



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Bacharelado em Direito

Trabalho de Conclusão de Curso

Professor Orientador José Eduardo Barbieri

**MISTANÁSIA: A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA FRENTE A  
RESPONSABILIDADE ESTATAL**

Jordana Kemilly Neves

GOIÂNIA  
2021

Jordana Kemilly Neves

**MISTANÁSIA: A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA FRENTE A  
RESPONSABILIDADE ESTATAL**

Monografia Jurídica realizada no nono período do curso Bacharelado em Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Direito e Relações Internacionais, com a finalidade de avaliação conclusiva do curso.

Orientador: José Eduardo Barbieri.

GOIÂNIA

2021

Jordana Kemilly Neves

**A MISTANÁSIA: A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA FRENTE  
A RESPONSABILIDADE ESTATAL**

Data da defesa: 28 de maio de 2021.

Banca Examinadora



---

Orientador: Prof. José Eduardo Barbieri

---

Examinadora Convidada: Prof.<sup>a</sup> Millene Baldy de Sant'anna Braga

Agradeço a primeiramente a Deus por toda a sabedoria e proteção, e em segundo aos meus pais que não os faltaram dedicações e esforços para me criar e me ensinar a ser uma boa pessoa, e a todas as pessoas que, direta e indiretamente, contribuíram para meu aprimoramento pessoal e profissional, bem como para a realização desta monografia jurídica. Agradeço ao meu noivo que tanto me apoiou nos momentos difíceis da pesquisa e da minha caminhada estudantil. De modo especial aos meus professores e ao orientador José Eduardo Barbieri, os quais me incentivaram e motivaram a estudar e buscar, incansavelmente, pelo conhecimento do saber jurídico.

A justiça não consiste em ser neutro entre o certo e o errado, mas em descobrir o certo e sustentá-lo, onde quer que ele se encontre, contra o errado.

Theodore Roosevelt

## SUMÁRIO

RESUMO .....	08
ASBTRACT .....	09
INTRODUÇÃO .....	10
CÁP.1 - O DIREITO DA SAÚDE FRENTE ÀS REGULAMENTAÇÕES DE SAÚDE PARA ATUAÇÃO DO ESTADO.....	14
CÁP.2 - A MISTANÁSIA NO SETOR DA SAÚDE DO BRASIL .....	25
CÁP.3 - MISTANÁSIA: A RESPONSABILIDADE ESTATAL FRENTE OS TRIBUNAIS E CORTES INTERNACIONAIS.....	32
CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS .....	44
ANEXO .....	49

## RESUMO

A presente monografia analisa a miserabilidade de uma morte precoce pela omissão do Estado, a mistanásia, e qual é a responsabilidade estatal deste ente. Sendo assim, foram apresentados o direito da saúde frente às regulamentações de saúde para atuação do estado; em sequência os exemplos práticos de mistanásia no setor de saúde no Brasil e por fim a responsabilização estatal pela mistanásia frente os Tribunais Federais e Cortes Internacionais. A conclusão demonstrou que a partir de uma conscientização coletiva que a morte miserável de um cidadão, ocorrida por uma clara omissão estatal, deve ser denunciada nos tribunais federais, para que venha validar o direito à saúde, a inviolabilidade da vida e o princípio da dignidade da pessoa humana a um cidadão.

Palavras-chaves: mistanásia; omissão estatal; responsabilidade; morte precoce.

## **ABSTRACT**

The present monograph analyzes the miserability of an early death due to the omission of the State, the mystification, and what is the state's responsibility of this entity. Thus, the right to health was presented in the light of health regulations for the state to act; in sequence the practical examples of mystification in the health sector in Brazil and finally the state accountability for mystification before the Federal Courts and International Courts. The conclusion demonstrated that based on a collective awareness that the miserable death of a citizen, which occurred due to a clear state omission, must be denounced in federal courts, in order to validate the right to health, the inviolability of life and the principle of dignity. from the human person to a citizen.

.

Keywords: *mistanásia*; state omission; responsibility; premature death.



## INTRODUÇÃO

A presente monografia versou sobre o tema “Os posicionamentos dos tribunais frente a responsabilidade do estado nos casos de mistanásia” e destacou a relevância da discussão dos posicionamentos dos tribunais que se posicionam frente a responsabilidade do estado nos casos de mistanásia

Sabe-se que a morte em um corredor de hospital muitas das vezes encobre a precariedade da saúde primária, secundária e terciária na saúde pública no Brasil.

É evidente que a saúde é um direito social fundamental protegido pelo Estado e fundamentado na Constituição Federal, porém este mesmo Estado alega a ausência de recursos destinados à saúde, bem como ausência de políticas públicas.

Diante disso, em demandas no judiciário, o Estado alega argumentos como “a reserva do possível” para eximir-se de suas obrigações com o cidadão em assegurar o direito à saúde, em prol de priorizar recursos financeiros.

A Lei Orgânica da Saúde - 8080/1990, diz que, no artigo 2º, *caput*, que a saúde é direito de todos, devendo ser provida pelo Estado, responsável por garanti-la por meio de políticas econômicas e sociais que visem à prevenção e à redução de riscos de doenças e outros agravos. Em seus parágrafos dispõe, que há fatores determinantes e condicionantes da saúde, como a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, o transporte, dentre outros.

E mesmo diante das legislações, a mistanásia é vista diante milhões de brasileiros, através do mau uso do dinheiro público que acarreta na falta de leitos e insumos básicos para atendimentos nos hospitais públicos, a desvalorização dos gestores hospitalares, a discriminação da saúde pelos três poderes, corroídos pela corrupção.

Com isso aumentando a vulnerabilidade dos mais necessitados pela negligência do Estado em oferecer saúde a todos (SUS), assistência básica,

saneamento, moradia, educação; a falta deste conjunto de fatores acarreta a “morte social”.

As denúncias dos órgãos de fiscalização, como dos Conselhos de Medicina, além de mostrarem a realidade vivenciadas por pessoas em situações vulneráveis e a falta de tratamento digno ofertado pelo Estado, apresentam a precariedade dos serviços oferecidos pelos profissionais da saúde que prestam serviços na rede pública, trabalhando em cargas horárias exaustivas enfrentando a falta de EPI’S básicos para continuidade de atendimentos.

O Conselho Federal de Medicina criou um canal de denúncia de falta de EPI’S e apresentou os dados levantados da condição vivida por profissionais da saúde que estão a frente contra a pandemia do vírus SARS-CoV-2. Como podemos ver a seguir:

De acordo com o levantamento do CFM, a queixa recorrente – cerca de 38,2% dos casos – está relacionada à falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), considerados obrigatórios para o enfrentamento de epidemias. Apesar da recomendação das autoridades sanitárias, como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 1.585 formulários denunciaram falta de máscara N95 ou equipamento equivalente. Também foi notificada falha na oferta de aventais (1.417 relatos), óculos ou protetor facial (1.215), máscara cirúrgica (1.038), gorro (697) e luvas (496). No quesito insumos, exames e medicamentos, os relatos de fragilidades no processo de assistência pesaram sobre a ausência de kits de exame para covid-19, relatada em 937 denúncias. Também foi registrada a falta de medicamentos (697), de material educativo de prevenção contra o vírus (592), acesso a exames de imagem (439), material para uso em UTI (326) e material para curativo (193).

Posto isso, diante da análise de dados tão deploráveis frente a vida de uma população, é preciso alimentar uma responsabilidade pessoal, social e política em relação à vida dos indivíduos e as comunidades que estejam em condição de vulnerabilidade.

Como podemos analisar as ementas das Jurisprudências a seguir que exemplificam a condenação do Estado por omissão na prestação de atendimento médico em hospital público:

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. DANO MORAL. OMISSÃO NA PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO EM HOSPITAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. CONDENAÇÃO AO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO. DANO MORAL FIXADO EM

R\$15.000,00. PROVA PERICIAL MÉDICA PRODUZIDA NOS AUTOS. RECURSO DO RÉU, ALEGANDO AUSÊNCIA DE FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, DO DEVER DE INDENIZAR, PUGNANDO PELO PROVIMENTO DO RECURSO PARA, AO MENOS, REDUZIR A FIXAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO.

(TJ-RJ - REEX: 00999059220088190001, Relator: Des(a). ANDRE EMILIO RIBEIRO VON MELENTOVYTCH, Data de Julgamento: 14/12/2015, VIGÉSIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 14/03/2016)

DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. AÇÃO INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. ALEGAÇÃO DE FALHA NO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. APLICAÇÃO DE SORO VENCIDO EM PACIENTE. DEVER DE INDENIZAR CONFIGURADO. DANOS MATERIAIS CONSTATADOS POR CONTA DE CONSULTA PARTICULAR PAGA PELA MÃE APÓS O EPISÓDIO.

(TRF-4 - AC: 50012122920184047101 RS 5001212-29.2018.4.04.7101, Relator: VÂNIA HACK DE ALMEIDA, Data de Julgamento: 14/07/2020, TERCEIRA TURMA)

Observa-se nos casos supramencionados a omissão do atendimento público nos nosocômios, os quais as pessoas buscam sair curadas ou ter melhoras significativas em sua saúde e se depara com um Estado omisso que oferece soro vencido aos seus pacientes, que não proporciona os exames corretos para diagnóstico, e que muitas das vezes nem um leito é encontrado com a chegada de um paciente.

Obsta apenas a procura de um cidadão pelo seu direito tutelado pela Magna Constituição, o direito à saúde, através da Responsabilização do Estado; em análise pelo Supremo Tribunal Federal em regime de recurso repetitivo no Recurso Extraordinário nº 841.526, definindo-se que

"a responsabilidade civil do Estado por omissão também está fundamentada no artigo 37, § 6º, da Constituição Federal, ou seja, configurado o nexo de causalidade entre o dano sofrido pelo particular e a omissão do Poder Público em impedir a sua ocorrência - quando tinha a obrigação legal específica de fazê-lo - surge a obrigação de indenizar, independentemente de prova da culpa na conduta administrativa (...)"

Portanto, casos como esses em que por omissão do Estado houve sequelas ou até mesmo a perda de uma vida, imperativamente deve-se buscar a responsabilidade estatal junto às legislações e jurisprudências.

Ainda nesse viés, é mister destacar que a intenção desta monografia foi aprofundar como os tribunais se posicionam frente a responsabilidade do estado nos casos de mistanásia, para que assim, venha-se a compreender

os impactos dessa prática na vida de um cidadão, justificando-se a relevância da discussão proposta no presente trabalho científico.

Sendo assim, reitera-se que essa monografia teve como objetivo geral estudar os tribunais que se posicionam frente à responsabilidade do Estado nos casos de mistanásia. Ademais, teve como objetivo específico (1) Verificar o aspecto da bioética e o direito da saúde frente às regulamentações de saúde para atuação do Estado; (2) Demonstrar a responsabilidade civil do estado perante a mistanásia; (3) Analisar as posições jurisprudências dos tribunais diante a mistanásia; nesse contexto, problematizou-se como os tribunais se posicionam frente a responsabilidade do estado nos casos de mistanásia.

Nesse sentido, foram formuladas as seguintes hipóteses: (1) Havendo a conscientização da gravidade da omissão do estado frente a saúde pública, então poderia haver uma maior atuação dos entes e cobranças de efetivas políticas públicas; (2) A conscientização da gravidade da omissão do estado frente a saúde pública, poderia gerar uma cobrança de nós cidadãos aos entes públicos, porém poucas coisas seriam feitas no que diz sobre políticas públicas; (3) Com a exposição pública da omissão do estado frente a área da saúde pública, o Estado alegaria o princípio da reserva do possível e não criaria políticas pública efetivas e, assim só resultaria na comodidade pública em um cenário tão lamentável, no entanto, outros fatores também podem interferir nesta prática.

Ademais, a metodologia utilizada foi a natureza descritiva como base para a sua elaboração, juntamente com técnicas de pesquisas bibliográficas, teóricas, que buscaram informações necessárias e atuais sobre a omissão do Estado frente à saúde pública. As fontes de consulta foram de autores renomados na área jurídica, revistas especializadas, textos disponibilizados na internet e artigos científicos e livros que abordaram assuntos pertinentes ao tema pesquisado; fundamentos normativos que abordam o tema, e análise de jurisprudência acerca da situação das posições jurisprudências dos tribunais diante a mistanásia. Os métodos presentes nesta pesquisa foram o dedutivo-indutivo utilizado como ponte entre os posicionamentos da ciência jurídica, sociológica e da bioética que cerceiam o tema.

No primeiro capítulo, inicialmente, foi realizada uma análise do aspecto da bioética e o direito da saúde frente às regulamentações de saúde para atuação do Estado. Em seguida, foi promovido uma avaliação histórico-crítica do direito à saúde. Em sequência, no segundo capítulo, realizou, mediante revisão bibliográfica de obras doutrinárias e artigos especializados, um estudo acerca da omissão do Estado e a precariedade na saúde pública, explicitando os diversos casos de mistanásia no Brasil e no Mundo. Por fim, o terceiro capítulo dedica-se à realização da análise jurisprudencial acerca do tema, e o estudo das leis que norteiam a responsabilidade civil do Estado como gestor da saúde pública, visando, por meio do método indutivo, compreender o entendimento dos tribunais brasileiros acerca da mistanásia. Proporcionando, assim, na conclusão a conscientização da gravidade da omissão do estado frente a saúde pública, sendo assim, a Mistanásia evidência uma sucessão de falhas cometidas pelo Estado, pondo em xeque a miserabilidade da morte precoce em um Estado Democrático de Direito, com uma legislação tão bem estruturada como o Sistema Único de Saúde.

## 1- O DIREITO DA SAÚDE FRENTE ÀS REGULAMENTAÇÕES DE SAÚDE PARA ATUAÇÃO DO ESTADO

Antes de compreender o que é o direito da saúde é preciso entender a saúde, a qual implica saber o que é e a evolução deste conceito. Pode-se dizer que a saúde é um equilíbrio corporal, físico e mental no corpo humano, em termos médicos a "homeostase".

Diante disso, busca-se o “bem-estar” da vida humana, mas esta busca advém de quais fatores? Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV a.C., diz que o tipo de vida de seus habitantes junto com a influência da cidade diz sobre a saúde e afirma que o médico não comete erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências<sup>1</sup>

Já mais a frente, Engels, filósofo alemão do século XIX, em sua obra “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”, estudando as condições de vida de trabalhadores na Revolução Industrial, concluiu que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes, seus ambientes de trabalho são responsáveis pelo nível de saúde das populações<sup>2</sup>. Portanto, percebia-se que a saúde está relacionada diretamente com as condições de vida e da organização social de uma determinada região.

Os graves problemas sociais do início do capitalismo industrial, as desastrosas condições de vida e trabalho, geradas pela formação e crescimento dos núcleos urbanos e pela necessidade cada vez maior de expandir o capital industrial, às custas da exploração da força de trabalho e da pobreza. (SEVALHO, 1992, p. 6)

Percebendo-se então, que as condições sociais influenciavam nas condições da saúde da população, surge-se então o termo “medicina social”.

Tal fenômeno se iniciou na Alemanha com o que para o teórico social Michel Foucault chama-se de “medicina de Estado” (*Staatzmedizin*), essa movimento de reforma médica Alemã, tinha como princípios a saúde do povo é um objeto de responsabilidade social; os fatores sociais e econômicos têm um

---

<sup>1</sup> HIPPOCRATES. *The medical works of Hippocrates*; a new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann. Springfield, Ill. Thomas, 1950. p. 90-111.

<sup>2</sup> ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo, Global Ed., 1986.

efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica; deve-se tomar providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas. (ROSEN, 1979, p.80). É uma “organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal” (Foucault. O Nascimento da Medicina Social. 1979, p.84). Sendo assim, uma medicina que tenha como suporte a estrutura do Estado.

O Estado clama ser um estado que protege o direito de propriedade. Seu propósito é proteger os bens do povo. A maioria das pessoas, entretanto, possui apenas seu poder de trabalho, que depende inteiramente de sua saúde. Esta é sua única propriedade e o Estado, portanto, tem o dever de protegê-la e o povo tem o direito de exigir que sua saúde, sua única propriedade, seja protegida pelo Estado (SINGER, 1996, p. 226).

Concomitantemente, surge na França essa mesma expressão, no entanto, com o sentido de “urbanização”, uma medicina baseada nas condições de vida e do meio de existência.

Acrescente-se que somente na metade do século XIX, em 1848, a expressão medicina social ganharia registro. Surgiu na França e, embora concomitante ao movimento geral que tomou conta da Europa, num processo de lutas pelas mudanças políticas e sociais. (NUNES, 1998, p.108)

Uma outra vertente surge na Inglaterra, o Estado assumindo algumas funções que eram destinadas a Igreja, através da legislação “Leis dos Pobres”, que surgiu na dinastia Tudor; devido a Industrialização que passa a ter um controle médico das populações mais carentes, além das várias epidemias, com isso a medicina social inglesa teve presente três sistemáticas: “uma medicina assistencial destinada aos mais pobres; uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como vacinação, epidemias, etc, e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la”. (Foucault. O Nascimento da Medicina Social. 1979, pg 97)

No entanto, após o período do surgimento do capitalismo e com as novas descobertas advinda do descobrimento do microscópio como a da existência de germes, tiveram uma nova perspectiva sobre as doenças, como a “teoria da unicausalidade” de Louis Pasteur, diante disso, trazendo um conceito

“não social” à saúde, pois direcionou a biomedicina a centralizar nas doenças e não no indivíduo, instituindo um modelo epidemiológico na sociedade.

Com isso, a partir desse momento teve-se uma decadência na saúde pública, diminuindo assim, a importância ao contexto social e com a condição de vida da população.

Porém, com o passar do tempo, por visões defendidas por profissionais da saúde, passou-se a tratar a saúde em seu conceito amplo e não somente a "ausência de doença", como é demonstrado no trecho a seguir sobre a definição de saúde no ano de 1920:

Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir doenças e incapacidades, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a educação dos indivíduos nos princípios da higiene pessoal e a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento precoce de doenças e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (WINSLOW, 1920 apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003 p.29)

Neste mesmo período estava acontecendo a Primeira Guerra Mundial, e com seu advento, surge-se a Organização de Saúde da Liga das Nações que tinha como ideal que a saúde e o bem estar social poderiam reduzir conflitos, conseqüentemente, ser uma prevenção à guerras. Com isso, a Organização de Saúde da Liga das Nações apoiou iniciativas científicas para o avanço da medicina e o desenvolvimento das condições de vida, saúde e saneamento, dessa maneira, promovendo a saúde em um contexto mais amplo.

No entanto, a Organização de Saúde da Liga das Nações teve que superar diversos obstáculos para atuar nas Américas, já que os Estados Unidos com seu Escritório Internacional de Saúde Pública, que tinha forte influência no Escritório Sanitário Pan-Americano – PASB, fundado em Washington (DC) em 1902, o qual representava todas as repúblicas da América do Norte e do Sul.

Por efeito de uma decisão da Conferência Sanitária Pan-Americana realizada em Lima, em 1927, esse Escritório, no mesmo ano, estabeleceu vínculos com o Escritório Internacional de Saúde Pública, em Paris, passando a atuar como organismo regional de inteligência epidêmica (Goodman, 1952, p. 242-3; Birn, 2002; Cueto, 2004).

Com advento da ligação entre a Organização de Saúde da Liga das Nações e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha e com o isolacionismo dos



Estados Unidos incentivou a América Latina colaborar com a Organização de Saúde da Liga das Nações.

Em 1925, o Conselho de Saúde da Liga das Nações defendeu a realização de estudos sobre as causas da mortalidade infantil, que posteriormente colaborou com a criação do Instituto Interamericano de Proteção à Infância. Apesar do isolamento dos Estados Unidos, a Fundação Rockefeller colaborou ativamente com as agências internacionais e com pesquisas médicas.

Pode-se ver, a seguir, o quadro expositivo sobre os comitês e conferências na América do Sul em colaboração com a Organização de Saúde da Liga das Nações.

**Quadro I – A América Latina e a Organização de Saúde da Liga das Nações**

<b>Nome/País</b>	<b>Função</b>	<b>Comissão/ Conferência</b>	<b>No Comitê de Saúde</b>
Alfaro, G. Aráoz Argentina	Presidente do Departamento Nacional de Saúde	Comitê do bem-estar infantil, Comissão de tuberculose	1927-1930
Chagas, Carlos Brasil	Diretor do Instituto Oswaldo Cruz	Saúde portuária, Comissão de lepra, Comissão de malária, Escolas de Saúde Pública	1922-1934
Lorenzo, Ramon Cuba	Diretor do Instituto Pasteur, Santa Clara	Conferência internacional sobre a hidrofobia, 1927	
MacKenna, Luis Calvo Chile	Diretor-médico do Orfanato Santiago do Chile	Comissão do bem-estar infantil/ Conferência, 1927	
Mimbela, P. Peru	Professor de medicina da Universidade de Lima	Saúde portuária Comissão do Extremo Oriente	1924-1926
Morquio, Luis Uruguai	Professor de saúde infantil	Bem-estar infantil, 1927	
Ordóñez, Hernando Colômbia	Diretor do Instituto de Educação Física	Comissão de educação física	
Rico, Edmundo Colômbia	Laboratório de higiene, Bogotá	Hidrofobia	
Scoseria, Jose Uruguai	Conselho de Saúde		1930-1931
Sordelli, Alberto Argentina	Diretor do Instituto de Bacteriologia	Comissão de padrões permanentes	1936-1945
Zwanck, Alberto Argentina	Professor de higiene, Buenos Aires	Bem-estar infantil	

Fontes: Iris Borowy, 'List of Persons', disponível em: [www.uni-rostock.de/fakult/philfak/fbg/41/conference/index.htm](http://www.uni-rostock.de/fakult/philfak/fbg/41/conference/index.htm); Bibliografia, 1945.

E no ano de 1945, com a reconfiguração das organizações internacionais, e com a perda do foco internacional da Organização de Saúde da Liga das Nações, com seus especialistas de saúde pública tendo o foco em suas pátrias, surge a Organização Mundial de Saúde – OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef.

Devido o advém do tempo, a industrialização do século XX, trouxe consigo diversas doenças, principalmente causadas por elementos radioativos vindo dos produtos industrializados minavam a saúde infantil, após diversas pesquisas constataram que havia chumbo no cérebro de algumas crianças; em consequência, diversos médicos lutaram contra grandes empresas que utilizava esse metal. Uma das inúmeras realizações que os médicos cientistas conquistaram para incrementar a perspectiva de vida.

Foram se propagando diferentes áreas científicas que se somaram para o alcance de exames de imagem do corpo humano: radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética; proporcionando a decaída dos números de mortalidade.

No entanto, junto com avanços científicos, implodiu guerras, que deixou rastros de morte, mazelas e pobreza, e após a Segunda Guerra Mundial surgiu a necessidade de um plano para reerguer a saúde daqueles que sobreviveram, posto isso, a Organização das Nações Unidas (OMS), que fomentou a Declaração Universal dos Direitos do Homem que teve como preceito fundamental à saúde, que no preâmbulo de sua Constituição (1946), assim a conceitua: "Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". Tal conceito foi alvo de diversas críticas, conforme elucida Moacyr Scliar:

A amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977): saúde é ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor. Uma resposta a isto foi dada pela declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS. A abrangência do tema foi até certo ponto uma surpresa. A par de suas tarefas de caráter normativo - classificação internacional de doenças, elaboração de regulamentos internacionais de saúde, de normas para a qualidade da água - a OMS havia desenvolvido programas com a cooperação de países-membros, mas esses programas tinham tido como alvo inicial duas doenças transmissíveis de grande prevalência: malária e varíola. A varíola foi escolhida não tanto por sua importância como causa de morbidade e mortalidade, mas pela magnitude do problema (os casos chegavam a milhões) e pela redutibilidade: a vacina tinha alta eficácia, e como a doença só se transmite de pessoa a pessoa, a existência de grande número de

imunizados privaria o vírus de seu hábitat. Foi o que aconteceu: o último caso registrado de varíola ocorreu em 1977. A erradicação de uma doença foi um fato inédito na história da Humanidade. Quando se esperava que a OMS escolhesse outra doença transmissível para alvo, a Organização ampliou consideravelmente seus objetivos, como resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social. Eram anos em que os países socialistas desempenhavam papel importante na Organização - não por acaso, Alma-Ata ficava na ex-União Soviética. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde.

Durante a Conferência de São Francisco, com a elaboração da Carta da ONU, realizada em 1945, nos EUA, por proposta conjunta do Brasil e da China, foi dada uma recomendação, para ser convocada uma conferência diplomática mundial, com vistas a estabelecer uma organização mundial da saúde, com isso, teve um resultado unânime de aprovação, sendo inserida na Carta da ONU, "[...]a solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexo[...]" (art. 55, Capítulo IX da Carta da ONU).

Com a Constituição de 1946, que foi influenciada pela Constituição Mexicana de 1917, com os direitos econômicos, sociais e culturais, na inspiração dos direitos e garantias de segunda dimensão, como a proteção à família, o direito à saúde, de incumbência da Federação e das entidades federativas, direito à moradia digna, a ser concretizado por meio de apoio Estatal, proteção pública dos menores, direito ao trabalho e ao produto que dele resulta, proibição de contratos que importem na perda de liberdade do indivíduo, e a vedação da construção de monopólios.

Neste caminho, ainda no ano de 1946, o Conselho Econômico e Social da ONU, o ECOSOC, convocou uma Conferência Internacional com a finalidade de "estudar a extensão e os mecanismos da ação internacional a serem empreendidos no domínio da saúde pública, bem como de propostas visando à criação de uma organização internacional única das Nações Unidas para a saúde".

Posteriormente em 1951 foi redigido o primeiro Regulamento Sanitário Internacional com informação e disseminação internacional de dados científicos, técnicos e estatísticos, e a normalização indireta, em nível mundial, de técnicas terapêuticas e de prevenção. Que corroborou no Brasil, com a

criação da legislação relativa aos Conselhos de Medicina que teve o início com o Decreto-Lei nº 7955 de 13/09/45, sob o governo do Presidente Getúlio Vargas; no entanto, sua aplicação só teve início em 1951, quando foi constituído na forma da lei, o Conselho Federal Provisório de Medicina; sendo ratificada em 1957 pelo Presidente, o médico Juscelino Kubitschek de Oliveira, criando o Conselho Federal de Medicina, Lei nº 3268.

Como também surge a proteção Internacional do Direito Mundial do Meio Ambiente, que em 1982 na Assembléia Geral da ONU proclamou: "Qualquer vida é única e merece ser respeitada, pouco importando sua utilidade para o homem, e, a fim de reconhecer aos outros organismos vivos este valor intrínseco, o homem deve guiar-se por um código moral de ação" (Preâmbulo da Carta Mundial da Natureza, AG da ONU, 28/10/1982).

O Estado Brasileiro com a fixação em sua legislação em parâmetros para a definição do mínimo existencial em matéria de direito à saúde, vistos como parâmetros inspirando no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 e no Protocolo de São Salvador em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, os quais inspirou a promulgação da Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), inspirada em diversos documentos e tratados internacionais de direito social, econômico, político e do meio ambiente supramencionados, junto a ONU e dos direitos e liberdades consagrados no Pacto de São José da Costa Rica.

A liberdade de manifestar a própria religião e as próprias crenças está sujeita apenas às limitações previstas em lei e que se façam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral públicas ou os direitos e as liberdades das demais pessoas. (CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (1969).

Disponível em: <<http://www.pge.sp>>.

Vieram assim na Carta Magna de 1988 os preceitos fundamentais, e mais uma vez, incluído **o direito à saúde**, e em seu preâmbulo institui que um Estado Democrático de direito é “[..]destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, **o bem estar** [...]”.

Ora, portanto, é expresso na Constituição que é condicionante a saúde da população os reflexos do contexto social que ela vive, ou seja, para que a população atinja padrões aceitáveis de saúde é necessário um equilíbrio entre políticas públicas, serviços setoriais, condições ao acesso aos serviços de

saúde e o desenvolvimento pessoal. Neste sentido, na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) conceituou o que é saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

Com isso, foi visto no Brasil foram diversos movimentos e mobilizações coletivas em prol da reforma política e redemocratização, tendo como pontos basilares a saúde pública, e diante a fragilidade da estrutura sanitária pediu-se um modelo de política pública assistencial para população bastarda, colocando saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, criando assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) através da CF/88 e a Lei nº 8080, que em seus artigos dispõe:

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. (Constituição Federal de 1988)

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Lei nº 8080)

O SUS, em sua universalidade aponta para o direito à vida, uma vida digna sem distinção de qualquer natureza, e busca a equidade, onde é possível ver que em um país tão grande quanto o Brasil que é repleto de economias, de níveis de desenvolvimento, e ver em um cenário como a Grande Cidade de São Paulo em comparação com Sobral, município do Ceará, um cidadão que vive nesse município recebendo o mesmo tratamento e com a mesma estrutura hospitalar que um hospital público de São Paulo, o princípio da Equidade, o qual carrega o SUS, tem o desafio de alcançar estratégias que refletem a hegemonia da saúde pública no Brasil.

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. (Vasconcelos & Pasche, 2006: 535)

(VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema Único de Sa'de.)

Em continuidade, o SUS apresenta a integralidade, o tratamento integral dado ao cidadão, desde a abordagem preventiva ao oferecimento assistencial de uma cirurgia de emergência, como também, compreender a saúde não envolvendo apenas em um fator biológico, mas com a influência do contexto social que o indivíduo é composto, neste sentido, as políticas públicas de saúde deve atentar-se às necessidades de grupos específicos, como por exemplo a saúde da mulher, campanhas de prevenção de DST/Aids.

Partindo então, do conhecimento dos princípios basilares do SUS, as diretrizes que articulam com esses princípios, como a da descentralização que é como uma estratégia de organização do sistema de saúde, ou seja, é a distribuição do poder político e recursos da esfera federal para a estadual e municipal, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

A legislação do SUS e suas Normas Operacionais (NOB-SUS) definem as competências comuns da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, atribuindo as responsabilidades de cada ente do governo.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção 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; e. 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: 162-163)

E mesmo com todos os mecanismos de descentralização política e administrativa do SUS, não exime a responsabilidade da União na indução de políticas e planejamentos de organização do sistema de saúde pública, através principalmente de incentivos financeiros aos Estados e Municípios.

A Lei 8080/90 estabelece em seus artigos 5º e 6º os objetivos e o campo de atuação de mencionado Sistema, sendo assim, o SUS possui os objetivos de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da

saúde, como também atuar na formação de promoção de política de saúde, sem que o dever do Estado exclua a família, empresas e a sociedade; deve-se prestar a assistência às pessoas através ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Ademais, estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS a execução de ações como de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Deve-se também ter como objetivos a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico e por fim a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Em caminho a isso, o Brasil lançou o Programa Nacional de Direitos Humanos PNDH, sob a presidência de Henrique Fernando Cardoso podendo afirmar que o Brasil avançou significativamente na questão da promoção e proteção dos direitos humanos, assim trazendo avanços importantes relativos ao direito à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, à cultura e ao lazer; adotando medidas a curto, médio e a longo prazo.

Direitos humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas portadoras de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e emigrantes, refugiados, portadores de HIV positivo, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso a riqueza. Todos, enquanto pessoas, devem ser respeitados e sua integridade física protegida e assegurada. (Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996)

Diante disso, reafirmando a garantia do Direito à Saúde, à Previdência e à Assistência Social, assegurar o princípio da universalização do acesso à saúde, fortalecendo o Sistema Único de Saúde SUS, assegurando sua autonomia e democratização, bem como a sua consolidação em todos os estados e municípios brasileiros, ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde a partir do fortalecimento da atenção básica, como diversos planos para alcance do bem estar social, assim a saúde saindo de um aspecto individual e passou ser um direito social.

Conseqüentemente, nos ordenamentos que permeiam a sociedade é explícito a importância do bem estar coletivo para o seguimento de um equilíbrio social.

A Constituição do Brasil proclama o cuidado com a saúde como dever do Estado e direito do cidadão brasileiro. Dever do Estado em seus três níveis de funcionamento: municipal, estadual e federal. Onde se pode depreender que os cuidados com a saúde (e não apenas a assistência médica) são tarefas tipicamente estatais, qualidade expressamente assentada no mandamento constitucional. (Miranda-Sá Jr, Luiz Salvador de Uma introdução à Medicina, 2013, p.235)

Neste sentido, portanto, o Estado possui o dever de garantir o direito à saúde mediante políticas sociais e econômicas o direito à saúde está conectado com o direito à vida, exercendo praticamente todo e qualquer direito constitucionalmente previsto, já que, sem saúde, não há vida.



## 2- O REFLEXO DA MISTANÁSIA NO BRASIL

A mistanásia etimologicamente é definida como a “morte social”, caracterizada pela bioética e o biodireito como um indivíduo vulnerável socialmente é acometido pela morte precoce, evitável e miserável diante a violação de seu direito à saúde que é amparado constitucionalmente.

Sabe-se que a mistanásia é aquela em que por uma negligência, imperícia ou imprudência do serviço médico, causa aflição e sofrimento no enfermo, tendo como resultado a precipitação da morte, ou seja, todo esse resultado poderia ser evitado sem a omissão de um ente.

[...] Seria, portanto, a inacessibilidade do indivíduo ao tratamento necessário à preservação de sua saúde (condição quantitativa ou ontológica / neste caso a pessoa não consegue se tornar paciente), ou acessibilidade precária, carente de condições adequadas para o correto tratamento (condição qualitativa ou axiológica). Os agentes passivos deste processo são as pessoas deficientes ou doentes em condição de carência, de exclusão econômica, política ou social, que estão impossibilitados de ingressar no sistema de atendimento médico público ou privado, ou, os doentes e pessoas debilitadas que ingressam no sistema público de atendimento, mas são vítimas da já referida negligência, imprudência ou imperícia. (VIREIRA, 2018)

Além disso, esse conceito mostra que a pobreza pode levar a uma morte fora do tempo e tanto as condições de vida quanto a leito de morte devem ser amparadas pela dignidade. Segundo o site de informação G1, num país onde quase 35 milhões de indivíduos não têm acesso a água tratada e 46% da população não possui coleta de esgoto (Velascos, online, acesso em 15/03/2021), vemos a desigualdade crescer a cada dia em decorrência das políticas públicas falhas que poucas coisas fazem para mudar esse cenário.

Diante disso, a mistanásia é vivida principalmente pela população mais vulnerável, os pobres, negros, idosos, entre outros, que são deixados de lado para morrer sem que a devidas precauções sejam tomadas.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, negros são maioria entre pacientes com diabetes, tuberculose, hipertensão e doenças renais crônicas, que tornam a ação do coronavírus mais letal, e estes também representam 67% dos que dependem exclusivamente do SUS. Tratam-se de doenças que surgem ligadas a desigualdades sociais e raciais, como condições precárias de moradia, falta de saneamento básico, emprego e subsistência deficitária e má alimentação (RIBEIRO, 2020).

Com isso, a forma mais comum de mistanásia é o Estado ser omissivo na sua função mais primordial que é tutelar o direito à saúde a um indivíduo; uma omissão de socorro estrutural que se resume na ausência de planejamento, gestão financeira e organizacional e a atenção do Estado, devido o seu setor responsável pelo sistema de saúde pública não fornecer os insumos necessários para um adequado serviço de saúde ao paciente que necessita dos serviços estatais.

Nesse sentido, “Um exemplo seria o caso de idosos internados em hospitais ou hospícios onde não se oferecem alimentação e acompanhamento adequados, provocando, assim, uma morte precoce, miserável e sem dignidade”. (NAMBA, 2015, p. 224).

Deste modo, o autor Luiz Antônio Ricci em sua obra explicita mais um exemplo de morte social:

Emblemático é o caso da cidade de Bauru-SP. Trata-se de um inquérito inédito, instalado pela polícia civil, para apurar causas e responsabilidades de 581 mortes, ocorridas em três anos por ausência de internação hospitalar. Um óbito a cada três dias por falta de vagas na rede pública de saúde. São mortes mistanásicas que precisam ser apuradas e evitadas. Trata-se da “politização da morte. (RICCI, 2017, p. 49).

Dessa forma, a má administração federal do dinheiro público dando causa aos estados e municípios elaborarem novas condições, por intermédio de políticas públicas locais, para solucionar a situação da saúde da sua respectiva região é dada pela Descentralização, a qual segundo o Glossário do MS do Projeto de Terminologia da Saúde, é

redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, com base no entendimento de que o nível central, a união, só deve executar aquilo que o nível local, municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do SUS passa a ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, agora entendidos como os gestores do SUS.

Com isso, o dinheiro público que era centralizado a um ente, é redistribuído aos demais, possibilitando a melhoria da situação da saúde, aumentando os gastos e a necessidade de mão de obra qualificada.

Evidencia-se à inauguração de hospitais que não possuem a infraestrutura necessária para a demanda que é exposta, havendo uma grande quantidade de profissionais da saúde mal remunerados e com sobrecarga de trabalho, vendo frequentemente a ausência de leitos para os cidadãos que

aguardam atendimento nos hospitais, além da existência dos inúmeros pleitos de liminares judiciais a fim de que haja concedido a tutela de urgência para medicamentos, procedimentos jurídicos, exemplos da omissão estatal com o bem mais importante, a saúde e a vida.

Em consequência, com a grande demanda do sistema de saúde, tendo em vista que, além das doenças, endemias, pandemias, há as vítimas de violência em todo o Brasil, sendo assim, preenchendo as vagas dos leitos de hospitais e postos de saúde, havendo a necessidade em alguns casos de escolha da situação da gravidade do autor, e os profissionais da saúde se tornarem verdadeiros “juízes” do destino da vida dos seus pacientes, já que por falta de recurso, terem que optar por qual vida salvar.

Com isso, restando aos familiares dos pacientes ser submetidos ao judiciário para ter dignidade no tratamento dos enfermos e se depararem com fundamentações jurídicas baseados em argumentos como “a reserva do possível” como uma forma de limitar a atuação do Estado no âmbito da entrega efetiva do direito à saúde, afastando o direito constitucional de interesse privado e prezando pelo direito da maioria, gerando assim o aumento de mortes mistanásticas.

Destarte, grandes discussões sobre a saúde pública que permeiam a bioética e o biodireito, como a judicialização da saúde perante os institutos do mínimo existencial e da reserva do possível; já que os cidadãos como último recurso recorrem ao judiciário para obter medicamentos ou vagas para o recebimento de um tratamento ou procedimento cirúrgico, negados a eles pelo poder público, ou por algum plano de saúde na esfera privada, buscam no judiciário a validação de um direito que é já seu, o direito à saúde, ao mínimo existencial, o direito à vida. Nesse sentido direciona-se a jurisprudência:

SUSPENSÃO DE LIMINAR. DECISÃO DE PRIMEIRA INSTÂNCIA QUE DETERMINA, AO ESTADO, O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. AUSÊNCIA DE GRAVE LESÃO À ORDEM E À ECONOMIA PÚBLICAS. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO. DECISÃO DE PRIMEIRO GRAU MANTIDA. I - Em se tratando de pessoa doente cujos direitos fundamentais à vida e à saúde estão em risco pela falta de medicamentos (Elmiron e o DMSO), é perfeitamente justificável a concessão de antecipação de tutela, não obstante a vedação constante da Lei 8.437/92. II - O Estado não pode, a pretexto do descumprimento de seus deveres institucionais, esconder-se sob o manto da "reserva do possível", pois essa não se presta como

justificativa para que o Poder Público se exonere do cumprimento de obrigações constitucionais, principalmente aquelas que se referem aos direitos fundamentais da pessoa humana. III - Ausente, na espécie, a possibilidade de grave lesão à ordem e economia públicas. IV - Agravo a que se nega provimento. Decisão de Primeira Instância mantida. (AGRSLT 0014174-68.2008.4.01.0000/PI, Rel. Desembargador Federal Presidente, Corte Especial - TRF 1, e-DJF1 p.72 de 26/02/2010).

Diante da análise da jurisprudência, percebe-se que os princípios constitucionais em questão não foram desrespeitados, pelo contrário, a utilização indiscriminada da “reserva do possível” é que ofenderiam a ordem constitucional e, no caso, o direito à saúde e à dignidade humana, sendo assim devida a obrigação de fornecer os medicamentos.

É comum que o Estado condicione sua efetivação aos limites financeiros fáticos e à escassez de recursos. O direito, portanto, passa não mais a ser visto de forma absoluta, podendo ser relativizado sob o argumento da insuficiência de recursos. Tanto em tribunais quanto no próprio âmbito dos juristas, o debate acerca da relação entre direitos e custos econômicos tem crescido e, inclusive, tem sido objeto de defesa do Estado em diversas ações judiciais (BRASIL, 2015, p. 132).

E mesmo diante das legislações, de um sistema de saúde totalmente estruturado como o SUS, como já fora abordado, a mistanásia é vista diante milhões de brasileiros, através do mau uso do dinheiro público que acarreta na falta de leitos e insumos básicos para atendimentos nos hospitais públicos, a desvalorização dos gestores hospitalares, a discriminação da saúde pelos três poderes, corroídos pela corrupção.

Hodierno, o mundo e o Brasil passam por uma pandemia a qual já fez mais de 432 mil óbitos, incluindo jovens, adultos, crianças e principalmente idosos. E com essa lastimável pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, o Brasil foi exemplo prático de mistanásia.

O impacto da pandemia causado na economia do país, junto a redução do financiamento do sistema de saúde brasileiro somada à má administração do dinheiro público destinado à saúde, acaba gerando um total descompromisso com a vida da população, expondo assim os mais vulneráveis à mistanásia.

Diante disso, pode-se acompanhar as situações dos estados e municípios que sofrem com a superlotação dos leitos dos hospitais públicos e particulares, como também de postos de saúde.

O Conselho Federal de Medicina criou um canal de denúncia de falta de EPI'S e apresentou os dados levantados da condição vivida por profissionais da saúde que estão à frente contra a pandemia do vírus SARS-CoV-2. Como podemos ver a seguir:

De acordo com o levantamento do CFM, a queixa recorrente – cerca de 38,2% dos casos – está relacionada à falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), considerados obrigatórios para o enfrentamento de epidemias. Apesar da recomendação das autoridades sanitárias, como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 1.585 formulários denunciaram falta de máscara N95 ou equipamento equivalente. Também foi notificada falha na oferta de aventais (1.417 relatos), óculos ou protetor facial (1.215), máscara cirúrgica (1.038), gorro (697) e luvas (496). No quesito insumos, exames e medicamentos, os relatos de fragilidades no processo de assistência pesaram sobre a ausência de kits de exame para covid-19, relatada em 937 denúncias. Também foi registrada a falta de medicamentos (697), de material educativo de prevenção contra o vírus (592), acesso a exames de imagem (439), material para uso em UTI (326) e material para curativo (193).

Outra denúncia que é apresentada pelos Médicos que atuam em unidades de saúde que prestam assistência a casos confirmados e suspeitos de covid-19 apresentaram 2.608 denúncias ao Conselho Federal de Medicina (CFM) com a indicação de quase 25 mil inconformidades na infraestrutura de trabalho oferecida por gestores (públicos e privados) de todo o País. Entre as principais 'faltas' identificadas nos serviços de saúde, estão a falta de máscaras N95 (ou equivalente), assim como de outros equipamentos de proteção individual (EPIs); a insuficiência ou completa ausência de kits de exames para covid-19; e falhas no processo de triagem. Outro ponto preocupante para os médicos é a falta de material para higienização, como álcool gel, papel toalha e sabonete líquido. Acerca desta localização:

A maioria dos denunciantes relatou problemas em hospitais (1.092), serviços de Atenção Primária (911) ou pronto atendimento (500). Em menor proporção, também figuram no painel de denunciados os serviços de atenção pré-hospitalar; assistência médica ambulatorial, ambulatório médico de especialidades e centros de atenção psicossocial; entre outros (tipos de unidades). Segundo os médicos denunciadores, mais de 85% das unidades em que atuavam prestam serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS), 10% eram privados, 3% eram filantrópicos e 2% não foi identificada a natureza do serviço. Médicos de 635 municípios brasileiros apresentaram relatos ao CFM sobre falhas na infraestrutura necessária ao adequado acolhimento

dos pacientes contaminados pelo novo coronavírus. O Sudeste concentra o maior número de denúncias dos médicos durante o período analisado, com 1.091 (41,8%) no total. Na sequência aparecem os estados do Nordeste, com 29,9% das denúncias

Em destaque, um estado que chamou muita atenção e chocou a população brasileira como um caso prático de mistanásia foi Manaus, no qual, devida a falta adequada de fornecimento de oxigênio aos hospitais, pessoas foram privadas de algo tão sutil como o oxigênio e morreram asfixiadas, mortes causada pela má administração do dinheiro público destinado a saúde e a falta de administração hospitalar que levou indivíduos a serem sufocados e mortos, o Estado falhou miseravelmente com o seu dever constitucional de fornecer saúde a todos esses cidadãos.

O Sindicato dos Médicos do Estado do Amazonas (SIMEAM) relata que a morfina é ministrada em bombas de infusão às vítimas de Covid-19, “racionando o oxigênio a tais pacientes até entrar em coma e falecer, ter uma parada cardiorrespiratória”. O Presidente do Sindicato, Raul Canal, diz que, “o caos que se instalou em Manaus, e no Estado do Amazonas como um todo, com mais de 40% de pacientes na fila de espera para internação, tem exposto os profissionais de saúde, o elo mais fraco e vulnerável dessa corrente, deixando-os à mercê dessas condutas atípicas do ponto de vista médico, mas praticamente tipificadas no âmbito penal”

Com isso, para que mais pessoas não morressem em agonia, desta forma tão miserável, a população, como também, grandes empresas se sensibilizaram com tal crise humanitária vivida no estado de Manaus fizeram doações juntamente com o Governo Federal.

O Município de Goiânia está com o sistema de saúde em colapso, tanto a rede privada quanto a pública da capital estavam com 100% de ocupação dos leitos de UTI para tratamento de pacientes com Covid-19, segundo o Painel da Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO) no mês de março de 2021. Diante disso, qualquer pessoa que necessite de internação poderá falecer com a espera de um leito disponível, sendo vítimas mais uma vez da morte miserável.

Evidenciando, assim, que a mistanasia põe em xeque a dignidade do indivíduo em seu direito de viver e de morrer sem seres submetidos a sofrimentos adicionais. E sem dúvidas que a situação da pandemia acentuou ainda mais os casos de mistanacias e desigualdades que já eram evidentes no Brasil e no mundo.

Outro caso bem evidenciado pelo mundo foi divulgado pela Itália, um país que sofre com altíssimos índices de diagnóstico de Covid-19, com isso, negou atendimento intensivo a idosos com mais de 80 anos de idade. Diante disso, negar atendimento hospitalar a qualquer pessoa em razão da sua idade, abala seriamente uma série de direitos fundamentais inerentes ao ser humano que foram conquistados ao longo da construção da base sociológica vivida pelo homem, o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana. É vista a morte ocorrida pelo abandono, descaso e desamparo do Estado, o ente que deveria tutelar com primazia o direito fundamental à saúde.

Infelizmente a Mistanásia é um deixar morrer, uma morte que poderia ser evitada, sendo esta miserável e infeliz; a mistanásia faz parte da bioética, que busca denunciar a desigualdade que leva à morte dos indivíduos mais vulneráveis tendo seus direitos negados, devido aos erros do sistema político e econômico, principalmente da saúde para garantir as necessidades básicas para os mais pobres não deixando assim a mercê da morte precoce e injusta.

### **3- MISTANÁSIA: A RESPONSABILIDADE ESTATAL FRENTE OS TRIBUNAIS E CORTES INTERNACIONAIS.**

A miserabilidade de uma morte sendo consequência de uma falha do cumprimento da tutela de um direito constitucional como à saúde é amplamente discutida pelos Tribunais Federais e atualmente é objeto de grandes pautas das Cortes Internacionais de Direitos Humanos.

Sabendo que a Constituição Federal determina no artigo 23, incisos I, II e III, que: Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; [...]. A ação que requer o cumprimento de obrigação de manutenção do direito à vida e a prestação de saúde, pode ser dirigida a qualquer dos entes federados, já que há responsabilidade solidária entre os entes, quando se trata da tutela do direito fundamental.

Como também, determina no artigo 196 que a saúde da população é uma garantia do cidadão e dever do Estado, devendo este proporcionar o suficiente para o seu bem estar. Outro ponto de fundamental importância é a Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), ditando em seu artigo 2º que: "[...] a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições ao seu pleno exercício".

Neste sentido a jurisprudência pátria tem se posicionado a respeito do dever constitucionalmente imposto a cada um dos entes federativos de garantir e promover a saúde:

#### **1) SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL**

**O preceito do artigo 196 da Carta da República, de eficácia imediata, revela que 'a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação'. A referência, contida no preceito, a 'Estado' mostra-se abrangente, a alcançar a União Federal, os Estados propriamente ditos, o Distrito Federal e os Municípios.** Tanto é assim que, relativamente ao Sistema Único de Saúde, diz-se do financiamento, nos termos do artigo nº 195, com recursos do orçamento, da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito



Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Já o caput do artigo informa, como diretriz, a descentralização das ações e serviços públicos de saúde que devem integrar rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo. Não bastasse o parâmetro constitucional de eficácia imediata, considerada a natureza, em si, da atividade, afigura-se-me como fato incontroverso, porquanto registrada, no acórdão recorrido, a existência de lei no sentido da obrigatoriedade de se fornecer os medicamentos excepcionais, como são os concernentes à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), às pessoas carentes. O município de Porto Alegre surge com responsabilidade prevista em diplomas específicos, ou seja, os convênios celebrados no sentido da implantação do Sistema Único de Saúde, devendo receber, para tanto, verbas do Estado. Por outro lado, como bem assinalado no acórdão, a falta de regulamentação municipal para o custeio da distribuição não impede fique assentada a responsabilidade do Município. Decreto visando-a não poderá reduzir, em si, o direito assegurado em lei. Reclamam –se do Estado (gênero) as atividades que lhe são precípuas, nos campos da educação, da saúde e da segurança pública, cobertos, em si, em termos de receita, pelos próprios impostos pagos pelos cidadãos. É hora de atentar-se para o objetivo maior do próprio Estado, ou seja, proporcionar vida gregária segura e com o mínimo de conforto suficiente para atender ao valor maior atinente à preservação da dignidade do homem. (...) (Voto do Min. Marco Aurélio, proferido no RE 271.286-8-RS). (grifei).

## **2) SUPERIOR TRIBUNAL DA JUSTIÇA**

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. **FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS PELO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** IMPOSSIBILIDADE DE REVISÃO DOS CRITÉRIOS ADOTADOS PARA ADMITIR A NECESSIDADE E ADEQUAÇÃO DO MEDICAMENTO AO PACIENTE. AGRAVO REGIMENTAL DA UNIÃO DESPROVIDO. 1. **Este Superior Tribunal de Justiça tem firmada a jurisprudência de que o funcionamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios, de modo que qualquer um desses Entes tem legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos para tratamento de problema de saúde.** Precedentes: AgRg no REsp. 1.297.893/SE, Rel. Min. CASTRO MEIRA, DJe 5.8.2013; AgRg no AREsp. 350.065/CE, Rel. Min. SÉRGIO KUKINA, DJe 24.11.2014; entre outros. (...) 4. Agravo Regimental da UNIÃO desprovido. (AgRg no REsp 1418953/PR, Rel. Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 28/03/2017, DJe 07/04/2017). (grifei).

-

## **3) TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA PRIMEIRA REGIÃO**

CONSTITUCIONAL, ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. TRATAMENTO DE SAÚDE. DIREITO FUNDAMENTAL E DIFUSO CONSTITUCIONALMENTE GARANTIDO. PEDIDO PROCEDENTE. APELAÇÃO. DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. UNIÃO, ESTADOS, MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL.

**RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. PRELIMINAR REJEITADA. CONTROVÉRSIA DECIDIDA PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. SENTENÇA MANTIDA.** 1. O Supremo Tribunal Federal, em análise de repercussão geral, reafirmou a sua jurisprudência no sentido de que: "**O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos entes federados. O pólo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente**" (RE n. 855.178/SE, Relator Ministro Luiz Fux, DJe de 16.03.2015). Preliminar rejeitada. 2. A Constituição Federal de 1988 erige a saúde como um direito de todos e dever do Estado (art. 196). Assim, conclui-se que **é obrigação do Estado, no sentido genérico (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação necessária para a cura de suas doenças, em especial as mais graves, não podendo a divisão administrativa de atribuições estabelecida pela legislação decorrente da Lei n. 8.080/1990 restringir essa responsabilidade, servindo ela, apenas, como parâmetro da repartição do ônus financeiro final dessa atuação, o qual, no entanto, deve ser resolvido pelos entes federativos administrativamente ou em ação judicial própria e não pode ser óbice à pretensão da população ao reconhecimento de seus direitos constitucionalmente garantidos como exigíveis deles de forma solidária.** 3. Não podem os direitos sociais ficar condicionados à boa vontade do administrador, sendo de fundamental importância que o Judiciário atue como órgão controlador da atividade administrativa. Seria uma distorção pensar que o princípio da separação dos Poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado justamente como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente fundamentais (AgRg no REsp 1.136.549/RS, Relator Ministro Humberto Martins, Segunda Turma, julgado em 08.06.2010, DJe de 21.06.2010). 4. Presentes os pressupostos autorizadores, nada a reparar na sentença, que determinou o tratamento de saúde de que o cidadão necessita. 5. Apelação e remessa oficial, desprovidas. (TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA PRIMEIRA REGIÃO - AC 0042203-65.2012.4.01.3500/GO; APELAÇÃO CÍVEL; Relator DESEMBARGADOR FEDERAL DANIEL PAES RIBEIRO; SEXTA TURMA; Publicação: 17/05/2016 e-DJF1;Data Decisão: 18/04/2016).

Assim, conforme demonstrado acima, o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça têm posicionamentos claros pela legitimidade solidária de todos os entes como integrantes e gestores do Sistema Único de Saúde, conforme a Lei n. 8.080 de 1990 que traçou diretrizes em seu artigo 5º para o seu melhor alcance. Dispõe o inciso III que "[...] a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas."

Posto isso, sabendo a responsabilidade solidária dos entes diante da saúde pública, deve-se saber que a Responsabilidade Civil de acordo com a autora Maria Helena Diniz:

Responsabilidade civil é o ato humano, comissivo ou omissivo, ilícito ou lícito, voluntário e objetivamente imputável, do próprio agente ou de terceiro, ou o fato de animal ou coisa inanimada, que cause dano a outrem, gerando o dever de satisfazer os direitos do lesado. Já a obrigação é estipulada por lei especial ou pela própria Constituição da República Federativa do Brasil e não carece de fato jurídico para que nasça a responsabilidade. (DINIZ, 1988, p.37)

Podendo-se diferenciar em Responsabilidade Objetiva e Subjetiva, sendo assim o autor Marcos Valério Guimarães de Souza mostra que:

Dentro da concepção tradicional a responsabilidade do agente causador do dano só se materializa se agiu culposa ou dolosamente. Assim, a prova da culpa do agente causador do dano é indispensável para que surja o dever de indenizar. Neste caso, a responsabilidade é subjetiva, pois depende do comportamento do sujeito. Em se tratando de responsabilidade objetiva a atitude culposa ou dolosa do agente causador do dano é de menor relevância, pois, desde que exista relação de causalidade entre o dano experimentado pela vítima e o ato do agente, surge o dever de indenizar, quer tenha este último agido ou não culposamente. (GUIMARÃES, online, acesso em 02/04/2021)

Nesse sentido, o Estado submete-se à teoria de risco ao exercer determinadas atividades, ou seja, possui a responsabilidade objetiva, presente no art. 37, § 6º da Constituição Federal, *in verbis*:

[...]As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.[...]

Diante disso, o Estado age por intermédio de seus agentes, que são incumbidos de alguma função estatal e, passíveis de causar danos ou prejuízos a terceiros gerando a obrigação do Estado frente ao dever de agir por parte da administração pública indenizar, independentemente de culpa ou dolo do agente, em decorrência da responsabilidade civil objetiva. Conforme o Código Civil:

Art. 927 - Parágrafo único. **Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei**, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem

Compreende-se a Responsabilidade Objetiva do estado a comissão, instituído nas condutas da Administração, no entanto, a Omissão do Estado na prestação de serviço de saúde, enseja na Responsabilidade Subjetiva do Estado em consequência das falhas que venham causar algum dano ao paciente ou à demais pessoas por negligência, imperícia ou imprudência, com isso, deve-se

provar ou presumir o elemento de culpa para que o Estado tenha o dever de indenizar.

Nesse sentido discorre Cavalieri Filho:

[...] o nexo causal é o segundo pressuposto da responsabilidade civil a ser examinado. Trata-se de noção aparentemente fácil, mas que, na prática, enseja algumas perplexidades. A rigor, é a primeira questão a ser enfrentada na solução de qualquer caso envolvendo responsabilidade civil. Antes de decidirmos se o agente agiu ou não com culpa teremos que apurar se ele deu causa ao resultado. O Código Penal, que tem norma expressa sobre o nexo causal (art. 13), é muito claro ao dizer: “o resultado de que depende a existência do crime somente é imputável a quem lhe deu causa, vale dizer, ninguém pode responder por algo que não fez, de modo que não tem o menor sentido examinar a culpa de alguém que tenha dado causa ao dano”(CAVALIERI, 2008)

Portanto, não basta a prática da conduta omissiva do agente, é necessário o nexo causal entre o ato ilícito praticado pelo agente e o dano sofrido pela vítima, nesse sentido, deve o particular que sofreu o dano decorrente do ato do agente, produzir provas de que a simples atuação do Estado teria evitado o dano por ele sofrido, e em uma situação mistanástica, uma conduta de zelo administrativo na saúde pública poderia evitar a morte precoce de um indivíduo.

Como podemos analisar as ementas das Jurisprudências a seguir que exemplificam a condenação do Estado por omissão na prestação de atendimento médico em hospital público:

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. DANO MORAL. OMISSÃO NA PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO EM HOSPITAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. CONDENAÇÃO AO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO. DANO MORAL FIXADO EM R\$15.000,00. PROVA PERICIAL MÉDICA PRODUZIDA NOS AUTOS. RECURSO DO RÉU, ALEGANDO AUSÊNCIA DE FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, DO DEVER DE INDENIZAR, PUGNANDO PELO PROVIMENTO DO RECURSO PARA, AO MENOS, REDUZIR A FIXAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO.

(TJ-RJ - REEX: 00999059220088190001, Relator: Des(a). ANDRE EMILIO RIBEIRO VON MELENTOVYTCH, Data de Julgamento: 14/12/2015, VIGÉSIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 14/03/2016)

DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. AÇÃO INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. ALEGAÇÃO DE FALHA NO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. APLICAÇÃO DE SORO VENCIDO EM PACIENTE. DEVER DE INDENIZAR CONFIGURADO.

DANOS MATERIAIS CONSTATADOS POR CONTA DE CONSULTA PARTICULAR PAGA PELA MÃE APÓS O EPISÓDIO.  
(TRF-4 - AC: 50012122920184047101 RS 5001212-29.2018.4.04.7101, Relator: VÂNIA HACK DE ALMEIDA, Data de Julgamento: 14/07/2020, TERCEIRA TURMA)

Observa-se nos casos supramencionados a omissão do atendimento público nos nosocômios, os quais as pessoas buscam sair curadas ou ter melhoras significativas em sua saúde e se depara com um Estado omissivo que oferece soros vencidos aos seus pacientes, que não proporciona os exames corretos para diagnóstico, e que muitas das vezes nem um leito é encontrado com a chegada de um paciente.

Sabe-se que a mistanásia é a falha desde a falta de investimentos em programa de saúde da família, investimento em estrutura hospitalar, médicos sanitários e outros diversos serviços que devem ser prestados à saúde pública.

Posto isso, como já mencionado na presente monografia a situação inconstitucional que está sendo vivida pelos cidadãos do Estado do Amazonas pela consequência do vírus do COVID-19, em consequência foi apreciado pelo Supremo Tribunal Federal a Tutela Provisória Incidental na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, em anexo.

Em suma, a jurisprudência “Supremo Tribunal Federal STF - TUTELA PROVISÓRIA INCIDENTAL NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL: ADPF 0106680-22.2020.1.00.0000DF 0106680-22.2020.1.0000” tem por objetivo um ato de clemência pela situação vivida pela população amazonense, já que somente no primeiro mês de 2021 o estado já estava em calamidade pública, fazendo com a falta de oxigênio as pessoas não tinham como respirar, em contrapartida, pouquíssimas ações de contingência e restrições para controlar a disseminação do vírus SARS-Cov-2 nesse estado, ainda mais, em nota de uma transmissão ao vivo do então Presidente da República afirma que “situação de Manaus poderia ser evitada se a população tivesse feito uso de medicamentos sem eficácia comprovada”; Visto que o Governo Federal não cumpriu o seu dever de efetivar os direitos e garantias fundamentais.

Sendo julgado pelo Ministro Ricardo Lewandowsk, deferindo em parte os pedidos feitos em fase sumária da ação, determinando assim que o Governo Federal:

(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. (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)

Em consente, o Brasil, já fora mais de uma vez condenado pela Corte Internacional de Direitos Humanos, em destaque o Caso Ximenes Lopes, uma denúncia feita pela violação aos direitos à vida, integridade à proteção da honra e dignidade de Damião Ximenes Lope, que refere à hospitalização de D. Ximenes, que ocorreu em condições desumanas e degradantes, com violação a sua integridade pessoal, resultando em sua morte, um caso evidente de mistanásia, já que o Estado brasileiro possui o dever de regulamentar e fiscalizar toda a assistência de saúde prestada às pessoas sob sua jurisdição, tutelando a proteção à vida e à integridade pessoal, sendo assim, foi responsabilizado pela Convenção Interamericana de Direitos Humanos, que o recomendou a adoção de uma série de medidas para reparar essas violações.

[...] o Caso Damião Ximenes, como é conhecido no meio jurídico, abriu a possibilidade para pensarmos os direitos humanos na atenção em saúde mental e, ao mesmo tempo, se apresenta como um caso emblemático das contradições que envolvem as várias esferas envolvidas na garantia de direitos humanos no Brasil, principalmente àquelas que estão relacionadas diretamente com a proteção e cuidado de pessoas em situações vulneráveis, e denuncia as fragilidades do Estado na efetivação dos direitos fundamentais (LIMA, 2015, p.4)

[...] LIMA, Aluísio Ferreira de; PONTES, Maria Vânia Abreu. O caso Damião Ximenes Lopes e a primeira condenação internacional do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.7, n.16, p.01-13, 2015, p. 4.

Essa temática da negligência por parte do Estado gera bastante discussão entre especialistas, em especial os discursos e ações que o presente Presidente da República Jair Messias Bolsonaro apresenta em seu governo; em uma entrevista realizada pelo veículo de notícia My News, apresenta o presente Vice Presidente Hamilton Mourão reconhece que o governo falhou em não fazer a campanha sobre cuidados com a Covid-19, “Eu julgo que nós deveríamos ter, desde o começo, tido uma campanha em nível federal –uma vez que as medidas locais pertencem aos gestores e isso é inconteste– mas uma campanha séria de conscientização da população. Não é uma questão de lockdown ou não lockdown, mas uma questão das pessoas entenderem que elas têm que se resguardar o máximo possível, evitando, vamos dizer, aglomerações com gente que desconhecem”, declarou Mourão, em entrevista ao canal MyNews.

Assim como, o presente Governador do Estado de São Paulo afirmou em reunião da comissão de acompanhamento à pandemia no Senado, que aconteceu no dia 15 de maio de 2021, afirmou que pretende ajudar a levar o presidente Jair Bolsonaro a tribunais internacionais pelo seu desempenho no enfrentamento à pandemia da Covid-19 no País e fosse julgado pelo “genocídio que está cometendo contra os brasileiros”.

Sendo assim, um Estado representado por um governante omissivo em relação a medidas preventivas e de contenção ao presente estado de calamidade vivido pela população brasileira; porém não é somente um governante o responsável pela situação vivida por milhões de brasileiros que morrem em situações miseráveis, mas uma segmentação de falhas e negligências vivida pelo Sistema de Saúde brasileiro que acontece há muitos anos por uma má administração do Poder Público.

Por fim, reitera-se o que foi firmado na presente monografia sobre a mistanásia vivida pela população brasileira. Posto isso, é fundamental compreender que a morte prematura, por notória omissão estatal a que se refere a efetivação dos deveres de um Estado Democrático de Direito, que banaliza os seus princípios fundamentais como a dignidade da pessoa humana e a garantia da inviolabilidade do direito à vida, recaindo sobre o Estado a responsabilização

pela omissão em fazer cumprir o seu dever constitucional de fornecer saúde para todos os indivíduos.



## CONCLUSÃO

A partir do desfecho que está presente no seguinte trabalho, pode-se concluir que a Mistanásia evidência uma sucessão de falhas cometidas pelo Estado, pondo em xeque a miserabilidade da morte precoce em um Estado Democrático de Direito, com uma legislação tão bem estruturada como o Sistema Único de Saúde.

Primeiramente, é preciso destacar que a mistanásia é causa comum nos fatores socioeconômico no Brasil, já que essa não é somente presente na morte do indivíduo no hospital, mas desde a falta de saneamento básico, condições de moradia, de alimentação balanceada, falta de investimento em medicina preventiva, nos setores primários da saúde, falta de estrutura hospitalares e profissionais qualificados para atendimento da população, visto que, os fatores sociais e econômicos são fatores importantes na saúde e na manifestação de doenças no indivíduo.

Sendo assim, quanto maior for a vulnerabilidade de um indivíduo, mais comum é a manifestação da mistanásia em sua vida, como fora visto na presente pesquisa exemplos práticos de mistanásia ocorrida pelo abandono estatal.

O conhecimento do mundo de mortes tão miseráveis como fora ocorrido em Manaus, evidência a corrupção enraizada na administração estatal, já que os estados e municípios possuem legitimidade solidária como gestores do Sistema Único de Saúde, não cumprindo com seu dever constitucional de tutelar o direito à saúde e violou o princípio da inviolabilidade da vida, já que foram os responsáveis pela asfixia dos cidadãos amazonenses, posto que, se não houvesse a má administração do dinheiro público destinado a saúde e a falta de administração hospitalar, poderia ter evitado a morte tão cruel de cidadãos que morreram sufocados pela falta de oxigênio.

Posto isso, evidenciasse a responsabilidade estatal frente sua omissão na saúde pública, sabendo que é a Responsabilidade Subjetiva do Estado, sendo assim, o ente estatal só será responsabilizado se houver a prova

do ato danoso à parte, com isso, o cidadão deve provar que a simples atuação do estado poderia ter evitado uma morte precoce.

Nesse sentido, o estado já fora mais de uma vez levado a cortes internacionais por casos evidenciados de mistanásia, como é o caso apresentado na pesquisa de Damião Ximenes Lopes, que morreu em situações degradantes e miseráveis em sua hospitalização, mesmo o Estado Brasileiro sendo o responsável por regulamentar e fiscalizar toda prestação de saúde seja em hospitais públicos ou particulares, conforme a Constituição Federal, em seu artigo 196 que a saúde da população é uma garantia do cidadão e dever do Estado, devendo este proporcionar o suficiente para o seu bem estar, com isso, os familiares de D. Ximenes tiveram que recorrer à Corte Internacional de Direitos Humanos para que estes tribunais imponha o cumprimento de deveres e obrigações que já são expressamente descritas nos ordenamento jurídico.

Neste diapasão, diversas demandas no judiciário é vista com o pedido de cumprimento do dever estatal de oferecer saúde, que engloba o fornecimentos de medicamentos, internações e procedimentos cirúrgicos, ou seja, mais uma vez o cidadão ter que recorrer ao poder judiciário para compelir o Estado cumprir com o seu dever, e muita das vezes, mesmo com todos o direitos amplamente tutelados pela Constituição, se deparam com teses jurídicas de “reserva do possível”, limitando a atuação do Estado no âmbito da entrega efetiva do direito à saúde, um direito fundamental da pessoa humana, a um indivíduo para zelo da maioria, gerando assim o aumento de mortes mistanásticas.

Havendo assim, variações de casos de mistanásia presente no Brasil, e com isso observa-se, ainda mais evidenciados com a pandemia que agravaram o colapso da saúde nos estados e municípios com leitos lotados em hospitais públicos e particulares; sendo que, no começo dos casos crescente no início de 2020, em consequência dos governantes que foram omissos em campanhas de conscientização de medidas de contenção do vírus da Covid 19, contribuindo assim, ao crescente número de mortes no Brasil de pessoas de todas as faixas etárias, são perdas de vida por uma omissão estatal de amplas políticas públicas de conscientização e contenção.

Diante do que foi apresentado, a título de finalização, conclui-se que o simples cumprimento dos deveres institucionais e princípios amplamente fundamentados no ordenamento jurídico já seria suficientes para diminuir mortes misteriosas, sendo assim, portanto, partir de uma conscientização coletiva que a morte miserável de um cidadão, ocorrida por uma clara omissão estatal, deve ser denunciada nos tribunais federais, para que venha validar o direito à saúde, a inviolabilidade da vida e o princípio da dignidade da pessoa humana a um cidadão.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Sandra, DELDUQUE, Maria Célia, NETO, Nicolao. Direito Sanitário em perspectiva. Ministério da Saúde. Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília. Gráfica e Editora Ideal Ltda.2013.

BRASIL. A Lei nº 8080/1990. Dispõe A Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 7 set. 2020.

BRASIL. CNJ. Judicialização da Saúde no Brasil: Dados e experiências, 2015. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4.Região). Apelação Cível nº 5000805-40.2016.4.04.7118/RS. APELANTE: UNIÃO - ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO (RÉU)/APELADO: EMERSON CRISTOVAO DOS REIS (AUTOR). Relator: Juíza VÂNIA HACK DE ALMEIDA, Data de Julgamento: 14/07/2020, TERCEIRA TURMA)

BRASIL. Tribunal Regional Federal - RJ. Apelação Cível nº 00999059220088190001. APELANTE: LUIZ FELIPE PEIXOTO FREIJANES(AUTOR)/APELADO: UNIÃO - ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO(RÉU). Relator: Juíz ANDRE EMILIO RIBEIRO VON MELENTOVYTCH, Data de Julgamento: 14/12/2015, VIGÉSIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 14/03/2016)

CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de responsabilidade civil*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (1969). Disponível em: <<http://www.pge.sp>> Acesso em: 17 de nov. 2020.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro*. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 1998, p.37.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo, Global Ed., 1986.

Ferreira S. A mistanásia como prática usual dos governos. *Jornal do Cremerj* [Internet]. Coluna do conselheiro; mar/abr 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2YHYhC2>. Acesso em 7 set. 2020.

Foucault, M. O Nascimento da Medicina Social. in *Microfísica do Poder*, 1979. 18a Edição. Graal – Rio de Janeiro. pg 79-98

Goodman, Neville *International health organizations*. 1952 Londres: Churchill.  
Birn, Anne-Emanuelle No more surprising than a broken pitcher? *Maternal and child health in 2002 the early years of the Pan American Sanitary Bureau*. Cueto, Marcos *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. 2004 Washington (DC): OPS.

HIPPOCRATES. *The medical works of Hippocrates; a new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann*. Springfield, Ill. Thomas, 1950. p. 90-111.

<<https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2021/03/01/covid-leitos-uti-ocupacao-goiania-goias.ghtml>> Acesso em: 06 abr.2021.

<[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28695:2020-05-15-11-57-06&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28695:2020-05-15-11-57-06&catid=3)> Acesso em: 07set.2020.

<<https://www.doccity.com/pt/responsabilidade-civil-do-estado-por-omissao-no-sus/4760977/>> Acesso em 07 set.2020.

KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642003000200008](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008)> Acesso em 07 set.2020.

LIMA, Aluísio Ferreira de; PONTES, Maria Vânia Abreu. O caso Damião Ximenes Lopes e a primeira condenação internacional do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.7, n.16, p.01-13, 2015, p. 4.

Miranda-Sá Jr, Luiz Salvador de Uma introdução à Medicina / Luiz Salvador de Miranda-Sá Júnior – Brasília: CFM, 2013

MORAES, Layze, CHAVES, Fábio. Mistanásia:Um Olhar Sobre a Dignidade da Pessoa Humana no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/mistanasia-um-olhar-sobre-a-dignidade-da-pessoa-humana-no-sistema-unico-de-saude/#:~:text=A%20MISTAN%C3%81SIA%2C%20O%20SUS%20E%20A%20DESIGUALDADE%20SOCIAL,text=196%2C%20caput%2C%20que%20%E2%80%9Ca,deve%20ser%20universal%20e%20igualit%C3%A1rio.>> Acesso em 07 set.2020.

NAMBA, Edison Tetsuzo. Manual de Bioética e Biodireito. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.

NOBRE JÚNIOR, Edilson Pereira. O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. São Paulo: Juris Síntese,2000.

NONATO, Bruna Karla, KUHL, Dicézanne, ATALLA, Sthefany. Responsabilidade Civil Do Estado Por Omissão No SUS. Disponível em:

NUNES, Everaldo Duarte. *Saúde Coletiva: Histórias e Paradigmas*. São Paulo: Fiocruz, 1998.)

OLIVEIRA, Cleberson. MISTANÁSIA: RESPONSABILIDADE ESTATAL E O ACESSO À SAÚDE. Disponível em: <<http://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/976/1/Cleberson%20Cardoso%20de%20Oliveira.pdf>> Acesso em 07 set.2020.

RIBEIRO, Ricardo. Negros morrem mais de coronavírus no Brasil. Revista Forum. 10 de abril de 2020. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/noticias/negros-morrem-mais-de-coronavirus-no-brasil/> . Acesso em: 11 de abril de 2020.

RICCI, Luiz Antonio Lopes. A morte social: Mistanásia e bioética. 1ª ed. São Paulo: Paulus, 2017.

ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.239 e 241.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007, p. 37-39.

SEVALHO, G., 1992. *Permanências Culturais no Uso do Medicamento Alopático Moderno*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SIGERIST, H. A history of medicine. Oxford: Oxford University Press, 1996.

SOUZA, Marcus Valério Saavedra Guimarães de. Responsabilidade civil: Teorias objetivas e subjetivas. Disponível em:

[http://www.valeriosaavedra.com/conteudo\\_11\\_responsabilidade-civil-teorias-objetivas-e-subjetivas.html](http://www.valeriosaavedra.com/conteudo_11_responsabilidade-civil-teorias-objetivas-e-subjetivas.html).

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema único de Saúde.)  
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/i-programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-1996.html>

VIEIRA, Danilo Porfírio de Castro. Mistanásia – Um novo instituto para um problema milenar. Disponível em:  
[http://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20170725110740.pdf](http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170725110740.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2020, p. 3

WINSLOW, C. E. A. — The untilled fields of public health. *Science*, **51** (1306): 23-33, Jan. 1920.



## ANEXO

### TUTELA PROVISÓRIA INCIDENTAL NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 756 DISTRITO FEDERAL

RELATOR	: MIN. RICARDO LEWANDOWSKI
ADV.(A/S)	:OLIVER OLIVEIRA SOUSA
REQTE.(S)	:PARTIDO COMUNISTA DO BRASIL
ADV.(A/S)	:PAULO MACHADO GUIMARAES E OUTRO(A/S)
REQTE.(S)	:PARTIDO SOCIALISMO E LIBERDADE (P-SOL)
ADV.(A/S)	:ANDRE BRANDAO HENRIQUES MAIMONI
REQTE.(S)	:PARTIDO DOS TRABALHADORES
ADV.(A/S)	:EUGENIO JOSE GUILHERME DE ARAGAO OUTRO(A/S)
REQTE.(S)	:PARTIDO SOCIALISTA BRASILEIRO - PSB
ADV.(A/S)	:RAFAEL DE ALENCAR ARARIPE CARNEIRO
REQTE.(S)	:CIDADANIA
ADV.(A/S)	:PAULO MACHADO GUIMARAES
REQDO.(A/S)	:PRESIDENTE DA REPÚBLICA
PROC.(A/S)(ES)	:ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO

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”.

Os requerentes narram, em suma, que:

“[...] a situação da contaminação e agravamento dos casos de COVID-19 no estado do Amazonas, sobretudo na capital Manaus, é calamitosa e necessita de atuação imediata por parte desse e. Supremo Tribunal Federal.

Apenas nos primeiros 12 (doze) dias do novo ano de 2021, a cidade alcançou a marca de 2.221 (duas mil, duzentas e vinte e uma) internações em razão da COVID-19, sendo que a média móvel de mortes cresceu 183% (cento e oitenta e três por cento)

apenas nos últimos 07 (sete) dias. Isso significa, portanto, mais de 219.000 (duzentos e dezenove mil) pessoas infectadas e mais de 5.800 (cinco mil e oitocentas) mortes.

O número de enterros na cidade de Manaus, apenas no último mês, aumentou 193% (cento e noventa e três por cento), chegando a 91 (noventa e um) no dia 05 de janeiro de 2021, ao passo que registrou 31 (trinta e um) no dia 06 de dezembro de 2020.

Esses números fizeram com que o Governo do Estado buscasse o recrutamento de 1.071 (mil e setenta e um) profissionais da área da saúde, além de aumentar exponencialmente a demanda por oxigênio hospitalar, que alcançou a marca de 76 mil metros cúbicos diários – **o que não vem sendo suprido pelos fornecedores locais**. Em termos, falta oxigênio no estado do Amazonas, fazendo com que as pessoas simplesmente não tenham como respirar” (grifos no original).

Aduzem, mais, que:

“[...] as únicas restrições importas pelo Governo Amazonense foi a restrição de circulação das 19h às 6h em todos os municípios do Amazonas e a suspensão dos serviços de transporte fluvial e rodoviário no estado, em cumprimento à ordem judicial.

O Governo Federal, por seu turno, até o presente momento, limitou-se a firmar Plano de Cooperação com o Governo do Estado, e com o apoio de outros cinco estados brasileiros, objetivando disponibilizar transporte aéreo e tratamento a pacientes de COVID-19 em outras unidades da federação. Ao passo que o senhor Presidente da República, em transmissão ao vivo realizada nessa quinta-feira (14), voltou a insistir que a situação de Manaus poderia ser evitada se a população tivesse feito uso de medicamentos sem eficácia comprovada”.

Dizem, ainda, que:

“O senhor Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, em pronunciamento sobre a situação do estado do Amazonas, tem afirmado que o apoio do Governo

Federal apenas conseguirá normalizar o abastecimento de oxigênio em alguns dias, o que custará – por óbvio – a vida de outros milhares de amazonenses.

Isto é, em que pese o cenário gravíssimo enfrentado pelo estado do Amazonas, observa-se que as medidas preventivas adotadas são praticamente incipientes, o que corroborará para o aumento cada vez mais do número de infectados e, por conseguinte, de internações.

Ademais, os pacientes que ainda não se encontram em quadros críticos da infecção poderão ver seu quadro clínico piorado em razão da falta de insumos básicos, como oxigênio hospitalar e mão de obra qualificada”.

Sustentam, então, que:

“[...] o quadro apresentado [...] representa um verdadeiro estado de coisas inconstitucional, onde o Poder Público, sobretudo o Governo Federal, não cumpre o seu dever de efetivar os direitos e garantias fundamentais dos cidadãos amazonenses e manauaras, falhando na garantia ao direito básico à vida, bem como à saúde e, ao fim, à própria dignidade da pessoa humana”.

Diante do exposto, requerem a concessão de uma cautelar incidental, até que haja a implementação do Plano de Vacinação no Estado do Amazonas, para os seguintes efeitos:

“1 – Que o Governo Federal, pelo Ministério da Saúde, garanta em 24 horas, impreterivelmente, o abastecimento de oxigênio e outros insumos necessários ao atendimento dos internados nos hospitais de Manaus;

2 – Que o Governo Federal, pelo Ministério da Saúde, instale hospitais de campanha com leitos e insumos necessários ao atendimento de todas as pessoas que necessitem;

3 – Se institua regime de *lockdown* na cidade de Manaus, com exceção dos serviços essenciais, pelo prazo necessário à normalização da demanda pelos insumos médicos;

4 – Se autorize, desde já, o uso da Força Nacional em Manaus para garantir e auxiliar na segurança pública para decretação de *lockdown*.

5 – A convocação de médicos dos Programas Mais Médicos e Mais Médicos para o Brasil para o Estado do Amazonas, inclusive com possibilidade para médicos brasileiros formados no exterior, conforme estabelecido pela Lei 12.871, de 2013”.

É o relatório suficiente. Decido.

Bem examinadas as alegações dos partidos requerentes, entendo que elas se mostram perfeitamente plausíveis no tocante à descrição da **caótica situação sanitária instalada no sistema de saúde de Manaus**, capital do Estado de Amazonas, que **está a exigir uma pronta, enérgica e eficaz intervenção por parte das autoridades sanitárias dos três níveis político-administrativos da Federação, em particular da União**.

Com efeito, as manchetes de hoje, dos principais jornais do País, evidenciam, em suas primeiras páginas, a grave tragédia que se abateu sobre o povo amazonense. Confira-se:

#### 1) CORREIO BRAZILIENSE

##### **Sem oxigênio, Manaus tem caos e mortes pela covid-19.**

Que destaca:

“As imagens do desespero nos hospitais da capital do Amazonas correram o mundo pelas redes sociais. Médicos e enfermeiros tentavam salvar os pacientes da morte por asfixia: faltava ar para os internados. Não havia cilindros de oxigênio suficientes nem para os que estavam em UTIs. Com o aumento do número de casos da doença e escassez de insumos, o colapso do sistema era uma ‘tragédia anunciada’, tanto que o Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, esteve na cidade, no início da semana, para uma reunião de emergência. Ontem em 24 horas, foram registrados 44 óbitos. ‘Os profissionais ficaram por horas comprimindo aquele ambu (bomba de ar) para manter os pacientes respirando. É um cenário de guerra’ relatou o

Presidente da associação dos Médicos, Mário de Lima. Para evitar mais mortes, o governo estadual anunciou a transferência para outras capitais, Medidas para reforçar a disseminação do vírus foram reforçadas”.

## 2) ESTADO DE MINASA morte sem ar

Que sublinha:

“Desespero de profissionais da saúde com a falta de oxigênio nos hospitais lotados de Manaus choca o Brasil. Governador declara toque de recolher e pacientes são transferidos para outros estados. ‘Acabou o oxigênio. Tem muita gente morrendo. Peço misericórdia’ (Profissional de saúde no Bairro de Redenção, em Manaus”.

## 3) FOLHA DE SÃO PAULO

Sem oxigênio e com disparada de casos, Manaus

mergulha no caos Que realça:

“A situação de Manaus voltou a se agravar com recordes de novos casos (3.816), de acordo com profissionais que atua, no atendimento da Covid-19. Vídeos, áudios e relator descrevem um cenário dramático. ‘Estão relatando que oxigênio acabou em instituições como o Hospital Getúlio Vargas e em serviços de pronto atendimento como o SPA José de Jesus Lins de Albuquerque’, disse Jesem Orelana, da Fiocruz Amazônia. ‘Os hospitais viraram câmaras de asfixia, segundo pesquisador, ‘há informações de que uma ala inteira de pacientes morreu sem ar’”.

## 4) O ESTADO DE SÃO PAULO

Pacientes morrem por falta de oxigênio em hospitais de

Manaus Que evidencia:

“A explosão de casos de covid-19 em Manaus (AM) levou o sistema de saúde ao colapso. O estoque de oxigênio se esgotou em diversos hospitais e pacientes morreram por asfixia, segundo relatos de médicos. O Hospital Universitário ficou cerca de 4 horas sem o insumo na manhã de ontem e profissionais de saúde bombearam manualmente oxigênio para os pacientes”. ‘A vontade é de chorar o tempo inteiro. Você vê o paciente morrendo e não pode fazer nada’ (Médica do Hospital Getúlio Vargas que preferiu não ser identificada)”.

## 5) O GLOBO

Sem oxigênio, Manaus vê mortes por asfixia nos hospitais

Que frisa:

“O pesadelo vivido pela população de Manaus em abril do ano passado está sendo revivido, em escala ainda pior, na segunda onda da doença no Amazonas. O oxigênio acabou nos hospitais, e médicos relatam crescimento de mortes por asfixia. **O ministro da saúde, Eduardo Pazuello, admitiu o colapso do atendimento na capital**, que tem 480 pessoas na fila por um leito” (grifei).

Pois bem. Ainda que não fossem as aterradoras manchetes dos jornais, somadas aos contundentes relatos, veiculados nas rádios, televisões e redes sociais, de médicos, enfermeiros e parentes de vítimas, os quais dão conta de mortes de um grande número de pacientes em hospitais, UTIs, ambulatórios, residências e até nas ruas por sufocamento, causado pela falta de oxigênio, num cenário verdadeiramente dantesco, observo que o art. 374, I, do Código de Processo Civil, estabelece que **atos notórios independem de prova**.

Não há, pois, qualquer controvérsia sobre a verossimilhança dos fatos narrados na petição dos partidos políticos que a subscrevem, e muito menos acerca do perigo de dano, ou melhor, da possibilidade de alastramento do dano que ameaça a população manauense para o restante do Estado ou até do País (*periculum in mora*).

Dito isso, verifico, agora, se está ou não presente o segundo requisito para a concessão da cautelar requerida, qual seja, a probabilidade do direito invocado (*fumus boni iuris*). Aqui, permito-me reafirmar aquilo que já asseverei em decisões e votos anteriores concernentes a processos sobre a mesma temática dos quais fui e ainda sou relator.

Em primeiro lugar, recorro que, **dentre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil**, listados art. 3º da Constituição, **sobressai o propósito de construir uma sociedade livre, justa e solidária, capaz de promover o bem de todos**.

E, na sequência, relembro que a pandemia desencadeada pelo novo coronavírus, a qual, em aproximadamente um ano, infectou e vitimou fatalmente centenas de milhares de pessoas no País e no mundo, revelou, dentre outras coisas, as fraquezas e virtudes de nossa forma de governança, em especial do sistema público responsável por assegurar os direitos fundamentais à vida e à saúde contemplados nos arts. 5, 6 e 196 da Constituição Federal.

O direito à vida, é escusado dizer, corresponde ao direito, universalmente reconhecido à pessoa humana, de viver e permanecer viva, livre de quaisquer agravos, materiais ou morais, significando, de resto, sob pena de ficar esvaziado de seu conteúdo essencial, o direito a uma “existência digna”, conceito mencionado no art. 170, de nossa Lei Maior.

Já a saúde, de acordo com o supramencionado art. 196, “**é um 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**” (grifei).

É nesse contexto, amplificado pela magnitude da pandemia decorrente da Covid-19, que **se exige, mais do que nunca, uma atuação fortemente proativa dos agentes públicos de todos os níveis governamentais**, sobretudo mediante a implementação de programas universais de vacinação, pois, como adverte José Afonso da Silva, “**o direito é garantido por aquelas políticas indicadas, que hão de ser estabelecidas, sob pena de omissão inconstitucional**” (SILVA, José Afonso da. *Comentário contextual à Constituição*. 6.ed. São Paulo: Malheiros, 2009, p. 768, grifei).

É por isso que inexiste, a meu ver, qualquer dúvida de que **o direito social à saúde se coloca acima da autoridade de governantes episódicos**, pois configura, como visto, um dever constitucionalmente cometido ao Estado, entidade político-jurídica que representa o povo, ou seja, a coletividade dos cidadãos, em caráter “absoluto e perpétuo”, para empregar a clássica expressão - ainda válida nos dias atuais - do juriconsulto quinhentista francês Jean Bodin, precursor do estudo da

soberania (BODIN, Jean. *On sovereignty*. Editado e traduzido por Julian H. Franklin. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, p. 1).

**O dever irrenunciável do Estado brasileiro de zelar pela saúde de todos que se encontrem sob sua jurisdição apresenta uma dimensão objetiva e institucional**, que se revela, no plano administrativo, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, concebido como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos, qualificada pela descentralização, pelo atendimento integral e pela participação da comunidade em sua gestão e controle (art. 198, I, II e III, da CF).

Esse sistema é compatível com o nosso “federalismo cooperativo” ou “federalismo de integração”, adotado pelos constituintes de 1988, no qual

“se registra um entrelaçamento de competências e atribuições dos diferentes níveis governamentais” (LEWANDOWSKI, Enrique Ricardo.

*Pressupostos materiais e formais da Intervenção Federal no Brasil*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018, p. 23), que encontra expressão, no concernente à temática aqui tratada, na competência concorrente partilhada pela União,

Estados e Distrito Federal para legislar sobre a “proteção e defesa da saúde” (art. 24, XII, da CF), bem assim na competência comum a todos eles e também aos Municípios de “cuidar da saúde e assistência pública” (art. 23, II, da CF).

Tal compartilhamento de competências dos entes federados na área da saúde, por óbvio, **não exige a União de exercer aquilo que a doutrina denomina de “competência de cooperação”** (CARVALHO, Kildare Gonçalves. *Direito constitucional* 13. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2007, p.744, grifei), traduzida na obrigação constitucional de “**planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas**, especialmente as secas e as inundações” (art. 21, XVIII, grifei).

Ora, especialmente depois do reconhecimento pela OMS, em 11/03/2020, de que o mundo passava por uma pandemia decorrente da disseminação vertiginosa do novo coronavírus, **o Congresso Nacional** editou o Decreto Legislativo 6/2020, no qual **reconheceu a ocorrência de calamidade pública**, com efeito até 31/12/2020, nos termos - sublinhe-se -



da Mensagem 93/2020 encaminhada pelo Presidente da República ao Legislativo. Em seguida foi aprovada a Lei 13.979/2020, estabelecendo “medidas para o enfrentamento da **emergência de saúde pública** de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019” (grifei).

Mais recentemente, a saber, em 6 de janeiro de 2021, o Executivo baixou a Medida Provisória 1.026, dispondo “**sobre medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas, insumos, bens e serviços** de logística, tecnologia e comunicação social e publicitária e treinamentos **destinados à vacinação contra a covid-19** sobre o Plano de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19” (grifei), reafirmando o entendimento do Governo Federal no sentido de que **o Brasil se encontra em uma situação de emergência, quer dizer, sob verdadeira calamidade pública.**

Retomo, então, o raciocínio antes entabulado, na linha de reforçar que **o principal papel da União** no combate à pandemia encontra-se descrito no art. 21, XVIII, da Constituição, o qual **corresponde à magna e indeclinável tarefa de planejar e promover, em caráter permanente**, ou seja, constantemente e sem solução de continuidade, **a defesa de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no País** - ou mesmo outros que nele se encontrem de passagem - **contra as calamidades públicas.**

E quando o referido dispositivo é lido em conjunto com o precitado art. 198 da Lei Maior, percebe-se que **compete à União assumir a coordenação** das atividades do setor, **incumbendo-lhe**, em especial, “**executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional**”, conforme estabelece o disposto no art. 16, III, a, e parágrafo único, da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Por isso, se é certo que a atuação de juízes em seara de atuação privativa do Legislativo ou do Executivo, como regra geral, vulnera o princípio da separação dos poderes, ao substituí-los na tomada de decisões

de cunho eminentemente político-administrativo, também é verdade que **o Judiciário, “em situações excepcionais, pode determinar que a Administração Pública adote medidas concretas, assecuratórias de direitos constitucionalmente reconhecidos como essenciais, como é o caso da saúde”** (RE 668.722-AgR/RS, Rel. Min. Dias Toffoli, grifei).

Na mesma direção apontam os julgados proferidos no AI 734.487AgR/PR, de relatoria da Ministra Ellen Gracie, e no RE 271.286-AgR/RS, de relatoria do Ministro Celso de Mello.

Além do mais, o Supremo Tribunal Federal já entendeu, com esteio na supremacia da dignidade da pessoa humana, que **“é lícito ao Judiciário impor à Administração Pública obrigação de fazer, consistente na promoção de medidas ou na execução de obras emergenciais em estabelecimentos prisionais”** (RE 592.581/RS, de minha relatoria, grifei), de modo que **não se poderia opor à decisão judicial o argumento da reserva do possível ou o princípio da separação dos poderes.**

Isso porque, conforme pontuado pelo Ministro Celso de Mello, na ADPF 45-MC/DF, **não seria lícito ao Judiciário omitir-se “se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos políticojurídicos que sobre eles incidem, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integridade direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional”** (grifei).

Com isso não se quer dizer que os integrantes do Judiciário possam transmudar-se em verdadeiros administradores públicos, intervindo, quando provocados, ou mesmo de ofício, em todas as situações potencialmente vulneradoras de direitos fundamentais. Longe disso: ao julgador só cabe atuar naquelas situações em que se evidencie um “não fazer” comissivo ou omissivo por parte de autoridades estatais que coloque em risco, de maneira grave e iminente, os direitos dos jurisdicionados. Digo isso porque não se quer aqui assentar que o Judiciário - no caso, representado por esta Suprema Corte - possa implementar políticas públicas de forma ampla, muito menos que lhe compete “impor sua própria convicção política, quando há várias possíveis e a maioria escolheu

uma determinada” (GRECO, Rogério. *Direitos humanos, sistema prisional e alternativas à privação da liberdade*. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 256).

Não obstante, em situações como esta sob análise, marcada por incertezas quanto às medidas mais apropriadas para o enfrentamento da pandemia, em especial no concernente a eficácia do distanciamento social e dos imunizantes em cogitação, assim como por dúvidas acerca de um futuro acesso universal às vacinas, não posso deixar de asseverar, com toda a convicção, que **incumbe ao Supremo Tribunal Federal exercer o seu poder contramajoritário, oferecendo a necessária resistência às ações e omissões de outros Poderes da República de maneira a garantir a integral observância dos ditames constitucionais**, na espécie, daqueles dizem respeito à proteção da vida e da saúde.

Não se deve perder de vista, no entanto, sobretudo neste momento de arrebatador sofrimento coletivo, **em meio a uma pandemia que vitimou centenas de milhões de pessoas ao redor do mundo, que não é dado aos agentes públicos tergiversar sobre as medidas cabíveis para debelá-la**, as quais devem guiar-se pelos parâmetros expressos na Constituição e na legislação em vigor, **sob pena de responsabilidade**.

Ademais, como afirmei em sede acadêmica, os postulados que os anglo-saxões denominam de *accountability* (obrigação de prestar contas) e *responsiveness* (encargo de atender às necessidades sociais) representam a base do próprio regime republicano, que adotamos desde os idos de 1889. E completei: **“Numa república os governantes, escolhidos pelo povo, são responsáveis diante dele pela gestão dos negócios públicos**. Não exercem o poder por direito próprio, constituindo meros mandatários dos cidadãos” (LEWANDOWSKI Enrique Ricardo. Reflexões em torno do Princípio Republicano. In: VELLOSO, Carlos Mário da Silva, ROSAS, Roberto e AMARAL, Antonio Carlos Rodrigues do [Coords.]. *Princípios Constitucionais Fundamentais: estudos em homenagem ao Professor Ives Gandra da Silva Martins*. São Paulo: Lex, 2005).

Assim, a pretensão das agremiações partidárias requerentes encontra arrimo nos princípios da publicidade e da eficiência que regem a

Administração Pública (art. 37, *caput*, da CF), no direito à informação que assiste aos cidadãos em geral (art. 5, XXXIII, e 37, § 2, II, da CF), na obrigação da União de “planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas” (art. 21, XVII, da CF) e no dever incontornável e irrenunciável cometido ao Estado de assegurar a inviolabilidade do direito à vida (art. 5, *caput*, da CF), traduzida por uma “existência digna” (art. 170, *caput*, da CF), e no direito à saúde, este último, repita-se, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 6, *caput*, e 196, *caput*, da CF).

Observo, por derradeiro, que a fixação de prazo para que a Administração Pública dê publicidade a planos, com determinado conteúdo, para combater a Covid-19, não é novidade no âmbito desta Suprema Corte. Pouco tempo atrás, na assentada de 5/8/2020, o Plenário referendou a cautelar parcialmente deferida pelo Ministro Roberto Barroso, nos autos da ADPF 709-MC-Ref, visando a proteção dos povos indígenas contra a doença, na qual se determinou à União, dentre outras obrigações, a “criação de *barreiras sanitárias*, conforme plano a ser apresentado pela União, ouvidos os membros da Sala de Situação, no prazo de 10 dias, contados da ciência desta decisão”.

E por entender que temas complexos e inusitados, a exemplo deste discutido nos presentes autos, podem “se protrair no tempo, demandando atenção, comprometimento e criatividade, inclusive à vista dos novos fatos que possivelmente ocorrem na execução de julgados envolvendo políticas públicas e que influenciam a sua execução” (RESFOSCO, Helena Campos. *Ação coletiva e democratização do acesso à justiça*. São Paulo: Quartier Latin, 2018, p. 382), concluo que **nada impede que os prazos fixados pelo Judiciário se projetem para o futuro**, de modo a garantir o cumprimento de suas decisões ao longo de um período mais dilatado.

Não obstante as razões acima expendidas, entendo que, por enquanto, apenas um dos pleitos veiculados pelas agremiações políticas pode ser atendido, qual seja, o da imediata tomada de providências por parte da União, sobretudo tendo em conta o **princípio da autocontenção** (*judicial*

*self-restraint*), norteador da atuação do Judiciário. Com efeito, os pedidos referentes à instalação de hospitais de campanha, à decretação de *lockdown*, ao emprego da Força Nacional e à convocação de médicos de fora do Estado envolvem decisões que exigem uma análise mais aprofundada dos elementos fáticos e de dados técnicos envolvidos, incabível nesta fase processual caracterizada por uma cognição sumária das alegações apresentadas.

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 suprimindo 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.

Intime-se com urgência.

Publique-se.

Brasília, 15 de janeiro de 2021.

Ministro **Ricardo Lewandowski**

Relator