



## Saneamento básico precário, Covid-19 e mistanásia: reflexões sobre vulnerabilidade social no Brasil

Douglas Luis Binda Filho\*  
Margareth Vetis Zaganelli\*\*

### Abstract

The authors reflect on the phenomenon of *mistanásia*, the premature and miserable death that affects the poorest Brazilian population. They highlight the extent to which this social fact has worsened during the Covid-19 pandemic, because of the lack of sanitation and the precarious socio-economic conditions in which large sections of the Brazilian population live.

**Keywords:** *mistanásia*, fundamental rights, sanitation, Covid-19, social vulnerability

Los autores reflexionan sobre el fenómeno de la *mistanásia*, la muerte prematura y miserable que afecta a los estratos más pobres de la población brasileña. Señalan cómo este hecho social se agravó durante la pandemia Covid-19, consecuencia de la falta de saneamiento ambiental y las precarias condiciones socioeconómicas en las que se mantiene a grandes sectores de la población brasileña.

**Palabras clave:** *mistanásia*, derechos fundamentales, saneamiento ambiental, Covid-19, vulnerabilidad social

Gli autori riflettono sul fenomeno della *mistanásia*, la morte prematura e miserabile che tocca gli strati più poveri della popolazione brasiliana. Evidenziano come questo fatto sociale si sia accentuato nel corso della pandemia da Covid-19, in conseguenza della mancanza di servizi igienico-sanitari e delle precarie condizioni socio-economiche in cui sono tenuti larghi strati della popolazione brasiliana.

**Parole chiave:** *mistanásia*, diritti fondamentali, servizi igienico-sanitari, Covid-19, vulnerabilità sociale

### Introdução

O novo coronavírus (Sars-Cov-2) foi identificado pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, na República popular da China, em 1 de dezembro de 2019. O primeiro caso foi reportado em 31 de dezembro de 2019 e, em 11 de março de 2020, o surto ocasionado pelo vírus foi considerado uma pandemia pela Organização mundial da saúde (Oms). Desde então, alastrou-se ao redor do globo, embora em graus distintos e de formas diferentes, a depender de fatores, sobretudo estruturais.

O aparecimento da pandemia de Covid-19 no Brasil, de forma expressiva, ocorreu em maio de 2020, ocasião em que o território foi considerado como o novo epicentro da pandemia. O país, que antes do novo coronavírus já enfrentava inúmeras dificuldades em proporcionar acesso igualitário à saúde, a partir da manifestação da pandemia pelo

\* Universidade federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória (Brasil); e-mail: bindadouglas@gmail.com.

\*\* Universidade federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória (Brasil); e-mail: mvetis@terra.com.br.



seu território viu-se em uma circunstância extremamente desafiadora em que os embaraços estruturais, principalmente na área da saúde, foram assinalados.

Dentre as orientações da Oms para prevenir-se contra o novo coronavírus, lavar as mãos com água e sabão tem sido costumadamente uma das principais recomendações. A realidade, no entanto, é que no Brasil cerca de 35 milhões de pessoas ainda vivem sem abastecimento de água tratada (Snis, 2019), o que os impede de adotar as medidas preventivas contra o novo coronavírus. Tal indicador demonstra que a dificuldade em superar os impactos oriundos da pandemia está relacionada sobretudo a aspectos relativos à infraestrutura, o que evidencia que condições básicas de vida não estão acessíveis a todos os indivíduos.

Essa precariedade em distribuir o mínimo existencial é a principal responsável pelo acentuado número de casos e de mortes em países em desenvolvimento, dentre os quais encontra-se o Brasil. É notadamente perceptível a forma distinta como o vírus tem se alastrado dentro do próprio território brasileiro: o coronavírus tem sido mais letal às populações em vulnerabilidade social, que não possuem saneamento básico de qualidade, bem como que dependem do Sistema único de saúde (Sus) e de auxílios do governo. Nessa conjuntura, os óbitos, impulsionados pela precariedade da vida e pela falta do mínimo existencial, podem ser considerados como práticas da mistanásia uma vez que poderiam ser evitados caso as políticas públicas fossem eficazes. A mistanásia é uma modalidade de término da vida, concretizada quando o indivíduo em condição de vulnerabilidade social sofre a morte precocemente, em consequência de violações de seu direito à saúde.

O presente trabalho tem por escopo a análise de como os impactos da pandemia nas populações vulneráveis foram impulsionados pela precariedade do saneamento básico, uma manifestação da mistanásia como omissão de socorro estrutural. Por meio de pesquisa exploratória, com base em estudos estatísticos, ensaios, artigos científicos e recortes jornalísticos a respeito do tema, o estudo visa, em primeiro lugar, demonstrar o direito à saúde como presente na concepção de dignidade da pessoa humana, indicando a relação direta entre as condições sanitárias adequadas e a dignidade humana, que fundamenta a República federativa do Brasil. Em seguida, o estudo estabelece a base da compreensão de que o saneamento básico apropriado é uma urgência para que se alcance a equidade no que diz respeito ao acesso à saúde. O terceiro tópico analisa a mistanásia em seus aspectos conceituais, a fim de traçar a definição da prática para, subsequentemente, relacioná-la à precariedade dos serviços de saneamento básico. Finalmente, reflete-se acerca dos números que indicam que falhas estruturais como o saneamento básico precário ou sua inexistência influenciam na vulnerabilidade dos indivíduos, não facultando, a título de exemplo, acesso à água tratada, o que não os permite dispor do mínimo de dignidade para enfrentar uma conjuntura tão séria quanto a que se apresenta no combate ao novo coronavírus.



## **1. O direito à saúde como expressão da dignidade da pessoa humana**

A dignidade da pessoa humana é fundamento basilar da República federativa do Brasil. Trata-se de um valor fundamental que se converteu em princípio jurídico de estrutura constitucional (Barroso, 2012), expresso no inciso III, do art.1º, da Constituição. É a qualidade intrínseca de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito por parte do Estado, o que implica em um conjunto de direitos e deveres fundamentais, capazes de assegurar ao indivíduo tanto a proteção contra atos degradantes, quanto o acesso às condições mínimas para sua existência (Sarlet, 2002).

Nessa esteira, o mínimo existencial, que contempla o conjunto de condições materiais elementares, é o pressuposto da dignidade para qualquer ser humano. Dentre essas condições encontra-se a saúde, cujo acesso é primordial e urge ser inerente a todas as pessoas, mediante esforços do Estado. A Constituição da República federativa do Brasil de 1988 «foi primeira Carta brasileira a consagrar o direito fundamental à saúde» (Mendes, Branco, 2018: 717); em seu art.6º, ela o concebe como um dos direitos que compõem o rol dos direitos sociais, e requer, portanto, um compromisso do Estado no sentido efetivá-lo. Igualmente, encontra-se afirmado no art.196 da Carta magna o comprometimento do Estado em garantir o acesso igualitário à saúde, por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades.

Com base nos supracitados dispositivos constitucionais chega-se à conclusão que todo e qualquer indivíduo possui o direito a ter suas necessidades hospitalares, clínicas e emergenciais atendidas pelo Estado. O Sistema único de saúde, concebido pela própria Constituição de 1988, surge como manifestação desse esforço em promover universalmente os cuidados em saúde. Em 1990, com a aprovação da lei orgânica da saúde, lei n.8.080/1990, responsável por dispor sobre o funcionamento dos serviços do sistema, foram instituídos os preceitos e as condições de ação do Sus, sendo ele universal e integral, além de visar à equidade e ser administrado com financiamento federal, estadual e municipal.

Os empenhos em garantir uma saúde pública de qualidade devem estar associados não apenas à atuação curativa de um profissional específico ou à responsabilidade de apenas um órgão ou setor. O Estado constitucional, segundo Häberle (2003) caracteriza-se justamente pela dignidade humana enquanto premissa antropológico-cultural, o que propõe que a promoção da dignidade por meio de direitos, dentre os quais se encontra o direito à saúde, deve estar ao alcance de todo e qualquer indivíduo, sendo anterior a uma urgência ou emergência. A saúde, como elemento da dignidade humana dentro de um Estado constitucional, encontra-se conexas a uma organização de políticas públicas que leve em consideração as particularidades e os desafios de determinada comunidade.

A medicina preventiva – não apenas a curativa, a medicina de urgência ou a medicina de emergência – é essencial para a plena efetivação do direito à saúde. A medicina preventiva antecede às outras práticas, sendo o conjunto de técnicas constituídas por ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e suas complicações. Todos os cuidados em saúde, principalmente esses cuidados antecipados, dependem da infraestrutura para seu desempenho, o que constata a importância da



qualidade da água potável, das demais medidas de saneamento básico, bem como das condições de higiene satisfatórias. O objetivo da medicina preventiva é a ausência de doença, seja prevenindo a ocorrência de uma doença ou interrompendo uma doença e evitando complicações resultantes após o seu início (Clarke, 1974). Entende-se, portanto, como imperiosa a atuação do Estado no desenvolvimento de serviços de saneamento básico satisfatórios, a fim de auxiliar na prevenção de doenças e complicações.

Além disso, é importante evidenciar que, dentro do espectro de direitos que constituem a dignidade humana e que se relacionam diretamente com o meio ambiente e com o saneamento básico, encontra-se a educação, sobretudo a educação básica. Uma educação ambiental é, para além da garantia da preservação de recursos e de espécies vegetais e naturais, uma educação política, «comprometida com a ampliação da cidadania, da liberdade, da autonomia e da intervenção direta dos cidadãos e das cidadãs na busca de soluções alternativas que permitam a convivência digna» (Reigota, 2010: 13). Através de uma eficiente educação de base, que compreenda a importância de colaborar para a remediação ambiental, fortifica-se a responsabilidade social e a conscientização da importância de se alcançar a universalização do acesso aos serviços de saneamento, bem como endossa a sensibilização em torno da necessidade de se usar adequadamente os serviços e a conservá-los.

## **2. Saneamento básico: uma parte integrante do acesso à saúde**

De acordo com o art.3º, da lei n.8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes aos níveis de saúde expressam a organização social e econômica do Brasil. O saneamento básico, a esse respeito, encontra-se elencado expressamente como determinante e condicionante, uma vez que é um dos aspectos mais importantes para consagrar o bem-estar de uma comunidade, haja vista que protege a saúde humana, aumenta a longevidade e traz benefícios para a economia (Naughton, Milhelcic, 2017). Na Constituição brasileira, o art.23, IX revela ser uma competência da União, dos estados, do distrito federal e dos municípios a formulação da política e da execução das ações de saneamento básico. Igualmente, tal competência é compartilhada com o Sistema único de saúde, nos termos do art.200, IV da constituição.

Os serviços que englobam o conceito de saneamento básico estão constituídos na concepção do acesso à saúde, como importantes fatores de prevenção de doenças e igualmente essenciais para constituir uma sociedade próspera. Ele relaciona-se aos abastecimentos de água potável, à drenagem e manejo de água pluvial urbana, à coleta e tratamento de esgoto, à limpeza urbana, à coleta e manejo de resíduos sólidos, dentre outras atividades. Os procedimentos básicos que englobam o saneamento básico são o tratamento de água, a canalização e o tratamento de esgotos, a limpeza pública de ruas e avenidas, a coleta e o tratamento de resíduos orgânicos (em aterros sanitários regularizados) e materiais (por meio da reciclagem). Trata-se, portanto, de um



elemento-chave do desenvolvimento sustentável e influencia significativamente a saúde e o bem-estar das pessoas em todo o mundo (Tilley *et al.*, 2014).

Ressalta-se que refletir um planejamento de saneamento básico eficaz e igualitário é igualmente considerar a estrutura dos cuidados em saúde, com a possibilidade de prevenir doenças e de cuidar da higiene da população. Uma pesquisa financiada pela Fundação nacional de saúde (Funasa), realizada nos anos de 2001 e 2002, definiu as Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (Drsai), caracterizadas pelo conjunto de doenças infecto parasitárias de importância epidemiológica relacionadas ao saneamento. As doenças consideradas como Drsai foram diarreia, febres entéricas, hepatite A, dengue, febre amarela, leishmanioses, filariose linfática, malária, doença de Chagas, esquistossomose, leptospirose, doenças dos olhos, tracoma, conjuntivites, doenças da pele, micoses superficiais, helmintíases e teníases (Costa *et al.*, 2002). As maiores proporções de óbitos entre as Drsai referem-se a diarreias e doença de Chagas que, juntas, representam cerca de 90% das internações pelas doenças selecionadas no período de 1996 a 2000 (Funasa, 2013). Rondônia é o estado brasileiro com as maiores taxas de internações por Drsai, sendo seus municípios classificados com altas taxas de Drsai (Fonseca, Vasconcelos, 2011).

Pelas razões expostas, o saneamento básico de qualidade a todos os cidadãos é um desafio e uma preocupação constante dos governos, uma vez que a sua concretização reflete em benefícios não apenas relacionados à área da saúde, mas impacta igualmente a economia, uma vez que a cada real gasto em saneamento, economiza-se nove em saúde (Funasa, 2017). Os números no Brasil ressaltam o elevado custo que a falta de saneamento básico traz ao país. As internações hospitalares de pacientes no Sistema único de saúde, no Brasil, por doenças relacionadas à falta de saneamento básico e de acesso à água de qualidade, ao longo do ano de 2017, geraram um custo de 100 milhões de reais. Dados do Ministério da saúde afirmam que, ao todo, foram 263,4 mil internações. Em relação aos casos registrados no ano de 2016, houve 350,9 mil internações, as quais geraram o custo de 129 milhões de reais (Gonçalves, 2018).

O aperfeiçoamento das condições de saneamento básico no Brasil, apesar de não necessitar apenas de esforços legislativos, sempre careceu de mudanças nas legislações relacionadas ao setor, para fundarem a gênese do aperfeiçoamento na execução dos serviços. Em 15 de julho de 2020, foi sancionado o novo marco legal do saneamento básico, por meio da lei n.14.026/2020, a fim de qualificar e de universalizar a prestação de serviços no setor, com atualizações e alterações nas principais legislações que versam sobre o serviço. Os principais pontos desse novo marco estão relacionados à extinção dos contratos de programa, firmados, sem licitação, entre municípios e empresas estaduais de saneamento; ao atendimento a pequenos municípios, com poucos recursos e sem cobertura de saneamento; bem como à criação de um Comitê interministerial de saneamento básico para potencializar a articulação institucional entre órgãos federais que atuam no setor. A meta desse marco é garantir o atendimento de 99% da população com água potável e de 90% com tratamento e coleta de esgoto até 31 de dezembro de 2033 (Governo do Brasil, 2020).



### 3. Mistanásia, a morte miserável

O neologismo *mistanásia* foi cunhado em 1989 por Márcio Fabri dos Anjos, teólogo da moral e bioeticista brasileiro, em um artigo denominado *Eutanásia em chave de libertação*, publicado no boletim do Instituto camiliano de pastoral da saúde (Icaps). Por meio de um neologismo, anexaram-se as palavras *mys* (infeliz) e *thanatos* (morte), ambas de etimologia grega, engendrando o significado *morte infeliz*, uma morte relacionada à pobreza, à violência, à falta de infraestrutura, dentre outras causas (Pessini, 2015), por isso mesmo «mistanásia» pode ser considerada uma «morte social», que se concretiza devido a violações do direito à saúde.

A mistanásia, a «morte social», encontra-se no campo econômico-sanitário quando a sociedade decide a sorte do doente, à medida que considera apenas os recursos econômicos administrados com critérios de custo-benefício. Ela refere-se ao risco permanente de morte antecipada e prematura por falta de condições mínimas de vida e inadequado atendimento sanitário que «aflige principalmente os vulnerados» (Ricci, 2017: 44). Devido à ausência do mínimo existencial, incorporado ao conceito de dignidade da pessoa humana, o indivíduo apresenta mais riscos de sofrer uma morte antecipada.

Enquanto a eutanásia, a «boa morte», refere-se à eliminação do sofrimento, por meio de uma morte suave e indolor, a mistanásia está relacionada à morte fora de seu tempo e se distingue em três categorias. Em primeiro lugar, tem-se omissão de socorro estrutural, relacionada à precariedade de serviços de atendimento médico, uma mistanásia em doentes e deficientes que não chegam a ser pacientes devido a «fatores geográficos, sociais, políticos e econômicos» (Martin, 1998: 175).

Em segundo lugar, tem-se a mistanásia em vítimas de erro médico, ou seja, os doentes que conseguem ser admitidos como pacientes tornam-se, em seguida, vítimas de erro médico (Martin, 1998). O Código de ética médica (Resolução n.2217/2018), no art.1º do capítulo III, aborda três tipos de erro médico: erro médico por imperícia, erro médico por imprudência e erro médico por negligência. A imperícia está relacionada à falta ou à deficiência de conhecimentos técnicos da profissão médica, com falta de observação das normas e despreparo prático necessário para exercer determinada atividade. A imprudência é a imprevisão do agente em relação às consequências do seu ato desempenhado no tratamento do paciente. Já a negligência acontece pela falta de cuidado ou de precaução com que se executam determinados atos, sendo, pois, caracterizada pela inércia, indolência, falta de ação e passividade, o que a faz ser considerada como um ato omissivo (Netto, Alves, 2010). Assim, a mistanásia manifesta-se nos três tipos de erro médico, podendo configurar-se nas modalidades: a) mistanásia por imperícia; b) mistanásia por imprudência; c) mistanásia por negligência.

Por último, há a mistanásia em pacientes vítimas de má prática, que se diferencia da mistanásia por erro médico na medida em que a última ocorre «quando o médico e/ou seus associados, livremente e de propósito, usam a medicina para atentar contra os direitos humanos de uma pessoa, prejudicando direta ou indiretamente» (Martin, 1998: 178-179), ao ponto de causar sua morte precoce.



Assim, percebe-se que a mistanásia, não apenas como uma prática direta no cuidado em saúde, também pode estar relacionada a uma omissão ou a uma má gestão. A mistanásia encontra-se evidenciada na diminuição sistemática do financiamento da saúde, no não uso do dinheiro disponível no orçamento, no fechamento de leitos, serviços e unidades de saúde, na abertura indiscriminada de escolas médicas, na desvalorização do médico e dos demais profissionais da saúde, na ausência de compromisso dos três poderes com a vida da população, à medida em que podem ser inseridos em um contexto marcado pela corrupção, pela incompetência e pela desumanidade (Ferreira, 2019).

A mistanásia, em síntese, tem como resultado uma morte evitável, advinda de uma irregularidade de acesso tanto em relação aos cuidados em saúde quanto em relação às políticas públicas que envolvem direta e indiretamente a realidade sanitária de um país. Trata-se de uma realidade na sociedade brasileira, desigual e por vezes injusta, principalmente entre as populações hipossuficientes e entre aquelas que residem em áreas periféricas ou interioranas, sem o alcance a elementos que configuram o mínimo existencial.

#### **4. A inevitável associação entre o saneamento básico precário e a mistanásia**

A mistanásia como omissão de socorro estrutural encontra-se na realidade brasileira como um verdadeiro obstáculo à efetivação do direito à saúde. Há uma enorme desigualdade na distribuição geográfica dos profissionais da saúde no Brasil, a título de exemplo, na região Sudeste, onde residem 41,9% dos brasileiros, estão 54,1% dos médicos, com 2,81 médicos por pessoa; por outro lado, na região Norte, onde moram 8,6% da população, há apenas 4,6% dos médicos, com 1,16 médico por pessoa (Cfm, 2018). Além das dificuldades geográficas, intempéries políticas, sociais e econômicas interferem no acesso à saúde. Em regiões onde se concentram populações em situação de vulnerabilidade, os serviços de infraestrutura precários contribuem para o adoecimento e para complicações das condições de saúde dos indivíduos.

Conforme apontado pela Unicef e pela Oms, 88% das mortes por diarreias no mundo são causadas pelo saneamento inadequado, dentre as quais aproximadamente 84% são de crianças. Trata-se da segunda maior causa de mortes em crianças menores de 5 anos de idade. Estima-se que 1,5 milhão de crianças com essa idade tenham morrido a cada ano vítimas de doenças diarreicas, com concentração de mortes em países em desenvolvimento (Unicef, Who, 2009).

De acordo com o *Ranking do saneamento de 2020*, há apenas 27 municípios no Brasil que possuem 100% de atendimento total de água e existem 18 municípios com valores de atendimento superiores a 99%, estando próximos da universalização. No entanto, os serviços de coleta de esgoto apresentam uma realidade ainda mais complexa. Estima-se que 100 milhões de brasileiros não são contemplados com coleta dos esgotos (Instituto Trata Brasil, 2019), bem que 46% dos esgotos do país não são tratados (Snis, 2019). Somente dez municípios no Brasil possuem 100% de coleta de esgoto e outros 13 possuem mais que 98% de coleta (Instituto Trata Brasil, 2020<sup>a</sup>). Esses números são



ainda mais preocupantes quando se leva em consideração que o Brasil é um país de dimensão geográfica, com um total de 5.570 municípios e com mais de 211 milhões de habitantes (Ibge, 2020<sup>a</sup>).

Em um estudo publicado nos *Cadernos de saúde pública*, pela análise do risco atribuível, estimou-se que, no Brasil, tomando-se como base os dados de 2013, 57.574 (16,3%) das internações por doenças selecionadas poderiam ter sido evitadas se as condições de esgotamento sanitário fossem adequadas. Seriam, ainda, evitados os gastos com o tratamento dessas doenças, calculado em R\$ 20.372.559,90, bem como os dias perdidos com as internações, os quais contabilizam 172.722 (Paiva, Souza, 2017).

Para se ter uma ideia, citam-se a seguir alguns dados que refletem essa realidade. Na região Sul do Brasil, entre os residentes da região metropolitana de Porto Alegre, no período de 2010 a 2014, foram identificadas 13.929 internações no Sus por doenças relacionadas ao saneamento inadequado, com o maior número (2.848, ou 20,4%) de internações correspondendo a crianças de 1 a 4 anos de idade (28,1 internações/10 mil hab./ano) (Siqueira *et al.*, 2017). No Nordeste do país, no estado da Bahia, entre 2010 e 2016, foram registradas um total de 183.051 internações hospitalares referentes às Drsa (Pimentel *et al.*, 2020). Segundo o Ministério da saúde, no estado de Alagoas ao longo de 2017, foram gastos mais de R\$ 2,2 milhões com 5.183 internações no Sus de pacientes com doenças ligadas à falta de saneamento básico e acesso à água de qualidade (Gonçalves, 2018).

Na região sudeste, enquanto o acesso à rede de água chega a 91% da população, os serviços de esgoto apresentam uma outra situação, a qual cerca de 79,2% da população tem o esgoto coletado e o volume de esgoto tratado da região está perto de 50,1%. O problema é que a região Sudeste, como é a mais populosa do país, com cerca de 87,7 milhões de habitantes, sugere que os 18% de pessoas sem acesso à coleta de esgoto são 18,1 milhões de indivíduos. Entre os diversos setores socioeconômicos que essa situação afeta, o mais prejudicado é a saúde, com as doenças por veiculação hídrica que atingem direta e indiretamente a população da região. Em 2018, de acordo com o Painel saneamento Brasil, a incidência de internações por doenças de veiculação hídrica foi de 4,53 internações por 10 mil habitantes. Essa incidência teve como resultado, aproximadamente 40 mil internações por doenças diretamente relacionadas à falta de saneamento básico da região em apenas doze meses ao ano (Instituto trata Brasil, 2020<sup>b</sup>).

Os efeitos das mudanças nas condições de abastecimento de água e sistemas de coleta e tratamento de esgoto já foram experimentados em áreas mais desenvolvidas, o que provocou uma transformação no perfil de doenças de sua população, funcionando como importante fator de proteção à saúde (Vidigal, 2015). Toma-se como evidente, pois, a relação entre as práticas de mistanásia e a precariedade ou a falta dos serviços que compõem o saneamento básico.

Igualmente, ao não se garantir uma educação básica de qualidade, que privilegie a importância de se atentar para o compromisso com o meio ambiente, não se promove uma transformação estrutural; assim, persiste o obscurantismo no que diz respeito à forma de se usar e de se conservar os serviços de saneamento básico. Segundo Reigota (2010: 18-19), a educação ambiental «forma cidadãos e cidadãs conscientes de seus





direitos e deveres», atuando a partir dessa consciência e transformando concretamente o viver em comunidade.

As mortes provenientes de doenças relacionadas ao saneamento básico precário poderiam ser evitadas caso as políticas públicas fossem efetivas, o que corrobora com a ideia que estruturar serviços eficientes de saneamento básico e incentivar a educação ambiental são formas de colaborar com a saúde coletiva de inúmeras formas, bem como de cooperar com a economia, que tanto perde em virtude de interações e de complicações decorrentes desse abandono social, dessa tendência de desconsiderar as insuficiências e as deficiências elementares que ocasionam e potencializam tragédias sanitárias.

## **5. A pandemia de Covid-19 e a prática da mistanásia**

Conforme demonstrado ao longo do estudo, a mistanásia encontra-se presente na realidade brasileira, sobretudo como omissão de socorro estrutural. No Brasil, a pandemia do novo coronavírus, que no país teve seu primeiro caso confirmado em 26 de fevereiro de 2020, salientou essa prática, à medida que expôs a situação crítica em que muitos cidadãos se encontram há muitas décadas, de extrema vulnerabilidade social.

Desde o início da pandemia de Covid-19, falou-se muito a respeito do seu aspecto «democrático», uma vez que atingiria todas as faixas sociais, sem distinção. No entanto, o que tem sido demonstrado nessa conjuntura é que os processos de vulnerabilização de grupos sociais e de sujeitos acentuam-se neste contexto de emergência sanitária internacional de saúde pública, o que não permite simplesmente ignorar a forma distinta como o vírus tem se disseminado pelo Brasil e pelo mundo, uma vez que a incidência, o contágio, as estratégias de prevenção, os níveis de atenção em saúde, o cuidado em saúde e as taxas de letalidade não afetam democraticamente todos os segmentos da sociedade (Barreto, 2020).

Nessa mesma lógica, Boaventura de Sousa Santos (2020: 23) reflete que «grande parte da população do mundo não está em condições de seguir as recomendações da Organização mundial da saúde», por viverem em espaços exíguos ou altamente poluídos, por serem obrigados a trabalhar em condições de risco para alimentar as famílias, por estarem presos em prisões ou em campos de internamento, ou por não terem sabão ou água potável, ou a pouca água disponível ser apenas para beber e cozinhar.

O cenário pandêmico trouxe à baila a desigualdade da formação dos centros urbanos e a invisibilidade das populações vulneráveis que neles habitam, sem infraestrutura, sem atendimentos de saúde de qualidade, sem diagnósticos e, conseqüentemente, sem a possibilidade de adquirir os medicamentos necessários para o cuidado da saúde. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) demonstrou em seu Boletim socioepidemiológico que a taxa de mortalidade em zonas de altíssima concentração de favelas no Rio de Janeiro, como a Favela do alemão e a Rocinha, representava o dobro (19,5%), em comparação com bairros mais ricos (9,2%) (Fiocruz, 2020). Isso ocorre devido à dificuldade de esses indivíduos em situação de maior vulnerabilidade terem acesso à infraestrutura necessária para cumprir as recomendações no combate ao coronavírus,



que se ilustra no fato de muitas pessoas que moram em favelas precisarem de sustento e não conseguirem permanecer em quarentena pela necessidade de trabalhar. Ainda que tenha ocorrido a aprovação do auxílio emergencial de R\$ 600 pela União para as famílias que precisassem, tal valor é menor que os R\$ 1.045 definidos como salário-mínimo para 2020, o que faz com que muitos indivíduos se arrisquem fora de casa para complementar a renda.

Ademais, não obstante o empenho de muitos órgãos colaboradores em promover estatísticas, imprescindíveis para a análise da pandemia, nas favelas, outro problema que levanta muita preocupação é a subnotificação. A título de exemplo, enquanto o Rio de Janeiro possui uma taxa média de letalidade de 11%, as mortes ultrapassaram 20% dos casos confirmados na Maré, Rocinha, Cidade de Deus, em Acari e na Vila Kennedy, o que indica que muitos doentes sequer foram identificados pelo sistema de saúde (Exame, 2020). Tal problemática demonstra a invisibilidade desses indivíduos perante o Estado, que deveria proporcionar um olhar atento para essa população mais desprotegida contra os impactos do novo coronavírus.

Outra parcela da população que se apresenta em extrema vulnerabilidade social são as pessoas em situação de rua, que sempre estiveram esquecidas e que, na atual conjuntura, estão em uma condição de invisibilidade e de perigo. Normalmente, indivíduos em situação de rua com menos de 65 anos têm mortalidade por todas as causas 5 a 10 vezes maior que a população em geral (Baggett *et al.*, 2013), o que pode ser consideravelmente acentuado durante a pandemia, tendo em vista a facilidade de contágio do vírus e a dificuldade de acesso à saúde que essa parcela da população enfrenta. No Brasil, em março de 2019 havia mais de 119.636 famílias em situação de rua cadastradas no Cadastro único para programas sociais, número dezesseis vezes maior que em agosto de 2012, que contabilizava 7.368 pessoas (Cortizo, 2019). Esse aumento pode estar associado ao desemprego, que dobrou de 2014 a 2018 (Ibge, 2018), o que urge uma séria discussão a respeito de como proporcionar o cuidado necessário a essa parcela vulnerável que apenas cresce com o passar dos anos.

De acordo com as divulgações mensais da *Pesquisa nacional por amostra de domicílios (Pnad) Covid-19*, edição extraordinária da pesquisa do Ibge formulada para medir os impactos da pandemia sobre a população e o mercado de trabalho, os brasileiros mais afetados pela doença são os pretos, pardos, pobres e sem estudo. Entre os brasileiros que apresentaram sintomas da doença em maio de 2020, 70% eram de cor preta ou parda, em comparação com 28,3% de cor branca e 1,7% indígenas ou de cor amarela. Com relação à instrução, 47,5% não tinham instrução, tinham o ensino fundamental incompleto ou o médio incompleto. Ao longo dos meses, a pesquisa apresentou poucas mudanças significativas nos dados. Em junho, 47,9% dos brasileiros que apresentaram sintomas não tinham instrução, tinham o ensino fundamental incompleto ou o médio incompleto. Em julho, esse número passou para 48%, e, em agosto, para 49% do total. Em relação à cor, a disparidade dos números teve uma diminuição ao longo dos meses, mas nada significativo, com 68,3% do total de indivíduos que apresentaram sintomas em junho, de cor preta ou parda, em julho, 62,1% e, em agosto, 57,9% (Ibge, 2020<sup>b</sup>).



Em relação aos recursos hospitalares, também percebe-se uma diferença de acesso daqueles que possuem boas condições financeiras em comparação àqueles que não as possuem. De acordo com os dados atualizados da Associação de medicina intensiva brasileira (Amib) a respeito do número de unidades de terapia intensiva, há 45.848 leitos de Uti no Brasil, sendo 22.844 do Sistema único de saúde e 23.004 da rede privada de saúde. Enquanto as recomendações da Oms e do Ministério da saúde apontam que a relação ideal de leitos de Uti é de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes, o Brasil apresenta a proporção de 2,2 leitos, o que é considerado insatisfatório. No entanto, a análise apresenta dados mais críticos quando segmentada, vez que o Sistema único de saúde tem média de 1,4 leitos para cada 10 mil habitantes, em comparação com os 4,9 leitos para cada 10 mil habitantes que se apresentam na rede privada (Amib, 2020).

Recorda-se, com isso, que a prática da *mistanásia*, de maneira geral na realidade brasileira e principalmente como omissão de socorro estrutural, se dá de forma mais frequente entre indivíduos de determinada condição social e cor da pele. A circunstância pandêmica apenas confirma tal entendimento, expondo números mais ostensivos, que tomam uma maior atenção da população em geral.

## **6. O saneamento básico precário como impulsionador dos impactos da pandemia de Covid-19: uma manifestação da *mistanásia***

Desde o início da pandemia do novo coronavírus, alertou-se ser extremamente necessário seguir as recomendações da Organização mundial da saúde (Oms), dentre as quais estavam: limpar as mãos frequentemente; tossir ou espirrar no cotovelo dobrado, não nas mãos; limitar as reuniões sociais e o tempo gasto em lugares lotados; evitar contato próximo com alguém que está doente; e limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência (Who, 2020). Conforme já exposto, nem toda a população é capaz de seguir as indicações, haja vista as condições de vulnerabilidade em que determinados grupos sociais se apresentam.

Tais recomendações parecem ter sido elaboradas pensando em uma classe média que é uma fração muito pequena da população mundial (Santos, 2020). Além da dificuldade de determinados indivíduos em cumprir quarentena, uma vez que necessitam trabalhar, visto que muitos tornaram-se desempregados ou tiveram sua renda reduzida, há problemáticas estruturais de acesso direto aos cuidados em saúde, bem como aos serviços de saneamento básico, que também integram o direito à saúde, conforme salientado pelo estudo.

Cerca de 35 milhões de brasileiros vivem sem abastecimento de água tratada (Snis, 2019), o que impede que 16,74% da população brasileira possa cumprir a principal recomendação da Oms no combate ao novo coronavírus. Ademais, outro número que demonstra a crítica conjuntura em que se apresenta o país são os 100 milhões de brasileiros sem acesso à coleta de esgoto (Instituto Trata Brasil, 2019). Desde a detecção da alta carga viral de Sars-CoV-2 em fezes de pacientes (Sinha, Balayla, 2020), depreende-se que o esgoto também pode estar contaminado.



De acordo com dados do fornecidos pelo *Ranking de saneamento 2020*, que são feitos com base em informações compiladas pelo Snis com dois anos de defasagem, em 2018 Franca (SP) tinha indicador de 100% de atendimento total de água e, em relação ao indicador de atendimento total de esgoto, 99,62%. Em contraste, o município com o pior indicador no *Ranking do saneamento 2020* era Ananindeua (Pa), que apresentou, em relação ao indicador de atendimento total de água, 32,63%; e, em relação ao indicador de atendimento total de esgoto, 2,05% (Instituto trata Brasil, 2020<sup>a</sup>).

Tais números permitem realizar uma breve comparação no que concerne aos impactos da pandemia. Enquanto o município de Franca possuía 6.801 casos e 157 óbitos decorridos da infecção pelo novo coronavírus até o dia 8 de outubro de 2020, o que indica uma taxa de letalidade de 2,30% (Prefeitura de Franca, 2020), o município de Ananindeua apresentou 7.635 casos e 370 óbitos até o dia 8 de outubro de 2020, o que indica uma taxa de letalidade de 4,85% (Governo do Pará, 2020). Além de outros fatores estarem envolvidos, como o número de habitantes, é possível depreender que os números tão críticos nos indicadores de atendimento total de água e de atendimento total de esgoto em Ananindeua tenham impulsionado, em alguma medida, a taxa de letalidade relacionada à infecção pelo novo coronavírus presente no município, extremamente alta em comparação com a taxa de letalidade global, que varia entre 0,53% e 0,82%, estimada em 0,68% (Meyerowitz-Katz, Merone, 2020).

Assim, permite-se compreender como o fenômeno da mistanásia tem experienciado um adensamento no período pandêmico, uma vez que as contaminações e complicações decorrentes da infecção pelo novo coronavírus estão diretamente vinculadas à infraestrutura na qual os indivíduos vulneráveis estão submetidos. Não se pode obliterar a relação direta entre a precariedade nos serviços de saneamento básico e mistanásia, tendo em vista que, ao não proporcionar o acesso às atividades englobadas no conceito de saneamento básico, não se tem, em consequência, um direito essencial que envolve o acesso à saúde.

## 7. Considerações finais

O saneamento básico e todos os serviços incluídos nesse conceito são um direito essencial, abrangendo inclusive o acesso à saúde. Em conjunto, coleta e manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo de água pluvial urbana, coleta e tratamento de esgoto, limpeza urbana e abastecimento de água potável possibilitam um ambiente adequado e saudável. Além dos aludidos serviços, é essencial que estejam incluídas dentro das políticas públicas a promoção de uma educação de base que entenda a urgência de instruir os cidadãos a contribuir para a remediação ambiental, a fim de conservar os serviços e de compreender a necessidade de que o acesso a eles seja universal.

Dessa forma, evitam-se as acentuadas contaminações e transmissões de doenças, o que diminui sobrecargas do sistema de saúde, principalmente em cenários pandêmicos, como o que se apresenta na atualidade. Ademais, são proporcionadas condições de seguir as recomendações da Oms no combate ao novo coronavírus. Ao não proporcionar acesso aos



serviços que englobam o saneamento básico, componente elementar das atividades que abrangem os cuidados em saúde, os governos contribuem para a prática da mistanásia, antecipando mortes que poderiam ser evitadas com políticas públicas eficientes.

Ao serem privados de um saneamento de qualidade, indivíduos são mais propensos a desenvolverem inúmeras doenças, identificadas como doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado. Ademais, através do estudo, constatou-se que existe uma correspondência entre a precariedade dos serviços relativos ao saneamento básico e entre o contágio e as mortes ocasionados pela Covid-19.

Na conjuntura pandêmica, conclui-se que a configuração da citada «morte social» foi salientada. Como sabido, entre as principais recomendações da Organização mundial da saúde no combate à Covid-19, estão a limpeza frequente das mãos e de objetos e superfícies tocados com frequência. Ocorre que 35 milhões de pessoas (mais de 16% da população brasileira) não possuem acesso a serviços de saneamento básico; logo, têm maiores chances de se contaminarem. Sequencialmente, possuem maiores chances de falecerem caso haja agravamento da doença, em virtude de essa população vulnerável ter de enfrentar mais barreiras na tentativa de se recuperarem, como superlotação nos hospitais públicos.

Apenas com os serviços de saneamento básico destinados de forma universal, com uma melhor organização e distribuição de médicos e profissionais de saúde e com uma educação básica que estruture e instrua a como colaborar para a remediação ambiental, poder-se-á referir à pandemia da Covid-19 no Brasil como «democrática». Caso contrário, ela apenas continuará a acentuar uma desigualdade evidente e historicamente encadeada.

## Referências bibliográficas / References

- Amib, *Amib apresenta dados atualizados sobre leitos de Uti no Brasil*, 2020, em [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/28/dados\\_uti\\_amib.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf), acessado em 4 de outubro de 2020.
- Baggett T. *et al.*, *Mortality among Homeless Adults in Boston: Shifts in Causes of Death over a 15-Year Period*, «Jama Internal Medicine», 173(3), 2013, pp.189-195.
- Barreto P., *A vulnerabilidade não é democrática*, 2020, em <https://conexao.ufrj.br/2020/04/07/a-vulnerabilidade-nao-e-democratica/>, acessado em 5 de outubro de 2020.
- Barroso L.R., *A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação*, «Interesse Público», 14(76), 2012.
- Clarke E.A., *What Is Preventive Medicine?*, «Canadian Family Physician», 20(11), 1974, pp.65-68.
- Conselho federal de medicina (Cfm), *Desigualdade marca a distribuição geográfica dos médicos pelo País*, 2018, em [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27501](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27501), acessado em 25 de setembro de 2020.



- Cortizo R.M., *População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?*, Ministério de cidadania, Brasília, 2019.
- Costa A.M. et al., *Classificação de doenças relacionadas a um saneamento ambiental inadequado (dr sai) e os sistemas de informações em saúde no Brasil. Possibilidades e limitações de análise epidemiológica em saúde ambiental*, Gestión inteligente de los recursos naturales: desarrollo y salud, Femisca, México, 2002, pp.1-5.
- Exame, *Dados apontam subnotificação da covid-19 nas favelas do Rio*, 2020, em <https://exame.com/brasil/dados-apontam-subnotificacao-da-covid-19-nas-favelas-do-rio/>, acessado em 25 de setembro de 2020.
- Ferreira S., *A mistanásia como prática usual dos governos*, 2019, em <http://www.cremerj.org.br/jornais/download/235>, acessado em 27 de setembro de 2020.
- Fiocruz, *Boletim epidemiológico da Covid-19 nas favelas*, 2020, em [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim\\_socioepidemiologicos\\_covid\\_nas\\_favelas\\_1.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf), 2020, acessado em 27 de setembro de 2020.
- Fonseca F.R., Vasconcelos C.H., *Análise espacial das doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado no Brasil*, «Cadernos Saúde Coletiva», 19(4), 2011, pp.448-453.
- Funasa (2004), *1º Caderno de pesquisa em engenharia de saúde pública*, Funasa, Brasília, 2013.
- Funasa, “*Cada real gasto em saneamento economiza nove em saúde*”, disse ministro da saúde, 2017, em [http://www.funasa.gov.br/todas-as-noticias/-/asset\\_publisher/lpnzx3bJYv7G/content/-cada-real-gasto-em-saneamento-economiza-nove-em-saude-disse-ministro-da-saude?inheritRedirect=false](http://www.funasa.gov.br/todas-as-noticias/-/asset_publisher/lpnzx3bJYv7G/content/-cada-real-gasto-em-saneamento-economiza-nove-em-saude-disse-ministro-da-saude?inheritRedirect=false), acessado em 27 de setembro de 2020.
- Gonçalves C., *Doenças ligadas à falta de saneamento geram custo de R\$ 100 mi ao SUS 2018*, 2018, em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-09/doencas-ligadas-falta-de-saneamento-geram-custo-de-r-100-mi-ao-sus>, acessado em 27 de setembro de 2020.
- Governo do Brasil, *Novo marco de saneamento é sancionado e garante avanços para o País*, 2020, em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/transito-e-transportes/2020/07/novo-marco-de-saneamento-e-sancionado-e-garante-avancos-para-o-pais>, acessado em 30 de setembro de 2020.
- Governo do Pará, *Coronavírus no estado do Pará*, 2020, em <https://www.covid-19.pa.gov.br/public/dashboard/41777953-93bf-4a46-b9c2-3cf4ccefb3c9>, acessado em 27 de setembro de 2020.
- Häberle P. (2001), *El Estado constitucional. Estudio introductorio Diego Valadés*, Universidad autónoma de México, México, 2003.
- Ibge, *Pnad contínua*, 2018, em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=series-historicas>, acessado em 29 de setembro de 2020.
- Ibge<sup>a</sup>, *Ibge divulga estimativa da população dos municípios para 2020*, 2020, em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020>, acessado em 29 de setembro de 2020.



- Ibge<sup>b</sup>, *Pnad 2020*, 2020, em <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>, acessado em 29 de setembro de 2020.
- Instituto trata Brasil, *O que acontece quando não temos saneamento básico?*, 2019, em <http://www.tratabrasil.org.br/blog/2019/07/05/o-que-acontece-quando-nao-temos-saneamento-basico/>, acessado em 30 de setembro de 2020.
- Instituto trata Brasil<sup>a</sup>, *Ranking do saneamento Instituto trata Brasil 2020 (Snis 2018)*, 2020, em [http://www.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/ranking\\_2020/Relatório\\_-\\_Ranking\\_Trata\\_Brasil\\_2020\\_1.pdf](http://www.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/ranking_2020/Relatório_-_Ranking_Trata_Brasil_2020_1.pdf), acessado em 29 de setembro de 2020.
- Instituto trata Brasil<sup>b</sup>, *Saneamento e saúde na região Sudeste*, 2020, em <http://www.tratabrasil.org.br/blog/2020/09/01/saneamento-e-saude-na-regiao-sudeste>, acessado em 30 de setembro de 2020.
- Martin L.M., *Eutanásia e distanásia*, in Ferreira S.C., Oselka G., Garrafa V. (org.), *Iniciação à bioética*, Conselho federal de medicina, Brasília, 1998.
- Mendes G.F., Branco P.G.G., *Curso de direito constitucional*, Saraiva, São Paulo, 2018.
- Meyerowitz-Katz G., Merone L., *A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Research Data on Covid-19 Infection-Fatality Rates*, «International Society for Infectious Diseases», 101, 2020, pp.138-148.
- Naughton C., Mihelcic J.R., *Introduction to the Importance of Sanitation*, in Rose J.B., Jiménez-Cisneros B. (eds.), *Global Water Pathogen Project*, Michigan State University, E. Lansing, Unesco, 2017.
- Netto A.L., Alves M.R., *Responsabilidade médica*, «Revista Brasileira de Oftalmologia», 69(2), 2010, pp.75-76.
- Paiva R.F. da P. de S., Souza M.F. da P. de, *Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil*, «Cadernos de Saúde Pública», 4(1), 2017.
- Pessini L., *Sobre o conceito ético de 'mistanásia'*, em <https://www.a12.com/redacaoa12/igreja/sobre-o-conceito-etico-de-mistanasia>, acessado em 30 de setembro de 2020.
- Pimentel *et al.*, *Internações hospitalares por doenças relacionadas ao saneamento básico inadequado na Bahia, de 2010 a 2016*, «Brazilian Journal of Health Review», 3(4), 2020.
- Prefeitura de Franca, *Situação epidemiológica, 198*, 2020, em [https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=1855&Itemid=1875](https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=1855&Itemid=1875), acessado em 5 de outubro de 2020.
- Reigota M. (1994), *O que é educação ambiental*, Editora brasiliense, São Paulo, 2010.
- Ricci L.A.L., *A morte social. Mistanásia e bioética*, Paulus, São Paulo, 2017.
- Santos B. de S., *A cruel pedagogia do vírus*, Almedina, Coimbra, 2020.
- Sarlet I.W., *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988*, Livraria do advogado Editora, Porto Alegre, 2002.
- Sinha N., Balayla G., *Bateria sequencial de testes para Covid-19 para maximizar o valor preditivo negativo antes de operações*, «Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões», 47, 2020.



- Siqueira *et al.*, *Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014*, «Epidemiologia e Serviços de Saúde», 26(4), 2017, pp.795-806.
- Snis, *24º Diagnóstico dos serviços de água e esgoto*, Ministério do desenvolvimento regional, Brasília, 2019.
- Tilley *et al.*, *Compendium of Sanitation Systems and Technologies*, Swiss federal institute of aquatic science and technology (Eawag), Dübendorf, 2014.
- Unicef, Who, *Diarrhoea. Why Children are still Dying and what can be Done*, New York, Geneva, 2009.
- Vidigal C.H.M., *Análise da influência do saneamento básico na saúde da população do município de Barbacena - Mg*, Universidade federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.
- Who, *Covid-19 Transmission and Protective Measures*, 2020, em <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/information/transmission-protective-measures>, acessado em 25 de setembro de 2020.

Recibido: 23/02/2021

Aceptado: 30/05/2021

