidade tenha mantido padrões semelhantes. Logo, uma coorte sintética de 5.507 municípios brasileiros foi criada para o período 2017–2030. Um modelo de microsimulação em nível municipal foi desenvolvido e validado usando dados longitudinais e estimativas de um estudo retrospectivo anterior que avaliou os efeitos da cobertura municipal da Estratégia Saúde da Família nas taxas de mortalidade. As reduções na cobertura da Estratégia Saúde da Família, e seus efeitos na mortalidade por Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 3).

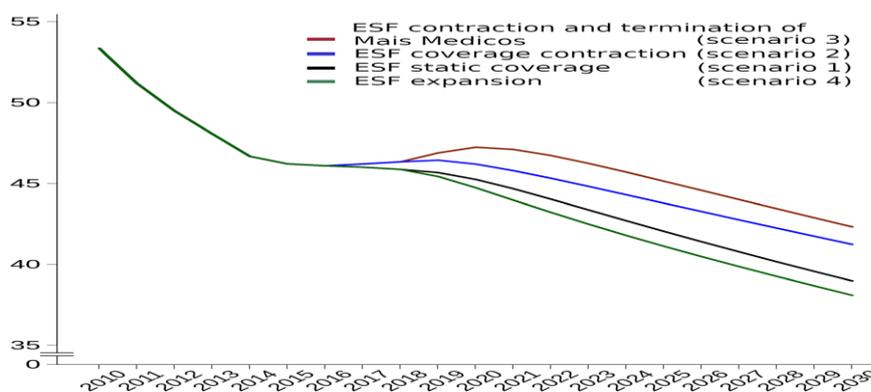
O estudo ressalta a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal instrumento para que se efetive a cobertura universal de saúde no SUS, além de ser um dos principais programas de Atenção Primária Saúde do mundo. Além disso, a cobertura da Estratégia Saúde da Família cresceu de 6,6% em 1998 para 63,7% em 2016 (cobrindo 123 milhões de pessoas). (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 2).

Ocorre, que o Programa Mais Médicos de 2013 para cá tem contribuído sobremaneira com a Estratégia Saúde da Família, pois tem suprido um problema histórico no Brasil que é a dificuldade de atendimento médico em áreas remotas de seu território de 8 510 345,538 km<sup>2</sup>. Com o Programa Mais Médicos cerca de 18.000 médicos foram instalados em locais carentes. Estudos anteriores associaram a expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família à redução da mortalidade infantil mortalidade de adultos devido a condições favoráveis aos cuidados de saúde e desigualdades em saúde. (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 2).

Então, vejamos quatro cenários: no Cenário 1 temos um contexto de *status quo*, onde a cobertura municipal da Estratégia Saúde da Família (cobertura municipal média de 80,4% em 2016) permanece a mesma. Este cenário não pressupõe qualquer deterioração na eficácia da Estratégia Saúde da Família (nos resultados de saúde), por exemplo, devido à redução dos serviços prestados ou da qualidade, mantendo simultaneamente os valores de cobertura. (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 2).

No Cenário 2 projeta-se uma contração da cobertura do ESF relacionado com as atuais medidas de austeridade, onde a cobertura municipal da Estratégia Saúde da Família diminui proporcionalmente às reduções federais nas despesas de saúde per capita, ou seja, no contexto de austeridade da Emenda Constitucional 95. (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 2).

No Cenário 3 foi projetada uma contração da cobertura da Estratégia Saúde da Família com a extinção do Programa Mais Médicos. Este cenário modela adicionalmente quedas específicas de cobertura da Estratégia Saúde da Família em municípios alcançados pelo Programa Mais Médicos. (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 3). E o último é o Cenário 4 de Cobertura Universal de Saúde (UHC), onde a cobertura do da Estratégia Saúde da Família aumenta para 100% em todos os municípios até 2030.



Quatro possíveis cenários para a Estratégia Saúde da Família (ESF)

Como demonstrado a política de austeridade impacta na mortalidade de maneira que a única forma de evitar esse aumento da mortalidade seria a expansão da Estratégia Saúde da Família, pois é o instrumento mais eficaz para alcançar a cobertura universal de saúde no Brasil. (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 3). Mas para, além disso, o que é fundamental ponderar é que as reduções na cobertura da Estratégia Saúde da Família em cenários de austeridade teriam um impacto desproporcional nos municípios mais pobres. (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 6).

Não menos grave é a constatação de que as tendências existentes de redução das desigualdades na mortalidade entre os municípios mais ricos e mais pobres e entre os brasileiros brancos e negros/pardos, que hoje são sentidas no presente e vislumbradas no futuro, terminariam com reduções na cobertura da Estratégia Saúde da Família. (RASELLA, HONE, et al. 2019, p. 6).

Portanto, as medidas de austeridade contribuem sobremaneira para um grande número de mortes que poderiam ser evitadas além de impedir a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a saúde e a desigualdade no Brasil. É grave a constatação de que numa sociedade mortes possam ser evitadas, mas a inércia do Estado contribui para uma tragédia humana, a isso se dá o nome de Mistanásia.

No Brasil, porém, para além das mortes que a política de austeridade naturalmente produziria, sobretudo após a Emenda Constitucional 95, existiu uma variável que agravou consideravelmente o número de mortes durante a pandemia do COVID-19, que foi o governo de Jair Messias Bolsonaro que agiu deliberadamente para impedir a aquisição de vacinas e quando não conseguiu trabalhou para atrasar a chegada da vacina no Brasil.

Imaginando um cenário sem pandemia, mas com política de austeridade é perfeita a dedução de que mortes poderiam ser evitadas, mas agora some-se a um cenário de austeridade uma pandemia de COVID-19 e some-se ainda ao cenário de pandemia um governo anticiência e antivacina, pois bem, e então chegar-se-á à descrição exata do que ocorreu no Brasil sob o governo de Jair Messias Bolsonaro.

Nesta linha de raciocínio é importante citar estudo apontando projeções de que no Brasil essa combinação de austeridade, pandemia, mistanásia praticada por Jair Messias Bolsonaro redundou em um número assustador de mortes que poderiam ser evitadas, mas não foram. Tal estudo “*Modelando o impacto do adiamento da vacinação contra SARS-CoV-2, presumindo fornecimento ilimitado de vacinas*” foi desenvolvido da seguinte forma:

**Métodos** Propomos um novo modelo matemático para estimar o impacto do atraso na vacinação contra a COVID-19 no número de casos e mortes pela doença no Brasil. Aplicamos o modelo ao Brasil como um todo e ao Estado de São Paulo, o mais afetado pela COVID-19 no Brasil. Simulamos o modelo para as populações do Estado de São Paulo e do Brasil como um todo, variando os cenários relacionados à eficácia e adesão da vacina pelas populações. **Resultados** O modelo projeta que, na ausência de vacinação, quase 170 mil mortes e mais de 350 mil mortes até o final de 2021 para São Paulo e Brasil, respectivamente. Se, por outro lado, São Paulo e Brasil tivessem estoque suficiente de vacinas e iniciassem uma campanha de vacinação em janeiro com a taxa, adesão e eficácia máximas de vacinação, poderiam ter evitado mais de 112 mil mortes e 127 mil mortes, respectivamente. Além disso, para cada mês de atraso o número de mortes aumenta monotonicamente de forma logarítmica, tanto para o Estado de São Paulo quanto para o Brasil como um todo. **Conclusões** Nosso

modelo mostra que o atual atraso nos calendários de vacinação que se observa em muitos países tem graves consequências em termos de mortalidade pela doença e deve servir de alerta às autoridades de saúde para acelerarem o processo para que o maior número de pessoas possa ser imunizado é alcançado no menor período de tempo. (AMAKU, COVAS, et al. 2021, sp.)

Essa pesquisa foi desenvolvida por pesquisadores da Universidade de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, Instituto Butantan e da London School que propuseram um modelo matemático para estimar o impacto do atraso da vacinação contra a COVID-19 no número de casos e mortes no Brasil. Segundo apurado pela Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia:

O modelo projetou que, na ausência de vacinação, haveria cerca de 350 mil mortes no Brasil até o final de 2021. Se, contudo, o Brasil tivesse iniciado uma campanha de vacinação à taxa máxima, poderia ter evitado cerca de 127 mil mortes. Essa taxa, conforme simulação, é de atingimento de imunização de 70% da população em 9 meses (544 mil pessoas por dia), o que é plenamente factível dada a experiência brasileira em vacinação em massa. Em 2010, foram vacinadas 80 milhões de pessoas em 3 meses contra o H1N1. Se as propostas iniciais da Pfizer e do Butantan tivessem sido aceitas, esse cenário seria possível de ser atingido. (SENADO FEDERAL, 2021, p. 1016).

No Brasil morreram mais de 705.494 (setecentos e cinco mil quatrocentos e noventa e quatro) brasileiros olhando por um prisma otimista, pois informações indicam que a subnotificação (quando o número de mortes está aquém da realidade) foi grande conforme dados de pelo menos três órgãos/fontes diferentes. Primeiramente a Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen) informou, em 2021 durante a pandemia de COVID-19, que os Cartórios nunca registraram tantas mortes por causas naturais no Brasil como em março de 2021, pois foram 144.576 mortes segundo registros analisados. Foi o maior número desde 2003, quando teve início a série histórica de óbitos dos cartórios, ressalte-se que esses dados são parciais, mas demonstravam mortalidade superior ao que os dados oficiais indicavam. (GRANDIN, MODELLI, 2021, sp).

Em segundo, cite-se um estudo utilizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS demonstrando que o número de mortos pode ter sido três vezes maior do que os dados oficiais no mundo inteiro:

By Dec 31, 2021, global reported deaths due to COVID-19 reached 5,94 million, but the estimated number of excess deaths was nearly 3.07-times (95% UI 2,88–3,30) greater, reaching 18,2 million (17,1–19,6). The global all-age rate of excess mortality due to the COVID-19 pandemic was 120.3 deaths (113,1–129,3) per 100 000 of the population<sup>2</sup>. (THE LANCET, 2022. p. 1518).

<sup>2</sup> Em 31 de dezembro de 2021, as mortes globais relatadas devido à COVID-19 atingiram 5,94 milhões, mas o número estimado de mortes em excesso foi quase 3,07 vezes (95% UI 2,88–3,30) maior, atingindo 18,2 milhões (17,1–19,6). A taxa global de mortalidade excessiva em todas as idades devido à pandemia de COVID-19 foi de 120,3 mortes (113,1–129,3) por 100 000 habitantes.

E por fim recentemente a imprensa divulgou informação um tanto quanto espantosa no que se refere aos dados do Censo Demográfico de 2022, pois resultados parciais acenderam um alerta pelo suposto “sumiço” de quase três milhões de brasileiros. Muito perto de sua conclusão, o recenseamento teria identificado pouco menos de 205 milhões de habitantes até agora, porém é uma diferença significativa em relação às projeções apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no fim do ano passado que indicavam a existência de ao menos 207,8 brasileiros. (CNN, 2023, sp).

Retomando a atuação do governo de Jair Messias Bolsonaro é imprescindível citar sua ação assassina, exterminadora, genocida para com o povo brasileiro, não há outra definição para a postura de Jair Messias Bolsonaro e seu governo, pois ele teve em suas mãos a possibilidade de evitar a morte de milhares de cidadãos, mas pelo contrário agiu para matar brasileiros em uma estrutura que ele montou para praticar mistanásia contra o povo trabalhador:

No dia 12 de setembro de 2020, o presidente mundial da Pfizer, Albert Bourla, endereçou uma carta – na página 5 do Parecer da Comissão Especial para Análise e Sugestões de Medidas ao Enfrentamento da Pandemia do Coronavírus, elaborado pela Ordem dos Advogados do Brasil – ao Presidente da República Federativa do Brasil, Jair Messias Bolsonaro, que cita a referida proposta. Essa carta foi copiada para as seguintes autoridades brasileiras: o Vice-Presidente da República Federativa do Brasil, Hamilton Mourão; o então Ministro de Estado da Casa Civil, Walter Braga Netto; o então Ministro de Estado da Saúde, Eduardo Pazuello; o Ministro de Estado da Economia, Paulo Guedes; e o Embaixador do Brasil em Washington, Nestor Foster. (...) O presidente da Pfizer também informou já possuir “acordos com o Reino Unido, Canadá, Japão e vários outros países”, além de estar “em negociações finais com a União Europeia para fornecer 200 milhões de doses, com uma opção de fornecimento adicional de mais de 100 milhões de doses”. Na carta endereçada ao Presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, o presidente da Pfizer ainda afirma: *Minha equipe no Brasil se reuniu com representantes de seus Ministérios da Saúde e da Economia, bem como com a Embaixada do Brasil nos Estados Unidos. Apresentamos uma proposta ao Ministério da Saúde do Brasil para fornecer nossa potencial vacina que poderia proteger milhões de brasileiros, mas até o momento não recebemos uma resposta. Sabendo que o tempo é essencial, minha equipe está interessada em acelerar as discussões sobre uma possível aquisição e pronta para se reunir com Vossa Excelência ou representantes do Governo Brasileiro o mais rapidamente possível.* O Ministério da Saúde do Brasil rejeitou, no ano de 2020, a referida proposta de venda das 70 milhões de doses da vacina Pfizer/BioNTech. Ressalta-se, uma vez mais, que este artigo não analisa os motivos que levaram o Ministério da Saúde do Brasil a recusar a proposta da farmacêutica Pfizer. (JÚNIOR, KIPERSTOK, et. al., 2021, p. 6/7).

Qual seria a explicação lógica para que o governo rejeitasse a oferta da Pfizer ou de qualquer outro laboratório? É a vontade de matar os indesejados (pobres) sob o argumento de que se acaba com a pobreza acabando com os pobres, afinal, é do conhecimento público os discursos do então deputado Jair Messias Bolsonaro defendendo que a miséria, violência, crise ambiental poderiam ser resolvidos com política rígida de controle de natalidade, esterilização de pobres e a pena de morte.

E como presidente Jair Messias Bolsonaro colocou em prática suas ideias que podemos definir como “neomalthusianas” em uma definição diferente de extermínio e genocídio, que no caso do seu governo foram abertamente praticados contra a população brasileira conforme demonstrado. No Brasil foram perdidas 705.494 (setecentos e cinco mil quatrocentos e noventa e quatro) vidas, lembrando que é um país que tem 2,7% da população mundial, mas que possui 11% do total de mortos por COVID-19 do mundo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De que a Saúde é um Direito Humano e Fundamental não nos resta dúvida, mas é perfeitamente possível concluir que a luta por sua efetivação nos revele mais do que sua dimensão positiva nas declarações, constituições, legislação. O Direito não pode mais contemplar uma compreensão de Direitos Humanos e Fundamentais como um processo que exauriu com o reconhecimento/conquista, pois se assim for perde-se a própria essência de um Direito Humano que é justamente a capacidade de movimentação política e somente essa capacidade é que permite a concretização de um direito seja a Saúde, Educação, Alimentação, Lazer e o próprio direito a Vida.

Percebemos que historicamente o que evitou retrocessos e promoveu avanços de Direitos Humanos e Fundamentais não foi o fato de um direito estar escrito ou reconhecido, mas sim a luta política, em suas múltiplas formas e objetivos, que estão muitas vezes submersas no fato histórico a que se ligam.

O Direito Humano a Saúde, especificamente no Brasil, carrega essencialmente em sua História um processo estruturado numa forma de simbiose entre a luta pelo Direito a Saúde, que é a luta pela vida, e o enfrentamento do autoritarismo, de maneira que é a mobilização política, e somente ela, a única forma de viabilizar/efetivar todo e qualquer Direito Humano. Isto se constata fundamentalmente porque Direito Humano não é lei (Declaração, Constituição, Legislação), mas sim processo constante de mobilização.

Objetivamente, não se pode perder o foco da compreensão de que *Direito Humano é Vida e Vida se ganha todos os dias*. Logo, à medida que a sociedade diminui a intensidade da luta pela vida, ou até pare de lutar dependendo do tempo e espaço em que isso possa ocorrer, fatalmente os Direitos Humanos perderão eficácia e florescerá o autoritarismo e a morte.

Essa é a dedução lógica do presente trabalho, pois a mobilização do movimento sanitário que lutou pela vida (e por isso necessariamente lutou contra a ditadura militar)

produziu a redemocratização e consagrou o Sistema Único de Saúde. Porém, a redemocratização e a Constituição Federal de 1988 funcionaram como elementos de desmobilização, diminuição da intensidade, da luta pela vida e o que se percebeu foi o surgimento das políticas de austeridade que paulatinamente esvaziaram a efetividade dos Direitos Humanos e Fundamentais conquistados. Esse processo de arrefecimento da luta pela vida permitiu que os detentores dos meios de produção conseguissem aprovar, dentre várias outras políticas de austeridade, a fatídica Emenda Constitucional 95 para esvaziar quase por completo o funcionamento do Sistema Único de Saúde uma das maiores conquistas em Direitos Humanos que o povo trabalhador já conseguiu.

Essa é uma constatação cuja brutalidade só pode ser percebida com a chegada da pandemia de COVID-19 que além das mortes produziu a exposição das vísceras de uma estrutura perversa, pois a pandemia potencializou o processo de mistanásia que passaria despercebido ao longo dos 20 anos de congelamento de investimentos em direitos sociais previsto na Emenda Constitucional 95.

E paralelamente ao arrefecimento da luta pela vida podemos perceber o crescimento do autoritarismo que, diga-se de passagem, pensávamos ter derrotado com a redemocratização no final dos anos 1980. O fortalecimento do autoritarismo ganha força e velocidade especialmente depois do golpe de estado de 2016 até culminar na eleição e no governo de Jair Messias Bolsonaro. E mais uma vez a sociedade se viu numa luta contra o autoritarismo e a favor da vida e conseqüentemente a democracia.

Portanto, a visão dos Direitos Humanos como prêmio ao fim de uma competição se mostrou insuficiente para garantir sua efetividade, ou seja, nunca existiu uma era dos direitos, mas sim várias eras de luta no Brasil e mundo afora e são essas lutas as responsáveis pelos avanços experimentados pela humanidade. Especificamente no Brasil o Sistema Único de Saúde é muito mais que o maior sistema público de saúde do mundo, ele é para, além disso, um indicador capaz de apontar a intensidade da democracia que estamos experimentando do movimento sanitarista até nossos dias.

A inexistência do Sistema Único de Saúde durante a ditadura militar e o seu enfraquecimento pós Constituição Federal de 1988 são demonstrativos de períodos ditatoriais/autoritários e é preciso lembrar que o Sistema Único de Saúde não existia durante a ditadura militar o que produziu mortes pela falta de acesso ao direito a Saúde. Ademais, o enfraquecimento do SUS em decorrência de políticas de austeridade, intensificadas depois do golpe de Estado de 2016, cujo marco é a Emenda Constitucional 95 nos trouxeram ao governo

de Jair Messias Bolsonaro onde se viu o triunfo macabro de austeridade e autoritarismo que levou 705.494 (setecentos e cinco mil quatrocentos e noventa e quatro) vidas.

Por dedução lógica do raciocínio deste trabalho foi possível concluir que o Sistema Único de Saúde ajuda a mensurar o autoritarismo, e conseqüentemente também a democracia, que estamos experimentando porque não existe autoritarismo que não se estruture na matança/extermínio da população sobre a qual recai, ou seja, é natural que no autoritarismo a mistanásia seja o instrumento mais eficiente de extermínio dos indesejados (povo trabalhador) e no Brasil isso só pode ser posto em prática atacando o Sistema Único de Saúde que por ser universal impacta toda a população que depende do Estado para ter acesso ao Direito Humano e Fundamental a Saúde.

Por fim é preciso consignar o pensamento de Friedrich Nietzsche: “*Aquele que luta com monstros deve acautelarse para não tornar-se também um monstro*”. E dizer que o povo trabalhador lutou contra o monstro do autoritarismo, mas não se tornou um monstro, pois derrubamos a ditadura militar e derrubamos o governo de Jair Messias Bolsonaro e se quisermos ter Direitos Humanos precisamos manter a mobilização para derrubar a Emenda Constitucional 95 e reestruturar o Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

AMAKU, Marcos. COVAS, Dimas Tadeu. COUTINHO, Francisco Antonio Bezerra.

AZEVEDO, Raymundo Soares. MASSAD, Eduardo. **Modelando o impacto do adiamento da vacinação contra SARS-CoV-2, presumindo fornecimento ilimitado de vacinas.** Publicado em 23 de fevereiro de 2021. Disponível em <

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.22.21252189v1.full-text>> Acesso em: 01 de SET. 2023.

CNN. **“Sumiço” de três milhões de brasileiros no censo do IBGE preocupa governo.**

Disponível em: <[https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/sumico-de-tres-milhoes-de-brasileiros-no-censo-do-ibge-preocupa-](https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/sumico-de-tres-milhoes-de-brasileiros-no-censo-do-ibge-preocupa-governo/#:~:text=Ainda%20mantidos%20em%20sigilo%2C%20os,verbas%20para%20centenas%20de%20prefeituras.)

[governo/#:~:text=Ainda%20mantidos%20em%20sigilo%2C%20os,verbas%20para%20centenas%20de%20prefeituras.](https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/sumico-de-tres-milhoes-de-brasileiros-no-censo-do-ibge-preocupa-governo/#:~:text=Ainda%20mantidos%20em%20sigilo%2C%20os,verbas%20para%20centenas%20de%20prefeituras.)> Acesso em: 06 de SET. 2023.

DINIZ, Carlos Augusto de Oliveira. **A dívida pública como instrumento de extermínio no Estado de Exceção.** Revista Jurídica da Ufersa - REJUR. Mossoró, v. 7, n. 13, jan./jun. 2023, p. 104-130.

FIGUEIREDO, Cecília. **Ministro da Saúde de Bolsonaro é o primeiro a propor cobrança de atendimentos no SUS.** Disponível em:

<<https://www.brasildefato.com.br/2019/05/29/ministro-da-saude-de-bolsonaro-e-o-primeiro-a-propor-cobranca-de-atendimentos-no-sus/>>. Acesso em: 29 de JUN. 2023.

GRANDIN, Felipe. MODELLI, Laís. **Cartórios dizem que nunca registraram tantas mortes por causas naturais no Brasil como em março deste ano**. Publicado em G1 01/04/2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/04/01/cartorios-dizem-que-nunca-registraram-tantas-mortes-no-brasil-como-em-marco-deste-ano.ghtml>> Acesso em 06 de SET. de 2023.

JÚNIOR, Walter Duarte Barreto. KIPERSTOK, Asher. SANTOS, Aychá Freitas. RAMACCIOTTI, Dante Eustachio Lucchesi. SANTOS, Fábio. SOUZA, Osvaldo Andrade. CORREIA, Raique Lucas de Jesus. ANDRADE, Ricardo Barretto de. **Impacto das Decisões dos Funcionários do Governo Sobre a Vida e a Morte da População: COVID-19 no Brasil, Junho de 2021**. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2930/version/3093>> Acesso em: 06 de SET. de 2023.

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. Vol. 4, nº 1, Curitiba Jan./Apr. 2017. Epub Apr 15, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-56392017000100259&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392017000100259&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 26 de FEV. de 2020.

MARQUES, Rosa Maria. FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. **O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19**. Revista de Economia Política, vol. 43, nº 2, pp. 465-479, abril-junho/2023.

NIETZSCHE, Friedrich. **Além do bem e do mal**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2005.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

RASELLA, Davide. HONE, Thomas. SOUZA, Luis Eugenio de. *et al.* **Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil**. *BMC Med* 17, 82 (2019). Disponível em: <<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1316-7>>. Acesso em: 04 de AGO. 2023.

SANTOS, Isabela Soares. VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Jul 2018, Volume 23, Nº 7, p. 2303 – 2314.

SHALDERS, André. **Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: lembre os principais choques**. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>> Acesso em: 04 de SET. 2023.

SENADO FEDERAL. **Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021)**. Brasília, 2021.

THE LANCET. **Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21**. Vol. 399, Abril de 2022. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)> Acesso em: 12 de SET. de 2023. p. 1513-1536.

VIOLIN, Tarso Cabral. **Bolsonarismo: o Fascismo-Neoliberal Brasileiro do Século XXI**. [recurso eletrônico] / Tarso Cabral Violin - Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2022.

## **SOBRE AS AUTORAS E O AUTOR**

### **JULIANA ALVES FERREIRA**

Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste (PPGSD) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3365844635006724>

### **CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA DINIZ**

Doutor em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP. Professor Efetivo do Curso de Direito da Universidade Federal de Jataí-UFJ.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3127802813505867>

### **DANIELLE BOGO**

Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS. Professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6629245791507111>