

Mistanásia, COVID-19 e precarização da saúde pública no Brasil

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat¹
BACELAR, Carolina Romero Alves²

"Aliás, prefiro evidenciar a questão das mortes violentas no cotidiano do brasileiro a lançar luzes sobre a pandemia. Simplesmente porque enquanto as primeiras se tornaram banais, corriqueiras e já não incomodam, a segunda, por sua excepcionalidade, vai deixar rastros, mas vai passar"

(CABRAL, 2020a, p. 20).

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo trazer à discussão a chegada do vírus SARS-CoV-2 no Brasil e seu impacto no sistema único de saúde, tendo como consequência a instabilidade do sistema público de saúde e o alarmante aumento do número de mortos sem a devida prestação de socorro, fosse por ausência de insumos, de leitos ou ainda de mão de obra médica. Para isso, o direito à saúde no Brasil e a chegada do sistema único de saúde, bem como seus princípios e as dificuldades enfrentadas à sua implementação são discutidos em um primeiro momento para então se chegar ao conceito de mistanásia. Com base nesse conceito, foram discutidas a vulnerabilidade social, a banalização da vida humana e como as mortes por mistanásia se tornaram ainda mais evidentes no cenário de pandemia da COVID-19, especialmente quando a análise do número de mortos por mistanásia aponta, em sua maioria, os vulneráveis. Por fim, é feita uma análise sobre a crise vivenciada pelo sistema público de saúde brasileiro e a atuação do Estado frente à sua precarização, o que já era uma realidade antes mesmo da chegada do vírus. A metodologia empregada é a qualitativa, mediante pesquisa bibliográfica e estudo de legislações e jurisprudências que abarcam o tema.

Palavras-chave: Mistanásia; vulnerabilidade; COVID-19; precarização do SUS; saúde pública.

ABSTRACT: This paper aims to discuss the arrival of the SARS-CoV-2 virus in Brazil and its impact on the unified health system, resulting in the instability of the public health system and the alarming increase in the number of uninsured deaths. The proper provision of assistance, whether due to the absence of supplies, beds or even medical labor. For this, the right to health in Brazil and the arrival of the unified health system, as well as its principles and the difficulties faced in its implementation, are discussed at first before arriving at the concept of mythanasia. Based on this concept, social vulnerability, the trivialization of human life and how deaths from mythanasia became even more evident in the COVID-19 pandemic scenario were discussed, especially when the analysis of the number of deaths from mythanasia points out, in its majority, the vulnerable. Finally, an analysis is made of the crisis experienced by the Brazilian public health system and the role of the State in face of its precariousness, which was already a reality even before the arrival of the virus. The methodology used is qualitative, through bibliographical research and study of legislation and jurisprudence that cover the subject.

Keywords: Mythanasia; vulnerability; COVID-19; precariousness of the SUS; public health.

¹ Doutora e Mestre pelo Programa de Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Estágio Pós-doutoral concluído em Direito Civil e Direito Processual Civil (UFES). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos de Responsabilidade Civil (IBERC). Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro de La Asociación Argentina de Bioética Jurídica, UNLP (AR). E-mail: hildeboechat@gmail.com

² Graduanda em Direito pela Universidade Iguazu, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: 170024454@aluno.unig.edu.br

INTRODUÇÃO

A expressão mistanásia, conforme será melhor explicado durante o trabalho, é empregado quando se alude à morte de pessoas que, socialmente excluídas em razão de sua hipossuficiência, acabam falecendo em virtude da precária assistência de saúde, a qual são dependentes. Não obstante a vida ser considerada um princípio soberano pela Constituição Federal (CF), não se pode ignorar que, do mesmo modo que um indivíduo passa a ser sujeito de direitos e proteção do Estado desde o seu nascimento com vida, tal tutela se estende até o momento da morte. Em que pese a norma constitucional dispor expressamente sobre o direito à saúde e à facilitação de seu acesso, comumente é possível observar a criação de hospitais sem o mínimo de infraestrutura, a má remuneração dos profissionais da saúde, ou até mesmo a ausência destes, e, em contraprestação, a sobrecarga de trabalho, a ausência de leitos e equipamentos hospitalares e as filas de esperas por atendimento. Com a chegada do vírus causador da doença COVID-19 no Brasil e a decretação da crise sanitária nacional, a situação do sistema único de saúde, que já se encontrava precarizado, atingiu níveis caóticos. Não um, mas vários casos de mistanásia foram relatados durante os piores momentos da crise, sendo os episódios de maior relevância expostos neste trabalho.

A justificativa desta pesquisa revela-se na necessidade de se trazer à baila o descaso do poder público para com a saúde pública brasileira que causa milhares de mortes por ano por falta de atendimento médico, de leitos hospitalares, de insumos, de mão de obra, entre outros. A desídia em todas as esferas políticas chegou ao ápice com o advento da pandemia pela COVID-19, instalando-se o caos epidemiológico e sanitário no Brasil. Neste liame, o objetivo deste trabalho é realçar a importância de políticas públicas sérias no que toca o direito à saúde para que se evite a mistanásia, especialmente da população mais pobre. Para isso, no segundo capítulo será abordado o direito à saúde no Brasil como um preceito fundamental e a criação do sistema único de saúde – SUS, seus princípios e diretrizes como matriz para cumprimento do direito à saúde. Será abordado, ainda, como a norma suprema não foi devidamente cumprida, visto o descaso do poder público para com a saúde, levando o serviço fornecido pelo SUS à precariedade. No terceiro capítulo será adentrado o tema específico, trazendo o conceito de Mistanásia e sua realidade ante a chegada do vírus SARS-CoV-2 ao Brasil e como se deu a reação estrutural do SUS ante a pandemia. Serão apresentados ainda fatos e dados da triste realidade da morte miserável no país.

A metodologia em primeiro momento é qualitativa, que se desenvolve mediante pesquisa bibliográfica fundamentada em doutrina especializada, com destaque na bioética, no direito constitucional e no biodireito. Segue-se com a metodologia exploratória, por meio do estudo de legislações e jurisprudências que abarcam o tema, dentre elas a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e julgado do Supremo Tribunal Federal.

Não se pretende aqui senão promover o debate acerca do tema, eis que o seu esgotamento, por pretextos inequívocos, não pode ser alcançado, pois o direito à saúde é um sério objetivo a ser perseguido.

O DIREITO A SAÚDE NO BRASIL

Até o início do século XX, a saúde se correlacionava estritamente com o direito à vida, uma vez que nas Constituições Brasileiras de 1824 e 1891 a saúde não foi abordada. Segundo Martins, na Constituição de 1934 a saúde teve um enfoque superficial apenas no Direito do Trabalho (MARTINS, 2020. p. 543). Já em 1946, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu, pela primeira vez, a saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (OIT, 2021, p. 1). O Brasil ratificou o acordo da Emenda da Constituição da OIT em 13 de abril de 1948, por meio do Decreto de Promulgação. 25.696, de 20 de outubro de 1948 (OIT, 2021, p.1).

Somente ao final da Segunda Guerra Mundial, com o fim do holocausto, a valorização da dignidade da pessoa humana entrou em evidência, modificando o conceito de indivíduo, atribuindo-lhe direitos básicos e fundamentais. Nesse mesmo momento histórico, as Declarações dos Direitos Humanos se tornaram efetivas, ocasionando a criação das Nações Unidas, cujo objetivo se ateve à promoção dos Direitos Humanos e pregava a ideia central de que os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos e que as pessoas não devem sofrer discriminação por motivos de raça, cor, sexo, religião, classe social, dentre outros (MARTINS, 2020. p. 542).

O Direito à saúde é classificado como direito fundamental de segunda dimensão. Nesse sentido, acerca dos direitos fundamentais tem-se a seguinte afirmação: “[...] são direitos sociais, culturais e econômicos bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de estado social” (BONAVIDES, 2020, p. 564). Assim, pode-se inferir que tal direito fundamental deve

ser prestado pelo Estado em favor do indivíduo, com o escopo de garantir-lhe uma vida digna. Pode-se dizer também que os direitos fundamentais são direitos que surgem a partir da premente indigência de intervenção estatal, uma vez que estabelecem uma atuação positiva do Estado em favor do indivíduo. Tratam-se, portanto, de direitos coletivos, eis que a intenção é de alcançar um maior número de pessoas, com o desígnio de garantir melhores condições de vida (BONAVIDES, 2020, p.564-565). Faz-se essencial, ainda, tecer sucintos comentários sobre a diferença conceitual entre direitos humanos e direitos fundamentais:

Os Direitos Humanos têm a sua posição jurídica reconhecendo o ser humano como tal, e a sua vinculação não depende da Constituição, possuindo uma relação internacional, já os Direitos Fundamentais são os direitos positivados na Constituição de determinado Estado (SARLET, 2003, p.35 e 36).

É possível então afirmar que direitos fundamentais são espécies de direitos humanos que foram incluídos no texto constitucional, gozando de proteção estatal.

Em análise da saúde como direito humano fundamental, no Brasil, a CF/88 (BRASIL. CRFB/88) foi a primeira Carta Magna brasileira a positivizar o direito à saúde como direito humano fundamental, afiançando-o no artigo 6º, caput, como direitos sociais: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, CRFB, artigo 6º, p. 1).

A CF/88 complementa o artigo anterior estabelecendo no artigo 196 o acesso universal e igualitário, a todo indivíduo, aos serviços essenciais à saúde, não distinguindo a condição social, étnica, racial e econômica para sua utilização, como dever do Estado e direito de todos, garantido por políticas públicas capazes de reduzir o risco de doença e de outros agravos e “[...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, CRFB, 1988, p. 1). Entretanto, na forma do citado artigo, a efetividade do cumprimento dos preceitos ditados pelo direito à saúde depende da implementação de políticas públicas, ou seja, está sujeito ao interesse público quanto à edição de normas que objetivem não somente o tratamento de doenças, mas principalmente a redução de riscos das mesmas, por meio de serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde de toda população. Quanto ao direito à saúde em face dos princípios que regem a CRFB/88, o primeiro a ser analisado é o da igualdade, eis que

determina igual tratamento entre os indivíduos, sem quaisquer distinções, proporcionando a melhor condição de vida a todos. Canotilho leciona que:

A igualdade na aplicação do direito continua a ser uma das dimensões básicas do princípio da igualdade constitucionalmente garantido e, como se irá verificar, ela assume particular relevância no âmbito da aplicação igual da lei (do direito) pelos órgãos da administração e pelos tribunais (CANOTILHO, 2002, p. 426).

O princípio da proporcionalidade também deve ser trazido ao analisar o direito fundamental à saúde, pois está ligado à ideia de adequação e proporção. No ordenamento jurídico brasileiro tal princípio é empregado quando existe um conflito entre direitos e interesses, visando, assim, a possibilidade de se alcançar a medida mais justa no caso em análise. Para tanto, deverão ser ponderados, se adequados, os meios escolhidos para que o resultado obtido seja o esperado e, ainda, se estes são os caminhos mais benéficos ou os menos onerosos entre as alternativas existentes, bem como se a benfeitoria alcançada preservou os direitos pretendidos (SILVA, 2021, p. 27). Assim,

O princípio da proporcionalidade não é útil apenas para verificar a validade material de atos do Poder Legislativo ou do Poder Executivo que limitem direitos fundamentais, mas também para, reflexivamente, verificar a própria legitimidade da decisão judicial, servindo, nesse ponto, como verdadeiro limite da atividade jurisdicional (SILVA, 2021, p. 28).

Deve ser aplicado, ainda, o princípio da reserva do possível que abarca não somente a existência de recursos financeiros para a concretização dos direitos sociais, mas também que estes sejam proporcionais à sua pretensão e à sua concretização, a fim de garantir o mínimo existencial a cada indivíduo, pois este aspecto estabelece que mesmo ante a falta de recursos o poder público deve agir de modo a garantir o ínfimo imprescindível para a manutenção da dignidade da população, estando ligado à ideia de justiça social, relacionando-se aos direitos sociais, econômicos e culturais (CORRÊA, 2021, p.7).

A saúde pública no Brasil e o SUS precisam ser analisados tal como se apresentam. O Brasil, os modelos assistenciais à saúde existiram em vários momentos da história, mas as políticas públicas propriamente ditas somente foram implementadas com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Observa-se a ordem cronológica das medidas implementadas:

Século XVI: vinda da família Real para o Brasil (carência de profissionais e medo da população). Proliferação de curandeiros e boticários. Em 1892 criação dos primeiros laboratórios bacteriológicos. Gestão do Presidente Rodrigues Alves: nomeação do Diretor de Saúde Pública Oswaldo Cruz que implementou desinfecção sanitária e obrigação da vacinação anti-varíola (Revolta da Vacina). 1920: criação de órgãos especializados no combate a doenças. 1923: criação da Lei Elói Chaves que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões. 1934: Governo de Getúlio Vargas implementa programas de assistência médica aos trabalhadores para garantir o processo de industrialização. 1943: criação da CLT agregando benefícios como indenização a acidentados e tratamento médico aos doentes portadores de carteira assinada. 1953: criação do Ministério da Saúde; e 1956: criação do DNERU para a população rural. 1960: criação da Lei Orgânica da Previdência Social unificando os serviços de saúde aos trabalhadores do regime CLT. 1966: criação do INPS. 1974: criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. INPS transforma-se em INAMPS. Fim da década de 70 surge o movimento pela Reforma Sanitarista. Década de 80 são criados programas de assistência básica de saúde. Constituição de 1988 estabelece a saúde como relevância pública e direito básico de todos os cidadãos. Criação do SUS (COSTA, 2021, p.1).

As entidades religiosas, desde a colonização, sempre mantiveram uma relação muito estreita com a oferta no serviço de saúde no Brasil. As Santas Casas de Misericórdia eram um desses institutos que ofereciam auxílio médico às pessoas e foram, durante décadas, as únicas opções de amparo e tratamento para os necessitados (CMB, 2020, p. 1). No Brasil a fundação das Santas Casas de Misericórdia se deu logo após seu descobrimento, precedendo, inclusive, qualquer organização jurídica do novo continente. Fato este interessante ao se analisar que quando da promulgação da Constituição Imperial de 1824, Carta esta que instituiu o Estado brasileiro, conforme a CMB (2020, p. 1) “ já haviam sido fundadas as Santas Casas de Santos (1543); Salvador (1549); Rio de Janeiro (1567); Vitória (1818); São Paulo (1599); João Pessoa (1602); Belém (1619); São Luís (1657), Campos (1792) e Porto Alegre (1803)”. A CMB (2020, p. 1) ainda complementa:

Destas derivaram outras entidades similares, como as Beneficências Portuguesas, Hospitais Filantrópicos das comunidades Judaica, Japonesa, Sírio-Libanesa, ou mesmo ligadas a movimentos da igreja Católica, protestante, evangélica, espírita, entre outras, totalizando, até os dias atuais, cerca de 2.100 estabelecimentos de saúde espalhados por todo o território brasileiro.

Já na era Vargas, em 1923, o então presidente da República passou a atuar intimamente no campo previdenciário, incitando a expansão das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). Certo é que este foi o primeiro mecanismo funcional que precedeu ao surgimento do sistema de seguro dos trabalhadores ferroviários, conferindo-lhes benefícios como o direito à aposentadoria por invalidez, o direito à assistência médica tanto para si quanto para sua família, ao recebimento de pensão pelos seus familiares e à compra de medicamentos com menor cotação. Ressalta-se ainda a não intervenção do Poder Público nas CAP's, excetuando-se casos de conflitos entre a administração e os beneficiários (SOUZA, 2021, p. 1). Souza (2021, p. 1) completa:

Este quadro mudou significativamente a partir dos anos 30 uma vez que, a demanda dos associados crescera vertiginosamente, fazendo com que surgissem em 1933 os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) que abrangia categorias de trabalhadores mais organizados, como os marítimos (IAPM), os Bancários (IAPB), os Industriários (IAPI) e os Servidores do Estado (IPASE).

Com o aumento do *quórum* de associados e a acumulação de recursos não repassados na prestação de serviços em prol dos segurados, especialmente no que tangia à assistência médica e hospitalar, a solução encontrada foi a terceirização da previdência (SOUZA, 2021, p. 1).

Com o início do período vanguardista, em meados da década de 50, a presidência era exercida por Juscelino Kubitschek, cujo objetivo era o desenvolvimento célere do país, período em que a Previdência Social teve grandes avanços. A assistência médica e hospitalar que, em outros tempos, restringia-se aos segurados ativos e dependentes, agora estendia-se aos inativos e pensionistas (COUTO, 2021, p. 1).

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que fundou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). O novo sistema contemporizou parcialmente as funções até então desempenhadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A assistência médica aos segurados foi adjudicada pelo INAMPS e a gestão financeira ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios (FGV, 2021, p. 1). A FGV (2021, p. 1) conclui:

Seus 16 anos de existência correspondem ao período em que o país transitou de um sistema de saúde segmentado, voltado principalmente para a prestação de serviços médico-hospitalares a clientela previdenciária, nos marcos da ideia meritocrática de seguro social, para um sistema de saúde desenhado para garantir o acesso universal aos serviços e ações de saúde, com base no princípio da seguridade social. Nesse período, representou também um espaço institucional privilegiado onde se ensaiaram propostas de mudança do sistema, tornando-se uma das principais arenas setoriais onde se disputou e decidiu a agenda de reformas que mobilizou o país ao longo da década de 1980, dando-lhe uma nova configuração institucional e novo padrão de políticas sociais, especialmente na área da saúde.

A extinção do INAMPS se deu em julho de 1993 de forma fluida, tendo como consequência de seu desaparecimento orgânico e funcional, o emergente Sistema Único de Saúde (SUS). Este é o atual modelo público de ações e serviços de saúde do Brasil, sendo regido por um conjunto de normas válidas em todo território nacional, obedecendo aos preceitos estabelecidos pela Carta Magna, especialmente no que tange à sua utilização democrática. Sua criação de fato se deu com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (FGV, 2021, p. 1).

É importante observar os princípios e diretrizes do SUS. A Lei Orgânica da Saúde constitui princípios e diretrizes basilares para o desempenho da prestação de serviços ofertados pelo SUS. Em seu artigo 7º, incisos I, II e IV, são elencados seus princípios norteadores. *In verbis*:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990, p. 1).

O primeiro deles é o da Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, que consiste no amplo e irrestrito acesso ao SUS independentemente da complexidade do caso, do custo para o tratamento e da natureza dos serviços envolvidos

(GIOVANELLA *et al*, 2014, p. 367). O segundo abarca a igualdade na assistência à saúde que importa na prestação do serviço à saúde sem preconceitos, de qualquer gênero ou tipo, ou privilégios de qualquer espécie. Nota-se a existência de um forte combate à discriminação por diferenças individuais (GIOVANELLA *et al*, 2014, p. 367).

Assim, complementam que “[...] somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas” (GIOVANELLA *et al*, 2014, p. 367). O terceiro versa sobre a integralidade da assistência a ser prestada pelo SUS que, nos termos da lei, é conceituado como um conjunto indivisível e contínuo de ações e serviços, tanto preventivos quanto curativos, prestados tanto em prol do indivíduo em sua unidade quanto da coletividade em todos os níveis de ordem do sistema. Ou seja, o serviço prestado pelo SUS abrange desde campanhas de prevenção até o tratamento de todo e qualquer tipo de enfermidade, tanto na unidade ambulatorial quanto na hospitalar, inexistindo qualquer distinção entre elas no que tange à forma da prestação do serviço (GIOVANELLA *et al*, 2014, p.368). O quarto consiste na garantia de a população, por intermédio de suas entidades representativas:

Participar ativamente e democraticamente do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos conselhos de Saúde e pela realização das conferências de Saúde (GIOVANELLA *et al*, 2014, p. 368).

Quanto às diretrizes, o artigo 7º, incisos VIII e IX, alíneas “a” e “b” da Lei Orgânica da Saúde dispõem:

VIII - Participação da comunidade;
IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
(BRASIL. 1990, p. 1).

Tem-se, primeiramente a descentralização político-administrativa que garante a cada esfera do governo a aptidão e autonomia para executar atos que vise ser necessários para o cumprimento da prestação efetiva do SUS. Tal comando adveio da constatação das diferentes realidades e necessidades apresentadas pelos municípios brasileiros, visto que

uma única política não atenderia de forma uniforme a todas as localidades. Assim, de forma a atender à efetiva necessidade de cada região, foi conferido poderes de gestão ao executivo local para a organização e funcionamento do SUS naquele sítio (GIOVANELLA *et al*, 2014, p. 368).

No SUS, a diretriz da descentralização faz menção ainda à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Em cada esfera de governo há uma chefia do SUS: na União, o Ministério da Saúde; nos Estados e Distrito Federal, as secretarias estaduais de saúde; e nos municípios, as secretarias municipais de saúde. Para regulamentação dessas atribuições foram criadas as Normas Operacionais (NOB-SUS) que visam tratar tanto suas imputações como gerir a organização e a forma de operação das unidades de saúde vinculadas ao SUS (MATTA, 2021, p. 1).

A NOB-96 situa não só as atribuições do SUS, mas também reestrutura todo o modelo assistencial brasileiro., conforme trecho abaixo:

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine: a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única; b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; f) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (BRASIL, 1996, p. 1).

Importante lembrar que a descentralização é uma diretriz de incorporação de todas as esferas de governo, o que fortalece o federalismo político expresso na Carta Magna de 1988. A exemplo disto tem-se a campanha de vacinação contra a COVID-19, na qual cada Município rege suas normas de vacinação, tendo como base o plano federal do Ministério da Saúde.

A segunda diretriz trata da regionalização e hierarquização da rede de serviços ofertados pelo SUS. Assim, ela enfoca na exata noção de território geográfico, para se

determinar um perfil populacional em face dos indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social da região, a fim de que se possa fornecer o melhor serviço de saúde para aquela localidade (MATTA, 2021, p. 1). Matta (2021, p. 1) conclui:

Portanto, a hierarquização no sentido de reconhecer a complexidade do processo de trabalho em saúde em seus diversos ambientes, estabelece fundamentalmente fluxos necessários de organização e orientação da rede de serviços presentes no SUS orientadas pelo princípio da integralidade.

Por fim, ante a Reforma Sanitária ocorrida em meados da década de 70, a participação da população tornou-se diretriz para implementação do SUS em todas as suas esferas. A participação da população através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação da saúde torna o serviço oferecido pelo poder público mais eficaz e abrangente (GIOVANELLA *et al*, 2014, p. 372).

O SUS possui duas formas de atuação popular direta em cada esfera de governo: através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde. Tal participação reproduz o modelo democrático proposto pela Carta Magna de 1988, bem como pelas normas norteadoras do SUS. Trata-se, portanto, de um poderoso instrumento de afetação das decisões sanitárias e controle social de aplicação das normas e planejamentos no âmbito da saúde (MATTA, 2021, p. 1).

Constata-se, assim, que o SUS com seus princípios e diretrizes, apesar de legalmente formalizados, cujo funcionamento ocorre em quase todo o país, encontra-se distante de alcançar integralmente seus objetivos, carecendo de um real interesse público para a aplicabilidade e estruturação para o fornecimento eficaz e pleno dos serviços de saúde providos pelo referido sistema.

Vários foram os óbices para a efetiva implementação do SUS. Primeiramente, há de se observar que o Brasil é um país de dimensões continentais, o que dificulta, de sobremaneira, a implementação do SUS de forma uniforme, bem como dificulta o controle na distribuição dos profissionais de saúde. O número populacional também exerce influência direta, uma vez que não necessariamente o valor do subsídio destinado será proporcional ao número de habitantes. Há ainda que se salientar, conforme GIOVANELLA *et al* (2014, p. 387):

Dada a distribuição geográfica desigual dos serviços públicos e privados no SUS, a regionalização, a hierarquização e a integralidade demandam a formação e a gestão de redes de atenção à saúde não diretamente relacionadas a uma mesma unidade político-administrativa, tais como as redes interestaduais de ações e serviços de saúde (que envolvem mais de um estado) e as redes intermunicipais (que envolvem mais de um município).

Importante ressaltar que determinados problemas de saúde, como os ambientais, nem sempre são ocasionados dentro do limite territorial político-administrativo, gerando desordem na prestação de serviço.

Deve-se levar em consideração, ainda, as questões relacionadas à falta de gestão séria e profissional, o que resulta em ineficiência do sistema, uma vez que, por mais que existam recursos disponíveis para serem aplicados, os mesmos não cumprem seus objetivos na melhoria do sistema frente a desorganização e a má gestão na aplicação desses recursos (TELES, 2015).

Por fim, ressalta-se que a diferenciação dos recursos disponíveis entre localidades, tais como mão de obra, insumos, equipamentos etc., torna impossível uma prestação de serviços à saúde eficaz e uniforme (GIOVANELLA *et al*, 2014, p. 388). Giovanella *et al* (2014, p. 391) citam ainda a concorrência do setor privado na oferta de procedimentos de apoio a diagnóstico e a ampla disponibilização de equipamentos, cujo acesso é limitado pelo Estado. Os citados autores finalizam que:

A consolidação do SUS, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e um sólido apoio ao sistema público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil (GIOVANELLA *et al*, 2014, p. 391).

Importante destacar que, apesar da ineficiência e desorganização, o SUS, desde a sua criação, foi e segue sendo de extrema importância para o país, com grandes progressos históricos como, por exemplo, campanhas de vacinação de longo alcance e realização de transplantes, bem como a realização de tratamentos gratuitos para milhares de pacientes que apresentam diferentes enfermidades. (TELES, 2015).

Conclui-se, portanto, que a problemática envolvendo a eficaz implementação do SUS abrange o Poder Público em todas as suas esferas, devendo estes garantirem insumos, melhor distribuição e organização de recursos econômicos, melhorias nos sistemas de gestão, incremento de mão de obra e treinamentos dos profissionais de saúde, bem como a distribuição desses, levando em consideração questões de logística e também de especialidade, e tudo mais que se mostrar necessário para que o SUS atinja o seu papel constitucional, com a devida eficiência e o diligente atendimento da população, principalmente através da implementação de políticas públicas efetivas e de melhorias na gestão dos recursos voltados à saúde pública.

A MISTANÁSIA, A COVID-19 E A PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE

Será abordada neste momento a morte mistanásica, a vulnerabilidade humana, a banalização da vida, conceito e breve análise da forma como o fenômeno ocorre, em especial, agravado pelo advento da COVID-19 em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) já precarizado. Dessa forma, a mistanásia é observada sob uma perspectiva social, dentro da qual são apresentados casos notáveis e analisados alguns dados estatísticos.

A origem da palavra mistanásia advém do grego, onde “mis” significa miserável e “thanatos” significa morte. Dessa forma, o termo mistanásia se refere à morte miserável, infeliz, prematura, fora ou antes do seu tempo (RICCI, 2017). Mistanásia, ainda, conforme Cabral, “é um neologismo, uma expressão inaugurada pelo bioeticista brasileiro Márcio Fabri dos Anjos, em 1989, para designar a morte infeliz, cruel, massiva e indigna das pessoas socialmente desprotegidas” (CABRAL, 2020a, p. 27). No mesmo sentido, Ricci leciona:

Contribui para a responsabilização e conscientização de uma situação que pode ser evitada, visto que o previsível e o evitável anulam o conceito de “morte natural”, transformando-o em fato moral, que causa indignação ético-criativa, com a qual buscamos meios para prevenir a morte precoce” (RICCI, 2017, p. 41).

Pode-se afirmar então que a mistanásia é a morte instigada de forma arrastada, porém sutil, pela omissão de sistemas e estruturas que deveriam zelar pela vida, mas não o fazem. O sistema de saúde público brasileiro é um exemplo disto, pois a morte, em sua essência, quando decorrente de uma conjuntura de miserabilidade social, evitável e precoce, poderia ser impedida caso houvessem políticas públicas adequadas para tanto.

Contudo, a ação ineficaz ou omissão do Estado suprime qualquer possibilidade de o enfermo ser devidamente tratado e ter seu direito à vida e à dignidade respeitados (PESSINI, 2021). Nesse sentido, a existência de políticas públicas é essencial para enfrentar a mistanásia, especialmente aquelas devidas à incompetência e escassez de recursos destinados ao sistema público de saúde. Há que se combater, ainda, a omissão de socorro estrutural, sintetizada na deficiência de atenção do Estado quanto ao fornecimento de insumos imprescindíveis à prestação de serviço de saúde ao indivíduo, como a falta de medicamentos de uso emergencial, visto que sua deficiência quando do atendimento imediato levará o paciente a óbito (VARGAS, 2020).

Sem dúvidas o papel do Estado deveria ser pragmático quanto ao cumprimento da norma legal, especialmente aquela descrita na Carta Magna, sendo seu dever garantir a vida, a dignidade, os cuidados com a saúde da população e o fornecimento de serviços médicos de forma igualitária e eficaz (VARGAS, 2020). Nesse sentido, dispõem os artigos 5º e 23, II da CRFB/88: direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade e a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para cuidar da saúde e assistência pública (BRASIL, CRFB, 1988). Ante os dispositivos mencionados, é nítido o descaso estatal e, até corriqueiro, o que causa extrema preocupação, visto o importante papel a que está sujeito, como o de proteger o valor social, a dignidade e o direito inviolável à saúde. Cumpre ainda mencionar outra forma comum de mistanásia no sistema de saúde brasileiro: a ação ou omissão humana que decorre em erro médico. Vargas salienta:

Outrossim, a forma mais comum de Mistanásia ocasionada por ação ou omissão humana, é por erro médico (apesar da nomenclatura, é o ato causador de dano ao paciente provocado por qualquer profissional da saúde), imprudência (quando o médico age precipitadamente sem os devidos preparos ou exames), imperícia (ausência de conhecimento médico ou de atualização técnica) e negligência (quando o médico deixa de prestar seus serviços, omitindo-se, sem motivo justo) (VARGAS, 2020, p. 1).

Igualmente, a deficiência do sistema de saúde se mostra preocupante, pois alcança não somente a inércia do Estado, mas também a prestação de serviço ofertada pelos profissionais de saúde, afetando, tragicamente, a população mais vulnerável, tendo como o pior resultado a morte por mistanásia. Vulneráveis, por suavidade, são aquelas pessoas contusas, física ou moralmente (CABRAL, 2020a). Amantriain complementa ser esta

“uma característica da condição humana de índole antropológica” (AMANTRIAIN *apud* CABRAL, 2020a, p. 24).

Pessini (2021) salienta ainda que os reflexos comportamentais que a mistanásia provoca na população em geral são alarmantes. O indivíduo que presencia assiduamente situações análogas desenvolve certo grau de apatia e insensibilidade no tratamento aos demais membros da sociedade. Logo, prejudica-se ainda mais a situação do indivíduo que já se encontra vulnerável na acepção social, pois este necessita de atenção, mas só encontra descaso. Ricci complementa:

A eutanásia social situa-se no campo econômico-sanitário quando a sociedade decide a sorte do doente, considerando apenas os recursos econômicos administrados com critérios de custo-benefício. Refere-se, particularmente, ao risco permanente de morte antecipada e prematura nas camadas pobres da população por falta de condições mínimas de vida e inadequado atendimento sanitário (RICCI, 2017, p.44).

Destarte, faz-se cogente uma especial atenção aos vulneráveis sociais. Sabe-se que a banalização da vida humana ocorre de forma reiterada àqueles pertencentes às baixas castas sociais. Segundo Cabral, a realidade dos brasileiros que integram a classe socialmente vulnerada morre sem atendimento ou prestação de saúde, fato agravado pelos quadros de sofrimento (CABRAL, 2020a). A autora relata, ainda, serem comuns as mortes provenientes da mistanásia, pois a COVID-19 é uma crise que terá fim, enquanto a mistanásia ocorre de forma reiterada (CABRAL, 2020a). Ainda complementa:

Há pessoas desamparadas, desassistidas do ponto de vista social e da saúde pública; somam-se a esses fatores os diversos casos de violência, opressão e subjugação próprios de certas circunstâncias dos grandes centros, como, por exemplo, a violência no trânsito, o feminicídio, violência doméstica e familiar e, por um descuido, essas pessoas vitimadas por uma dessas circunstâncias, transformaram-se em mais um número, engrossando as estatísticas alarmantes (CABRAL, 2020a, p. 29).

Assim, o descaso estatal agregado à indiferença social beneficia o surgimento de ambientes que atrapalham o desenvolvimento apropriado da coletividade, causando, direta e indiretamente, o abuso ao direito à saúde, especialmente daqueles indivíduos pertencentes às regiões mais hipossuficientes da sociedade, cujas desvalorização das vidas é realidade habitual, abrolhando o teratológico fenômeno social da Mistanásia.

Analisa-se agora a COVID-19: conceito, contextualização e o colapso da saúde pública já precarizada quando a pandemia se alastrou pelo Brasil. A enfermidade COVID-19, abreviação de *Coronavirus Disease 2019*, é uma infecção respiratória causada pelo vírus nomeado SARS-CoV-2, epítome de Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2, cuja taxa de transmissão é alta, tendo como alguns sintomas: febre, tosse, dificuldade para respirar, dor de cabeça e dor no corpo (PEREIRA, 2021). A doença foi identificada em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China, depois de surto de pneumonia, onde todos os pacientes tinham em comum o Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a crise epidemiológica causada pela COVID19 como pandemia. O status da doença então semodificou em virtude de sua proliferação em nível mundial. No Brasil, o primeiro caso foi registrado em 25 de fevereiro de 2020 pelo Ministério da Saúde (LIMA, 2021).

Até 22 de outubro de 2021, foram confirmados 21.697.341 casos e 604.679 mortes em razão da doença (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2021) o número de contaminados no mundo foi de 219.456.675, sendo 4.547.782 de mortes registradas. É possível apurar que o Brasil registra aproximadamente 10% do número de casos registrados em todo o mundo e alcança a média de 13% do total de mortos.

A COVID-19 foi registrada em mais de 180 países ao redor do mundo e, devido seu rápido avanço, diversas autoridades governamentais adotaram estratégias com a intenção de conter e reduzir o ritmo da progressão da doença, o que se torna uma tarefa abstrusa eis que transmitida de pessoa para pessoa, por gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, acompanhado por contato pela boca, nariz ou olhos, ou até mesmo, por meio de objetos e superfícies contaminadas, e por isto o isolamento social foi tido como uma medida tão importante (PEREIRA, 2021). Salienta-se ainda que as unidades de saúde não tiveram que lidar somente com os indivíduos contaminados pela COVID-19, mas também com aqueles que apresentaram somatização pela crise mundial. Ocorre que, durante a pandemia o medo se intensificou de forma generalizada, seja pelo temor da doença, especificamente, seja pela mudança de estilo de vida ao redor de todo o mundo para o combate ao vírus, como o implemento do isolamento social, o que elevou os níveis de estresse e ansiedade em pessoas que antes eram saudáveis e intensificou ainda mais a manifestação dos sintomas em pessoas com transtornos mentais pré-existentes. (PEREIRA, 2021).

Mesmo pacientes ainda com suspeita de infecção experimentaram emoções intensas e reações comportamentais que ultrapassaram culpa, alcançando sentimentos como medo, melancolia, raiva, solidão, ansiedade e insônia. Tais estados encontravam-se sujeitos, ainda, a evoluírem para transtornos como ataques de pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), sintomas psicóticos, depressão e suicídio. Logo, todo o sistema de saúde brasileiro, já precarizado, teve que enfrentar uma crise epidemiológica de magnitude mundial. Por certo, não poderia ter tido outro resultado, senão as inúmeras mortes por falta de insumos, falta de mão de obra médica, falta de verbas destinadas à saúde etc. O caso mais notório foi a falta de cilindros de oxigênio em Manaus nos dias 14 e 15 de janeiro de 2021, cujo número de mortos alcançou o montante de 31 pessoas, segundo dados do Ministério Público de Contas (LIMA, 2021).

O maior número de mortes em uma unidade de atendimento foi registrado na unidade hospitalar intitulada SPA e Policlínica Dr. José Lins, onde foram constatados sete óbitos no dia 14 e quatro no dia 15 (G1, 2021). Segundo relato da médica Gabriela Oliveira:

O que eu vivi hoje nem nos meus piores pesadelos eu pensei que poderia acontecer. Não ter como assistir paciente, não ter palavras para acalantar um familiar. Isso é uma coisa que vai ficar uma cicatriz eterna nos nossos corações. Já não temos mais saúde mental pra lidar com a situação que Manaus está enfrentando. Hoje acordamos no nosso pior dia, a falta do oxigênio em algumas instituições nos deixou desesperados. É muito angustiante a gente não ter o que fazer (G1, 2021, p. 1).

Ante a crise de insumos médico-hospitalares instaurada em Manaus, o ministro do Supremo Tribunal Federal, Ricardo Lewandowski, na ação de Tutela Provisória Incidental na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 756 do Distrito Federal, proposta por diversos partidos políticos como PCB e PSOL, determinou que a União agisse de modo a prestar todo e qualquer auxílio necessário ao controle da crise. Para maior elucidação traz trechos da citada decisão:

Trata-se de requerimento de tutela de urgência incidental, nos autos desta ADPF 756, apresentada pelo Partido Comunista do Brasil – PCdoB e pelo Partido dos Trabalhadores – PT “no que se refere especificamente à questão absolutamente inconstitucional vivenciada pela população do estado do Amazonas, sobretudo da capital Manaus, quanto ao contágio pela COVID-19”. [...] Em face do exposto, defiro em parte a cautelar pedida pelos requerentes para determinar ao Governo Federal que: (i) promova, imediatamente, todas as ações ao

seu alcance para debelar a seríssima crise sanitária instalada em Manaus, capital do Amazonas, em especial suprindo os estabelecimentos de saúde locais de oxigênio e de outros insumos médico-hospitalares para que possam prestar pronto e adequado atendimento aos seus pacientes, sem prejuízo da atuação das autoridades estaduais e municipais no âmbito das respectivas competências; (ii) apresente a esta Suprema Corte, no prazo de 48 (quarenta e oito horas), um plano compreensivo e detalhado acerca das estratégias que está colocando em prática ou pretende desenvolver para o enfrentamento da situação de emergência, discriminando ações, programas, projetos e parcerias correspondentes, com a identificação dos respectivos cronogramas e recursos financeiros; e (iii) atualize o plano em questão a cada 48 (quarenta e oito) horas, enquanto perdurar a conjuntura excepcional. (BRASIL. STF - ADPF: 756 DF 0106680- 22.2020.1.00.0000, Relator: RICARDO LEWANDOWSKI, Data de Julgamento: 15/01/2021, Data de Publicação: 19/01/2021).

Há ainda que se computar a triste realidade da mistanásia por insuficiência ou mesmo inexistência de leitos. Em março de 2021, na cidade de São Paulo, foram registrados 135 óbitos de pessoas que aguardavam leito na Unidade de Tratamento Intensivo - UTI. No Paraná, o número foi ainda maior, alcançando o quantum de 500 mortos aguardando a disponibilidade de leitos de UTI e enfermaria, segundo o governo do estado. O médico Miguel Nocolis, da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), declarou à época: "Os sinais são claros. Não sei como alguém ainda não vê o tsunami que vai varrer o Brasil. Não vai mais ser só crise sanitária, começam a ter distúrbios sociais" (G1, 2021).

De todo o exposto é possível salientar que o baixo investimento na saúde e a ausência de insumos para contratação de mão de obra médica e medicamentos e aparelhos, aliados à carência de estímulos para o treinamento da equipe, intensificam a precarização do sistema público de saúde. O colapso no sistema de saúde é resultado também dos baixos investimentos em saúde, conforme relatado anteriormente, e se agravou em virtude da epidemia causada pelo coronavírus no Brasil, gerando milhares de mortes por ausência de socorro, também denominada mistanásia.

IMPACTO DA PANDEMIA NO SISTEMA DE SAÚDE JÁ PRECARIZADO

É importante ressaltar que os impactos da pandemia no sistema de saúde já precarizado, instalou um caos sanitário em diversas partes do Brasil. A implantação do SUS foi (em 1990) e continua sendo uma grande conquista da sociedade e de grande valia no setor de saúde brasileiro, todavia, percebe-se que esse Sistema não desempenha sua

funcionalidade nos moldes determinados pelos seus princípios, especialmente o de garantir a saúde como direito de todos (DINIZ, 2021, p. 1).

Com o fenômeno da globalização, as cidades, inicialmente erguidas para conferir segurança e prosperidade à população, passaram a ser palco de violência e desordem, causando medo e incertezas (BAUMAN *apud* CABRAL, 2020b, p. 30). A problemática do cenário se agrava quando evidenciada que a morte do vulnerável social advém de tal evolução e, pior, já não causam qualquer clamor público (CABRAL, 2020b, p. 30). A citada autora complementa “mortes de pessoas desvalorizadas, reputadas inúteis à sociedade – que não fizeram diferença durante a vida indigna que tiveram e se transformam em estatística ao morrer também indignamente” (CABRAL, 2020b, p. 30).

Quando se trata de uma situação atípica como a pandemia causada pelo novo coronavírus, nota-se que a saúde pública no Brasil se encontra com graves problemas, principalmente relacionados à gestão e à falta de recursos representados pelos gastos indevidos dos governantes. O SUS ainda encontra dificuldade em apresentar um resultado notório com relação a pandemia no que tange à oferta de tratamento e cuidado com os pacientes, pois a doença não está somente relacionada entre o homem e o meio natural, mas também entre o homem e o meio social (OTONI, 2021, p. 1). Para Pontes (2021, p. 1), o cenário exibido pelo SUS demonstra que as grandes dificuldades não se encontram concentrados exclusivamente no setor público, já que este apresenta resultados positivos principalmente no que tange ao nível de atenção primária, mas arrosta problemas graves com o setor privado, que capta a maior parte dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário, confirmando a fragilidade do SUS frente à pandemia e ainda colocando em cheque a saúde pública nas cinco regiões do Brasil.

Com o início da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus foi possível notar que um colapso na saúde pública brasileira, que já era iminente, efetivamente ocorreu, pois nas regiões Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro); Nordeste (Ceará) e norte (Amazonas), a saúde preventiva e assistencial do país já não correspondiam com a demanda, devido à falta de infraestrutura para a realização de atendimento aos

pacientes infectados, levando o Estado a promover ações emergenciais como a implantação de hospitais provisórios de alta complexidade (PONTES, 2021, p. 1). Conforme Otoni (2021, p. 1), a pandemia reacendeu o alerta para as autoridades ante a indigência de se recuperar e fortalecer o sistema da saúde pública brasileira, sendo cogente a elaboração de um plano de enfrentamento de crises, com o desígnio não só de suplantar

a precariedade do SUS, mas também de não permitir a superlotação dos postos de tratamento de doenças.

Deste modo, a pandemia possibilitou a seguinte reflexão: apesar do SUS, em seus fundamentos, ser uma referência internacional, elogiada mundialmente pelos principais órgãos internacionais de saúde, especialmente por ser um dos mais modernos sistemas de saúde pública do mundo, ofertado de forma gratuita a população brasileira, é nítido que, em meio à crise gerada pelo novo coronavírus, diversas falhas do sistema tornaram-se ainda mais visíveis, principalmente no que toca à falta de investimento público, à mão de obra ineficiente e à corrupção e desvio de verbas dos governantes, o que tem colocado em xeque a eficiência de sua gestão.

Devido ao intenso aumento de casos do coronavírus e às diversas falhas que o SUS sempre apresentou, as quais nunca foram legitimamente solucionadas, o sistema de saúde público brasileiro enfrenta um dos seus maiores desafios, senão o mais grandioso da história do Brasil. Imperioso se faz repensar a gestão do mesmo e formas de fortalecê-lo para atender à demanda da pandemia que a cada dia faz centenas de vítimas.

Necessária atenção precisa ser dada tanto ao SUS quanto aos indivíduos vulneráveis socorridos pelo mesmo. Antes mesmo da pandemia da COVID-19, o brasileiro já suportava a carência do sistema público de saúde e, especialmente, encarava rotineiramente a morte por mistanásia de seus familiares, ante a insuficiência de médicos e insumos. Fatos estes que foram apenas agravados pela crise epidemiológica, mas que não surgiram com ela (CABRAL, 2020b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mistanásia, prática em desconformidade com ordenamento jurídico pátrio, no que diz respeito à proteção da dignidade humana, vai muito além da carência financeira do Estado. Emerge de uma cruel gestão humana, perante um quadro de banalização da morte, principalmente daquelas advindas das classes hipossuficientes, criando-se um processo de coisificação do indivíduo.

A vulnerabilidade social é um fator decisivo quando se depara com a ponderação acerca de quem vive e quem morre. Pessoas que possuem bens e melhores condições de vida, em geral, têm acesso a melhor tratamento de saúde, não necessita se valer do atendimento pelo sistema público de saúde. Este é destinado, quase exclusivamente, à classe pobre. A partir daí nasce toda uma problemática, pois, conforme descrito pelos

autores acima, os vulneráveis sociais são postos à margem da sociedade, sendo suas mortes de pouca ou nenhuma relevância, fato este que afronta diretamente os princípios fundamentais à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana.

Há que se mencionar, ainda, a deficitária atuação do Estado em relação à saúde pública, que acarreta um processo ininterrupto de mortes prematuras e desarrazoadas, as quais poderiam ser evitadas com os devidos cuidados médicos. Buscando justificar tais mortes, o Estado utiliza-se da contraditória impossibilidade financeira de arcar com os custos para evitá-las. Contudo, é possível observar que tal ensaio para desviar sua responsabilidade se exhibe inverossímil, pois notadamente são destinados vultuosos valores às despesas não prioritárias frente a vida humana, como é o caso de gastos com publicidade institucional.

A sucessão de governos despreparados, a imprudência política de alguns governadores, a polarização política entre os cidadãos e o desrespeito mundial para com as pessoas em vulnerabilidade social são os contragolpes existentes em meio ao cenário da pandemia da COVID-19. A responsabilidade do Poder Público é um conceito ético não admitido por governantes, quando o assunto surge frente aos cuidados para com a população carente. Sem qualquer equívoco, é possível afirmar que a mistanásia, por si só, representa a mais cruel das injustiças sociais, uma vez que fere direta e intrinsecamente os direitos à dignidade e à vida, princípios basilares da atual Constituição.

Conclui-se, ante o exposto, que a crise financeira vivenciada pelo SUS, cujos maiores óbices são os insuficientes investimentos na saúde, o desvio de verbas, a má utilização do capital público, a ausência de insumos para contratação de recursos humanos para atuarem na saúde, a aquisição de medicamentos e aparelhos, a carência de treinamento da equipe, são fatores que intensificam a precarização do sistema público de saúde. Trata-se de falta de interesse governamental. Enquanto políticas sérias focadas na saúde pública no Brasil não forem adotadas, bem como colocadas em prática, tendencioso que o quadro se agrave cada vez mais, sendo certo que a pandemia da COVID-19 nos fez enxergar a situação de extrema precarização em que o sistema de saúde brasileiro já se encontrava, bem como acelerou este processo de precarização frente a súbita e exaustiva necessidade do mesmo.

Por fim, salienta-se que as mortes pela mistanásia podem e devem ser erradicadas por meio da assunção de responsabilidade pelos governantes dentro de um plano no qual importam as vidas e para a manutenção delas se governa, fato do qual derivam suas prerrogativas e direitos constitucionais previstos na CRFB/88.

REFERÊNCIAS

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 35. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Decreto de Promulgação n. 25.696, de 20 de outubro de 1948**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1948/D25696.html> . Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informes diários COVID-19**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-diarios-covid-19>> . Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde de 6 de novembro de 1996**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>> . Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. STF. **SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL**. ADPF: 756 DF 0106680-22.2020.1.00.0000. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1154451752/tutela-provisoria-incidental-na-arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-756-df-0106680-2220201000000/inteiro-teor-1154451767> . Acesso em: 22 out. 2021.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. **Mistanásia em tempos de COVID-19**. Campos dos Goytacazes-RJ: Encontrografia, 2020a.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. **Mistanásia no Brasil: o silencioso holocausto do século XXI. Ensaio interdisciplinares em tempos líquidos: homenagem a Zygmunt Bauman**. Campos dos Goytacazes, RJ: Encontrografia, 2020b.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional**. 6. ed. Coimbra: Almedina, 2002.

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas. CMB. **A história de misericórdia das Santas Casas**. Disponível em: <<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>>. Acesso em: 15 set. 2021.

CORRÊA, Karina Ambrozio. **A responsabilidade do Estado e a judicialização da saúde**. Disponível em: <<https://facnopar.com.br/conteudo-arquivos/arquivo-2017-06-14-14974729091845.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2021.

COSTA, Antônio Gil. COSTA, Carlos Eduardo de Mira. **Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=170>>. Acesso em: 25 ago. 2021.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social ea assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?**. Cortez, 2004.

DINIZ, Janguê. Os desafios da saúde pública no Brasil. **Portal Eletrônico da UNINABUCO [2014]. Disponível em: Acesso em**, v. 13, n. 04, 2020.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. FGV. **INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL (INAMPS)**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 16 set. 2021.

PORTAL DE NOTÍCIAS, G1. **Mortes na fila por um leito de UTI, falta de insumos funerários sem férias: os sinais do colapso na saúde brasileira**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/20/mortes-na-fila-por-um-leito-de-uti-falta-de-insumos-e-funerarias-sem-ferias-os-sinais-do-colapso-na-saude-brasileira.ghtml>>. Acesso em: 22 out. 2021.

GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO- Editora FIOCRUZ, 2012.

LIMA, Danilo Lopes Ferreira et al. COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1575-1586, 2020.

MARTINS, Sergio Pinto. **Direito da seguridade social**. 39. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

MATTA, Gustavo Côrrea et al. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Declaração de Filadélfia**. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---lo-brasilia/documents/genericdocument/wcms_336957.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

OTONI, Reimont. **Coronavírus mostra importância do SUS**. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br> Acesso em: 30 ago. 2021.

PAULO, Vicente, ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito constitucional descomplicado**. 18. ed. São Paulo: Método, 2019.

PEREIRA, Mara Dantas et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e652974548 e652974548, 2020.

PESSINI, Leo. **Sobre o conceito ético de ‘Mistanásia’**. Disponível em <<https://www.a12.com/redacaoa12/igreja/sobre-o-conceito-etico-de-mistanasia>>. Acesso em: 19 out. 2021.

PONTES, Nádia. **Sucateado, SUS vive "caos" em meio à pandemia**. Disponível em: <<https://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597200-sucateado-sus-vive-caos-em-%20meio-a-pandemia>>. Acesso em: 05 set. 2021.

PORTAL G1. **Brasil tem média móvel de 622 mortes diárias por Covid; queda na média de casos é de -27%**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/09/03/brasil-tem-media-movel-de-622-mortes-diarias-por-covid-queda-na-media-de-casos-e-de-27percent.ghtml>> . Acesso em: 08 set. 2021.

RICCI, Luiz Antonio Lopes. **A morte social: mistanásia e bioética**. Pia Sociedade de São Paulo-Editora Paulus, 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. Livraria do Advogado editora, 2021.

SILVA, Leny Pereira. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4119722/mod_resource/content/1/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf> . Acesso em: 01 set. 2021.

SOUZA, Ana Patrícia dos Anjos. **OS DIREITOS SOCIAIS NA ERA VARGAS: a Previdência Social no processo histórico de constituição dos Direitos Sociais no Brasil**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Ana_Patr%C3%ADcia18.pdf>Acesso em: 15 set. 2021.

TELES, Guilherme. **SUS, o sistema de saúde com a cara do Brasil**. Disponível em: <<https://guilhermetelesadv.jusbrasil.com.br/artigos/309613370/sus-o-sistema-de-saude-com-a-cara-do-brasil>> . Acesso em: 16 nov. 2021.

VARGAS, Matheus. **Mistanásia: A Morte Precoce, Miserável e Evitável Como Consequência da Violação do Direito à Saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/biodireito/mistanasia-a-morte-precoce-miseravel-e-evitavel-como-consequencia-da-violacao-do-direito-a-saude-no-brasil/>> . Acesso em: 20 out. 2021.